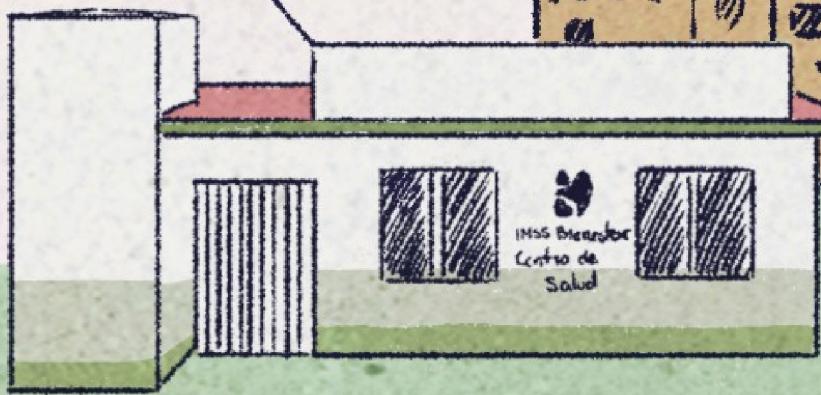
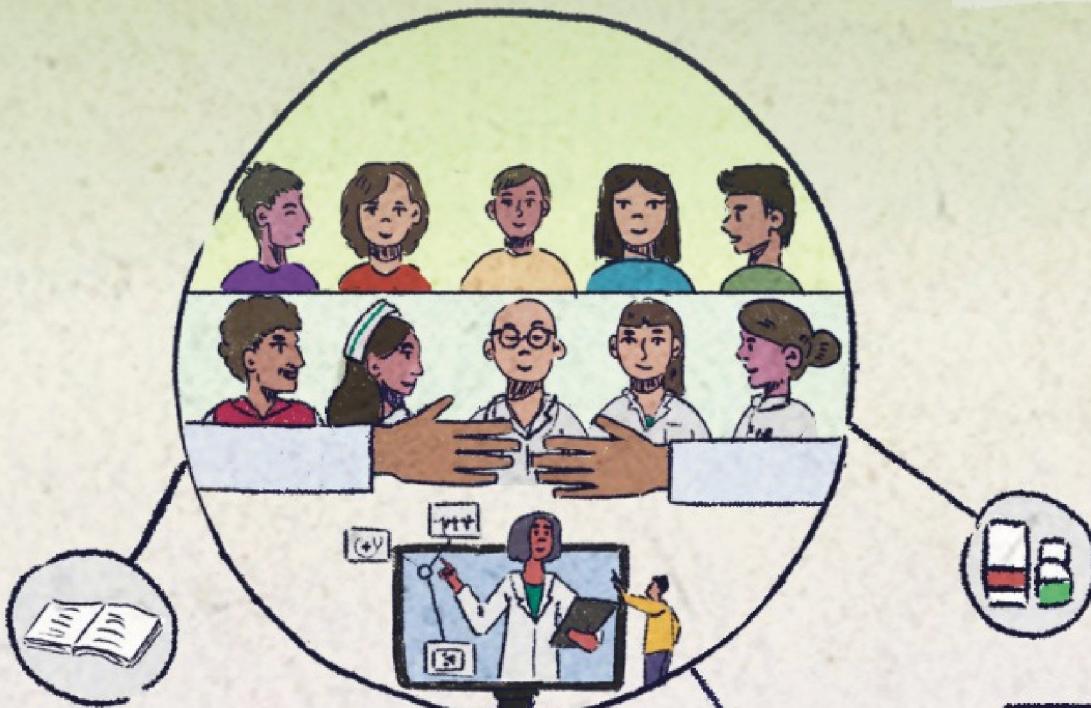




REDES DE SALUD



APS
Partería
tradicional
pag. 10

REDIVE
Estrategia operativa
de Comités de
Investigación
pag. 17

ALIMENTACIÓN
Cuando el
contexto define
tu plato
pag. 40

CONSULTAS
Por qué faltan los
pacientes a
psiquiatría
pag. 50

ARTE
Frida y sus
médicos
pag. 80



Dr. Alejandro Svarch Pérez

*Director General de Servicios de Salud del Instituto Mexicano
del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar)*

Dr. José Alejandro Ávalos Bracho

Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Vianey Berenice Fernández Muciño

*Titular de la Coordinación de Calidad
e Información Estratégica*

Lic. Nemer Alexander Naime Sánchez-Henkel

*Titular de la Coordinación de
Acción Comunitaria*

Dr. Luis Ernesto Caballero Torres

*Titular de la Coordinación de
Educación e Investigación*



- Dra. Mariana Cárdenas-González**
Directora Editorial, División de Investigación en Salud, Coordinación de Educación e Investigación, IMSS Bienestar
- Dr. Omar Esteban Valencia Ledezma**
Editor en Jefe, Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca, IMSS Bienestar
- Dra. Evalinda Barrón Velázquez**
Coordinadora de los grupos de trabajo de las secciones: Voces desde el territorio, Salud en contexto y Perspectivas y metodología. División de Justicia Social en Salud, Coordinación de Programas Preventivos, IMSS Bienestar
- Dra. Patricia Pulido Pérez**
Coordinadora del grupo de trabajo de la sección de Semillero Clínico, Coordinación Estatal Puebla, IMSS Bienestar
- Dr. Jesús Sepúlveda Delgado**
Coordinador del grupo de trabajo de la Sección de Investigaciones Originales y Casos Clínicos, Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, Chiapas, IMSS Bienestar
- Dr. Diego Arturo Zacapa López**
Editor, Coordinación Estatal Tlaxcala, IMSS Bienestar
- Dr. Iván Delgado Enciso**
Editor, Instituto Estatal de Cancerología, Colima, IMSS Bienestar
- Dra. Ruth Elizabeth Lara Gómez**
Editora, Coordinación Estatal Veracruz, IMSS Bienestar
- Dra. Martha Alejandra Morales Sánchez**
Editora, Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Ciudad de México, IMSS Bienestar
- Dr. Manuel Gil Vargas**
Editor, Hospital del Niño Poblano, Puebla, IMSS Bienestar
- Dra. Rosa Elena Parra Tapia**
Editora, Subdirectora de Vigilancia Epidemiológica Ambiental, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud
- Dra. Aline Gómez Maqueo Chew**
Editora, Coordinación Estatal de Sonora, IMSS Bienestar
- Dra. Nina Isabel Méndez Domínguez**
Editora, Hospital Regional de Alta Especialidad Yucatán, IMSS Bienestar
- Dr. Andrés Palacios Ramírez**
Editor en jefe de procesos de gestión editorial, División de Investigación en Salud, IMSS Bienestar
- Mtra. Gabriela Marisol Cruz Miranda**
Jefa de procesos de gestión editorial, División de Investigación en Salud, IMSS Bienestar
- Mtro. Mederick Andrade Moreno**
Editor técnico en corrección de estilo, División de Investigación en Salud, IMSS Bienestar
- Ing. Juan Carlos Salazar Santiago**
Editor técnico TI, División de Investigación en Salud, IMSS Bienestar
- Lic. Nemer Alexander Naime Sánchez-Henkel**
Arquitecto editorial, Coordinación de Acción Comunitaria
- Lic. Valeria Maribel Tejeida Aguilar**
Editora gráfica, Coordinación de Acción Comunitaria, IMSS Bienestar
- Vianey Berenice Fernández Muciño**
Coordinadora de Calidad e Información Estratégica, IMSS Bienestar
- Lic. José Pablo García Reyes Ramírez**
Editor Gráfico, Coordinación de Calidad e Información Estratégica, IMSS Bienestar
- Lic. Regina Islas García**
Editora Gráfica, Coordinación de Calidad e Información Estratégica, IMSS Bienestar
- Lic. Benjamín González Rodríguez**
Subdirector Depto. de Diseño, Coordinación de Calidad e Información Estratégica, IMSS Bienestar
- Eliud Reyes Reyes, Lidia Paola Luna Zúñiga, Xel-ha Xcareth Ávila Yepez**
Equipo de Diseño, Coordinación de Calidad e Información Estratégica, IMSS Bienestar



Foto: Karla Bautista Celestino. SECIHTI, CDMX.

EDITORIAL

Estimados lectores

Es un verdadero honor dar la bienvenida al segundo volumen de la revista “Redes de Salud: voces en acción”, una publicación dedicada al intercambio de conocimientos e investigaciones en el ámbito de la salud en México, bajo la Coordinación de Educación e Investigación del IMSS Bienestar. A medida que nos adentramos en esta nueva edición, nuestro compromiso de promover la excelencia en la atención médica y el bienestar social se renueva con energía.

En esta ocasión, abordaremos un tema fundamental que resuena en cada rincón de nuestra sociedad: *Sin salud mental no hay desarrollo*. Este enfoque resalta la crucial necesidad de integrar la salud mental en nuestras políticas públicas y programas preventivos. Históricamente la salud mental ha sido relegada; sin embargo, es un componente esencial del bienestar general de la población y un pilar en la construcción de un país más equitativo y saludable. Las discusiones dentro de este contexto buscan no sólo visibilizar los retos, sino también proponer soluciones viables que puedan ser implementadas en el marco del IMSS Bienestar.

La “Red de Dictaminación y Vinculación Externa (REDIVE)” surge como una estrategia operativa esencial para los Comités Locales de Investigación que se están gestando en el IMSS Bienestar. Nuestro enfoque en la investigación es un componente clave para mejorar la atención sanitaria, este desarrollo es una prueba de ello. A medida que avanzamos, también evaluaremos los avances y desafíos en la equidad del sistema de salud mexicano a partir de las reformas de 2019, en el marco de un nuevo gobierno. Este análisis es vital para comprender cómo estas reformas pueden afectar el acceso y la calidad de la atención en salud que brinda el IMSS Bienestar.

Otro tema de gran relevancia en este volumen es el reconocimiento a la partería tradicional. La partería representa una parte integral de la Atención Primaria en Salud, especialmente en regiones como Chiapas, donde los desafíos son múltiples y complejos. Analizar estos desafíos nos permitirá vislumbrar caminos hacia modelos de atención que respeten y potencien las tradiciones locales, al mismo tiempo que se integran con los avances científicos de la medicina moderna.

Además, presentaremos una serie de investigaciones originales que destacan la labor del personal de salud en diferentes regiones del país. Entre estos estudios, se encuentran temas como los costos del manejo de lesiones de vía biliar postcolecistectomía, el impacto de los determinantes sociales en el gasto alimentario de los adultos mayores y la evaluación del funcionamiento cognitivo tras traumatismo craneoencefálico en pacientes pediátricos. Estos trabajos no sólo enriquecen el conocimiento médico, sino que también proporcionan datos cruciales para la toma de decisiones políticas y administrativas.

En la sección Semillero Clínico, abordamos el estudio sobre los factores de riesgo de infección de *Rickettsia rickettsii* como un testimonio del trabajo continuo de investigación y capacitación que se está llevando a cabo en nuestras unidades de atención por parte del personal en formación.

Como parte de nuestro compromiso con las voces del territorio, incluimos una entrevista exclusiva con la Dra. Violeta Vázquez Rojas Maldonado. Sus reflexiones sobre la atención de salud en contextos locales aportan una perspectiva valiosa, la cual fortalece el puente entre la teoría y la práctica médica en las comunidades que servimos.

Finalmente, reflexionaremos sobre el arte de la relación paciente-médico, un aspecto fundamental en la atención sanitaria que merece ser enfatizado. La comunicación efectiva y el respeto mutuo son esenciales para construir un sistema de salud más humano y accesible.

Agradecemos sinceramente su interés en esta publicación, que busca ser un motor para el cambio en la salud pública de nuestro país. Esperamos que cada artículo, reflexión y estudio aquí presentado inspire a nuestros lectores a contribuir activamente al desarrollo de un sistema de salud más eficiente, equitativo y centrado en el bienestar de la población.

Dr. Luis Ernesto Caballero Torres
Titular de la Coordinación de Educación e Investigación,
Oficinas Centrales IMSS Bienestar.



CONTENIDOS

Editorial 6

Salud en contexto

Reconocimiento a la partería tradicional: desafíos para la atención primaria en salud en Chiapas, México. 10

Perspectivas y metodologías

Red de Dictaminación y Vinculación Externa: una estrategia operativa para los Comités Locales de Investigación en el IMSS Bienestar. 17

Sin salud mental no hay desarrollo. 25

Función del psicólogo en la rehabilitación psicosocial como tratamiento para personas con trastorno mental grave (revisión y reflexiones para México). 31

Investigación original

Determinantes sociales y su asociación en el gasto alimentario en personas mayores de Yucatán. 40

Asistencia y motivos de inasistencia a consultas de psiquiatría: Un estudio descriptivo en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS Bienestar. 50

Caso clínico

Epifenomeno: Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos no asociados a vasculitis inducidos por un seminoma clásico, a propósito de un caso. 61

Semillero clínico

Factores de riesgo y estrategias de prevención para las infecciones por *Rickettsia rickettsii* en México: Una revisión de alcance con síntesis cuantitativa exploratoria. 66

Voces desde el territorio

Entrevista con la doctora Violeta Vázquez-Rojas
Maldonado..... 76

Entre cuerpos y culturas

El *arte* de la relación paciente-médico..... 80



SALUD EN CONTEXTO

Foto: Ricardo Santos Cervantes. San Cristobal de las Casas, Chiapas.

Reconocimiento a la partería tradicional: desafíos para la atención primaria en salud en Chiapas, México

Hernández-Saad A.L.^{a*}; Hernández-Martínez V.^a; Barrón-Velázquez E.^a; Enríquez-López Y.E.^b

RESUMEN

Este texto recupera experiencias sobre las trayectorias de aprendizaje de la partería tradicional, a partir de la sistematización de 16 entrevistas semidirigidas a parteras tseltales de los municipios de Chilón y Ocosingo, en Chiapas, México. A partir de los relatos también se describen tensiones cotidianas que enfrentan al interactuar con el sistema de salud, en donde el personal de los establecimientos médicos las trata con desconfianza y descalifica sus conocimientos, y se explica cómo, pese a ello, las parteras tradicionales tienen disposición y deseos de colaborar y tender puentes con el personal sanitario, aunque muchas veces tienen que hacerlo por medio de vínculos personales o acuerdos informales. Desde una lectura crítica de la interculturalidad, este trabajo propone líneas de acción que permitirían una articulación más justa: el reconocimiento legal de su trabajo, un protocolo de derivación respetuoso y la formación del personal biomédico en trato digno y pluralidad de saberes. El análisis parte de que las parteras tradicionales son pieza clave para garantizar el derecho a la salud de las mujeres indígenas y que reconocerlas es una deuda histórica tanto como una cuestión de eficiencia clínica.

PALABRAS CLAVE: partería tradicional; medicina tradicional; salud materna; interculturalidad; justicia social en salud; pueblos indígenas; pluralismo médico.

^a División de Justicia Social en Salud, Coordinación de Programas Preventivos, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar).

^b División de Salud de las Mujeres, Coordinación de Programas Preventivos, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar).

*atzelbi.hernandez@imssbienestar.gob.mx

INTRODUCCIÓN

La historia de los pueblos indígenas en la sociedad mexicana colonial y poscolonial es un relato de exclusión y racismo. Desde las empresas de esclavitud y exterminio hasta los intentos de asimilación, pasando por los proyectos nacionales que simplemente ignoran su existencia (1), la diversidad de culturas originarias ha sido habitualmente negada y relegada al *folklor*, a la vez que sus saberes han sido sistemáticamente vilipendiados. Por ello, la definición de políticas públicas que avancen hacia el respeto y reconocimiento de los saberes indígenas es un asunto de justicia social elemental; pero no sólo eso, sino que, desde el punto de vista de atención a la salud, la coexistencia del sistema biomédico con los sistemas de medicinas tradicionales es una necesidad cada vez más evidente. En particular, en materia obstétrica, la partería tradicional es clave para la seguridad y el bienestar de las mujeres indígenas.

En México, las tasas de morbilidad y mortalidad obstétrica son persistentemente más altas en mujeres indígenas (2); por ello, para cumplir el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud para todas las personas es necesario diseñar políticas públicas que reconozcan el contexto e implementen estrategias culturalmente pertinentes. En esa tarea, las parteras tradicionales son fundamentales, pues en muchos casos representan el principal sostén de la atención de la salud de las mujeres. Sin embargo, actualmente continúan excluidas de la toma de decisiones, del presupuesto público y de los marcos institucionales.

Este artículo explora, a partir de 16 entrevistas a parteras tseltales de Chiapas, cómo se construyen sus saberes, qué barreras encuentran en el sistema institucional y qué condiciones demandan para una articulación intercultural respetuosa, con el objetivo de visibilizar sus experiencias y, a partir de ello, contribuir a la definición de rutas de reparación que redistribuyan recursos y reconozcan la legitimidad tanto clínica como cultural de las parterías tradicionales en particular, y de la medicina tradicional en general.

METODOLOGÍA

Esta reflexión se construyó a partir de una sistematización cualitativa de 16 entrevistas semidirigidas, realizadas en abril de 2025 a parteras tradicionales tseltales de los municipios de Chilón y Ocosingo, en Chiapas, México, de las cuales 2 son hombres y 14 mujeres, en un rango que va de 40 a 74 años. Las entrevistas fueron desarrolladas en el marco de un proyecto más amplio enfocado en la identificación de barreras concretas para la participación de parteras tradicionales en el sistema de salud y en el IMSS Bienestar; particularmente, aquellas derivadas de malos tratos por parte del personal de salud, para el desarrollo de programas de capacitación y sensibilización dirigidas a quienes trabajan en servicios institucionales.

Para el análisis de la información, se elaboró y estudió una matriz basada en el *framework method* (método de marco analítico), según lo describen



Foto: Ricardo Santos Cervantes. San Cristobal de las Casas, Chiapas.

Gale *et al.* (3), una estrategia de análisis cualitativo que permite organizar e interpretar los datos de forma sistemática, conservando el vínculo con los contextos culturales y los significados expresados por las participantes. Este método organiza la información de un modo que facilita la identificación de patrones mediante un proceso de categorización y sistematización de los datos cualitativos.

Para la matriz, se organizó la información en torno a temáticas relacionadas con las trayectorias de aprendizaje y práctica de la partería, las condiciones cotidianas de atención, las formas de interacción con los servicios de salud, los desafíos institucionales que enfrentan, y los factores que inciden en la continuidad y el bienestar de las propias parteras. Esta organización permitió identificar tanto los aportes de las parteras en la atención materna, como las barreras institucionales que limitan su participación plena en los servicios de salud, así como las condiciones necesarias para favorecer la colaboración en un marco de respeto y reconocimiento a los saberes tradicionales. Se generaron tres categorías: saberes y prácticas, interacción institucional y bienestar de las parteras. Debido a limitaciones de espacio, esta última se reserva para un manuscrito posterior.



Foto: Ricardo Santos Cervantes. San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

El análisis fue guiado conceptualmente por los principios de la interculturalidad crítica, de acuerdo con la propuesta de Emilio Menéndez (4) quien ofrece un enfoque crítico sobre las relaciones de poder que atraviesan los sistemas de salud, y afirma la necesidad de establecer un diálogo horizontal con los saberes tradicionales, esclareciendo sus aportes actuales y en potencia para la mejora de la salud de la población, al margen de las barreras institucionales.

Las entrevistas fueron recolectadas por un equipo comunitario de IMSS Bienestar y se entregaron en audio para su análisis. La primera lengua de las participantes es el tseltal y, en varios casos, se recurrió a intérpretes; por ello, tanto la traducción al español como la transcripción pudo perder matices semánticos. Las personas entrevistadas otorgaron su consentimiento para el uso de la información recabada en las grabaciones; sin embargo, las entrevistas fueron codificadas de E1 a E16 para proteger la identidad de las participantes —en algunos casos, cuando se reproduce una cita textual, se indica únicamente el nombre de pila de la partera—. La lista de correspondencia con nombres completos fue resguardada por el equipo de investigación.

HALLAZGOS: SABERES COMUNITARIOS DE PARTERÍA Y SU INTERACCIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD

Como parte del análisis, se identificaron dos ejes interrelacionados que ejemplifican cómo se reproducen desigualdades sustantivas que enfrentan mujeres indígenas en la atención primaria obstétrica, a partir de la relación que el sistema de salud establece con la partería tradicional. A continuación, se presentan los hallazgos centrales de cada uno, ilustrados con testimonios representativos, orientados a promover la reflexión y la definición de políticas que puedan impactar en el acceso, la calidad y la pertinencia cultural de los servicios que ofrece IMSS Bienestar.

Saberes y prácticas en contexto

Las trayectorias de las parteras entrevistadas revelan un modelo de transmisión de conocimientos carac-



Foto: Ricardo Santos Cervantes. San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

terístico de muchos sistemas médicos tradicionales, construido sobre la base de la espiritualidad, con elementos de práctica empírica y la transmisión oral (5). Ninguna de las entrevistadas refiere haber sido formada mediante procesos formales o técnicos, en cambio, la mayoría atribuye su carrera a un llamado divino o a una experiencia onírica, que generalmente no está mediada por una enseñanza directa. La partera Angélica dice con claridad: “Es un don de Dios que me dio” (E1), mientras que doña María relata: “Cuando soñaba, yo lo veía que estoy con el parto, que estoy atendiendo a la persona. Y todo se aparece como realidad, como que no estamos durmiendo. Eso fue lo que pasó, que me llevó a ser partera. Todo lo que he soñado, todo lo fui haciendo” (E13).

A partir de esa revelación vocacional, el conocimiento de la partería se fortalece mediante la observación y la práctica directa con mujeres en situaciones de parto, muchas veces obligado por las circunstancias, frecuentemente debido a la falta de acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, la señora Petrona cuenta: “Mi hija estaba embarazada, y como no había hospitales, yo recibí al bebé. Y desde ese momento comencé a practicar la partería hasta ahorita” (E11).

La mayoría de las entrevistadas refiere haber aprendido “solos”, atreviéndose a actuar cuando fue nece-

sario: “No me enseñaron; fue el valor”, explica con orgullo doña Teresa (E3); por su parte, la señora Tomasina explica: “La partería, nadie me enseñó. Así nomás, apoyando a la muchacha que llegó a mi casa” (E2). No obstante, al profundizar en sus relatos, en muchos casos, sí se identifica una tradición familiar de un linaje dedicado a la partería, con un proceso de aprendizaje vinculado principalmente a la observación. Por ejemplo, doña Juana relata: “Cuando lo hacía la finada de mi mamá, yo salía con ella. Ahí fui aprendiendo. Pero más que nada, fue el sueño que me enseñó.” (E7).

En este proceso, el saber se consolida con base en la experiencia acumulada y el reconocimiento progresivo por parte de la comunidad. La partera Otilia afirma: “Solita lo aprendí. Yo creo que por eso me gusta mi trabajo. Y ahora ya me buscan, porque ya saben que yo atiendo” (E4). Es un aprendizaje que se valida socialmente a través de las estructuras comunitarias, como en el caso del señor Feliciano, quien, sobre su oficio de partero, explica: “Así nomás lo aprendí por necesidad. Fue una orden de la asamblea” (E15). En algunos casos, la responsabilidad de ser partera de la comunidad se adquiere por un encargo de otras parteras: “Había una paciente que

no tenía quien la atendiera y había una viejecita. Esa viejecita me dijo: ‘Hazlo porque tienes que aprender’. Y yo le dije: ‘No puedo, no sé’. Pero nada más me enseñaba así con señas con su manita. Así fui a atender”, detalla doña María Luisa (E10). En general, el proceso se relaciona de alguna manera con la herencia familiar, como en el caso de don Feliciano, que relata: “Así lo dijo mi mamá: que cuando ella muriera, yo iba a quedar” (E15); sin embargo, aunque otras parteras hayan transmitido consejos o encargado la continuidad del oficio, el saber no se construye por una enseñanza formal, sino por el hacer cotidiano: “Como lo vi que hizo una partera, sólo lo vi, no es que me enseñó, sólo lo vi cómo lo pepenó el bebé, cómo lo agarró. Y ahí, ya solita empecé a atender”, detalla la señora Manuela (E9).

Este sistema constituye una forma de garantizar la continuidad y la seguridad de los cuidados, siempre que se mantenga dentro del marco cultural que lo sustenta. La tradición no debe entenderse como ausencia de conocimiento técnico, sino que es un sistema propio de regulación de prácticas, cuyas certezas provienen de la experiencia acumulada y la memoria colectiva (6). No se trata de idealizar estos saberes, sino que basta con reconocer que existen formas diversas de construir conocimientos clínicos y de sostener el cuidado, y que la eficacia de estos sistemas no puede ser medida únicamente con los criterios de la medicina institucional. Comprender esta diferencia epistemológica es indispensable para analizar los desafíos que enfrentan las parteras al interactuar con los servicios de salud.

Relaciones con el sistema de salud

La mayoría de las parteras describe su relación con el sistema de salud como una experiencia marcada por la desconfianza, el maltrato y la descalificación de sus saberes. En su experiencia cotidiana, al llegar a una unidad médica, lo primero que deben hacer es justificar su presencia y, cuando el personal les permite el ingreso, suele hacerlo de manera condicional, relegándolas a la sala de espera, todo mientras el estado de salud de las pacientes se complica. Al respecto, el testimonio de doña Angélica:



Foto: Ricardo Santos Cervantes. San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

A veces llegamos y, por la prisa, no traemos nuestra credencial. No nos quieren dejar pasar por lo mismo. Lo que quiero yo es que nos entiendan. [...] Si yo no traigo mi credencial, deben dar paso rápido al paciente, porque trae complicaciones (E1).

Aunque para las parteras el imperativo de salvar a la madre y al bebé prevalece sobre los requisitos administrativos. En cambio, el sistema institucional de salud suele priorizar el cumplimiento del papeleo, lo que prolonga los tiempos de atención y coloca a la partera y, sobre todo, a las pacientes y sus bebés en una posición de vulnerabilidad. El resultado es una tensión perma-



nente frente a la que las parteras deben desarrollar estrategias. Por ejemplo, la señora Tomasina narra:

Yo la traigo y le digo al doctor: "aquí traigo a mi paciente, ya está para tener a su bebé". Y me dicen: "espere, siéntese ahí, espérese". Pero ya está para aliviarse. [...] Si no quiere, me la llevo y voy a tomar foto de cómo me estás hablando y la voy a subir al Facebook". Y entonces ya, rápido, la atienden (E2).

Tampoco existe un canal estable para el intercambio de información clínica; por lo contrario, las parteras relatan experiencias en las que se les responsabiliza por

las complicaciones ocurridas durante los partos. Esto podría explicar que, cuando se les pregunta si conocen la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA-2025, la perciban más como una amenaza o una posible fuente de sanciones en caso de que algo salga mal, y no como un respaldo a su labor. El relato de la señora Tomasina ilustra cómo las parteras conviven con el sistema de salud:

El doctor dijo que tenía la placenta adelantada, que eso es un riesgo, que se podía morir la bebé o la mamá. Por eso la entregué en manos del doctor. Y aun así me estaban culpando a mí, pero yo la traje desde que llegué a su casa. Y ahí sí estoy de acuerdo con los doctores, porque ellos saben cómo viene la criatura, cómo nace. Pero aun así me querían culpar, y yo no lo acepté.

Esta desconfianza se combina con la percepción de la desigualdad en las condiciones en las que ejercen su labor las parteras tradicionales y el personal de salud. En primer lugar, en lo que se refiere al salario: "Como yo digo, ellos tienen quincena, ¿y por qué rechazan a los enfermos? Nosotros no tenemos quincena, no tenemos dinerito, pero así ayudamos a la persona" (E2). En segundo, en cuanto al acceso a los materiales, pues atienden partos en sus casas o en las viviendas de las mujeres, sin acceso a equipo médico ni espacios preparados. Usan toallas, tijeras y materiales que ellas mismas compran o que tienen a la mano: "Lo que yo uso a veces es una báscula del negocio, porque vendo pollo destazado, y ahí mismo peso a las criaturas que voy atendiendo" (E2).

En esta tensión no todo es desencuentro, pues también hay testimonios que muestran que la articulación es posible, aunque todavía depende de relaciones personales más que de un protocolo formal. Juana explica: "Hablo directamente a la doctora y me envían una ambulancia" (E7), mientras que Angélica narra: "Ya hicimos un WhatsApp, un grupo, para que cuando hay complicaciones avisamos al enfermero o a la doctora de acá. Directamente ya lo podemos traer aquí" (E1). Las parteras coinciden en su disposición y deseo de colaborar más directamente con los hospitales, pero no desde una posición de subordinación, sino a partir del reconocimiento mutuo de saberes y capacida-

des: "Lo que la partera no sabe, ya lo sabe el doctor. Y lo que el doctor no sabe, también nosotras lo sabemos. Por eso hay que compartir" (E1).

Las experiencias de las parteras que se recuperaron para este trabajo convergen con lo que Iván Sarmiento, Sergio Paredes-Solís, Abraham De Jesús-García y Nadia Maciel-Paulino reportan en un estudio que se llevó a cabo en el estado de Guerrero, México, en 2017 (7). Lejos de tratarse de una coincidencia, bien puede afirmarse que la reiteración de relatos semejantes en dos estados y momentos distintos refleja un racismo estructural que tiñe la práctica clínica y niega los saberes indígenas. No obstante, las entrevistadas no se conciben en oposición al sistema; por el contrario, las 16 expresaron su disposición y deseo de recibir e impartir capacitaciones, así como de participar en asambleas en las que se hable de partería.

En conjunto, las reflexiones de las parteras recuperadas en las entrevistas evidencian con claridad un conjunto de barreras institucionales que profundizan la desigualdad sustantiva que enfrentan las mujeres indígenas al buscar atención obstétrica. Revertir esta situación requiere transformaciones culturales y estructurales profundas. No obstante, reconocer formalmente a las parteras, simplificar los trámites y establecer protocolos que garanticen una atención respetuosa son pasos indispensables para que el IMSS Bienestar avance hacia un modelo de atención que reconozca la pluralidad médica y, de manera gradual, permita construir un sistema de salud verdaderamente intercultural.

CONCLUSIONES

Esta breve sistematización de las voces de parteras tradicionales confirma que la exclusión histórica de la partería tradicional continúa y profundiza las desigualdades sanitarias que enfrentan las mujeres indígenas, particularmente en Chiapas. Al brindar atención culturalmente pertinente y continua, las parteras tseltales suplen deficiencias estructurales del sistema formal de salud. Sin embargo, la falta de reconocimiento jurídico, la burocracia y las prácticas discriminatorias limitan su contribución. Desde la perspectiva de las determinantes sociales de la salud, tales barre-

ras reproducen el riesgo diferencial de morbilidad y mortalidad materna.

Integrar plenamente a las parteras en la atención primaria exige, en primer término, su identificación como proveedoras de salud, cuyo reconocimiento comunitario respalda su destreza y conocimiento acumulado. Segundo, es necesario definir un protocolo de derivación respetuosa que reconozca la pluralidad médica y simplifique trámites. Tercero, se requiere formación para el personal biomédico y de apoyo en establecimientos de salud encaminados a derribar prejuicios y estereotipos respecto de las medicinas tradicionales y sensibilizar sobre la importancia del trato respetuoso. Aplicar estas medidas permitirá avanzar hacia un modelo de atención primaria que reconozca la pluralidad médica, reduzca brechas de acceso y contribuya al cumplimiento del mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud para todas las personas.

REFERENCIAS

1. Bonfil Batalla G. *Méjico profundo: una civilización negada*. 1. ed. México: Secretaría de Educación Pública; 1990.
2. Bautista Jiménez ER, López Arellano O. *Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado: dispositivos biopolíticos en salud*. Salud Problema. 2017;11(21):28-53.
3. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. *Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research*. BMC Med Res Methodol. 2013;13: 117. doi:10.1186/1471-2288-13-117
4. Menéndez E. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(1):109-18. doi:10.1590/1413-81232015211.20252015
5. Campos Navarro R, Sánchez García C, Tascón Mendoza JC. *Medicinas indígenas y afromexicanas: una aproximación diagnóstica*. México: Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas / Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad; 2024.
6. Reyes-García V. *The relevance of traditional knowledge systems for ethnopharmacological research: theoretical and methodological contributions*. J Ethnobiol Ethnomed. 2010; 6:32. doi:10.1186/1746-4269-6-32.
7. Sarmiento I, Paredes-Solís S, De Jesús-García A, et al. *Traditional midwifery contribution to safe birth in cultural safety: Narrative evaluation of an intervention in Guerrero, Mexico*. BMJ Glob Health. 2022;7(10): e009604. Doi: 10.1177/0272684X221120481



Foto: Ricardo Santos Cervantes. Ceremonia de instalación de los Comités de Investigación y Bioseguridad de IMSS Bienestar. Programa Universitario de Bioética, UNAM, CDMX.

Red de Dictaminación y Vinculación Externa: una estrategia operativa para los Comités Locales de Investigación en el IMSS Bienestar

*Andrade-Moreno, M^a *; Gómez-Rodríguez J. P.^a*

RESUMEN

Objetivo: Incorporar la experiencia administrativa de las Jefaturas de Oficina de Investigación en Salud (JOIS) de las Coordinaciones Estatales y las Subdirecciones de Educación e Investigación (SEI) de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad en el diseño normativo y operativo de la estrategia denominada Red de Dictaminación y Vinculación Externa (REDIVE), cuyo propósito es fortalecer el proceso de gestión de protocolos en los Comités Locales de Investigación del IMSS Bienestar. **Metodología:** Se empleó un abordaje cualitativo-participativo mediante mesas de trabajo virtuales con las JOIS y SEI para analizar y codificar cuatro categorías clave en el diseño de dicha estrategia: a) contexto regional, b) dificultades y barreras, c) condiciones operativas y d) propuestas de mejora. **Resultados:** Se identificaron tres rutas posibles de solución: 1) optimización de procesos, capacitación y formación, 2) incentivos-reconocimientos y 3) apoyo interinstitucional. **Conclusiones:** El diseño normativo de la REDIVE debe responder ante la heterogeneidad regional, promover la sostenibilidad del sistema para incrementar la calidad y confiabilidad científica de los procesos de evaluación de los protocolos de investigación que se ejecutan en el IMSS Bienestar.

Palabras clave: Comités de Investigación, estrategia operativa, gestión de protocolos.

^a División de Investigación en Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)

* mederick.andrade@imssbienestar.gob.mx

INTRODUCCIÓN

Desafíos y contexto de los Comités Locales de Investigación en el IMSS Bienestar

Los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar) cuentan con 85 Comités Locales de Investigación (CLI) con registro vigente—integrados por los Comités de Ética en Investigación, de Investigación y de Bioseguridad—. De los cuales, 30 se ubican en establecimientos de segundo nivel de atención y 55 en unidades de tercer nivel (1).

La **Tabla 1** muestra el estatus actual de los CLI registrados en el IMSS Bienestar. De manera reciente, las Coordinaciones Estatales de Hidalgo y Zacatecas, así como el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, efectuaron el registro de nuevos CLI, con lo que la cifra total se incrementó a 88.¹

investigación desarrolladas por el personal de salud, a fin de garantizar una producción científica sólida, ética y alineada con las normativas institucionales.²

Con base en diagnósticos realizados por el departamento de Organización de Comités —adscrito a la División de Investigación Médica de la Coordinación de Educación e Investigación en oficinas centrales del IMSS Bienestar— encontramos las siguientes dificultades (1,4,5):

- Contextos socioculturales y organizacionales diversos en los establecimientos que desarrollan investigación en salud en IMSS Bienestar.
- Sobre carga-saturación de solicitudes de protocolos para dictamen debido a las actividades del personal de salud que desarrolla actividades de investigación.
- Falta de recursos humanos especializados para fungir como miembro de un comité de investigación.

Tabla 1. Estatus de los Comités Locales de Investigación en el IMSS Bienestar, 2025.

Comité Local	2 ^{do} nivel de atención	3er nivel de atención
Ética en Investigación	19	29
Investigación	12	20
Bioseguridad	1	7
Total	32	56

El universo de comités en IMSS Bienestar presenta una alta complejidad, dado que cuenta con 757 unidades de segundo nivel y 68 de tercer nivel (2). Esta estructura implica la necesidad de establecer y fortalecer mecanismos de evaluación, dictaminación y seguimiento administrativo para las actividades de

- Falta de uno o más de los tres comités de investigación.
- Creencias o desinformación sobre el proceso y necesidad de dictamen de los protocolos de investigación, lo que se traduce en resistencias por parte del personal para llevar a cabo estos proce-

¹ En el marco de la transferencia al IMSS Bienestar, todos los CLI cuentan con razón social de la Secretaría de Salud. Hasta el momento, únicamente tres CLI cuentan con razón social institucional: en el segundo nivel, el Hospital General de Tulancingo y el Hospital General de Fresnillo “Dr. José Haro Ávila” en Zacatecas; y en el tercer nivel, el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.

² Los artículos 41 BIS y 98 de la Ley General de Salud señalan que los establecimientos de salud, en los que se realicen actividades de investigación con seres humanos, deben contar Comités de Investigación (3).

dimientos en el desarrollo de la investigación en salud.

- Falta de una cultura sólida en investigación científica.

En síntesis, la problemática de los CLI en IMSS Bienestar implica tres dimensiones (1,4,5): la operación irregular de comités existentes, los retrasos en el registro de nuevos comités, y la sobrecarga en la demanda de dictámenes externos para un total de 10,533 establecimientos transferidos. Esta situación obstaculiza el flujo operativo, puede limitar la producción científica y dificultar la implementación eficiente de los procesos relacionados con la investigación en salud.

Estructura y soluciones: Red de Dictaminación y Vinculación Externa (REDIVE)

Para hacer frente a las dificultades antes expuestas, el departamento de Organización de Comités propone la creación y operación de la REDIVE, la cual se concibe como una estrategia cuyo objetivo es coordinar el proceso de dictaminación externa en el IMSS Bienestar, mediante la interconexión y reorganización de los CLI. Asimismo, dicha red pretende constituirse como un espacio permanente de educación para el fortalecimiento de las habilidades

de evaluación y dictaminación de estos cuerpos colegiados. Actualmente, se trabaja en el desarrollo del lineamiento de esta estrategia, con la meta de iniciar un pilotaje hacia finales de 2025.

Se plantean cuatro funciones generales de la REDIVE: a) supervisar el proceso de dictaminación externa; b) diagnosticar, evaluar y fortalecer la capacidad resolutiva de los CLI; c) fomentar una cultura institucional de la investigación científica en salud, y d) impulsar procesos de formación continua dirigidos a los miembros de los comités.

La estructura operativa de esta red de comités se organizará en tres niveles —central, estatal y local— y abarcará una regionalización³ de siete zonas. La división por niveles pretende optimizar el uso de recursos, tanto humanos como materiales, y establecer criterios diferenciados para la dictaminación de protocolos considerando aspectos como el grado de interacción y el tipo de intervención con los participantes del estudio, el manejo de datos, la colaboración interinstitucional nacional o internacional, las fuentes de financiamiento involucradas y la complejidad de los estudios según su nivel de bioseguridad o contención.



Foto: Ricardo Santos Cervantes. Ceremonia de instalación de los Comités de Investigación y Bioseguridad de IMSS Bienestar. Programa Universitario de Bioética, UNAM, CDMX.

³ Regionalizar se refiere a la interconexión y reorganización de los CLI dentro de una zona territorial determinada, con el propósito de atender y resolver la sobredemanda de funciones que enfrentan estos organismos. Se busca utilizar la capacidad instalada existente y, al mismo tiempo, fomentar el registro estratégico de nuevos comités dentro del IMSS Bienestar.

La activación de la REDIVE se llevará a cabo en los siguientes supuestos: a) cuando el establecimiento de salud no disponga de algún CLI vigente ante la Comisión Nacional de Bioética o ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios; b) cuando algún CLI no cuente con la capacidad resolutiva debido a la alta demanda de evaluaciones y c) cuando se requiera la experiencia especializada, en materia de investigación, de un evaluador externo para la evaluación de un protocolo específico.

METODOLOGÍA

El diseño, planificación y ejecución de una estrategia operativa supone reconocer los elementos contextuales, identificar a los actores clave involucrados y las posibles barreras (6). Bajo esta perspectiva, el objetivo de este trabajo fue incorporar en el diseño normativo y operativo de la REDIVE la *expertise* administrativa de las Jefaturas de Oficina de Investigación en Salud (JOIS) de las 23 Coordinaciones Estatales y de las siete Subdirecciones de Educación e Investigación (SEI) de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad. Para ello, durante el mes de abril de 2025, se realizaron ciclos de mesas de trabajo virtuales a través de la plataforma *Microsoft Teams*.

El abordaje metodológico de este trabajo fue cualitativo-participativo (7, 8) con el fin de conocer y analizar, a través de la experiencia de los JOIS y los SEI, las actividades habituales (9) relacionadas con la gestión de los proyectos de investigación en salud —evaluación, dictaminación, seguimiento y cierre— de los CLI ubicados en los establecimientos de salud transferidos al IMSS Bienestar.

El desarrollo de este trabajo abarcó dos fases, una de contextualización y otra de sistematización. Como punto de partida para la primera fase, y a fin de organizar los ciclos de las mesas, el departamento de Organización de Comités identificó siete regiones con base en el mapeo de los CLI. La **Figura 1** muestra la ubicación geográfica por nivel de atención, así como, la concentración y dispersión de estos cuerpos colegiados en las 23 Coordinaciones Estatales del IMSS Bienestar.

La fase de contextualización inició con una reunión virtual realizada el 31 de marzo de 2025, en la cual se presentó la estrategia de la REDIVE a las JOIS y SEI. Durante la sesión se explicó el objetivo de su participación en el diseño de la red de comités. Adicionalmente, se solicitó su colaboración en plenaria

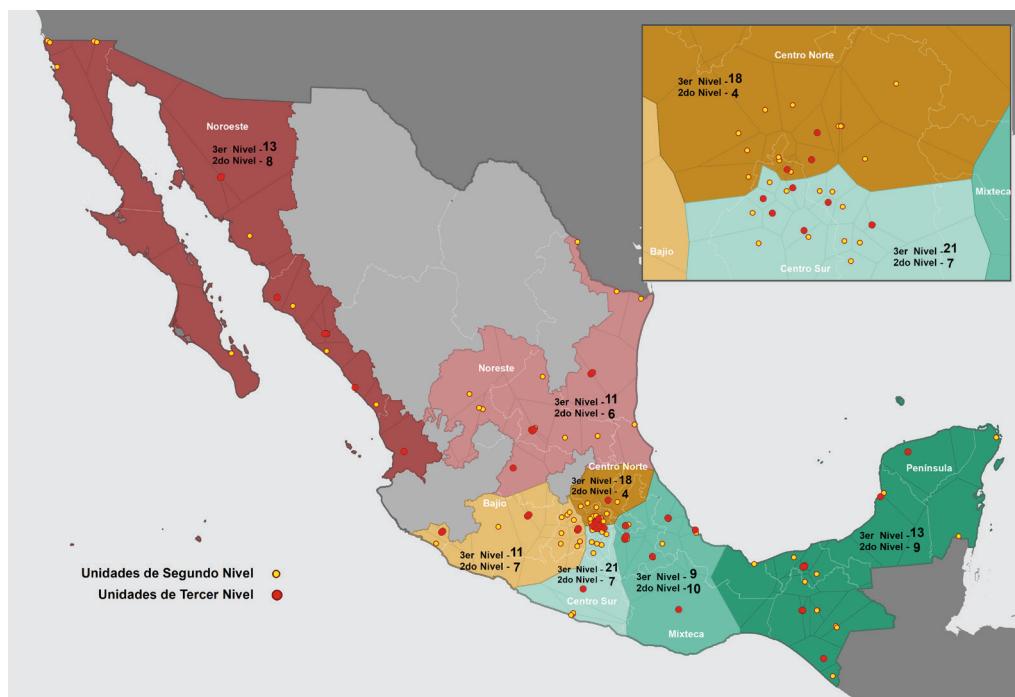


Figura 1. Mapeo de la REDIVE.

para elaborar una nube de palabras, utilizando una herramienta digital, y responder individualmente una cédula de elementos iniciales. Al finalizar dicha sesión, se compartió el calendario de las mesas de trabajo.

La **Tabla 2** presenta la conformación de siete grupos para cada una de las mesas de trabajo con las JOIS y SEI, cada reunión tuvo un horario diferente y una duración aproximada de 50 minutos. El propósito de estas sesiones fue alcanzar la saturación teórica (8, 9) a través del análisis de cuatro categorías: contexto y definición de la regionalización; dificultades, barreras y soluciones; condiciones y herramientas para la operación y propuestas de mejora.

La fase de sistematización consistió en el análisis y triangulación de tres productos: a) la cédula de elementos iniciales, b) las notas de las mesas de trabajo y c) un análisis FODA por región. Este proceso se llevó a cabo mediante la construcción de una matriz analítica que organizó la información a partir del cruce entre las columnas de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas con las cuatro categorías analizadas en la fase de contextualización.

RESULTADOS

Los principales hallazgos se agrupan en las siguientes categorías: escasez de personal especializado, limitaciones procesales, carencias formativas y ausencia de incentivos.

Respecto a la categoría de escasez de personal especializado, las principales problemáticas identificadas fueron la dificultad para contar con personal suficientemente calificado para integrar los CLI, y la insuficiencia de personal para atender la creciente demanda de evaluaciones. Estas condiciones afectan directamente en la capacidad de respuesta y en la calidad de los dictámenes emitidos por estos cuerpos colegiados. En cuanto a las limitaciones procesales, se identificó la ausencia de procedimientos homogéneos para el funcionamiento de los CLI. A ello se suman, en los distintos contextos regionales, la falta de actualización sobre las regulaciones vigentes en investigación y el escaso seguimiento al desarrollo de los proyectos de investigación. Estas deficiencias ralentizan los tiempos de resolución, disminuyen la capacidad técnica para realizar evaluaciones y dificultan el seguimiento riguroso en alineación con los marcos éticos y legales que regulan la investigación en salud. A lo anterior,

Tabla 2. Calendario de las mesas de trabajo.

Región	Coordinaciones Estatales /HRAEs	Fecha de la mesa
Noroeste	Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa, Sonora.	01 de abril de 2025.
Noreste	HRAE Bajío, San Luis Potosí, Tamaulipas, Zacatecas y HRAE Ciudad Victoria	01 de abril de 2025.
Bajío	Estado de México, Michoacán, Colima.	02 de abril de 2025.
Centro Norte	Ciudad de México (norte), Hidalgo, Estado de México (norte).	02 de abril de 2025.
Centro Sur	Ciudad de México (centro-sur), Guerrero, Estado de México (oriente), Morelos.	03 de abril de 2025.
Mixteca	Oaxaca, Puebla, Tlaxcala, Veracruz. HRAE Oaxaca.	03 de abril de 2025.

se suman las carencias formativas en áreas como metodología de la investigación, bioética y bioseguridad, hecho que evidencia las necesidades de formación continua de los miembros de los CLI.

Por otra parte, la ausencia de incentivos y de reconocimiento formal al trabajo realizado en los CLI afecta la motivación y el compromiso del personal, lo que compromete la sostenibilidad operativa de estos comités y dificulta la retención de profesionales calificados. En este contexto, una preocupación reiterada fue la necesidad de prever mecanismos de relevo generacional que garanticen la continuidad de estos cuerpos colegiados. En la **Tabla 3** se presenta una síntesis de los hallazgos por categoría emergente en las mesas de trabajo con las JOIS y SEI.

Al considerar las dificultades previamente descritas es factible derivar propuestas de soluciones, las cuales se ordenan en cuatro categorías: 1) optimización de procesos, capacitación y formación, 2) incentivos-reconocimientos, y 3) apoyo interinstitucional. A continuación, se explican las propuestas que responden a las dificultades descritas líneas arriba.

La optimización de los CLI requiere fortalecer aquellos comités que ya operan de manera adecuada, fomentando el intercambio de buenas prácticas y aprovechando la capacidad instalada para mejorar los procesos administrativos vinculados con la evaluación de protocolos de investigación. Asimismo, se propone la conformación de redes de investigadores con proximidad geográfica o temática, lo cual facilitaría la colaboración, el intercambio de experiencias y el aprovechamiento de las capacidades locales.

La implementación de sistemas de pre-revisión de los protocolos de investigación facilitaría el proceso de evaluación, esto significa, filtrar los proyectos mediante una revisión técnica puntual antes de ser sometidos a una evaluación formal. El objetivo es mejorar los tiempos de dictaminación. Adicionalmente, hay que incidir en el desarrollo de mecanismos de seguimiento y supervisión de los protocolos de investigación a fin de disminuir y evitar malas prácticas científicas.

Respecto a las propuestas sobre la capacitación y formación, la creación de “semilleros” se plantea como estrategia para asegurar la formación conti-

Tabla 3. Síntesis de hallazgos por categoría emergente en las mesas de trabajo con las JOIS

Escasez de personal especializado	Limitaciones procesales	Carencias formativas	Ausencia de incentivos
Falta de perfiles adecuados para integrar comités.	Ausencia de procedimientos estandarizados para envío de protocolos.	Deficiencias en formación metodológica en la investigación, bioética y bioseguridad.	Falta de estímulos para participantes de comités.
Personal insuficiente para atender la demanda de evaluación.	Falta de claridad en procesos de revisión por pares.	Necesidad de capacitación sobre regulaciones y normativas.	Carenza de reconocimiento formal del trabajo.
	Tiempos de respuesta prolongados.		
	Carenza de criterios homogéneos entre comités.		

nua y la renovación del capital humano especializado en investigación en salud interesado en formar parte de los CLI. Entre las medidas para generar incentivos y reconocimiento para los integrantes de los comités se encuentran la entrega de constancias con valor curricular, la implementación de estímulos económicos, el reconocimiento formal de la participación como mérito para procesos de evaluación académica como el ingreso o permanencia en el Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNII).

Finalmente, el apoyo interinstitucional se proyecta como una vía clave para fortalecer capacidades mediante la vinculación con instituciones educativas y de salud para crear sinergias en la formación, evaluación y generación de conocimiento especializado para la formación de los integrantes de los CLI.

CONCLUSIONES

Las actividades de investigación en el IMSS Bienes-
tar se desarrollan en contextos diversos en los que influyen factores como el sistema organizacional y operativo de los establecimientos de salud, la asignación de recursos, la infraestructura de cada establecimiento de salud y el número de investigadores que laboran en tales unidades. En este escenario, la institución debe atender las necesidades relacionadas con la evaluación del personal de salud que realiza actividades de investigación, considerando que el universo los CLI contempla, por ahora, 88 comités vigentes. Este panorama evidencia una desproporción entre la capacidad resolutiva y la demanda en los procesos de dictaminación.

Son cuatro las problemáticas recurrentes que constituyen los principales obstáculos para el funcionamiento óptimo de los CLI: 1) la escasez de personal especializado tanto en términos cuantitativos como cualitativos; 2) limitaciones procesales derivadas de la falta de procedimientos estandarizados; 3) carencias formativas en competencias metodológicas-normativas; y 4) la ausencia de incentivos que afecta la motivación y sostenibilidad de los comités. La propuesta de creación de la REDIVE emerge como una respuesta que busca trascender las soluciones parciales. Su estructura en tres niveles operativos —central, estatal y local— permitirá optimizar los procesos de los CLI mediante el desarrollo de una normatividad que establezca criterios claros

para la dictaminación según la complejidad de los protocolos de investigación, se trata de aprovechar la capacidad instalada existente y promover la interconexión entre comités, así como de impulsar el registro estratégico de estos organismos.

La metodología implementada facilitó el análisis de las convergencias y divergencias contextuales necesarias para incorporar, en el diseño de la normativa de la REDIVE, las categorías expresadas en el discurso colectivo de las JOIS y SEI. A continuación, se enlistan aspectos nodales para el desarrollo de dicha estrategia.

1. Establecimiento de procesos estandarizados: cédulas y rúbricas de pre-revisión de protocolos para la asignación de dictamen.
2. Identificación y jerarquización de los protocolos de investigación para la asignación correcta de un comité evaluador.
3. Designación de un responsable en los establecimientos de salud para el seguimiento riguroso de los protocolos de investigación.
4. Formación y capacitación continua en metodología de la investigación, bioética y bioseguridad para el personal involucrado.
5. Desarrollo de una base de evaluadores externos por área de *expertise*.
6. Capacitación de los comités con mayor experiencia a los comités en ciernes para garantizar la sostenibilidad y eficacia de la REDIVE.
7. Retribuciones o estímulos para los miembros de los CLI.
8. Fortalecimiento de la colaboración interinsti-
tucional, aprovechando las oportunidades de de-
sarrollo de las habilidades de los CLI.
9. Base de registro por región de los proyectos que requieren dictamen o que están en proceso de revisión.

La REDIVE no sólo busca responder a una crisis operativa, sino profesionalizar la evaluación ética y metodológica de los CLI. Su diseño normativo debe responder ante la heterogeneidad regional, promo-

ver la sostenibilidad del sistema para incrementar la calidad y confiabilidad científica de los procesos de evaluación de los protocolos de investigación que se ejecutan en el IMSS Bienestar.

REFERENCIAS

1. Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. Reporte: *Estatus de los Comités de Ética en Investigación en las Unidades Médicas de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar* [Internet]. México, IMSS-BIENESTAR, 2024 [citado el 18 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://imssbienestar.gob.mx/>
2. Dirección General de Información en Salud. Catálogos CLUES [Internet]. 2025.[citado el 18 de marzo de 2025]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html
3. Ley General de Salud. Secretaría de Salud, Diputados [Internet]. 2025 [citado el 20 de marzo]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
4. Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. *Informe preliminar: Estatus de los Comités de Investigación en las Unidades Médicas de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar* [Internet]. México, IMSS-BIENESTAR, 2024 [citado el 18 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://imssbienestar.gob.mx/>
5. Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. *Informe preliminar: Estatus de los Comités de Bioseguridad en las Unidades Médicas de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar* [Internet]. México, IMSS-BIENESTAR, 2024 [citado el 18 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://imssbienestar.gob.mx/>
6. Barbosa E., y Guimãres D. *Proyectos educativos y sociales: planificación, gestión, seguimiento y evaluación*. España: Narcea, p. 10-27; 2013.
7. Bénard C. *La teoría fundamentada: una metodología*. 1era edición. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2016.
8. Hernández Sampieri, R. *Metodología de la Investigación*. 10 edición. México: Mc Graw-Hill; 2010.
9. Izcara Palacios, S. P. *Introducción al muestreo*. 1era edición, México: Miguel Ángel Porrúa; 2007.



Foto: Karla Bautista Celestino. Atlacomulco, Edo Mex.

Sin salud mental no hay desarrollo

Mendoza-Velasquez, J. J.^{a}*

RESUMEN

En los últimos años, la salud mental ha emergido como un eje estratégico para el desarrollo sostenible, la equidad en salud y el cumplimiento de los derechos humanos. En este texto se analiza la intersección entre salud mental y política pública desde una perspectiva global y particularmente latinoamericana, enfatizando la necesidad de transitar hacia modelos integrados, comunitarios y centrados en las personas, en especial en países de ingreso medio y bajo como México. La transformación pendiente de los sistemas de salud, particularmente en relación con la integración de la atención a los consumos problemáticos de sustancias y la salud mental, exige superar múltiples barreras estructurales, políticas y económicas e integrar la salud mental en todas las políticas públicas. Este cambio requiere una verdadera revolución de derechos, donde la salud mental sea reconocida como condición fundamental para el desarrollo social, económico y democrático.

Palabras clave: Salud mental, políticas públicas de salud, atención en salud pública.

INTRODUCCIÓN

La salud mental ha sido reconocida como una prioridad global por su impacto en el bienestar, la cohesión social y la productividad económica. Organismos internacionales

^a Coordinación de Acción Comunitaria. Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR).

* jose.mendoza@imssbienestar.gob.mx



Foto: Ricardo Santos Cervantes. Hospital de la Niñez Poblana, Puebla.

como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han llamado a transformar los sistemas de atención para garantizar el acceso equitativo, la integración comunitaria y el respeto a los derechos humanos (1). En México, la creación de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar) ha colocado la salud mental como parte esencial de su modelo, fortaleciendo el primer nivel de atención como un espacio estratégico para la detección temprana, la intervención psicosocial y la participación comunitaria sin descuidar la atención articulada.

Marco global y derechos humanos

La OMS propuso en 2022 una transformación profunda de los sistemas de salud mental basada en derechos, equidad, acceso universal y enfoque de curso de vida (1). La Comisión de Salud Mental de *The Lancet* subrayó la urgencia de una “revolución de derechos” centrada en la voz de las personas usuarias, la desinstitucionalización progresiva y el fortalecimiento de la atención primaria (2).

Este nuevo paradigma implica superar el sistema asilar, sin eliminar la atención psiquiátrica especializada, para conformar redes de cuidados integrales

que incluyan soporte social, participación comunitaria y acompañamiento continuo a las personas con discapacidad psicosocial o en situación de vulnerabilidad a través de la participación intersectorial (3, 4).

Retos sociales, económicos y políticos

Las principales barreras para el acceso a la salud mental en países de ingresos medios como México son estructurales y se vinculan directamente con los determinantes sociales de la salud y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y la OMS.

La pobreza, la desigualdad y la baja inversión pública obstaculizan el cumplimiento del ODS 3: Salud y bienestar, particularmente su meta 3.4, que busca reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental (5, 6). En México y en prácticamente toda América Latina, menos del 2 % del gasto total en salud se destina a salud mental, lo que refuerza la dependencia de modelos hospitalarios centralizados y urbanos, en contravención de los principios de equidad territorial y cobertura

universal establecidos también en los ODS 10 (Reducción de las desigualdades) y 11 (Ciudades y comunidades sostenibles) (7). La concentración geográfica de servicios en zonas urbanas y la falta de personal capacitado en regiones rurales e indígenas amplían las brechas de acceso, afectando sobre todo a mujeres, comunidades originarias y personas en pobreza extrema, en contravención de los ODS 1 (Fin de la pobreza) y 5 (Igualdad de género) (1, 8). La fragmentación institucional entre sistemas públicos, privados y sociales limita la continuidad de la atención, contraviniendo los principios del ODS 16 (Instituciones sólidas y justicia). A esto se suman el estigma, la falta de información y la escasa capacitación del personal sanitario, que perpetúan la desigualdad y obstaculizan la prevención.

Fortalecer la educación, la sensibilización pública y la cooperación intersectorial es clave para cumplir con los ODS 4 (Educación de calidad) y 17 (Alianzas para lograr los objetivos) (5, 7).

Aun cuando la *Ley General de Salud* mexicana de 2022 reconoce la salud mental como prioridad nacional, su implementación enfrenta retos políticos, financieros y administrativos. Para traducir este marco legal en resultados sostenibles se requiere inversión continua, fortalecimiento del primer nivel, redes comunitarias sólidas y sistemas de información interoperables (6, 7). Además, la integración de la salud mental exige esta visión no sólo en las políticas de salud, sino en las políticas económicas, educativas y laborales para responder al enfoque de la OMS de “Salud Mental en Todas las Políticas” (1).

Contexto latinoamericano y mexicano

Latinoamérica ha mostrado avances importantes en psiquiatría comunitaria y desinstitucionalización (9). Sin embargo, la persistente desigualdad social, la fragmentación institucional y la insuficiente inversión pública limitan la sostenibilidad de estos avances.

La experiencia regional demuestra que la atención comunitaria puede reducir hospitalizaciones, me-

jorar la reinserción social y fortalecer las redes de apoyo locales. En Brasil, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) integran salud, trabajo y educación, consolidando un sistema territorial de cuidados (10). En Chile, los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) lograron incorporar la salud mental al primer nivel con apoyo municipal. En Argentina, la *Ley Nacional de Salud Mental* (2010) consolidó la atención comunitaria y la perspectiva de derechos humanos (11).

En México, el modelo propuesto por la Secretaría de Salud y el IMSS Bienestar se basa en la territorialización, la atención primaria y la participación comunitaria (12,13). Este enfoque busca que el primer nivel sea capaz de prevenir, detectar y derivar oportunamente, mediante la capacitación del personal en salud mental a través del uso de la entrevista del *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental* de la OMS, el Mh GAP (14), y más recientemente la creación de Comités de Salud para el Bienestar (CoSABI) como mecanismos de avalúo y corresponsabilidad ciudadana (13).

Los servicios de salud pública del IMSS Bienestar se articulan en tres niveles, las unidades de primer contacto con detección e intervenciones breves, las unidades ambulatorias especializadas para atención de mediana complejidad, y los hospitales comunitarios y especializados integrados a las redes de salud.

Además, incorpora ejes transversales de vida, salud comunitaria y justicia social, con perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad, situando la salud mental y la salud de las mujeres como componentes esenciales del bienestar integral.

La consolidación de un modelo integral en el país podría no sólo asegurar el acceso a la salud mental sino una importante herramienta en la optimización de los servicios de salud.

Evaluación, impacto y vinculación intersectorial

Es necesario que IMSS Bienestar incluyan indica-

dores de cobertura de tamizaje, tiempos de referencia, satisfacción del usuario y pertinencia cultural, los cuales permiten monitorear la equidad y efectividad del sistema (13). No obstante, la evaluación debe complementarse con una arquitectura intersectorial que articule salud, educación, protección civil, desarrollo social, seguridad y justicia, reconociendo que los determinantes de la salud mental, tales como desempleo, violencia, discriminación o desplazamiento forzado trascienden el ámbito médico (3, 5).

Algunos ejemplos de esta vinculación incluyen la coordinación de los servicios de salud con programas federales como *La Clínica es Nuestra, Jóvenes Construyendo el Futuro y Sembrando Vida*, los cuales fortalecen infraestructura, inclusión laboral y bienestar rural impactando en los indicadores de salud y de desarrollo social. Estas acciones demuestran que la salud mental puede ser motor de desarrollo territorial, cohesión social y resiliencia.

Asimismo, promover que las estrategias de protección civil integren la prevención de riesgos psicosociales para anticipar crisis colectivas, desastres o violencias estructurales más que importante, es imperativo. En conjunto, este enfoque reconoce la salud mental como responsabilidad colectiva y estatal, exigiendo políticas públicas transversales y sostenidas.

CONCLUSIONES

La transformación del sistema de salud impulsada por el gobierno de México a través de IMSS Bienestar constituye una de las iniciativas más ambiciosas en materia de salud pública en América Latina. No debe considerarse sólo como una reforma técnica, sino que se trata de una revolución de derechos, que redefine el papel del Estado en la garantía del bienestar integral psicosocial como derecho humano y como base del desarrollo nacional.

Al incorporar un enfoque territorial, comunitario, de curso de vida, intercultural y con perspectiva de género, México tiene la oportunidad de construir el primer sistema nacional integral de salud, especialmente en salud mental y atención a los consumos



Foto: Ricardo Santos Cervantes. Hospital de la Niñez Poblana, Puebla.

nocivos de sustancias psicoactivas sustentado en evidencia, participación social y justicia distributiva. Su éxito dependerá de una evaluación rigurosa, la participación significativa de las comunidades, la coordinación intersectorial vinculante y el financiamiento público sostenible. México puede liderar esta transformación regional demostrando que sin salud mental no hay desarrollo, y que garantizarla es esencial para construir una sociedad justa, solidaria y democrática. Este modelo no parte de cero: retoma aprendizajes de la psiquiatría comunitaria, de las experiencias de desinstitucionalización y de los movimientos por los derechos de las personas



con discapacidad psicosocial. Pero lo lleva un paso más allá, al construir una red nacional que conjuga intervenciones clínicas, comunitarias, preventivas, sociales y educativas de manera articulada y sostenible. Para que este esfuerzo tenga éxito, es indispensable consolidar mecanismos robustos de evaluación continua, participación significativa de las comunidades, coordinación intersectorial vinculante y financiamiento público suficiente y sostenido. Asimismo, será fundamental documentar rigurosamente los avances, obstáculos y lecciones aprendidas, con el fin de facilitar su adaptación por otros países de ingreso medio. México tiene hoy la oportu-

tunidad histórica de liderar una revolución de derechos en salud mental en la región, demostrando que es posible construir un sistema de atención integral, justo, humano y efectivo, que coloque a las personas y sus contextos en el centro de toda política pública.

La salud mental, a diferencia de otros ámbitos de la salud, no puede ser abordada exclusivamente desde el sector sanitario porque sus causas, manifestaciones y consecuencias trascienden el campo médico. Los trastornos mentales no se originan únicamente por factores biológicos, sino por la interacción compleja de determinantes sociales, económicos, culturales, educativos, laborales y ambientales que configuran las condiciones de vida de las personas. Por ello, su cuidado exige una participación intersectorial efectiva, en la que todo el Estado y no sólo los servicios de salud asuman la responsabilidad de promover, prevenir y atender el bienestar psicosocial de la población.

Mientras que muchos problemas de salud pueden resolverse mediante intervenciones clínicas o biomédicas, la salud mental depende de estructuras y contextos más amplios: la seguridad económica, la vivienda digna, el empleo estable, la educación inclusiva, la justicia social, la protección contra la violencia y la cohesión comunitaria. Sin políticas públicas que garanticen estos derechos, cualquier esfuerzo sanitario resulta insuficiente o meramente paliativo. En consecuencia, la salud mental no puede reducirse a un problema médico, sino que debe entenderse como una responsabilidad de todo el gobierno y como una condición necesaria para el desarrollo social y humano.

El cuidado integral de la salud mental requiere la articulación de múltiples sectores: la educación, para fomentar la alfabetización emocional, la empatía y la detección temprana de problemas; el trabajo y la economía, para generar entornos laborales saludables y empleos dignos; la justicia y la seguridad, para prevenir violencias estructurales y garantizar el respeto a los derechos humanos; el desarrollo social y la vivienda, para reducir el estrés derivado de la pobreza o la exclusión; y la cultura y la comunica-

ción, para combatir el estigma y fortalecer el sentido de pertenencia e identidad colectiva.

Esta interdependencia convierte a la salud mental en un bien público transversal que únicamente puede garantizarse mediante una gobernanza integral, capaz de coordinar políticas entre sectores y niveles de gobierno. En este sentido, más que “atender enfermedades”, se trata de construir bienestar psicosocial, fortalecer comunidades y generar entornos protectores. La salud mental no es sólo un componente del sistema de salud, sino un eje estructural del desarrollo, la democracia y la cohesión social. Por ello, todo el gobierno debe participar activamente en su cuidado, reconociendo que sin salud mental no hay desarrollo, ni justicia, ni futuro posible.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2022.
2. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*. Lancet. 2018;392(10157):1553–98.
3. Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. Social, economic, human rights and political challenges to global mental health. *Ment Health Fam Med*. 2011;8(2):87–96.
4. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007;370(9590):878–89.
5. Minoletti A, Galea S, Susser E. Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. *Public Health Rev*. 2012;34(2):13.
6. Organización Panamericana de la Salud. Inversión en salud mental en las Américas: Panorama y desafíos. Washington, D.C.: OPS; 2022.
7. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: ONU; 2015.
8. World Health Organization. *Mental Health Atlas* 2021. Geneva: WHO; 2021.
9. Ruelas-González MG, Infante-Xibillé C, Ruiz-Matus C, Pelcastre-Villafuerte B. Mental health care in Mexico: Towards a community mental health model. *Int J Ment Health Syst*. 2021; 15:15.
10. Amarante P, Nunes M. Reforma Psiquiátrica y Atención Psicosocial en Brasil: avances y desafíos. *Rev Ciéncia & Saúde Coletiva*. 2018;23(3):723–32.
11. González L, Cohen H, Etcheverry L. Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina: logros y desafíos. *Salud Colectiva*. 2021;17: e3217.
12. Nigenda G, Servan-Mori E, González-Block MA, Gómez-Dantés O, Ruiz-Larios JA. Institutional and organizational transformation for mental health in Mexico: The role of the Ministry of Health. *Health Policy OPEN*. 2022; 3:100050.
13. Secretaría de Salud / IMSS-BIENESTAR. Modelo de Atención Integral para la Salud Mental y las Adicciones. Ciudad de México: SSA; 2023.
14. World Health Organization. Mh GAP Implementation Guide: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries. Geneva: WHO; 2019.



Foto: Trabajo plástico realizado por pacientes del Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza en Tolcayuca, Hidalgo.

Función del psicólogo en la rehabilitación psicosocial como tratamiento para personas con trastorno mental grave (revisión y reflexiones para México)

Calixto-Botello F. J.^a; Romero-López V.^{a*}

RESUMEN:

Objetivo: Revisar los principales modelos de programas de rehabilitación psicosocial (RPS) aplicados a trastornos mentales graves (TMG), identificar sus componentes clave y reflexionar sobre la función del psicólogo en su adaptación al contexto nacional mexicano.

Metodología: Revisión sistemática de la literatura científica utilizando bases de datos como Medline Pubmed, Scielo y Redalyc. Se emplearon descriptores en lenguaje libre incluyendo “rehabilitación psicosocial”, “psicólogo clínico” y “trastorno mental grave”. Se priorizaron revisiones sistemáticas en español dirigidas exclusivamente a adultos con TMG, excluyendo artículos en otros idiomas. **Resultados:** Se identificaron intervenciones con evidencia de eficacia implementadas por psicólogos: terapia cognitiva-conductual (TCC) para esquizofrenia y psicosis, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación familiar, rehabilitación cognitiva, terapia de aceptación y compromiso, mindfulness, terapia de reminiscencia, y programas de apoyo al empleo. La RPS se consolida como estrategia esencial centrada en potenciar el crecimiento personal, superar desventajas del trastorno mental y promover la reincorporación comunitaria. **Conclusiones:** El psicólogo clínico desempeña un rol fundamental en la evaluación, diseño e implementación de programas individualizados de RPS. La adaptación de estos modelos al contexto mexicano, respaldada por el marco normativo nacional y principios del MAS-Bienestar, fortalece la atención integral y promueve la inclusión social de personas con TMG.

Palabras clave: Rehabilitación psicosocial, trastorno mental grave, psicología clínica, intervenciones psicosociales, salud mental comunitaria.

^a Hospital Psiquiátrico Zoquiapan Granja la Salud. Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar).

* psic.veronicarm@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales graves (TMG) representan un desafío significativo para los sistemas de salud, caracterizándose por su persistencia en el tiempo y la discapacidad que generan más allá de la sintomatología (1) e incluyen diagnósticos como la esquizofrenia, la discapacidad intelectual leve, moderada y grave, así como los trastornos mentales y del comportamiento secundarios a lesión o disfunción cerebral.

Según datos de la organización mundial de la salud (OMS), en 2019 aproximadamente una de cada ocho personas en el planeta, alrededor de 970 millones de individuos, presentaba algún trastorno mental (2). Sin embargo, aunque existen opciones eficaces de prevención y tratamiento, la mayoría de las personas que padecen trastornos mentales no tienen acceso a una atención efectiva. Además, muchos se enfrentan al estigma, discriminación y violaciones de los derechos humanos (2).

En México, el número de personas con algún trastorno mental ascendió de 15.7 millones en 2019 a 18.1 millones en 2021, lo que equivale a un incremento del 15.4 % (3). Respecto a los trastornos mentales graves, la información más reciente —de 2019— indica que representan cerca del 8 % de la carga total de estos padecimientos (4). De forma coherente con el aumento observado en la prevalencia

global para 2021, cabe suponer que los casos graves también habrían crecido en ese periodo; no obstante, la falta de datos posteriores impide confirmarlo con exactitud.

Considerando las particularidades de quienes viven con trastornos mentales graves, los tratamientos e intervenciones prioritarios se centran en la rehabilitación psicosocial (RPS), que se ha consolidado como una estrategia esencial (5). Según la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, la RPS comprende todas aquellas acciones, intervenciones y programas destinados a potenciar el crecimiento personal y superar desventajas derivadas de un trastorno mental, promoviendo el aprendizaje o reaprendizaje de habilidades para la vida diaria, participación en actividades productivas y mantenimiento de un entorno de vida satisfactorio (6). Por lo tanto, la RPS es un proceso integral e individualizado cuyo objetivo es facilitar la reincorporación comunitaria de las personas, mejorar su funcionamiento psicosocial, así como favorecer una vida autónoma y digna, con un rol activo en la construcción de su proyecto de vida (5, 6, 7, 8).

Este enfoque encuentra respaldo en la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (9) y en el *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030* de la OMS (10), los cuales promueven la inclusión, la protección de derechos y el acceso a intervenciones basadas en evidencia.



Foto: Héctor Mora Aguilar. Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza en Tolcayuca, Hidalgo.

En México, la Ley General de Salud (11) establece que el internamiento en servicios de salud mental sea el último recurso terapéutico, dicha medida se ajusta a principios éticos y de respeto a los derechos humanos. La NOM-025-SSA2-2014(06) regula la conformación de equipos multidisciplinarios en unidades médico-psiquiátricas, destacando el rol del psicólogo clínico en la evaluación inicial, la identificación de fortalezas y déficits, el diseño y seguimiento del plan individualizado de rehabilitación y la aplicación de intervenciones, basadas en evidencia, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación, promueve la desinstitucionalización, estimula la recuperación de la confianza de los usuarios y la integración social.

Por último, el *Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar* (MAS-Bienestar) (12), comparte con la RPS principios de universalización e integración de servicios orientados a la recuperación e inclusión social de las personas con TMG, lo que refuerza la necesidad de adaptar y fortalecer los programas de rehabilitación psicosocial en el contexto mexicano.

El presente artículo revisa los principales modelos de programas de RPS aplicados a TMG, identifica sus componentes clave y reflexiona sobre la función del psicólogo en su adaptación al entorno nacional.

METODOLOGÍA

El presente artículo se fundamenta en una revisión sistemática de la literatura científica (13, 14, 15) con el propósito de abordar los principales modelos y componentes de los RPS aplicados al TMG, así como identificar el rol del psicólogo en estos contextos y reflexionar sobre su adaptación al entorno mexicano. Una revisión sistemática implica detectar, consultar y obtener bibliografía, entre otros materiales útiles, que permitan efectuar los objetivos del presente estudio. Este proceso es esencialmente pragmático y busca ofrecer una orientación valiosa sobre los procesos de evaluación, terapéuticos y preventivos (13).

Estrategia de búsqueda: se diseñó una estrategia de búsqueda exhaustiva y sistemática para identificar evidencia relevante. La revisión fue de carácter se-

lectivo y priorizo las referencias más importantes, recientes y directamente vinculadas con los objetivos del estudio (14, 15, 16).

Bases de datos consultadas: se realizaron búsquedas exhaustivas en *Medline (Pubmed)*, *Scielo*, *Redalyc*, por mencionar algunas. Se consideraron Guías de Práctica Clínica reconocidas, así como revisión de tesis, trabajos de grado, investigaciones y/o artículos en repositorios institucionales.

Términos de búsqueda: se utilizaron descriptores en lenguaje libre. Los términos clave incluyeron: “rehabilitación psicosocial”, “psicólogo clínico”, “trastorno mental grave” (TMG).

Criterios de inclusión/exclusión: se priorizaron revisiones sistemáticas, se incluyeron estudios publicados en español, la población objetivo fue exclusivamente adultos con TMG. Se excluyeron artículos en idiomas como inglés, francés y portugués.

RESULTADOS

Esta sección detalla los hallazgos obtenidos de la revisión sistemática en relación con las intervenciones, modelos, tratamientos y RPS. Se presenta una descripción de aquellos que han demostrado evidencia de eficacia en la mejora del funcionamiento y la calidad de vida de personas con TMG, destacando su implementación encabezada por psicólogos y respaldada por equipos multidisciplinarios.

I. Terapia cognitiva conductual (TCC)

Población: la TCC se aplica a personas con TMG, incluyendo específicamente a pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y otras psicosis (7, 8). Es utilizada tanto en casos de esquizofrenia crónica y de difícil manejo como en episodios agudos y otras psicosis. Puede ser eficaz para pacientes con sintomatología persistente, incluso cuando esta es resistente al tratamiento farmacológico (5, 17, 18, 19).

Componentes: la TCC se enfoca en establecer relaciones entre los pensamientos, sentimientos y acciones de la persona en relación con sus síntomas. Las intervenciones de tipo cognitivo-conductual buscan modificar patrones de pensamiento que contribu-

yen a los problemas del paciente. Además, incorpora el desarrollo de habilidades de afrontamiento para controlar los síntomas residuales y reducir el estrés, se emplean técnicas como la conversación personal y el análisis racional para disminuir la angustia. Por lo regular, las sesiones se llevan a cabo semanalmente de manera individuales o grupales, con evaluación continua de objetivos terapéuticos (5, 17, 18, 19).

Efectos: se ha demostrado una reducción significativa de los síntomas positivos (como alucinaciones), contribuye a la disminución del malestar, favorece la adherencia al tratamiento y es eficaz para reducir los reingresos hospitalarios (17, 18, 19).

II. Psicoeducación (individual, familiar y grupal)

Población: la psicoeducación se dirige a personas con TMG y sus familias o cuidadores, se puede aplicar de forma individual o grupal, y se adapta a la cronicidad del paciente (5, 7, 8, 19).

Componentes: brindar información estructurada sobre el diagnóstico, curso, pronóstico, etiología, síntomas, factores de riesgo y protectores del trastorno; así como sobre los tratamientos farmacológicos y psicosociales (5, 7, 8). También se incluyen estrategias de prevención de recaídas, el reconocimiento de pródromos y la gestión de crisis. Además, abarca el desarrollo de habilidades de comunicación y la resolución de problemas o conflictos familiares y cotidianos (17, 19, 21, 22).

Efectos: la evidencia demuestra que la psicoeducación mejora el conocimiento de la enfermedad, aumenta la adherencia al tratamiento (5, 7, 8), reduce las recaídas y reingresos hospitalarios —especialmente cuando se incorpora a la familia— y contribuye a la mejora de la calidad de vida, el funcionamiento social-global, y a la reducción de la angustia familiar (19, 20, 22, 23).

III. Entrenamiento en habilidades sociales (EHS)

Población: el EHS se recomienda para pacientes con

TMG. Siendo particularmente relevante para quienes presentan síntomas negativos o déficits en el funcionamiento social, pues busca mejorar la competencia social y reducir el aislamiento (7, 19, 20, 22).

Componentes: los componentes incluyen técnicas conductuales como la instrucción, el modelado, el ensayo conductual, *role-play*, la retroalimentación, *feedback* y el refuerzo positivo (7, 8, 25, 26). Se enfatiza la generalización de las habilidades aprendidas a entornos de la vida real y la realización de tareas para realizar en casa y en la comunidad (17, 21, 24).

Efectos: el EHS ha demostrado ser altamente efectivo en la RPS, resultando en una mejora significativa de las habilidades sociales y el funcionamiento social, y una mayor adaptación en la comunidad. Contribuye a incrementar el nivel de interacción social, reducir el estrés y mejorar las capacidades de afrontamiento (5, 7, 26). Además, se asocia con la mejora de la autonomía personal y facilita el camino hacia los procesos de educación formal y reinserción laboral, ya que fortalece las competencias sociales necesarias (17, 18, 19).

IV. Estimulación cognitiva

Población: la estimulación cognitiva se dirige a personas con TMG, especialmente aquellas con deterioro cognitivo (5, 7, 8, 22), siendo relevante para quienes presentan déficits en la atención, memoria, funciones ejecutivas y otras funciones cognitivas como la velocidad de procesamiento, el aprendizaje verbal, la cognición social y la capacidad de resolución de problemas (17, 19, 21).

Componentes: un componente esencial de los programas de estimulación cognitiva es la evaluación inicial y periódica de las funciones cognitivas, tanto de las alteradas como de las preservadas para la planificación individualizada del tratamiento. Se emplean estrategias de restauración de funciones deterioradas, compensación mediante el uso de mecanismos alternativos o funciones preservadas, y sustitución con estrategias para minimizar disfunciones (17, 19, 21, 24). Los programas deben estar integrados con actividades académicas, ocupacionales y de vida diaria. Se recomienda que estas incluyan intervenciones de entrenamiento en habilidades y técnicas de afrontamiento (7, 19, 24).



Foto: Héctor Mora Aguilar. Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza en Tolcayuca, Hidalgo.

Efectos: la rehabilitación cognitiva ha demostrado ser eficaz en personas con TMG y deterioro cognitivo. Se ha observado una mejora en las puntuaciones en pruebas neuropsicológicas y una transferencia a actividades funcionales diarias, académicas y funcionamiento psicosocial (7, 17, 27).

V. Intervención familiar

Población: la intervención familiar se dirige a las familias y cuidadores de personas con TMG. (5, 7, 8).

Componentes: la intervención familiar abarca la psicoeducación sobre la enfermedad, diagnóstico, curso, pronóstico, síntomas, tratamientos, el reconocimiento de pródromos y prevención de recaídas. Se incluyen técnicas para el manejo de cargas emocionales, el intercambio-apoyo emocional, así como la creación de un clima de confianza y colaboración. También se enfoca en el entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva, resolución de problemas o conflictos familiares y cotidianos, el desarrollo de habilidades de afrontamiento. Además, promueve la participación en grupos de apoyo y acompañamiento, para compartir experiencias, brindar apoyo, a fin de reducir el estigma (7, 17, 19, 28).

Efectos: la intervención familiar disminuye el estrés familiar, reduce las recaídas y reingresos hospitalarios. Además, contribuye a la mejora de la calidad de vida de la familia y el paciente. También aumenta la adherencia al tratamiento, mejora el

funcionamiento social-global del paciente y logra una reducción de los niveles de emoción expresada (EE) en la familia (17, 19, 28).

VI. Modelos comunitarios

Los modelos que se presentan a continuación fueron desarrollados como respuesta contraria al antiguo modelo asilar (2, 6, 7, 17, 19).

1. Tratamiento asertivo comunitario (TAC)

Población: está recomendado para personas con TMG que precisan un número elevado de reingresos en unidades de corta estancia. También es especialmente útil para pacientes graves, que presentan dificultades en su funcionamiento social, laboral, residencial y de salud física (7, 20).

Componentes: una característica fundamental del TAC es el contacto frecuente con el paciente mediante visitas domiciliarias y otras intervenciones fuera de las instituciones (17, 19, 20, 25).

Efectos: reducción de hospitalizaciones y el tiempo de permanencia total en el hospital, mejora la adherencia al tratamiento, favorece la satisfacción con el cuidado y con el trabajo de los servicios de salud mental (17, 20, 25).

2. Programas residenciales comunitarios

Población: están diseñados para personas con TMG que carezcan de hogar, incluyendo a aquellas personas que no tienen las habilidades para vivir de forma independiente y no pueden ser atendidas por

sus familias. Son esenciales para personas que han estado hospitalizadas durante largos períodos y que requieren asistencia para la vida cotidiana (2, 6, 7, 10, 17, 19).

Efectos: mejor funcionamiento social, integración social, disminución de reingresos hospitalarios y favorece el grado de satisfacción de los pacientes en comparación con los tratamientos en unidades de media y larga estancia, así como la calidad de vida (2, 6, 7, 10).

La **Tabla 1** sintetiza los principales programas RPS aplicados y TMG revisados, su población, componentes, duración y efectos.

La función del psicólogo de acuerdo con los modelos revisados

El psicólogo clínico debe estar capacitado y especializado en el área clínica, ya que desempeña un papel clave en los procesos de rehabilitación psicosocial de pacientes con TMG. Su rol es esencial en la atención sanitaria y la salud en general, abordando integralmente el binomio salud-enfermedad desde

Tabla 1. Síntesis modelos de programas RPS

Programa/ Intervención	Población	Componentes clave	Duración	Efectos (resultados)
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	TMG, esquizofrenia, síntomas positivos persistentes.	Establecimiento de relaciones pensamiento-sentimiento-acción, corrección de creencias irracionales.	12 meses.	Disminuye sintomatología positiva (alucinaciones).
Psicoeducación (ind./fam./grupal)	TMG, esquizofrenia y relacionados, trastorno bipolar. Pacientes y familiares.	Información sobre enfermedad, prevención, recaídas, habilidades de afrontamiento.	3 a 9 meses.	Mejora conocimiento, reduce recaídas/reingresos (con familia).
Entrenamiento en habilidades sociales	TMG, esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos.	Instrucciones, <i>role-play</i> , entrenamiento, <i>feedback</i> . Habilidades conversacionales, asertivas.	1 mes a 24 meses.	Mejora funcionamiento social.
Rehabilitación cognitiva	TMG con deterioro cognitivo.	Evaluación pormenorizada, atención, memoria, funciones ejecutivas. Enfoques repetitivo y compensado.	Semanal.	Mejora rendimiento cognitivo.
Intervención familiar	TMG, esquizofrenia y relacionados, trastorno bipolar. Familiares y pacientes.	Psicoeducación, mejora de comunicación, resolución de problemas, apoyo emocional.	6 meses.	Disminuye carga emocional familiar, reduce recaídas.
Tratamiento asertivo comunitario (TAC)	TMG.	Equipo multidisciplinario, atención de amplia gama de necesidades.	Continuo.	Reducción de hospitalizaciones
Programas residenciales comunitarios	TMG.	Alojamiento alternativo, formación en habilidades para autonomía y adaptación.	Continuo.	Mantienen personas en la comunidad, mejoran. Funcionamiento e integración social.

una concepción biopsicosocial y comunitaria (17, 19, 26). A continuación, se especifican algunas de las principales tareas realizadas por el psicólogo.

Evaluación funcional integral: mediante la aplicación de herramientas estandarizadas para diagnosticar déficits cognitivos, emocionales y de funcionamiento social, se identifican las necesidades y prioridades que deben considerarse en la elaboración de perfiles individuales, los cuales orientan el plan de intervención (7, 17, 22).

Diseño y seguimiento de plan individualizado de rehabilitación (PI): se encarga del diseño y seguimiento del PI definiendo objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y temporales (SMART) (7, 17, 22). Esta labor requiere coordinación constante con el psiquiatra, trabajador social, terapeutas ocupacionales y familiares, e implica una supervisión mensual de los avances y ajustes en el programa individualizado (17, 19, 20, 22).

Intervenciones psicológicas especializadas: se recurre a modelos terapéuticos con evidencia científica como la TCC, para lograr una reestructuración cognitiva, manejo de síntomas y conductas, así como ensayos controlados y estrategias de afrontamiento. También se llevan a cabo procesos de psicoeducación grupal e individual con el propósito de garantizar la adherencia y empoderamiento tanto del paciente como de su familia. Además, continuamente se realizan intervenciones encaminadas al EHS para mejorar las aptitudes comunicacionales y el manejo asertivo (7, 17, 22). Finalmente, la rehabilitación cognitiva, coordinada con neuropsicología, se centra en atención y memoria.

Intervención familiar y comunitaria: incluye la implementación de talleres de psicoeducación, grupos multifamiliares y de acompañamiento, cruciales para la mediación de conflictos y el fortalecimiento de redes de apoyo (17, 19, 20, 28).

Orientación académica, vocacional y laboral: a partir del contacto con la persona y de evaluar o identificar las necesidades, intereses, inquietudes y capacidades se llevan a cabo programas de entrena-

miento, acercamiento y seguimiento, académico y laboral, que se realizan en coordinación con el equipo de trabajo social y terapia ocupacional (2, 6, 7, 17, 29).

Investigación y docencia: el psicólogo lidera proyectos de evaluación de programas de rehabilitación psicosocial para mejorar su calidad y efectividad (17, 24, 30). Además, en coordinación con el equipo multidisciplinario supervisa y difunde resultados (10).

CONCLUSIONES

La RPS ha mostrado robusta evidencia en la mejora de resultados clínicos, funcionales y sociales en personas con TMG (18, 19, 29, 30). El psicólogo clínico puede liderar la adaptación de los modelos de RPS (17). La implementación de programas comunitarios, como el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) y las residencias asistidas deben ajustarse a la realidad sociocultural de cada región, incorporando lenguas originarias y redes de apoyo local (1, 2, 10). Adicionalmente, la *telepsicología* ofrecería una oportunidad para superar brechas geográficas y optimizar el acompañamiento a distancia.

En el caso de México podemos identificar los siguientes retos y oportunidades:

- Formación profesional insuficiente, con pocos programas de especialización en RPS, por lo cual es necesario promover ofertas académicas enfocadas en intervención psicosocial.
- Existe una escasez de recursos humanos y materiales, no hay suficientes equipos multidisciplinarios para atender a la población. Además, prevalece una falta de infraestructura adecuada para desarrollar estos servicios.
- Barreras y estigmas culturales, los cuales requieren campañas de sensibilización y psicoeducación masiva para modificar creencias erróneas que limitan la demanda, acceso a los de servicios de salud mental y respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas con TMG.
- Es necesaria la generación de evidencia local, dado que México ha carecido de datos epidemiológicos actualizados a nivel nacional sobre trastornos mentales, se depende de estimaciones globales para identificar la carga de enfermedad (2, 3, 4). El psicólogo, como investigador y tutor de proyectos de grado puede impulsar esta agenda. Al respecto, es necesario capacitarse, formar nuevos profesionales y difundir los hallazgos en revistas especializadas (2, 10).

Cabe destacar que, en la actualidad, existe una convergencia notable entre la Ley General de Salud (11), la NOM 025 SSA2 2014 (6) y el *Plan de Implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)* (12), ya que estos enfoques priorizan la prevención y atención a la salud mental. Asimismo, buscan promover la autonomía y el bienestar mental de poblaciones vulnerables, promueven el acceso universal, gratuito y equitativo a servicios integrales, comunitarios, interdisciplinarios, basados en evidencia científica en el marco de los derechos humanos. En síntesis, la implementación de programas RPS requiere superar retos como la formación profesional insuficiente, la escasez de recursos, el estigma social e impulsar la generación de evidencia local que puedan impulsar la implementación de políticas públicas basadas en este enfoque.

En ese sentido, es apremiante implementar, evidenciar y evaluar programas piloto de Rehabilitación Psicosocial en México. El papel de los profesionales de la psicología, en colaboración con equipos multidisciplinarios, es fundamental en esta tarea.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales* [Internet]. Ginebra: OMS; [2022]. [citado el 20 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
2. Organización Panamericana de la Salud. *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado el 20 junio de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327715>.
3. Medina Mora ME, Orozco R, Rafful C, Cordero M, Bishai J, Ferrari A, et al. *Los trastornos mentales en México 1990-2021*. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. Gac Med Mex [Internet]. 2023 [citado el 21 junio de 2025]. 159:527-37. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132023000600527.
4. Organización Panamericana de la Salud. México: *Carga de enfermedad y salud mental a través de la vida* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; [2020] [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/MentalHealth-profile-2020%20Mexico%20esp.pdf>
5. Comunidad de Madrid, Consejería de Servicios Sociales. *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención* [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Servicios Sociales; 2002. Cuadernos Técnicos nº 17 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocialapoyo-comunitario.pdf>
6. Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la atención integral de las personas con trastornos mentales y del comportamiento* [Internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2014 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html.
7. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. *Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia* [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias; 2014 [citado el 21 junio de 2025]. Guía No. 29. Disponible en: https://homeris.gov.co/wp-content/uploads/GPC_Esquizofrenia_Profesionales-1.pdf.
8. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave* [Internet]. Zaragoza: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2009 [citado el 21 junio de 2025]. Guías de Práctica Clínica. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCIntervencionespsicosocialestrastornomentalgrave.pdf>
9. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo* [Internet]. Ciudad de México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2020 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf>.
10. Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1>
11. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley General de Salud* [Internet]. Ciudad de México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2024 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
12. Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. *Plan de implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)* [Internet]. Ciudad de México: Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar; 2023 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: https://imssbienestar.gob.mx/assets/docs/coord_educacion/Plan_implementacion_MAS%20BIENESTAR_3012023.pdf.

13. Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. *Elaboración y estructura de un artículo científico* (Guías para la iniciación a la investigación en Ciencias de la Salud; nº 2) [Internet]. Madrid: Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid; 2018 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2018-10-24-Elaboración%20y%20estructura%20de%2oun%2oartículo%2ocientífico.pdf>
14. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 5^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
15. Vargas X. *¿Cómo hacer investigación cualitativa? Una guía práctica para saber qué es la investigación en general y cómo hacerla, con énfasis en las etapas de la investigación cualitativa* [Internet]. Jalisco: ETXETA, SC; 2011 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://www.paginaspersonales.unam.mx/files/981/94805617-Xavier-Vargas-B-COMO-HACER-INVESTIGA.pdf>
16. Costa Urrutia P. *¿Cómo escribir y publicar un artículo científico en ciencias de la salud?* [Internet]. Ciudad de México: 2022 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/358472802>.
17. Rodríguez López P. *El papel del psicólogo en la rehabilitación de pacientes psiquiátricos* [Internet] [Tesis de licenciatura]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2016 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TESo1000749157/3/0749157.pdf>
18. Fernández Catalina P, Ballesteros Pérez F. *La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria*. EduPsykhé [Internet]. 2017 [citado el 21 junio de 2025];16(1):15-36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428606>.
19. Luna Cruz CA. Revisión Sistemática de Programas de Rehabilitación Psicosocial para Esquizofrenia. Diseños de Intervención y Prevención para Población Mexicana [Internet] [Tesis de licenciatura]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología; 2018 [citado el 21 junio de 2025]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/jspui/bitstream/20.500.14330/TESo1000775418/3/0775418.pdf>
20. Grupo de Trabajo de la Sección de Rehabilitación de la AEN. Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012 [citado el 22 junio de 2025]. Cuadernos Técnicos, 16. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Haciareformulacionrehabilitacionpsicosocial.pdf>
21. González Cases J, Rodríguez González A. Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. Clín Salud [Internet]. 2010 [citado el 22 junio de 2025]; 21(3): 245-259. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010
22. Gisbert Aguilar C, Coordinadora. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003 [citado el 22 junio de 2025]. Estudios, 28. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocial-tratamientointegral.pdf>
23. Robles García R, Medina Dávalos R, Páez Agraz F, Becerra Rodríguez B. Evaluación de funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves. Salud Mental [Internet]. 2010 [citado el 22 junio de 2025]; 33:67-75. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2010/sam101h.pdf>
24. Casas E, Escandell MJ, Ribas M, Ochoa S. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2010 [citado el 22 junio de 2025]; 30 (105): 25-47. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n1/02.pdf>
25. Navarro Bayón D. Rehabilitación psicosocial para enfermos mentales graves en contextos rurales: alternativas a los modelos tradicionales. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. [2003] [citado el 22 junio de 2025]; (86): 105-122. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n86/n86ao8.pdf>
26. Cuevas Yust C, Hernández Esteban F. Función del psicólogo clínico en la rehabilitación psicosocial del enfermo mental crónico en el ámbito comunitario. Apuntes de Psicología [Internet]. 1993 [citado el 22 junio de 2025]; 38-39:163-81. Disponible en: <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/1148/799>
27. López Álvarez M, Laviana Cuetos M. Rehabilitación psicosocial y atención comunitaria: algunas consideraciones críticas y una propuesta de guion para el debate [Internet]. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2017 [citado el 22 junio de 2025]; 37(131):257-276. Disponible en: doi: 10.4321/S0211-57352017000100015
28. Maynart WHC, de Albuquerque MCS, Bréda MZ, Silva DSD, de Santana HP, Brandão LDS. Escucha cualificada a familiares de usuarios en un centro de atención psicosocial. Salud Mental [Internet]. 2024 [citado el 22 junio de 2025]; 47(2):89-95. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252024000200089&lng=en&nrm=iso&tlang=es.
29. Guinea R. Rehabilitación psicosocial, perspectivas en el mundo. TRAMAS [Internet]. 2015 [citado el 22 junio de 2025]; (43):13-39. Disponible en: <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/748/743>
30. Hernández Monsalve M. La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2017 [citado el 22 junio de 2025]; 37(131):171-187. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Determinantes sociales y su asociación en el gasto alimentario en personas mayores de Yucatán

Ávila-Nava, A.^a, Garrido-Dziba, A.^b, Lugo, R.^a, Gutiérrez-Solis, A. L.^{a*}

RESUMEN

Antecedentes: La influencia que tienen los determinantes sociales en la salud (DSS) de las personas mayores ha sido ampliamente documentada, pero no está claro en qué medida representa un impacto en el gasto alimentario de este grupo etario de Yucatán. Por ello, el objetivo de este estudio fue determinar el gasto alimentario de las personas mayores de Yucatán y su asociación con DSS. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal, el cual tuvo como población base a personas mayores que acudieron a la consulta externa del Hospital Regional de Alta Especialidad, IMSS-Bienestar en Mérida, Yucatán durante el periodo 2022-2025, con una muestra final de 108 personas mayores. Los participantes fueron clasificados y comparados en 2 grupos de estudio: 1) gasto alimentario < \$2,500 y 2) gasto alimentario $\geq \$2,500$. Para predecir cuál DSS está asociado a un menor gasto alimentario, se realizaron modelos de regresión logística binaria multivariante para estimar la Razón de Momios (RM). **Resultados:** El 64.8% reportó gastar menos de \$2,500 con un promedio de $\$1,655 \pm 652$, los DSS que caracterizaron a este grupo fueron: mayor número de mujeres (81.4%), un menor nivel educativo (52.2%), casados (39.1%) y que residen en zonas urbanas (80.0%). Los modelos determinaron que ser mujer se asocia significativamente con tener un mayor riesgo de menor gasto alimentario con una RM de 0.318 (IC 95%: 1.32–7.7; $p = 0.010$), incluso ajustando por edad y nivel educativo 3.21 (IC 95%: 1.24–8.3; $p = 0.016$). Sin embargo, al realizar los análisis estratificados por sexo, no se observaron asociaciones significativas entre los DSS y el gasto alimentario. **Conclusión:** Estos hallazgos subrayan la magnitud de los DSS en el gasto alimentario, sobre todo en mujeres de 60 o más años que residen en Yucatán. Se requieren investigaciones futuras para comprender las tendencias de los determinantes sociales en diversas poblaciones del estado y explorar cómo las políticas y los programas pueden reducir su prevalencia.

Palabras claves: determinantes sociales de la salud; gasto alimentario; personas mayores; Yucatán.

^a Unidad de Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar), Mérida, Yucatán, México.

^b Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México.

* Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS-Bienestar. Calle 7, No. 433 por 20 y 22, Fraccionamiento Altabrisa, Mérida, Yucatán, México, 97130. Tel: +52 (999) 942 7600, Fax: +52 (999) 2543535, email: ganaligia@gmail.com

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial existe un incremento en la cantidad y proporción de personas mayores (60 años o más), esto debido al aumento de la esperanza de vida en la población. Las proyecciones indican que para 2030 se contará con una cifra de 1,400 millones de personas mayores en el mundo (1). En la región de América Latina, el envejecimiento poblacional se ha comportado de forma más dinámica en comparación con otras regiones del mundo (2). En México, para el 2022 las personas mayores representaban el 14% de la población total del país según la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición* (ENOEN), cifra que aumenta anualmente (3).

El envejecimiento poblacional es un reto para los sistemas de salud del mundo, debido a que las personas mayores suelen presentar un descenso gradual en su sistema fisiológico debido a una acumulación de daño celular, así como la pérdida de mecanismos regenerativos (senescencia) (1, 4). Especialmente en países de ingresos bajos y medianos, la pobreza económica está estrechamente relacionada con el envejecimiento de la población, ya que las personas mayores son susceptibles a la inseguridad económica debido a la jubilación o a la disminución de la capacidad para prolongar su empleo (5, 6). Según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en su reporte de *Pobreza y personas mayores en México*, en el 2020, el 46.1% de la población de 65 años o más, contaba con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos (LPI), esto fue menor a lo observado en 2016 (48.6%) y en 2018 (49.9%) (7). Un informe reciente por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), menciona que las personas mayores de 75 años tienen un riesgo elevado de enfrentar pobreza en la vejez y que las pensiones de las mujeres sean menores que las de los hombres (8). Esta condición limita el acceso a servicios de salud, lo que a su vez incrementa la probabilidad de experimentar efectos negativos en la salud.

Para reducir las desigualdades en salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), con el propósito de comprender y abordar los factores sociales, económicos, culturales y ambientales que influyen en los resultados en salud. Los DSS se refieren a las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, así como a los sistemas que influyen en la distribución de los recursos y servicios. Entre estos factores se incluyen: la educación, los ingresos, el empleo, la vivienda, el acceso a servicios de salud, la seguridad social y el entorno físico y comunitario. En general, mejores circunstancias sociales se asocian con mejores niveles de salud y bienestar, mientras que contextos de desigualdad perpetúan riesgos y limitan las oportunidades para una vida saludable (9).

Diversos estudios en México han documentado algunos de los DSS más influyentes en el bienestar de las personas mayores, que incluyen el nivel socioeconómico, la educación, las redes de apoyo social, el sexo y el acceso a servicios de salud. Estos factores estructurales configuran las condiciones en que las personas mayores viven y envejecen, determinando desigualdades en los resultados de salud. Un estudio realizado por Aguilar-Salinas et al. (2019) describe que un menor nivel socioeconómico se asocia con deterioro cognitivo, síntomas depresivos, dependencia funcional y mayor prevalencia de desnutrición y anemia (10). De manera complementaria, González-Bautista et al. (2019) muestran que un mayor nivel educativo y la frecuencia de interacciones sociales reducen el riesgo de mortalidad, mientras que la ausencia de redes de confianza y la falta de control sobre las decisiones vitales lo incrementan (11). Asimismo, resultados de Aguilar-Navarro et al. (2023) muestran que las personas con menos recursos enfrentan mayores niveles de depresión, fragilidad y limitaciones físicas, y las mujeres presentan una mayor carga de estas condiciones en comparación con los hombres (12). En conjunto, estos hallazgos refuerzan que los DSS son determinantes críticos para comprender y atender las desigualdades en salud de la población mayor en México.

Estos hallazgos reflejan cómo los DSS están estrechamente relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) dado que elementos como el nivel

socioeconómico, la educación, la composición del hogar, la infraestructura y el entorno comunitario influyen directamente en la capacidad de los individuos para acceder a una alimentación adecuada, condicionando su bienestar y salud a lo largo de la vida. La SAN constituye un derecho fundamental que garantiza que todas las personas tengan acceso físico, económico y social a alimentos suficientes, seguros y nutritivos en todo momento, lo que les permite mantener una vida activa y saludable. Este concepto se apoya en los pilares de disponibilidad, acceso, consumo y utilización biológica de los alimentos, e incorpora factores como la calidad e inocuidad de los mismos, la estabilidad del suministro y la diversidad cultural de la alimentación. Los resultados de un análisis realizado en Brasil donde se evaluó el impacto del programa Beneficio de Prestación Continuada (BPC), mostraron que se aumentó la probabilidad de que las personas mayores gocen de seguridad alimentaria y se redujo la probabilidad de sufrir inseguridad alimentaria leve (13).

Diversos estudios han reportado que las personas mayores con un nivel socioeconómico más bajo tienen una dieta más deficiente que las personas con un nivel socioeconómico más alto (14, 15). Los grupos socioeconómicos más bajos son más propensos a consumir dietas ricas en grasas y bajas en micronutrientes, así como a una menor ingesta de frutas y verduras (16, 17), lo que aumenta el riesgo de enfermedades relacionadas con la dieta (18, 19). Esto, debido a diversos factores como el acceso a diferentes tipos de alimentos, sabor y el costo (15). Resultados de la *Encuesta sobre el consumo de alimentos y bebidas de los adultos mayores* realizada por la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) reportan que la mayoría de las personas mayores entrevistados considera la calidad y la relación precio calidad de un producto al momento de elegir la marca, el mismo documento reporta que el 32% gasta de \$312 a \$623 semanales en la compra de alimentos y bebidas (20).

Recientemente, la *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares* del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI),

menciona que los Yucatecos destinan \$15,435 trimestrales en gastos de alimentos, bebidas y tabaco (21). Sin embargo, se desconoce cuáles son los DSS asociados a este gasto alimentario. La influencia de los DSS entre las personas mayores ha sido ampliamente documentada en diversas partes de México, pero en el estado de Yucatán no está claro en qué medida representa un impacto en el gasto alimentario de este grupo etario. Por ende, el objetivo de este estudio fue determinar el gasto alimentario de las personas mayores de Yucatán y su asociación con DSS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal, el cual tuvo como población base personas mayores que acudieron a la consulta externa del Hospital Regional de Alta Especialidad, IMSS-Bienestar en Mérida, Yucatán durante el periodo 2022-2025.

El tamaño de la muestra fue calculado utilizando una fórmula estándar para una población desconocida. El cálculo se realizó con base en la población mayor de 60 años de Yucatán (265, 160), y la prevalencia de inseguridad alimentaria reportada en poblaciones de Yucatán con un 73% (22), un intervalo de confianza del 95%, y un margen de error del 10% resultando en 76 sujetos de estudio necesarios, aunque al final se optó por una muestra de 108 pacientes.

Aspectos éticos

Antes de iniciar el estudio, las y los participantes fueron informados sobre los objetivos, el procedimiento y los beneficios del mismo a través de un consentimiento informado; el cual firmaron quienes aceptaron participar en el estudio. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del HRAEPY (CONBIOETICA-31-CEI-002-20170731) en relación con el proyecto de investigación con código de identificación: 2021-012.

Determinantes sociales

Se aplicó un cuestionario sociodemográfico sobre información del paciente, donde se recolectaron los

datos generales de las y los participantes. Los determinantes sociales de la salud se caracterizan por siete variables: edad (60-69 años, 70-79 años y 80 o más años), sexo (mujer, hombre), nivel educativo (0-9 años, > 9 años), situación de pareja (soltero, casa-

do, viudo/divorciado), área de residencia (rural, urbano), etnia (apellido maya, apellido no maya) y si recibe la pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores (si, no) (**Figura 1**).

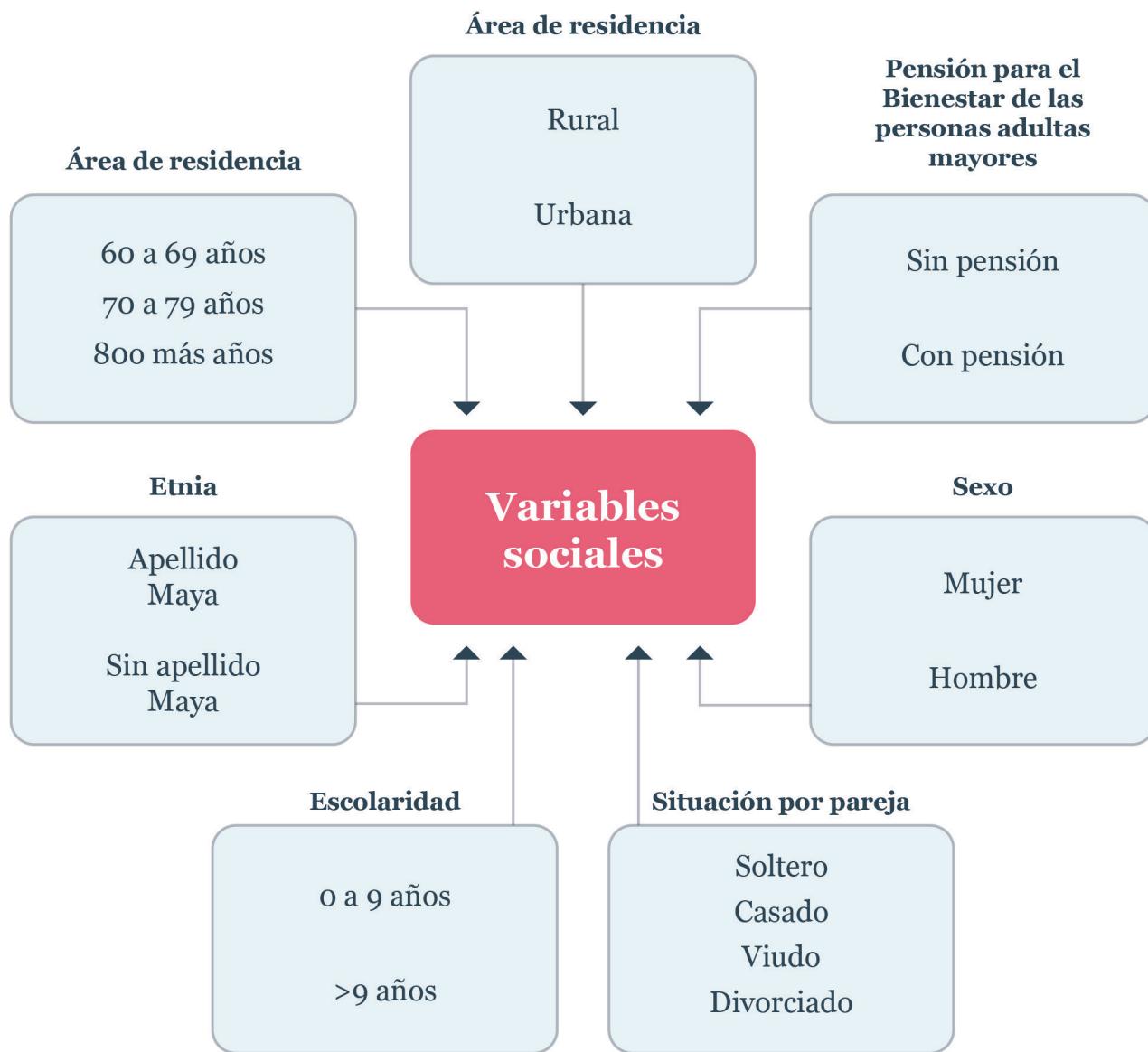


Figura 1. Determinantes sociales del gasto alimentario de personas mayores en Yucatán.

Gasto alimentario

El gasto alimentario fue establecido de acuerdo con los reportes del INEGI, en el documento de gasto corriente monetario promedio trimestral por entidad federativa, en el cual se reporta para Yucatán un gasto alimentario trimestral de \$15,435 (21). Posteriormente, el gasto alimentario trimestral fue promediado quincenalmente y dicotomizado en menor ($< \$2,500$) y mayor ($\geq \$2,500$) gasto en alimentos.

Análisis estadístico

Las y los participantes fueron clasificados en 2 grupos de estudio: 1) gasto alimentario $< \$2,500$ y 2) gasto alimentario $\geq \$2,500$. Las variables categóricas fueron presentadas como frecuencias y porcentajes. La significancia estadística de las diferencias entre grupos se evaluó mediante el método de *Chi-Cuadrada de Pearson*. Adicionalmente, se realizaron modelos de regresión logística binaria multivariante para estimar la razón de momios y los intervalos de confianza (IC) del 95% para las asociaciones entre un gasto alimentario $< \$2,500$ y los determinantes sociales. Los modelos incluyeron factores como el sexo, la edad, el nivel educativo y la situación de pareja, siguiendo la siguiente fórmula (23):

$$\text{Logit} = \log\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_n X_n$$

$$\begin{aligned} \text{Logit} &= \log\left(\frac{p}{1-p}\right) \\ &= \beta_0 + \beta_{(\text{sexo})}X_{(\text{sexo})} + \beta_{(\text{edad})}X_{(\text{edad})} + \beta_{(\text{nivel educativo})}X_{(\text{nivel educativo})} \\ &\quad + \beta_{(\text{situación de pareja})}X_{(\text{situación de pareja})} \end{aligned}$$

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico *Jamovi* (versión 0.9). Para todas las pruebas estadísticas se considerará un valor de $p < 0.05$ como indicativo de significación estadística.

RESULTADOS

La muestra de estudio estuvo conformada por 108 personas mayores, 79 mujeres (73%) y 29 hombres (27%), siendo la mayoría aquellos que reportaron un gasto alimentario quincenal menor a \$2500 (64.8%), con un promedio de $\$1,655 \pm 652$, estuvieron conformados principalmente por personas mayores

entre los 60 y 69 años, representando el 52.90% de la muestra. La edad promedio de la población total fue de 69.9 ± 6.63 años (mujeres con 69.9 ± 7.03 años y hombres con 70 ± 5.48 años). Por otra parte, el grupo con un gasto mayor o igual a \$2,500, estuvo conformado por personas entre los 60 y 69 años siendo un 55.3%. Con respecto al sexo, ambos grupos estuvieron conformados en su mayoría de mujeres, aunque en el grupo con un gasto alimentario $< \$2,500$ a la quincena presentó un porcentaje significativamente mayor (81.4% vs. 57.9%, $p = 0.008$) en comparación al grupo de $\geq \$2,500$. En términos de razones de momios, las mujeres tuvieron un 69% menos de probabilidad de un gasto alimentario promedio $\geq \$2500$ en comparación con los hombres (OR = 0.31; IC 95%: 0.13–0.75). El nivel educativo no mostró diferencias significativas, pero la mayoría de la población con menor gasto, tuvo menos de 9 años de estudio (52.2%). Por el contrario, aquellos con un mayor gasto contaban con más de 9 años de estudio (60.5%). Según la situación de pareja, la mayoría de la población del estudio estaba casada con un porcentaje total de 45%. Además, el 89 % vivía en zonas urbanas de Yucatán, sólo el 14% tenían un apellido Maya, y el 73% reportaron recibir la pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores (**Tabla 1**).

Se realizó una regresión logística binaria multivariante para estimar las asociaciones entre un menor gasto alimentario ($< \$2,500$) y los DSS en las personas mayores. El modelo 1 mostró que las mujeres tienen 3.18 veces más probabilidad de tener un menor gasto alimentario (RM: 3.18, IC 95%: 1.32 – 7.70; $p = 0.010$). En el modelo 2, ajustando por factores como la edad y el nivel educativo, la asociación mostró seguir siendo estadísticamente significativa con una RM de 3.21 (IC 95%: 1.24 – 8.3; $p = 0.016$). Finalmente, el modelo 3 fue ajustado por edad, nivel educativo y situación de pareja, indicó que las mujeres tienen 2.67 veces más probabilidad de tener un menor gasto alimentario, aunque esta asociación no fue significativa al ajustar por edad (RM: 2.67, IC 95%: 0.97 – 7.33; $p = 0.056$). Lo que significa que ser mujer se asocia significativamente

Tabla 1. Determinantes sociales de acuerdo con el gasto alimentario en una población adulta de Yucatán ($n = 108$).

Determinantes Sociales	Gasto < \$2,500 (n= 70)	Gasto ≥ \$2,500 (n= 38)	RM (IC 95%)	X^2	p-valor
Edad, n (%)					
60– 69 años	37 (52.9)	21 (55.3)	-	1.99	0.370
70– 79 años	26 (37.1)	16 (42.1)			
≥ 80 años	7 (10.0)	1 (2.6)			
Sexo, n (%)					
Hombre	13 (18.6)	16 (42.1)	1.0 (Ref)	6.94	0.008*
Mujer	57 (81.4)	22 (57.9)	0.31 (0.13 – 0.75)		
Nivel educativo, n (%)					
≤ 9 años	36 (52.2)	15 (39.5)	1.0 (Ref)	1.58	0.208
> 9 años	33 (47.8)	23 (60.5)	1.67 (0.74 – 3.74)		
Me [P25 – P75]	9 [6 – 16]	12 [7 – 17]			
Situación de pareja, n (%)					
Soltero	17 (24.6)	5 (13.2)	-	3.84	0.147
Casado	27 (39.1)	22 (57.9)			
Viudo / divorciado	25 (36.2)	11 (28.9)			
Área de residencia, n (%)					
Urbano	56 (80.0)	30 (78.9)	1.0 (Ref)	0.01	0.897
Rural	14 (20.0)	8 (21.1)	1.07 (0.40 – 2.83)		
Etnia, n (%)					
Sin apellido Maya	62 (88.6)	31 (81.6)	1.0 (Ref)	1.01	0.316
Apellido Maya	8 (11.4)	7 (18.4)	1.75 (0.58 – 5.27)		
Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, n (%)					
No	19 (27.1)	10 (26.3)	1.0 (Ref)	0.01	0.926
Si	51 (72.9)	28 (73.7)	1.04 (0.42 – 2.55)		

Gasto < \$2,500: gasto alimentario promedio menor a \$2,500 pesos mexicanos; Gasto ≥ \$2,500: gasto alimentario promedio mayor o igual a \$2,500 pesos mexicanos. Los valores de asociación corresponden a la Razón de Momios (RM) con intervalos de confianza al 95%. La significancia estadística se evaluó mediante prueba de X^2 de Pearson. *Se considera diferencia estadística con un valor de $p < 0.05$.

con un mayor riesgo de tener un menor gasto alimentario en personas mayores, incluso ajustando por edad y nivel educativo (**Tabla 2**).

DISCUSIÓN

La identificación y asociación de los DSS en personas mayores ha sido ampliamente documentada. Sin embargo, el impacto de estos determinantes sobre el gasto alimentario en este grupo etario en la población del sureste de México no ha sido explorado. Según nuestro conocimiento, este es el primer estudio que analiza de manera específica la relación entre los DSS y el gasto alimentario en personas mayores residentes en Yucatán. En relación al gasto alimentario, el promedio quincenal obtenido en este estudio fue de $\$2,321.00 \pm \$1,320.00$, esto es menor en comparación a lo que reporta la *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares* (INEGI), en donde el gasto quincenal es de

$\$2,572.50$ para Yucatán (21). Se ha descrito que las personas mayores destinan un menor presupuesto para alimentos en comparación de otros grupos de edades (24). Sin embargo, en los últimos años se ha observado esta tendencia a nivel internacional. Resultados de Leung *et al.*, destacan el aumento crónico y recurrente de la inseguridad alimentaria, especialmente entre las familias afroamericanas, hispanas y de bajos ingresos (25).

Sólo el 35.2% de personas mayores gasta más de $\$2,500.00$ en alimentos, con un promedio de $\$3,633.00 \pm \$1,282.00$. La mayoría de la población estudiada (64.8%) reportó gastar menos de $\$2,500.00$ con un promedio de $\$1,655.00 \pm \652.00 , menos de la mitad de lo obtenido en el grupo de $\geq \$2,500.00$. Esto pudiera deberse a diversos factores, entre los DSS encontramos que este grupo de personas mayores estuvo caracterizado por un mayor número de mujeres (81.4%), un menor

Tabla 2. Regresión logística binaria que predice el menor gasto alimentario en adultos mayores ($n = 108$).

	RM	IC (95%)	p-valor
Modelo 1			
Sexo, mujer	3.18	1.32 – 7.7	0.010*
Modelo 2			
Sexo, mujer	3.21	1.24 – 8.33	0.016*
Edad, 70 – 99 años	1.53	0.63 – 3.69	0.339
Educación, 0 – 9 años	1.17	0.48 – 2.81	0.723
Modelo 3			
Sexo, mujer	2.67	0.97 – 7.33	0.056
Edad, 70 – 99 años	1.39	0.57 – 3.40	0.468
Educación, 0 – 9 años	1.20	0.49 – 2.93	0.677
Estado civil, soltero	1.94	0.57 – 6.52	0.524

RM: razón de momios; IC (95%): intervalo de confianza al 95 %. *($p < 0.05$).

nivel educativo (52.2%), personas unidas (39.1%) y que residen en zonas urbanas (80.0%). Muchos de estos determinantes sociales están estrechamente relacionados con la salud (24). Se ha documentado que la educación es un factor que contribuya a las personas para adoptar estilos de vida más saludables y mejorar sus oportunidades laborales, lo que les permite costear mejor los servicios asociados a una mejor calidad de vida (26). Interesantemente, a pesar de que el 72.9% reportó obtener la pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, el destino para la compra de alimentos parece ser menor. Esto podría estar influenciado por múltiples factores, entre ellos la inflación que se ha sufrido en los últimos años en México en donde las pensiones y otros ingresos fijos, a menudo no se ajustan al ritmo de la inflación o lo hacen con retraso (27). Esto pudiera también tener un impacto en la calidad de alimentos consumidos en este grupo poblacional (14). Por otra parte, en un estudio reciente realizado en personas mayores de comunidades indígenas de Tabasco reporta que la pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores ha sido utilizada en su mayoría para el cuidado de su salud, asistido al servicio médico, adquisición de medicamentos, alimentación, apoyo familiar, mejoras en la vivienda y en la producción agrícola, así como en la siembra y compra de animales para el traspatio (28).

En Yucatán, para el 2025 se reporta una esperanza de vida de 78.5 años para mujeres y de 72.1 años para hombres (29). A medida que aumenta la edad, también lo hace la probabilidad de desarrollar problemas de salud y ciertas discapacidades (30).

Los datos provenientes de la *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México* (ENASEM) indican que, entre la población de 60 años y más, una mayor proporción de mujeres que de hombres reporta limitaciones en actividades de la vida diaria, que incluyen alimentarse, bañarse, caminar, utilizar el sanitario o acostarse, aunque esta diferencia se observó únicamente en zonas urbanas y no en zonas rurales (30, 31). Ser mujer fue el determinante social que tuvo una asociación significativa con un menor gasto alimentario, con una RM de 3.18 (IC

95%: 1.32 – 7.70; $p=0.01$). Esto concuerda con el análisis realizado por Salgado *et al.*, en donde menciona que las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad en la vejez, atribuida a factores estructurales como un nivel educativo relativamente bajo, una participación limitada en el ámbito económico a lo largo de su trayectoria vital, la ausencia de una pareja en etapas avanzadas de la vida, así como la consecuente pérdida de apoyo económico y protección institucional, lo cual puede conllevar a un menor poder adquisitivo para los alimentos (30, 32). Sin embargo, al realizar los análisis estratificados por sexo, no se observaron asociaciones significativas entre los DSS y el gasto alimentario. El hallazgo de que el sexo femenino se asocie significativamente con un menor gasto alimentario al analizar la población total, pero que esta relación desaparezca al estratificar por sexo, puede explicarse por diversos factores.

En primer lugar, la reducción del tamaño de muestra en los análisis estratificados disminuye el poder estadístico y amplía los intervalos de confianza, lo que dificulta identificar asociaciones significativas aun cuando persistan ciertas tendencias. Además, el sexo funciona como un determinante estructural que concentra desigualdades acumuladas a lo largo del curso de vida, tales como menor acceso a pensiones contributivas, menor escolaridad y mayor prevalencia de viudez en las mujeres, lo que en conjunto impacta el gasto en alimentación. De este modo, al analizar la población total, estas desventajas se expresan en la variable “ser mujer”, mientras que al estratificar por sexo se diluyen y otros determinantes sociales, como la edad, la educación o la situación de pareja, no muestran un efecto estadísticamente significativo. Estos resultados sugieren que el sexo constituye un eje central de desigualdad que atraviesa y potencia la influencia de otros DSS en la alimentación de las personas mayores.

Por otra parte, los DSS tienen una interrelación compleja. Es fundamental considerar que los determinantes estructurales, como las políticas sociales, influyen directamente sobre el nivel educativo y la posición económica del individuo. Sumado a esto, las circunstancias materiales (entorno rural, sistema de salud) y los factores psicosociales (apoyo social) definen a los de-

terminantes intermediarios como el gasto destinado a los alimentos (seguridad alimentaria) (33).

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, sólo se consideraron determinados DSS obtenidos a través de un cuestionario sociodemográfico, sin recurrir a una herramienta estandarizada que permitiera una evaluación integral de los DSS, por este motivo únicamente se examinaron algunos de ellos. Además, el cuestionario se centró en indagar la cantidad de dinero destinada a la compra de alimentos, sin contemplar el porcentaje que este gasto representa respecto al ingreso total. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos destacan la importancia de analizar los DSS como un componente clave para comprender el estado de salud de la población personas mayores.

CONCLUSIONES

En general, estos hallazgos subrayan la magnitud de los DSS sobre todo en mujeres de 60 o más años que residen en Yucatán. Se requieren investigaciones futuras para comprender las tendencias de los DSS en diversas poblaciones del estado y explorar cómo las políticas y los programas pueden reducir su prevalencia.

Financiación

El presente estudio recibió financiamiento por parte del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar), Mérida, Yucatán, México.

Agradecimientos

Los autores agradecen profundamente a los participantes. Asimismo, agradecemos a Saliba Hernández Chávez, Jesús Manuel Esperón Morales, Ángel García Zapata y Brenda Velázquez Colotla por su apoyo.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. *Fact sheets. Ageing and health.* 2024.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Envejecimiento En América Latina y El Caribe. Inclusión y Derechos de Las Personas Mayores* 2023.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Comunicado de prensa Núm. 568/22. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores.* 2022.
4. Dziechciaż M, Filip R. *Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging.* Ann Agric Environ Med. 2014;21(4):835-8. doi: 10.5604/12321966.1129943.
5. United Nations Population Fund and Help Age International. *Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge.* 2012.
6. Tan V, Chen C, Merchant RA. *Association of social determinants of health with frailty, cognitive impairment, and self-rated health among older adults.* PLoS One. 2022;17(11):e0277290. doi: 10.1371/journal.pone.0277290.
7. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. CONEVAL. *Pobreza y personas mayores.* 2022.
8. OECD. *Pensions at a Glance 2019: OECD and G20 Indicators.* 2019.
9. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.* Lancet. 2008;372(9650):1661-9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61690-6.
10. Rice K, Gottlieb D, Riblet N, Watts BV, Shiner B. *Mental Healthcare Quality Across the COVID-19 Pandemic in Rural versus Urban Patients.* Rural mental health. 2026;2025. doi: 10.1037/rmh0000297.
11. González-Bautista E, Manrique-Espinoza B, Ávila-Funes JA, Naidoo N, Kowal P, Chatterji S, et al. *Social determinants of health and frailty are associated with all-cause mortality in older adults.* Salud Pública de México. 2019;61(5):582-90.
12. Salinas-Rodríguez A, Rojas-Botero ML, Rivera-Almaraz A, Fernández-Niño JA, Montañez-Hernández JC, Manrique-Espinoza B. *Long-term inequalities in health among older Mexican adults: An outcome-wide analysis.* SSM - population health. 2024;26:101684. doi: 10.1016/j.ssmph.2024.101684.
13. Rosales M, de Mattos LB, Julião CCB. *Efectos del programa Beneficio de Prestación Continuada (BPC) en el estado nutricional y la seguridad alimentaria de las personas mayores en el Brasil.* Revista de la CEPAL. 2023;2023(140):181-202.
14. Guimond-Ramos JC, Borbón-Morales CG, Mejía-Trejo J, Martínez-Navarro ML. *Comparación del gasto de los hogares en alimentos de baja calidad nutricional: Sonora y México 2018.* Estudios sociales Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional. 2021;31(58).

15. Kamphuis CB, de Bekker-Grob EW, van Lenthe FJ. *Factors affecting food choices of older adults from high and low socioeconomic groups: a discrete choice experiment.* Am J Clin Nutr. 2015;101(4):768-74. doi: 10.3945/ajcn.114.096776.
16. Giskes K, van Lenthe FJ, Kamphuis CB, Huisman M, Brug J, Mackenbach JP. *Household and food shopping environments: do they play a role in socioeconomic inequalities in fruit and vegetable consumption?* A multilevel study among Dutch adults. J Epidemiol Community Health. 2009;63(2):113-20. doi: 10.1136/jech.2008.078352.
17. Pechey R, Monsivais P. *Socioeconomic inequalities in the healthiness of food choices: Exploring the contributions of food expenditures.* Prev Med. 2016;88:203-9. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.04.012.
18. Khaw KT, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. *Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study.* PLoS Med. 2008;5(1):e12. doi: 10.1371/journal.pmed.0050012.
19. Avila-Nava A, Gutiérrez-Solis AL, Pacheco-Can OD, Sagols-Tanoira IY, González-Marencio R, Cabrera-Lizarraga AG, et al. *Dietary Components Associated with the Risk of Gastric Cancer in the Latin American Population: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Foods. 2025;14(6). doi: 10.3390/foods14061052.
20. *Encuesta sobre el consumo de alimentos y bebidas de los adultos mayores.* Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO).
21. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.* Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). 2022.
22. Gutiérrez Carbajal MG, Magaña Magaña MA, Zizumbo Vilaseca D, Ballina Gómez H. Diversidad agrícola y seguridad alimentaria nutricional en dos localidades Mayas de Yucatán. Acta universitaria. 2019;29.
23. Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarín MI, Regidor E, Borrell C, Fernández E. *¿ Odds ratio o razón de proporciones? Su utilización en estudios transversales.* Gaceta Sanitaria. 2003;17:70-4.
24. García T, Grande I. *Determinants of food expenditure patterns among older consumers.* The Spanish case. Appetite. 2010;54(1):62-70. doi: 10.1016/j.appet.2009.09.007.
25. Leung CW, Insolera NE, Wolfson JA. *Trends in Recurring and Chronic Food Insecurity Among US Families With Older Adults.* JAMA Health Forum. 2024;5(3):e235463. doi: 10.1001/jamahealthforum.2023.5463.
26. Adams SJ. *Educational attainment and health: Evidence from a sample of older adults.* Education Economics. 2002;10(1):97-109.
27. Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). 2025.
28. Villar MdlÁP. *Impacto de la Pensión de Bienestar en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores Indígenas en Tabasco.* Ciencia y Reflexión. 2025;4(1):1540-60.
29. *Esperanza de vida al nacimiento por entidad federativa según sexo, serie anual de 2010 a 2025.* Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
30. Salgado-de Snyder VN, Wong R. *Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez.* Salud pública de México. 2007;49(S4):515-21.
31. Puig A, Pagán JA, Soldo BJ. [Ageing, health and economics. National inquest into health and ageing in Mexico]. Trimest Econ. 2006;73(2902):407-18.
32. Ivers LC, Cullen KA. *Food insecurity: special considerations for women.* Am J Clin Nutr. 2011;94(6):1740s-4s. doi: 10.3945/ajcn.111.012617.
33. Perez FP, Perez CA, Chumbiauca MN. *Insights into the Social Determinants of Health in Older Adults.* J Biomed Sci Eng. 2022;15(11):261-8. doi: 10.4236/jbise.2022.1511023.

Asistencia y motivos de inasistencia a consultas de psiquiatría: Un estudio descriptivo en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS Bienestar

Canché-Estrada, V. D.^a; Martín-Buerba, V. M.T.^b; Briceño-Santos, A. R.^b; Gómez-Regil, L.^{c}*

RESUMEN

Objetivo. Describir la frecuencia de asistencia e inasistencia a consultas de psiquiatría y explorar los motivos aducidos por los pacientes en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS Bienestar. **Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo, que incluyó las citas matutinas programadas en las primeras 28 semanas de 2024. La asistencia se registró a partir del sistema institucional; para las ausencias se revisaron expedientes y se contactó telefónicamente a las y los pacientes para indagar el motivo de la inasistencia, continuidad del tratamiento e intención de retomar la consulta. Los hallazgos se analizaron en SPSS v25. **Resultados.** En el periodo se agendaron 1087 citas; en casi una de cada tres citas (28.9%) el paciente no asistió (315 citas de 274 pacientes). Se logró localizar a 139 (50.7%) usuarios que no asistieron, de los cuales 68 accedieron a contestar la entrevista. Las y los participantes reportaron problemas de salud (23.5%), olvido / llegar tarde a la cita (22.1%) y compromisos en trabajo o escuela (17.6%) como motivo de su inasistencia. El 76.4 % desea continuar el tratamiento en psiquiatría. **Conclusiones.** La elevada tasa de inasistencia y la dificultad para contactar a muchos pacientes revelan barreras estructurales que afectan la continuidad terapéutica. Las ausencias podrían reducirse mediante recordatorios sistemáticos, actualización de datos de contacto y horarios flexibles. Estas estrategias, adaptadas al contexto local, pueden fortalecer la adherencia y optimizar los recursos del servicio psiquiátrico.

Palabras clave: psiquiatría, absentismo, salud pública, adherencia al tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La atención en salud mental constituye un pilar fundamental tanto para el bienestar individual como para la cohesión social. A nivel global, los trastornos psiquiátricos representan una de las principales causas de discapacidad, y en México se estima que una parte significativa de la población presenta alguna condición que requiere evaluación o tratamiento especializado (1).

^a Universidad Modelo, Yucatán, México.

^b Universidad Autónoma de Yucatán, Yucatán, México.

^c Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. IMSS-BIENESTAR. Subdirección de Enseñanza e Investigación.

* lgomez.hraepy@imssbienestar.gob.mx

A nivel mundial, se estima que más de un billón de personas viven con algún trastorno de salud mental y, de acuerdo con los resultados del Estudio de la Carga Global de Enfermedad en México (2023), en 2021, 18.1 millones de personas tenían al menos un trastorno mental, siendo la ansiedad y la depresión de los principales trastornos (2, 3).

En este sentido, los servicios de psiquiatría desempeñan un rol esencial al posibilitar diagnósticos oportunos y diseñar estrategias terapéuticas integrales. No obstante, a pesar de este protagonismo, las tasas de inasistencia a las consultas psiquiátricas suelen ser elevadas, limitando el alcance real de estos servicios y evidenciando un desfase entre las necesidades clínicas y la adherencia .

Cuando un paciente no asiste a su cita programada en psiquiatría, las consecuencias pueden ser profundas y de largo alcance. Clínicamente, la ausencia a consultas acarrea un retraso en la detección de recaídas o complicaciones, lo que potencia episodios de descompensación y, en muchos casos, la posterior derivación a servicios de urgencias u hospitalizaciones (4). Socialmente, la falta de continuidad en el tratamiento contribuye a la estigmatización del propio paciente, pues incrementa la percepción de que “no hay mejora real” y dificulta la reinserción laboral o académica. Desde la perspectiva económica, el sistema de salud soporta costos adicionales: camas ocupadas en niveles de atención más intensivos, recursos invertidos en llamadas de seguimiento y la reprogramación constante de consultas, saturando agendas y disminuyendo la eficiencia en la atención de nuevos pacientes (5).

Diversos estudios han explorado los motivos detrás de la inasistencia a citas psiquiátricas, identificando tanto barreras estructurales como factores individuales. Entre las causas frecuentes se cuenta el estigma social asociado a acudir con un especialista en salud mental, que genera vergüenza o temor a ser juzgado por familiares y amigos (6). Asimismo, las dificultades de acceso, como la falta de transporte o la distancia a los centros hospitalarios, limitan la capacidad de muchos pacientes para asistir regularmente. En otros casos, los síntomas propios del trastorno (por ejemplo, la apatía en cuadros depresivos o la desorganización cognitiva en episodios psicóticos) impiden que la persona planifique o recuerde la

cita. A ello se suman barreras económicas —como la falta de recursos para cubrir costos de traslado o interrumpir jornadas laborales— y factores familiares, cuando el entorno no brinda el apoyo necesario para priorizar la salud mental (7).

A pesar de que la inasistencia a consultas psiquiátricas está reconocida como un problema a nivel nacional, desde los Hospitales de Alta Especialidad del IMSS Bienestar existe una carencia de datos específicos que documente la magnitud y las causas de esta situación. El Informe de Proceso de Evaluación 2023 de la Secretaría de Salud de Yucatán señala la necesidad de contar con información detallada sobre la prestación de servicios de salud mental, ya que gran parte de los indicadores actuales se centran en la infraestructura y no profundizan en la adherencia a las citas programadas (8). En el estado de Yucatán, aproximadamente el 40 % de la población se encuentra en situación de pobreza, condición que se asocia con una mayor prevalencia de trastornos de salud mental (*e.g.* depresión, ansiedad). No obstante, dicha vulnerabilidad también restringe el acceso a los servicios especializados, ya que las limitaciones económicas y las barreras sociales reducen la probabilidad de que las personas afectadas puedan acudir oportunamente a atención en salud mental (9, 10, 11). En este sentido, la falta de estudios locales específicos sobre la frecuencia de asistencia e inasistencia, y sobre los motivos que llevan a los pacientes a faltar a sus citas en este hospital de alta especialidad, dificulta la implementación de estrategias dirigidas a mejorar la adherencia y optimizar el uso de los recursos disponibles.

En México, la magnitud de los trastornos mentales es considerable, con estimaciones que señalan que entre el 15 % y 18 % de la población adulta ha experimentado algún trastorno psiquiátrico durante su vida, siendo los más frecuentes los trastornos depresivos y de ansiedad en atención primaria (12). A nivel nacional, se ha documentado que en 2019 había aproximadamente 15.7 millones de personas con algún trastorno mental, cifra que aumentó a 18.1 millones en 2021, lo que da cuenta del incremento sostenido en la carga de estas condiciones (12). Este panorama epidemiológico resalta la necesidad urgente de contar con servicios de salud mental accesibles y eficaces, especialmente en contextos donde las tasas de atención aún son insuficientes.

Por otro lado, la disponibilidad de especialistas en salud mental también presenta limitaciones importantes. En 2016, se registraron 4,393 psiquiatras en el país, lo que equivale a una tasa aproximada de 3.68 psiquiatras por cada 100,000 habitantes (13). Aunque cifras anteriores de 2011 apuntaban a tasas aún más bajas (3.4 por cada 100,000 habitantes), el crecimiento ha sido modesto y la distribución geográfica sigue siendo altamente desigual, concentrándose más de la mitad de los psiquiatras en unas pocas entidades del país. Esto evidencia una brecha estructural en la provisión del recurso humano especializado, que impacta directamente en la adherencia a la atención psiquiátrica y subraya la relevancia de estudios regionales centrados en áreas como Yucatán.

Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue describir la frecuencia de asistencia e inasistencia a citas de psiquiatría, así como identificar los motivos reportados para la inasistencia, en una muestra de pacientes atendidos en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS Bienestar.

MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, con el objetivo de analizar la asistencia e inasistencia a consultas psiquiátricas, así como los motivos reportados para no asistir. La población del estudio estuvo conformada por todos los pacientes con citas programadas en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS Bienestar, durante un periodo de 28 semanas comprendido entre el 1 de enero y el 12 de julio de 2024. Aunque en el turno vespertino se cuenta con un médico psiquiatra, su atención está enfocada exclusivamente en pacientes en protocolo de cirugía bariátrica. Por esta razón, se incluyeron únicamente las citas programadas en el turno matutino, a cargo de dos psiquiatras.

Se consideraron para el análisis únicamente las citas registradas en el sistema institucional, excluyendo aquellas canceladas anticipadamente por parte del servicio. La muestra fue no probabilística por conveniencia y estuvo compuesta por un total de 1087 citas registradas durante el periodo mencionado.

La información fue obtenida a partir de los regis-

tros institucionales de citas médicas. Se identificaron tanto las consultas que fueron atendidas como aquellas a las que los pacientes no acudieron. En caso de inasistencia, se revisó el expediente clínico físico del paciente para obtener sus datos de contacto e invitarle a contestar una breve encuesta vía telefónica. Durante la llamada, se le plantearon tres preguntas: ¿cuál fue el motivo de su inasistencia?, ¿si continúa con el tratamiento psiquiátrico?, y ¿si planea retomar la consulta en el hospital?

El cuestionario utilizado fue elaborado específicamente para este estudio con fines exploratorios, no se trató de un instrumento previamente validado ni estandarizado. No obstante, para garantizar la ética del procedimiento se le informó al paciente el objetivo de la encuesta, la confidencialidad de la información, la voluntariedad de su participación y se registró su consentimiento informado verbal antes de proceder con las preguntas. Una investigación en Brasil descubrió que el consentimiento telefónico puede optimizar el reclutamiento de participantes, especificando que los pacientes pueden ser reclutados y ofrecer su consentimiento por teléfono con éxito. Más del 90% de las y los pacientes elegibles aceptaron participar en el estudio, lo que confirma la hipótesis inicial de que el consentimiento por teléfono sería exitoso en más del 80% de los casos, además de reducir el tiempo de reclutamiento (14). Durante los meses de marzo a julio se realizó el contacto con las y los pacientes que presentaban inasistencias, dicho contacto se hizo de lunes a viernes en un horario de 8 a 2 de la tarde.

El tiempo promedio para contactar a los pacientes era de 15 días a 3 semanas aproximadamente y se realizaban dos llamadas a cada uno, en caso de no contestar se volvía a dar un lapso de 15 días más. En caso de que no se pudiera lograr contacto en ninguno de los dos intentos, se pasaba a la lista de no contactados. De igual forma, aquellos números que fueran directo a buzón o se encontraran fuera de servicio, se pasaban de manera directa a la lista de no contactados.

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio enfocado en el seguimiento de pacientes usuarios del servicio de psiquiatría en el hospital sede. El protocolo fue aprobado tanto por el Comité de Investigación y por el Comité de Ética en Investigación del hospital sede, el cual consta con registro 2023-

015 y se desarrolló conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki.

Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva, calculando las tasas de asistencia e inasistencia, así como las frecuencias correspondientes a cada una de las respuestas de la entrevista. Además, se realizaron análisis de tablas cruzadas con chi-cuadrada con el objetivo de conocer si existía o no asociación entre distintas variables. El análisis se llevó a cabo utilizando el software *SPSS v25*.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se registraron un total de 1,087 citas programadas en el servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS Bienestar. De ellas, el 71.02 % ($n= 772$) fueron efectivamente

atendidas, es decir, las y los pacientes acudieron a su consulta según lo previsto. En contraste, el 28.9% ($n= 315$) de las citas no se llevaron a cabo debido a la inasistencia de los pacientes (**Tabla 1**).

Estas 315 inasistencias correspondieron a un total de 274 pacientes. La mayoría de ellos ($n= 242$; 88.3%) faltó en una sola ocasión, mientras que un porcentaje menor ($n= 32$; 11.6%) se ausentó en dos o más ocasiones durante el periodo de observación (**Tabla 2**). De acuerdo con los datos, el 69.3% ($n= 190$) de la muestra eran mujeres mientras que solo un 30.7% ($n= 84$) eran hombres.

La revisión de expedientes físicos no aportó datos fiables para poder contactar vía telefónica a la persona en 135 casos (con 156 inasistencias), ya sea porque no se tenía registro alguno de número de teléfono ($n= 8$, 5.9%), o bien al marcar el número este era erróneo ($n= 32$, 23.7%), estaba fuera de servicio

Tabla 1. Asistencias e inasistencias

Asistencias e Inasistencias	<i>n</i>	%
Citas con Asistencia de pacientes	772	71.02
Citas con Inasistencia del paciente	315	28.9
Total	1087	

Tabla 2. Inasistencias

Pacientes con Inasistencias	<i>n</i>	%
Pacientes con 1 falta	242	88.3
Pacientes con más de 1 falta	32	11.6
Total	274	

($n= 31, 23.0\%$), o reiteradamente no contestaban ($n= 64, 47.4\%$) (**Tabla 3**).

Se realizó una prueba de *chi-cuadrada* con las variables sexo y “personas contactadas”. De igual forma se realizó otra *chi-cuadrada* con las variables sexo y “personas no contactadas”. De acuerdo con los resultados, en ninguna de las dos pruebas se encontraron relaciones estadísticamente significativas, lo cual quiere decir que no existe relación entre el sexo y las personas que se contactaron o no se contactaron.

Por otra parte, se logró contactar a 139 pacientes (con 159 inasistencias), de los cuales 68 accedieron a ser entrevistados. Los motivos más comunes que refirieron para justificar su ausencia fueron: dificultades relacionadas con la movilidad o el estado de salud ($n= 16, 23.5\%$), el olvido de la cita o llegar tarde ($n= 15, 22.1\%$), así como compromisos laborales o escolares ($n= 12, 17.6\%$).

A pesar de no haber asistido, la mayoría de estos pacientes ($n= 52, 76.47\%$) manifestó que continúa con su tratamiento y el 60.3% ($n= 41$) comunicó su

intención de acudir nuevamente a consulta en el servicio de psiquiatría del hospital sede.

Se realizó una prueba de *chi-cuadrada* para conocer si existía una asociación entre tres variables importantes: motivos de inasistencia, seguimiento de tratamiento y si volvían o no a consultar en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. Se excluyeron tres casos en el análisis debido a que el motivo de inasistencia era el fallecimiento del paciente.

Para el primer análisis se usó la variable de motivos de inasistencia (la cual se dividió en dos categorías: institucionales o del usuario) y si los pacientes continuaban o no con el tratamiento. Los resultados mostraron que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables $\chi^2 (1, n= 65) = 0.502, p= 0.479$.

Posteriormente se realizó la prueba *chi-cuadrada* con las variables de motivo de inasistencia y si el paciente volvía o no a consulta en el hospital. Se encontró que si existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables $\chi^2 (1, n= 65)=$

Tabla 3. Motivos por los que no se contacta al paciente

Motivos de no contacto	<i>n</i>	%
No contactados por falta de número telefónico	8	5.9
No contactados por número erróneo	32	23.7
No contactados por número fuera de servicio	31	23
No contestaban el teléfono	64	47.4
Conflicto entre seguros médicos	4	5.9

6.138, $p= 0.013$. Esto indica que cuando el motivo de inasistencia es institucional, el paciente tiende a no volver a consulta, mientras que cuando es un motivo del usuario, hay mayor probabilidad de que lo haga.

Por último, se realizó la prueba con las variables de continuación del tratamiento y si volverían o no a consulta. Los resultados mostraron que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables $\chi^2 (1, n= 65)= 13.4, p= <0.001$. Esto indica que es más probable que los usuarios que si continúan con el tratamiento vuelvan a consulta.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan una tasa de inasistencia del 28.9% en el servicio de Psiquiatría

del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, IMSS Bienestar durante el periodo analizado. Esta proporción se ubica dentro del rango reportado por la literatura internacional, donde las tasas de inasistencia en consultas psiquiátricas ambulatorias oscilan entre el 20% y el 50%, dependiendo del contexto institucional y del perfil sociodemográfico de la población atendida (4, 5). En el ámbito local, esta cifra adquiere especial relevancia al tratarse de un hospital de referencia regional, cuya alta demanda y especialización implican un uso intensivo de recursos y una responsabilidad fundamental en la continuidad del tratamiento para pacientes con trastornos mentales.

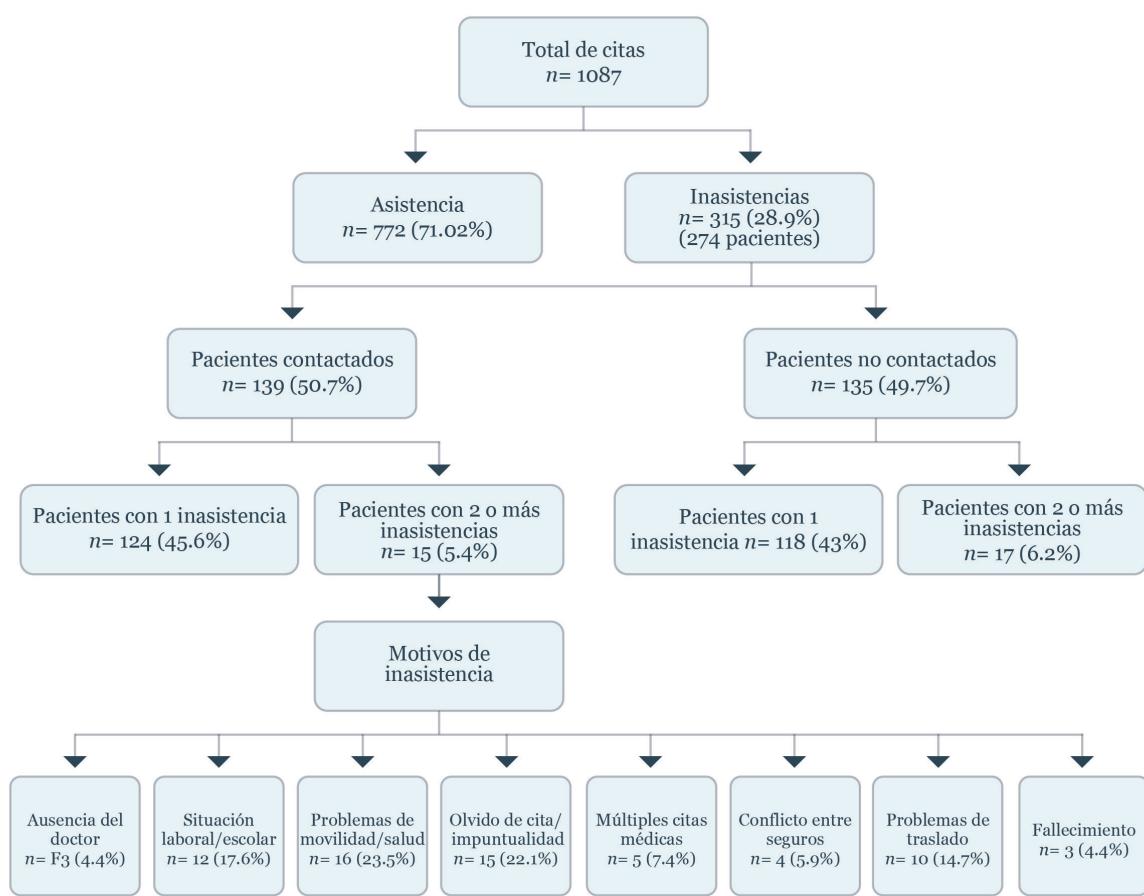


Figura 1 Flujograma de la distribución de citas y pacientes

Del total de 315 inasistencias registradas, la mayoría (88.3%) se debió a ausencias esporádicas de pacientes que faltaron una sola vez, mientras que un 11.6% correspondió a casos con inasistencias recurrentes. Este patrón sugiere que, si bien una parte importante de las faltas puede atribuirse a situaciones puntuales o dificultades logísticas, existe un subgrupo de pacientes con mayor riesgo de abandono terapéutico, para quienes podrían requerirse intervenciones específicas orientadas a la retención y seguimiento continuo.

Entre los pacientes que fue posible contactar y entrevistar, los motivos de inasistencia se concentraron en tres categorías principales: dificultades de movilidad o salud, olvido de la cita o impuntualidad y conflictos con obligaciones laborales o escolares. Estos factores reflejan una interacción entre barreras estructurales y personales, coherente con hallazgos previos que identifican tanto las condiciones socioeconómicas como los propios síntomas del padecimiento psiquiátrico como determinantes clave de la inasistencia (6, 7). La persistencia de este tipo de barreras evidencia la necesidad de estrategias institucionales más flexibles y centradas en el paciente.

Un dato alentador es que el 76.5% de pacientes entrevistados manifestaron seguir con su tratamiento y mostraron disposición a regresar a consulta. Esto indica que muchas de las inasistencias no representan un quiebre definitivo en el vínculo terapéutico, sino más bien interrupciones temporales que podrían mitigarse mediante intervenciones sencillas como recordatorios personalizados, flexibilización de horarios, o acompañamiento desde el área de atención al usuario. La posibilidad de recuperación del contacto terapéutico con estos pacientes constituye una oportunidad relevante para el fortalecimiento del servicio.

No obstante, un hallazgo preocupante fue la imposibilidad de contactar a 135 pacientes, y contar con la participación de tan sólo 68, es decir, sólo el 24.8%

del total de pacientes con alguna inasistencia. En la mayoría de los casos, esto se debió a la falta de respuesta telefónica, la entrega de números incorrectos o fuera de servicio, o bien al registro de datos pertenecientes a terceros.

Esta dificultad para establecer comunicación representa no sólo una limitación metodológica del estudio, sino también una señal de alerta sobre los desafíos institucionales que existen para mantener una relación continua con ciertos sectores de la población atendida. Fortalecer la calidad y actualización de los datos de contacto debe considerarse una prioridad operativa. La imposibilidad de contactar a pacientes y la falta de adherencia a citas en salud mental no son solamente problemas administrativos: reflejan limitaciones comunicativas e institucionales estrechamente vinculadas a determinantes sociales (pobreza, transporte, carga laboral, estigma) y a procesos organizativos (registros incompletos, sistemas fragmentados y escasa flexibilidad en la oferta de atención). Estudios recientes muestran que la “missingness” responde a causas múltiples y encadenadas —incluyendo comunicaciones inadecuadas, percepción de que la atención “no es para mí” y barreras logísticas— y que las intervenciones deben ser multi-nivel y adaptadas al contexto del paciente (15). En cuanto a medidas prácticas, la evidencia apoya priorizar operativamente la actualización sistemática y periódica de datos de contacto, el uso de recordatorios dirigidos y multimodales (SMS dirigidos mediante modelos predictivos; llamadas personalizadas en el idioma preferido) y estrategias que reduzcan costos de oportunidad (navegadores / personal de enlace, apoyo de transporte cuando corresponda) para mejorar la asistencia (16, 17, 18, 19). En contextos mexicanos rurales y peri-urbanos, la integración de servicios de salud con intervenciones comunitarias y la articulación con organizaciones locales han mostrado ser críticas para aumentar la pertinencia y la continuidad de la atención (20). Por tanto, además de las mejoras en el re-

gistro de contactos que proponemos en el manuscrito, recomendamos señalar la actualización periódica de contactos como prioridad operativa, implementar recordatorios dirigidos (priorizando llamadas humanas para subgrupos con barreras lingüísticas o sociales) y evaluar de forma prospectiva estrategias de navegación y de reducción de barreras de transporte como componentes del plan de mejora institucional.

Otra limitación importante del presente análisis es que, si bien se conoce el total de citas programadas y efectivamente atendidas, no fue posible determinar con precisión el número total de pacientes únicos que acudieron a consulta. Esta ausencia de datos limita el cálculo de indicadores más finos, como la tasa de inasistencia individual, y restringe el alcance de ciertos análisis comparativos.

Pese a estas limitaciones, este estudio representa un aporte relevante al abordar el fenómeno de la inasistencia desde una perspectiva institucional y regional. En este sentido, futuras investigaciones podrían beneficiarse de incorporar variables como edad, sexo, tipo de cita (primera vez *vs.* seguimiento), diagnóstico y tiempo de espera, ya que estudios previos han señalado que los pacientes jóvenes, varones y aquellos sin una relación terapéutica consolidada presentan mayores tasas de abandono (5). La inclusión de estas dimensiones permitiría diseñar estrategias diferenciadas por perfil de riesgo.

Posteriores estudios en este tema podrían enriquecerse con la inclusión de muestras de otros hospitales de alta especialidad del IMSS Bienestar, o incluso de unidades médicas del segundo nivel de atención en el país. Así mismo, se puede considerar explorar con más detalle la asociación entre determinantes sociales de la salud y adherencia, para analizar cómo factores como el nivel socioeconómico, el acceso a la atención médica y el entorno social influyen en la capacidad de un paciente para dar continuidad a su plan de citas médicas.

La dificultad para establecer comunicación con más de la mitad de pacientes evidencia una debilidad administrativa en la actualización y gestión de los datos de contacto dentro del sistema institucional. Este hallazgo trasciende el ámbito específico del servicio de psiquiatría y pone de manifiesto la necesidad de robustecer los procesos internos para garantizar la continuidad del cuidado y el seguimiento oportuno de los pacientes. La implementación de un protocolo estandarizado de verificación y actualización periódica de los datos de contacto podría mejorar significativamente la efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir la inasistencia, no sólo en esta especialidad, sino en otros servicios clínicos del hospital.

La experiencia internacional muestra que la mejora de los sistemas de gestión de citas requiere intervenciones combinadas y adaptadas al contexto. Revisiones y ensayos controlados han documentado que los recordatorios automatizados (SMS/IVR) reducen de forma consistente los “no-shows”, pero su efectividad aumenta cuando se dirigen de forma selectiva a pacientes de alto riesgo identificados por modelos predictivos o cuando se complementan con llamadas humanas para subgrupos vulnerables (21, 22, 16). Estudios adicionales han mostrado que las estrategias operativas —por ejemplo, el uso de modelos predictivos para guiar la “sobre reserva” (*i.e.* ofrecer más espacios de los que se tienen disponibles en servicio) o priorizar llamadas y navegación por personal de enlace— pueden mejorar la eficiencia clínica si se implementan con monitoreo continuo (23). Intervenciones para reducir barreras logísticas, como apoyo de transporte, han tenido resultados mixtos y suelen requerir enfoques más dirigidos que ofrecer transporte indiscriminado a toda la población (19). En suma, la evidencia respalda que las mejoras pasan por 1) integrar recordatorios multimodales, 2) priorizar actualización sistemática de datos de contacto, 3) emplear modelos predictivos para focalizar recursos (llamadas humanas, navegadores,

sobre-booking controlado) y 4) evaluar localmente la aceptabilidad, equidad y costo-efectividad antes de escalarlas (21, 22 ,16 ,23 ,19).

De la misma manera, el presente estudio contribuye al conocimiento al ofrecer un análisis local y contextualizado de un problema de salud pública reconocido a nivel global, pero poco documentado en México. Más allá de cuantificar el fenómeno, se pretende profundizar en los posibles factores subyacentes, lo que permite diseñar intervenciones adaptadas al contexto institucional.

Este análisis puede servir como insumo para el diseño de políticas institucionales orientadas a mejorar los sistemas de gestión de citas, establecer protocolos de actualización periódica de datos de contacto y desarrollar estrategias preventivas para reducir la inasistencia, tales como recordatorios automatizados, confirmación previa de citas o intervenciones psicoeducativas para reforzar la importancia del seguimiento. Además de servir como punto de partida para fortalecer el vínculo con las y los pacientes y garantizar la continuidad del tratamiento psiquiátrico, favoreciendo así una mejor calidad de atención en salud mental y mejorar al mismo tiempo la Atención Primaria de Salud (APS) a través de la facilitación de acceso y uso de un sistema automatizado de citas del programa psiquiátrico.

Al evidenciar la falta de procesos administrativos robustos, el estudio impulsa la reflexión sobre la necesidad de sistemas integrados de información que faciliten el monitoreo oportuno no sólo en psiquiatría, sino también en otras especialidades médicas. Una opción sería el uso de plataformas automatizadas donde las y los usuarios se conecten a través de sus celulares y sus datos se guarden de manera automática debido a que, de esta manera es más sencillo poder guardar los datos de forma correcta facilitando así el contacto con los pacientes. Además de facilitarle al

usuario el poder agendar, cancelar o reagendar sus citas como más les favorezca.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) en México existen 93.8 millones de personas usuarias de teléfono celular, lo cual representa al 79.2% de la población (24). Es decir, casi el 80% de la población tiene acceso a un teléfono celular, por lo que el uso de plataformas es factible para la población general. Además de ser una medida de bajo costo ya que existen plataformas gratuitas.

En conjunto, los hallazgos obtenidos refuerzan la necesidad de implementar acciones institucionales dirigidas a mejorar la adherencia a los tratamientos en salud mental. Entre las estrategias recomendables se incluyen la utilización de sistemas automatizados de recordatorio y confirmación de citas, mecanismos de seguimiento posterior a las ausencias y una mayor coordinación con atención al usuario para evaluar apoyos específicos, como transporte o reprogramaciones ágiles. El fortalecimiento de los sistemas de registro y contacto con los pacientes debe también considerarse como una medida clave para favorecer la continuidad del cuidado en contextos de alta especialización.

CONCLUSIONES

Este estudio ofrece una primera aproximación sistemática al fenómeno de la inasistencia a consultas de psiquiatría en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán – IMSS Bienestar, revelando que casi tres de cada diez citas programadas no son atendidas, lo cual representa un desafío importante tanto para la continuidad terapéutica como para la eficiencia del sistema de salud. Aunque la mayoría de las inasistencias fueron eventos esporádicos, el hallazgo de un pequeño, pero significativo grupo de pacientes con ausencias recurrentes subraya la necesidad de estrategias

diferenciadas de seguimiento y prevención del abandono.

Los motivos reportados por las y los pacientes entrevistados —como dificultades de movilidad, olvidos, compromisos laborales o escolares— reflejan barreras tanto estructurales como personales, que en su mayoría podrían mitigarse mediante ajustes institucionales modestos, pero eficaces. La alta proporción de pacientes que expresó su intención de continuar con el tratamiento indica que muchas inasistencias no equivalen a un corte definitivo del vínculo terapéutico, sino a interrupciones susceptibles de abordaje con intervenciones centradas en el acompañamiento, la comunicación y la flexibilidad del servicio.

Sin embargo, la dificultad para contactar a casi la mitad de los pacientes ausentes representa una preocupación mayor. La falta de actualización o confiabilidad en los datos de contacto obstaculiza no sólo los procesos de evaluación y seguimiento clínico, sino también cualquier intento de fortalecimiento institucional del vínculo asistencial. En este sentido, uno de los principales aportes del presente estudio es poner en evidencia la urgencia de mejorar los procesos administrativos asociados al registro y verificación de la información de contacto.

Para la política pública, los hallazgos invitan a replantear los modelos de atención en salud mental dentro de los hospitales de alta especialidad, reconociendo que la adherencia a las citas no puede depender únicamente del compromiso del paciente, sino también de condiciones contextuales que requieren respuestas desde la organización del servicio. Estrategias como la implementación de recordatorios personalizados, la atención flexible en horarios y la optimización de la gestión para programar y recordar las próximas citas podrían fortalecer la adherencia sin demandar una inversión sustancial. Asimismo, es fundamental

que los sistemas de información institucionales permitan un análisis más fino del comportamiento de los pacientes, incorporando variables como diagnóstico, tipo de consulta o tiempo de espera, para generar indicadores que orienten una atención más personalizada y preventiva.

Este estudio constituye un paso inicial hacia la construcción de una política de salud mental más sensible a las realidades de los pacientes, más eficiente en la administración de los recursos disponibles y más comprometida con la continuidad terapéutica como eje central del cuidado.

Declaración de Conflicto de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la presente investigación.

REFERENCIAS

1. Saraceno B, Caldas de Almeida JM. *An outstanding message of hope: the WHO World Mental Health Report 2022*. Epidemiol Psychiatr Sci. 2022;31:e53. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000373>
2. World Health Organization. *Over a billion people living with mental health conditions – services require urgent scale-up* [Internet]. Geneva: WHO; 2025 Sep 2 [cited YYYY Mon DD]. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>
3. Medina-Mora ME, Orozco R, Rafful C, Cordero M, Bishai J, Ferrari A, Santomauro D, Benjet C, Borges G, Mantilla-Herrera AM, et al. *Trastornos mentales en México de 1990 a 2021: resultados del Estudio de la Carga Global de Enfermedad 2021*. Gac Med Mex. 2023;159(6):512-22. doi:10.24875/GMM.M24000828
4. Molfenter T. *Reducing Appointment No-Shows: Going from Theory to Practice*. Substance Use & Misuse. 2013;48(9):743–749. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.787098>
5. Tempier R, Bouattane EM, Tshiabo MD, Abdulnour J. *Mis-sed appointments in mental health care clinics: A retrospective study of patients' profile*. Journal of Hospital Administration. 2021 Jun 2;10(3):41. <https://doi.org/10.5430/jha.v10n3p41>
6. Barke A, Nyarko S, Klecha D. *The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and*

- patients' views.* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2011 Nov;46(11):1191–1202. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0290-3>
7. Kruse GR, Rohland BM, Wu X. *Factors Associated With Missed First Appointments at a Psychiatric Clinic.* Psychiatric Services. 2002 Sep;53(9):1173–1176. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.9.1173>
8. Secretaría de Salud de Yucatán. *Proceso de Evaluación 2023* [Internet]. Gobierno del Estado de Yucatán; 2023 [cited 2025 Jun 9]. Available from: <https://salud.yucatan.gob.mx/files/get/4699>
9. CONEVAL. *Pobreza en México 2022.* [cited 2025 Sep 2]. Available from: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>
10. Melgar Manzanilla P, García E. *Pobreza y Salud Mental en las Entidades Federativas de México.* Nomos: Procesalismo Estratégico. 2025 Jan 27;2(3):51–82. <https://doi.org/10.29105/nomos.v2i3.23>
11. Medina-Mora M, Orozco R, Rafful C, Cordero M, Bishai J, Ferrari A, et al. *Los trastornos mentales en México 1990–2021.* Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. Gaceta Médica de México. 2023 Dic 19;159(6), 527–538. doi: [10.24875/GMM.23000376](https://doi.org/10.24875/GMM.23000376)
12. Heinze G, Bernard-Fuentes N, Carmona-Huerta J, Chapa G del C, Guízar-Sánchez DP. Physicians specializing in psychiatry of Mexico: An update 2018. Salud mental. 2019 Mar 8;42(1):13–24. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.003>
13. Barrón-Velázquez E, Mendoza-Velásquez J, Mercado-Lara A, Quijada-Gaytán J, Flores-Vázquez J. The Mental Health Provider Shortage in the Mexican Public Sector: 2023 estimates of psychiatrists and psychologists. Salud mental. 2024 Jul 31;47(4):179–187.. doi: [10.17711/SM.0185-3325.2024.023](https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2024.023)
14. Paula LLRJ, Paula MF, Badiglian-Filho L. Consentimiento por teléfono: optimización del reclutamiento de participantes de investigaciones. Revista Bioética. 2021;29(2):317–322. doi: [10.1590/1983-80422021292469](https://doi.org/10.1590/1983-80422021292469).
15. Lindsay C, Baruffati D, Mackenzie M, Ellis DA, Major M, O'Donnell CA, et al. Understanding the causes of missingness in primary care: a realist review. BMC Med. 2024;22:235. doi: [10.1186/s12916-024-03456-2](https://doi.org/10.1186/s12916-024-03456-2)
16. Ulloa-Pérez E, Blasi PR, Westbrook EO, Lozano P, Coleman KF, Coley RY. Pragmatic randomized study of targeted text message reminders to reduce missed clinic visits. Perm J. 2022;26(1):64–72. doi: [10.7812/TPP/21.078](https://doi.org/10.7812/TPP/21.078)
17. Werner K, Alsuhaimi SA, Alsukait RF, Alshehri R, Herbst CH, Alhajji M, et al. Behavioural economic interventions to reduce health care appointment non-attendance: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res. 2023;23:1136. doi: [10.1186/s12913-023-10059-9](https://doi.org/10.1186/s12913-023-10059-9)
18. Andreea MH, Nair S, Gabry JS, Goodrich B, Hall C, Shaparin N, et al. A pragmatic trial to improve adherence with scheduled appointments in an inner-city pain clinic by human phone calls in the patient's preferred language. J Clin Anesth. 2017;42:77–83.
19. Chaiyachati KH, Hubbard RA, Yeager A, Mugo B, Lopez S, Asch E, et al. Association of rideshare-based transportation services and missed primary care appointments: A clinical trial. JAMA Intern Med. 2018;178(3):383–9. doi: [10.1001/jamainternmed.2017.8336](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.8336)
20. Miguel-Esponda G, Bohm-Levine N, Rodríguez-Cuevas FG, Cohen A, Kakuma R. Implementation process and outcomes of a mental health programme integrated in primary care clinics in rural Mexico: a mixed-methods study. Int J Ment Health Syst. 2020;14:29. doi: [10.1186/s13033-020-00346-x](https://doi.org/10.1186/s13033-020-00346-x)
21. McLean SM, Booth A, Gee M, Salway S, Cobb M, Bhanbhro S, et al. Appointment reminder systems are effective but not optimal: results of a systematic review and evidence synthesis employing realist principles. Patient Prefer Adherence. 2016;10:479–99. doi: [10.2147/PPA.S93046](https://doi.org/10.2147/PPA.S93046)
22. Oikonomidi T, Norman G, McGarrigle L, Stokes J, van der Veer SN, Dowding D. Predictive model-based interventions to reduce outpatient no-shows: a rapid systematic review. J Am Med Inform Assoc. 2023;30(3):559–69. doi: [10.1093/jamia/ocac242](https://doi.org/10.1093/jamia/ocac242)
23. Shour AR, et al. Development of an evidence-based model for predicting patient, provider, and appointment factors that influence no-shows in a rural healthcare system. BMC Health Serv Res. 2023;23:989. doi: [10.1186/s12913-023-09969-5](https://doi.org/10.1186/s12913-023-09969-5)
24. INEGI. Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2022. México; 2023 Jun. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENDUTIH/ENDUTIH_22.pdf

CASO CLÍNICO

Epifenómeno: Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos no asociados a vasculitis inducidos por un seminoma clásico, a propósito de un caso

Hernández-Sánchez, V. I.^a; Serrano-Acosta, E. L.^a; Ramírez-Gonzalez, L. G.^a; Fierro-Toledo, L. D.^a; Hernández-Mendez, C. D.^a; Alfaro-Méndez, G.^a; Sepúlveda-Delgado, J.^{a*}

RESUMEN

Introducción: Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) son autoanticuerpos comúnmente asociados a vasculitis sistémicas. Sin embargo, en algunos contextos no autoinmunes, como infecciones o neoplasias, pueden presentarse como parte de un epifenómeno paraneoplásico. La positividad de ANCA en tumores germinales es excepcional y poco documentada. **Presentación del caso:** Se describe el caso de un paciente masculino de 23 años con diagnóstico de seminoma testicular clásico, quien al ingreso presentó síndrome urémico, lesión renal aguda KDIGO 3 y proteinuria en rangos nefróticos. Se identificó alta positividad para ANCA perinuclear (pANCA) por inmunofluorescencia y para anticuerpos anti-MPO, además de hallazgos inmunológicos compatibles con lupus eritematoso sistémico (LES). La biopsia renal confirmó nefritis lúpica clase IV+V. Tras el tratamiento oncológico y la remisión del tumor, se observó negativización de los anticuerpos ANCA. El paciente continuó en hemodiálisis y se suspendió la inmunosupresión. **Discusión:** Este caso apoya la hipótesis de que la presencia de ANCAs puede ser un epifenómeno paraneoplásico transitorio en pacientes con tumores germinales, sin implicación vasculítica. La desaparición de ANCA tras la curación oncológica refuerza esta asociación no causal. **Conclusiones:** Reportamos el primer caso, según nuestro conocimiento, de asociación entre seminoma testicular clásico y positividad transitoria de ANCA. Este hallazgo destaca la importancia de contextualizar los resultados serológicos en pacientes oncológicos y de evitar diagnósticos erróneos de vasculitis en presencia de autoanticuerpos inducidos por neoplasias.

Palabras Clave: Epifenomeno, Seminoma, Lupus Eritematoso sistémico, Nefritis lúpica, Anticuer-pos anticitoplasma de neutrófilos.

^a Hospital Regional de Alta Especialidad “Ciudad Salud”, Servicios de Salud del Instituto Mexicano de Seguro Social para el Bienestar (IMSS Bienestar).

* jesussd52@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) constituyen un grupo de immunoglobulinas dirigidas a enzimas contenidas en los gránulos de las células polimorfonucleares (neutrófilos y monocitos) (1). Estos anticuerpos desempeñan un papel clave en la clasificación de las vasculitis sistémicas, en particular las vasculitis necrotizantes (2). Existen principalmente dos tipos de pruebas utilizadas para su reconocimiento: la inmunofluorescencia indirecta, que es más sensible, y la inmunoabsorción ligada a enzimas (ELISA), que es más específica (3). Se ha reportado que la combinación de un patrón de inmunofluorescencia pANCA con anticuerpos específicos para mieloperoxidasa (MPO) alcanza hasta un 99 % de especificidad para el diagnóstico de las vasculitis asociadas a ANCA (4). Sin embargo, estos anticuerpos no siempre se expresan con un perfil patogénico, y pueden aparecer como un marcador serológico asociado a neoplasias, otros procesos autoinmunes o inducido por fármacos. Los reportes de positividad de ANCAs no asociados a vasculitis se han limitado a casos de neoplasias de órganos sólidos no germinales y neoplasias hematológicas (5).

Las investigaciones sobre la presencia de ANCAs en pacientes con diagnóstico de cáncer son aún incipientes. Por ejemplo, en los hallazgos descritos por Cools-Lartigue en 2013, se observó que las células

tumorales circulantes podían quedar atrapadas in vitro por las trampas extracelulares de neutrófilos (NETs), las cuales, en el contexto de una infección experimental, podrían actuar como promotoras de la proliferación y metástasis (6).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 23 años, originario de Tapachula Chiapas, estudiante, sin otros antecedentes de importancia, quien inicia su padecimiento en 2022 con aumento del tamaño testicular y pérdida de peso no intencionada. En agosto de ese mismo año, acude a valoración con facultativo, donde se le realiza un ultrasonido testicular con reporte de displasia testicular (probable seminoma). Fue referido a nuestra institución de 3er nivel y, al ingreso, se documenta síndrome urémico, lesión renal aguda KDIGO 3 y desequilibrio hidroelectrolítico, atribuidos en primera instancia a un síndrome de lisis tumoral. Se inició manejo de soporte con terapia de reemplazo renal en modalidad de hemodiálisis.

Durante el abordaje inicial se evidenció proteinuria en rangos nefróticos (4100.70 mg/24 h), por lo que se decidió ampliar el protocolo diagnóstico a nivel renal. Dentro de este, se solicitó panel de autoinmunidad con los siguientes hallazgos: anticuerpos antinucleares (ANA) por inmunofluorescencia 1:1280, con patrón nuclear homogéneo (AC-1); anticuerpos anti-dsDNA (anticuerpos contra ADN de doble

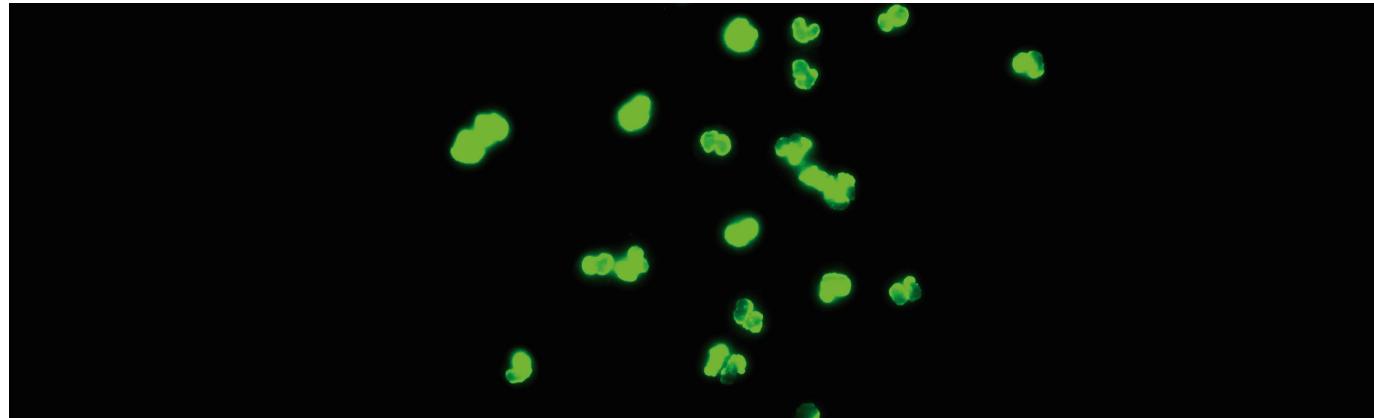


Imagen 1. Microfotografía de ANCAs. Patrón fluorescente, perinuclear (pANCA), 1:2560

cadena) por IFI (inmunofluorescencia indirecta): 1:160; anticuerpos anti-SS-A (Ro), anti-SS-B (La) y antifosfolípidos fueron negativos; anti-Smith 87.36 UR/mL y ANCA por IFI 1:2560 con patrón pANCA. Se confirmó inmunoespecificidad anti-mieloperoxidasa (155.51 UR/mL) (**Imagen 1**).

Ante estos hallazgos y la alta sospecha de lupus eritematoso sistémico (LES) con actividad renal, frente a la posibilidad de una glomerulonefritis pauciinmune, se decidió realizar biopsia renal.

El reporte histopatológico fue el siguiente: glomerulonefritis por complejos inmunes con patrón membranoproliferativo, con proliferación extracapilar fibrosa (cicatrizada); nefritis tubulointersticial; lesión tubular aguda focal con cambios regenerativos moderados del epitelio; fibrosis intersticial grado II

(40-50%); arterioesclerosis moderada y arteriopatía obliterante concéntrica de la íntima moderada.

El caso se concluyó como una nefritis lúpica clase IV+V con un índice de actividad moderado (6-10/24) y de cronicidad de 8/10 (**Imagen 2**). Se inició tratamiento con corticosteroides endovenosos y ácido micofenólico a dosis de inducción para remisión.

En cuanto al abordaje oncológico, se realizó orquiektomía más escisión tumoral, clasificándose como seminoma clásico (**Imagen 3**). Posteriormente se administró un ciclo de quimioterapia, considerándose el caso como curado.

Durante el seguimiento en la clínica de autoinmunidad se monitorizó la evolución de la nefritis lúpica y los títulos de anticuerpos ANCA. Llama la atención que la desaparición de los anticuerpos pANCA

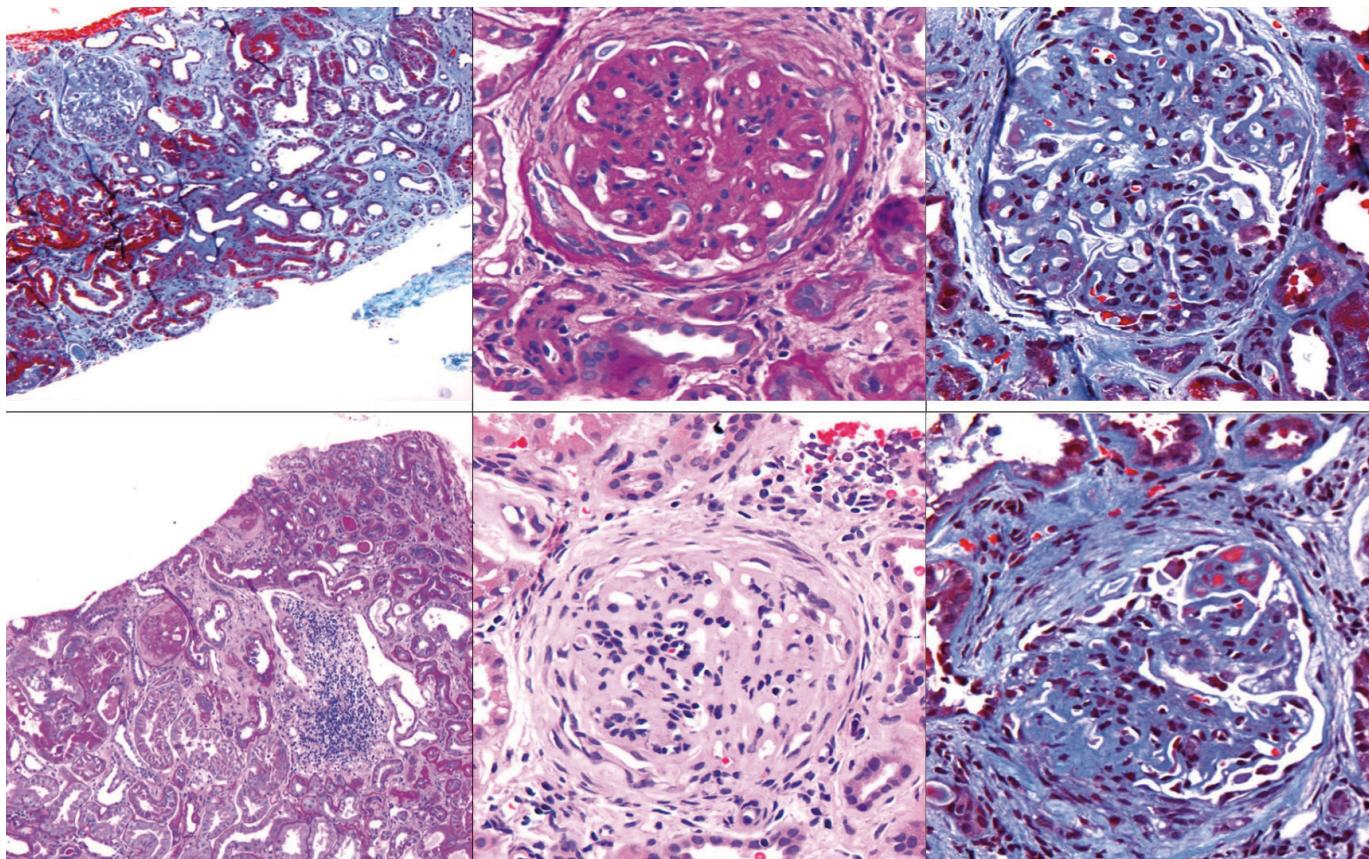


Imagen 2. Microfotografía renal (biopsia por punción). Glomerulonefritis por complejos inmunes con patrón membranoproliferativo y proliferación extracapilar fibrosa (cicatrizada), nefritis túbulointersticial activa, lesión tubular aguda focal con cambios regenerativos moderados del epitelio, fibrosis intersticial grado II (40-50%), arterioesclerosis moderada y arteriopatía obliterativa concéntrica de la íntima de grado moderado.

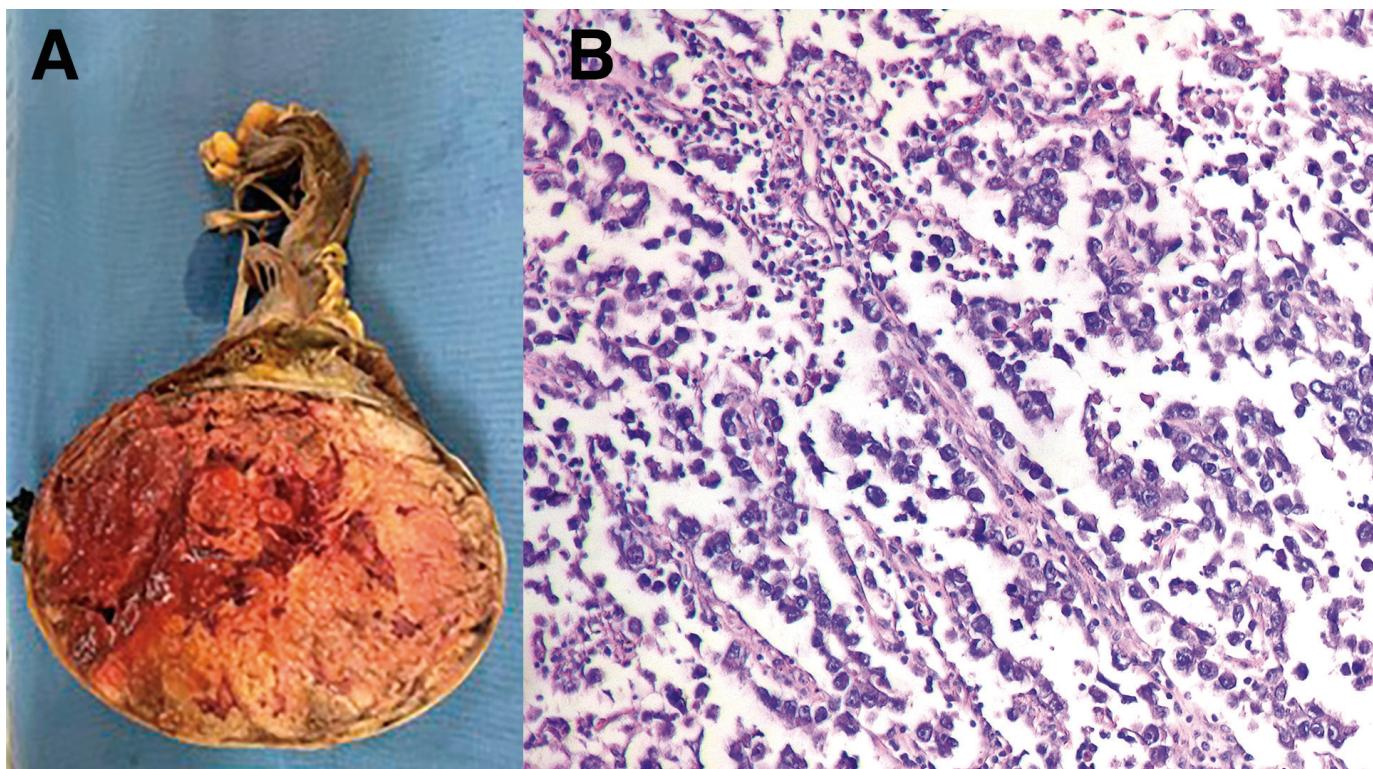


Imagen 3. Fotografía macroscópica y micrografía de tumor testicular. A) Testículo derecho de 15 x 12cm ovoide, cordón espermático de 9 x 2cm, al corte tumor sólido que reemplaza en su totalidad al parénquima testicular, es extensamente necrótico con zonas residuales viables café claro. B) Nidos de células neoclásicas grandes con núcleos de contornos irregulares, cromatina fina, evidentes nucleólos, citoplasma claro de bordes definidos dispuestas en nidos sólidos, separadas por delicadas bandas de tejido conectivo acompañadas por infiltrado linfocitario reactivo, con extensa necrosis tumoral.

ocurrió aproximadamente un mes después de la cirugía del seminoma testicular, aun cuando el paciente continuaba con actividad renal significativa y en tratamiento inmunosupresor convencional para LES. Si bien no puede descartarse que la terapia inmunosupresora haya contribuido a la negativización, el hecho de que el tratamiento se suspendiera meses más tarde debido a la persistencia de falla renal y proteinuria —sin haberse alcanzado remisión— sugiere que la resolución de los ANCA estuvo más estrechamente relacionada con el control de la neoplasia que con la evolución de la nefritis lúpica. Actualmente se encuentra en tratamiento con anti-palúdicos y continúa en hemodiálisis en espera de un trasplante renal.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Ciertas patologías autoinmunes presentan autoan-

ticuerpos dirigidos contra antígenos específicos, lo cual facilita la diferenciación diagnóstica durante el abordaje clínico. Sin embargo, en los últimos años se ha evidenciado la presencia de autoanticuerpos no convencionales no sólo en enfermedades autoinmunes, sino también en patologías infecciosas. En el ámbito oncológico, evidencias recientes han demostrado la existencia de ANCAs en pacientes con cáncer. Evidencias recientes sugieren que la formación de NETs inducida por células tumorales (red MPO-NETs-ANCAs) podrían participar en la producción de ANCAs y en la progresión tumoral; bloquear la NETosis reduciría la metástasis (6-8).

Los reportes de casos con patologías oncológicas y ANCAs positivos no vasculíticos son escasos, y al profundizar en la literatura, no se encuentra información documentada cuando se trata de neoplasias

germinales, como en el caso que aquí se presenta.

Este caso pudo ser caracterizado de forma completa, observándose positividad elevada tanto por IFI como por ELISA de forma simultánea con el diagnóstico de la neoplasia, persistencia de dicha positividad durante el tratamiento y negativización posterior a la curación del cáncer. Lo anterior refuerza la teoría de que la positivización de los autoanticuerpos correspondía a un epifenómeno.

CONCLUSIONES

Este caso puede ser considerado un epifenómeno, caracterizado por la elevación de ANCA sin vasculitis en el contexto de un proceso paraneoplásico y no como consecuencia directa de una patología reumatólogica. Si bien el paciente presentaba autoanticuerpos y síntomas de lupus eritematoso sistémico, estos persistieron mientras que los ANCA se negativizaron tras la curación del cáncer.

Lecciones aprendidas

- Identificación temprana de síntomas guía: la coexpresión de síntomas oncológicos y autoinmunes exigió un alto índice de sospecha para orientar el diagnóstico.
- Valor del trabajo multidisciplinario: la colaboración entre médicos de base, residentes, pasantes e internistas con oncología, radiología, nefrología y laboratorio permitió integrar hallazgos y ofrecer tratamiento oportuno.
- Importancia de la difusión científica: compartir experiencias en foros académicos ayuda a que otros equipos repliquen abordajes eficaces y fortalece la atención en el IMSS Bienestar.

Agradecemos al equipo de la Clínica de Autoinmunidad por proporcionarnos siempre las herramientas científicas y humanas para el manejo óptimo de nuestros pacientes y la generación de conocimiento científico desde el territorio.

Aspectos éticos: El caso cuenta con el consentimiento informado otorgado por paciente para difusión científica.

REFERENCIAS

1. Romero-Sánchez C, Benavides-Solarte M, Galindo-Ibáñez I, Ospina-Caicedo AI, Parra-Izquierdo V, Chila-Moreno L, et al. *Frequency of positive ANCA test in a population with clinical symptoms suggestive of autoimmune disease and the interference of ANA in its interpretation*. Reumatol Clínica Engl Ed. noviembre de 2020;16(6):473-9.
2. Bossuyt X, Cohen Tervaert JW, Arimura Y, Blockmans D, Flores-Suárez LF, Guillevin L, et al. *Revised 2017 international consensus on testing of ANCA in granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis*. Nat Rev Rheumatol. noviembre de 2017;13(11):683-92.
3. Csernok E, Moosig F. *Current and emerging techniques for ANCA detection in vasculitis*. Nat Rev Rheumatol. agosto de 2014;10(8):494-501.
4. Antonelou M, Ortega LP, Harvey J, Salama AD. *Anti-myeloperoxidase antibody positivity in patients without primary systemic vasculitis*. Clin Exp Rheumatol. 2019; Mar-Apr;37 Suppl 117(2):86-89. Epub 2019 Feb 14. PMID: 30767872.
5. Scandolara TB, Panis C. *Neutrophil traps, anti-myeloperoxidase antibodies and cancer: Are they linked?* Immunol Lett. mayo de 2020;221:33-8.
6. Cools-Lartigue J, Spicer J, McDonald B, Gowing S, Chow S, Giannias B, et al. *Neutrophil extracellular traps sequester circulating tumor cells and promote metastasis*. J Clin Invest. 1 de agosto de 2013;123(8):3446-58.
7. Gelzo M, Cacciapuoti S, Pinchera B, De Rosa A, Cernera G, Scialò F, et al. *A Transient Increase in the Serum ANCA in Patients with SARS-CoV-2 Infection: A Signal of Subclinical Vasculitis or an Epiphénoménon with No Clinical Manifestations? A Pilot Study*. Viruses. 29 de agosto de 2021;13(9):1718.
8. Zhou J, Yang Y, Gan T, Li Y, Hu F, Hao N, et al. *Lung cancer cells release high mobility group box 1 and promote the formation of neutrophil extracellular traps*. Oncol Lett [Internet]. 30 de abril de 2019 [citado 24 de julio de 2025]; Disponible en: <http://www.spandidos-publications.com/10.3892/ol.2019.10290>

SEMILLERO CLÍNICO

Factores de riesgo y estrategias de prevención para las infecciones por *Rickettsia rickettsii* en México: Una revisión de alcance con síntesis cuantitativa exploratoria

Bojórquez-García, C.^a; Villa-Guillén, D. E.^{b*}; Sotelo-Mundo, R. R.^c

RESUMEN

Introducción: La rickettsiosis, conocida también como la fiebre manchada de las Montañas Rocosas (FMMR), está aumentando su morbimortalidad y expansión geográfica en México. El presente estudio sintetiza y explora la evidencia reciente sobre los factores de riesgo y las estrategias de prevención para la FMMR en México.

Métodos: Se realizó una revisión de alcance con síntesis cuantitativa exploratoria, siguiendo los lineamientos de PRISMA 2020 y Cochrane. Se desarrollaron dos preguntas estructuradas (PECO para factores de riesgo y PICO para estrategias preventivas). La búsqueda se realizó en PubMed, Scopus, LILACS, etc., para artículos publicados entre 2000-2025. El riesgo de sesgo se evaluó con ROBINS-I y la certeza de la evidencia con GRADE.

Resultados: De 142 registros, se incluyeron 18 estudios (6,808 participantes). Los principales factores de riesgo explorados fueron la exposición al vector (OR 3.2; IC 95%: 2.1 – 4.9; $I^2 = 76\%$) y la convivencia con perros (OR 2.8; IC 95%: 1.9 – 4.2; $I^2 = 68\%$). Las estrategias de prevención combinadas (educación + control vectorial) mostraron una reducción en la incidencia (RR 0.38; IC 95%: 0.30 – 0.49). La heterogeneidad fue alta y la certeza de la evidencia, evaluada con GRADE, fue de baja a muy baja. **Conclusión:** En México, factores socioambientales se asocian con la transmisión de la FMMR. Las estrategias de prevención integradas parecen prometedoras pero requieren adaptación al contexto local. Los hallazgos, derivados principalmente de estudios observacionales, deben interpretarse de manera exploratoria. Se requiere investigación primaria robusta, incluyendo ensayos controlados, para confirmar causalidad y efectividad.

Palabras clave: *Rickettsia rickettsii*, Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas, factores de riesgo, estrategias de prevención, México, revisión de alcance.

^aUniversidad Durango Santander, Hermosillo, Sonora, México. Correo electrónico: carminabojorquezg@gmail.com

^b Hospital General del Estado de Sonora, Servicios Públicos de Salud del Instituto Mexicano de Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), Hermosillo, Sonora, México.

^c Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (CIAD), Hermosillo, Sonora, C.P. 83304. México. Correo electrónico: rrs@ciad.mx

* jefaturainvestigacionhge@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las rickettsiosis son enfermedades zoonóticas ocasionadas por bacterias del género *Rickettsia*, comúnmente transmitidas al ser humano mediante vectores hematófagos como las garrapatas, las pulgas y los piojos (1). En México, la fiebre manchada de las Montañas Rocosas (FMMR) es la enfermedad rickettsial más letal, provocada por la bacteria *Rickettsia rickettsii*, con una tasa de letalidad de más del 40% en la población pediátrica (1), siendo postulada como una enfermedad poco atendida (2). Aunque históricamente se han reportado casos de FMMR en los estados del norte del país, como en Sonora y en Baja California, la FMMR se ha expandido hacia regiones del sureste desde el año 2010 (por ejemplo, en Yucatán), afectando desproporcionadamente a comunidades marginadas que tienen poco o nulo acceso a servicios de salud públicos (3).

Entre los determinantes de la transmisión de las rickettsiosis se encuentran condiciones sociales como la pobreza, las condiciones de vivienda precarias, y la convivencia con perros infestados de garrapatas (4). Por este motivo, desde el año 2020 se han impulsado campañas nacionales de prevención contra las rickettsiosis mediante el control vectorial y la educación comunitaria. Sin embargo, la incidencia continúa aumentando, requiriéndose incrementar estas campañas de salud, así como identificar posibles barreras en la implementación de las mismas (2). Pese al gran número de estudios observacionales, no se ha realizado una revisión sistemática que cuantifique los factores de riesgo ni que sintetice la evidencia sobre las estrategias de prevención implementadas en México, lo que limita la formulación de políticas de salud pública basadas en la evidencia (5). Esta brecha resulta crítica para la planificación de estrategias de prevención y control de la FMMR, dado que el tratamiento temprano con doxiciclina puede reducir significativamente la letalidad de esta enfermedad (RR 0.25; IC 95%: 0.13–0.47)

(6). Por estas razones, la presente investigación tiene como objetivo explorar y sintetizar, mediante una revisión de alcance con síntesis cuantitativa exploratoria: (a) la prevalencia de factores de riesgo para la infección por *R. rickettsii* en México y (b) la efectividad reportada de las estrategias de prevención para el control de la FMMR.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se realizó una revisión de alcance (*scoping review*) con una síntesis cuantitativa exploratoria de la evidencia disponible, siguiendo los lineamientos establecidos por PRISMA (7) y el *Manual de Cochrane* (8) para revisiones sistemáticas. Dada la naturaleza observacional y heterogénea de la literatura disponible, se optó por este enfoque para mapear la evidencia existente y proporcionar estimaciones cuantitativas preliminares, reconociendo las limitaciones para inferir causalidad. El protocolo no ha sido registrado. Se elaboró la estrategia de búsqueda de artículos para responder a la siguiente hipótesis de trabajo:

“Los factores de riesgo sociales, ambientales y conductuales, así como la exposición a vectores hematófagos y la convivencia con animales domésticos sin cuidados veterinarios adecuados, están significativamente asociados con una alta probabilidad de infección por *Rickettsia* en la población mexicana. Las estrategias de prevención combinadas (educación en salud y control de vectores) pueden reducir significativamente la incidencia de rickettsiosis.”

De acuerdo a esta hipótesis, se desarrollaron las siguientes preguntas PICO y PECO para guiar la búsqueda y selección de artículos científicos:

1. Pregunta PECO para factores de riesgo (PECO es utilizado para evaluar etiología y/o riesgo de enfermedades):

P (Población): Población mexicana en zonas endémicas de rickettsiosis.

E (Exposición): Factores de riesgo sociales, ambientales, y conductuales relacionados con

la rickettsiosis, específicamente la exposición a vectores hematófagos (p.ej. pulgas, garrapatas, chinches) y/o cohabitar con animales domésticos sin cuidados veterinarios adecuados.

C (Comparador): Ausencia de los factores de riesgo específicos para la rickettsiosis (p.ej. no exposición significativa a vectores hematófagos, no cohabitar con animales domésticos sin cuidados veterinarios adecuados, o bien cohabitar con animales domésticos que reciben el cuidado veterinario pertinente).

O (Resultado, del inglés *Outcome*): Probabilidad de infecciones por *Rickettsia* (p. ej. Estudios de seroprevalencia, confirmación por PCR, diagnóstico clínico).

Pregunta PECO: En la población mexicana ¿Están asociados los factores de riesgo sociales, ambientales, o conductuales (tales como la exposición a vectores hematófagos y cohabitar con animales domésticos sin cuidados veterinarios adecuados) con una probabilidad de infección más elevada para la rickettsiosis en comparación con la ausencia de estos factores de riesgo?

2. Pregunta PICO para estrategias de prevención (PICO es utilizado para estudios de intervención)

P (Población): Población mexicana en riesgo de infecciones por *Rickettsia*, o residir en zonas endémicas de la rickettsiosis.

I (Intervención): Estrategias de prevención combinadas para la rickettsiosis (específicamente, educación en salud e intervenciones para control de vectores implementadas simultáneamente).

C (Comparador): Sin estrategia de prevención específica, cuidados usuales o bien, con una sola estrategia de prevención (p. ej. educación en salud únicamente o sólo control de vectores hematófagos en la región).

O (Resultado, del inglés *Outcome*): Incidencia de casos de rickettsiosis.

Pregunta PICO: En la población mexicana en riesgo de infecciones por *Rickettsia* ¿Se reduce

la incidencia de casos de rickettsiosis con las estrategias de prevención combinadas (educación en salud y control de vectores hematófagos) en comparación con la no intervención, cuidados usuales, o la implementación de una sola estrategia de prevención (educación en salud o control de vectores hematófagos)

Criterios de elegibilidad para los artículos

Tipos de estudios incluidos: Se incluyeron estudios primarios observacionales (cohorte, casos y controles, transversales analíticos; revisión sistemática A); intervenciones aleatorizadas y no aleatorizadas (revisión sistemática B). Se excluyeron revisiones narrativas, reportes de casos aislados (a menos que reportaran asociaciones cuantitativas), estudios de validación diagnóstica sin grupos de comparación y encuestas de conocimiento. Se incluyeron artículos en inglés y en español, publicados durante el periodo 2000 – 2025.

Estrategia de búsqueda

Se realizó la búsqueda de artículos hasta el mes de abril del año 2025 en las bases de datos de *PubMed*, *Embase*, *Scopus*, *LILACS*, y *SciELO* utilizando palabras clave y términos *MeSH*. Se otorga un ejemplo de la estrategia de búsqueda para *PubMed* para la revisión sistemática A:

(“*Rickettsia*”(Mesh) OR “*Rickettsia Infections*”(Mesh) OR *rickettsia* OR *rickettsiosis* OR “*fiebre manchada*”)

AND (“*Risk Factors*”(Mesh) OR “*risk factor*” OR *exposición* OR “*exposición a vectores*”)

AND (“*Mexico*”(Mesh) OR México OR Sonora OR Chihuahua)

Se detallan las estrategias de búsqueda y operadores booleanos en el material suplementario. Se incluyeron, asimismo, reportes de la literatura gris (p. ej. tesis, reportes de salud pública).

Selección de estudios y extracción de datos

Se manejaron los artículos candidatos para las revisiones sistemáticas utilizando la plataforma *Rayyan*. Dos revisores independientes evaluaron

los títulos y resúmenes, así como el texto completo de los artículos, para su selección y análisis. Los desacuerdos en la selección de artículos se resolvieron por consenso entre los revisores independientes con apoyo de un tercer revisor. Los datos de los artículos seleccionados se extrajeron mediante un formato establecido en la web de *RevMan*, el cual incluyó los siguientes aspectos:

- Características del estudio (diseño, ubicación de la población de estudio, tamaño de la muestra).
- Demografía de la población de estudio.
- Detalles de la intervención y/o exposición a factores de riesgo para la rickettsiosis.
- Métricas de los resultados (OR/RR con 95% IC).
- Patrocinios y declaraciones de conflictos de interés.

Los datos extraídos para los análisis cuantitativos exploratorios incluyeron, cuando estuvieron disponibles, las tablas de contingencia crudas (número de expuestos/no expuestos con/sin desenlace) para calcular las medidas de asociación de manera uniforme.

Riesgo de sesgo y evaluación de la certeza de la evidencia

Se utilizaron las siguientes herramientas validadas por el *Manual de Cochrane para la conducción y ejecución de revisiones sistemáticas*:

Riesgo de sesgo: Se utilizó la herramienta ROBINS-I para evaluar sesgo en estudios observacionales (9). Los dominios de evaluación de sesgo incluyen el manejo de variables confusoras, sesgo por selección, y medida de los resultados.

Evaluación de la certeza de la evidencia: Se empleó la herramienta GRADE (10) para evaluar el riesgo de sesgo, inconsistencia, imprecisión, evidencia indirecta, y sesgo de publicación.

Síntesis de datos

Se realizó una síntesis cuantitativa exploratoria utilizando un modelo de efectos aleatorizados (DerSimonian-Laird) debido a la heterogeneidad

sustancial esperada entre los estudios seleccionados, la mayoría de los cuales son de diseño observacional. Se calcularon Odds Ratios (OR) y Risk Ratios (RR) combinados con intervalos de confianza del 95% para desenlaces dicotómicos, cuando el diseño y los datos reportados lo permitieron. Estas estimaciones deben interpretarse como resúmenes exploratorios de la literatura disponible, y no como inferencias causales robustas. Se cuantificó la heterogeneidad con el estadístico I^2 . Los análisis se ejecutaron utilizando RevMan 5.4 y GRADEpro GDT.

Declaración de ética

La presente revisión sistemática dual con metaanálisis no requirió aprobación por parte del Comité de Ética, ni consentimiento informado, al utilizar únicamente datos secundarios desidentificados, los cuales están disponibles en artículos científicos de acceso abierto, sin manipulación de información confidencial ni datos personales protegidos. Se cumple con la normativa mexicana en materia de protección de datos personales, incluyendo la *Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados*, su Reglamento, y la Ley Federal correspondiente, al no emplear datos sensibles (11, 12). A nivel internacional, se respetan los principios éticos de la *Declaración de Helsinki*, así como la *Declaración de Taipei*, sobre el uso de bases de datos en salud y biobancos, al garantizar la privacidad y el anonimato de la información utilizada (13, 14). Asimismo, se observan las *Pautas Éticas de CIOMS-OMS* y la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO, asegurando la integridad de los datos secundarios empleados (15, 16). Por lo tanto, se declara exenta esta investigación del manejo de datos confidenciales, manteniendo un estándar ético y legal riguroso.

RESULTADOS

Selección de estudios

De acuerdo con la estrategia de búsqueda descrita, se encontraron 142 artículos, de los cuales 116 fueron eliminados por duplicados. Tras la evaluación de tí-

tulos, resúmenes y textos completos, y la aplicación de los criterios de exclusión (incluyendo la exclusión de estudios no primarios como revisiones narrativas y encuestas de conocimiento), se incluyeron 18 estudios para el presente análisis, publicados entre 2006 y 2024 (ver Figura 1). El número total de partici-

pantes incluidos en los análisis fue de 6,808.

Las exclusiones de artículos ($n= 24$) se debieron a que los estudios no fueron conducidos en la población mexicana ($n= 10$), sólo evaluaron datos de animales ($n= 8$), no reportaban los resultados acordes a los criterios del presente estudio ($n= 4$), o fueron revisiones narrativas/encuestas de conocimiento no elegibles ($n= 2$).

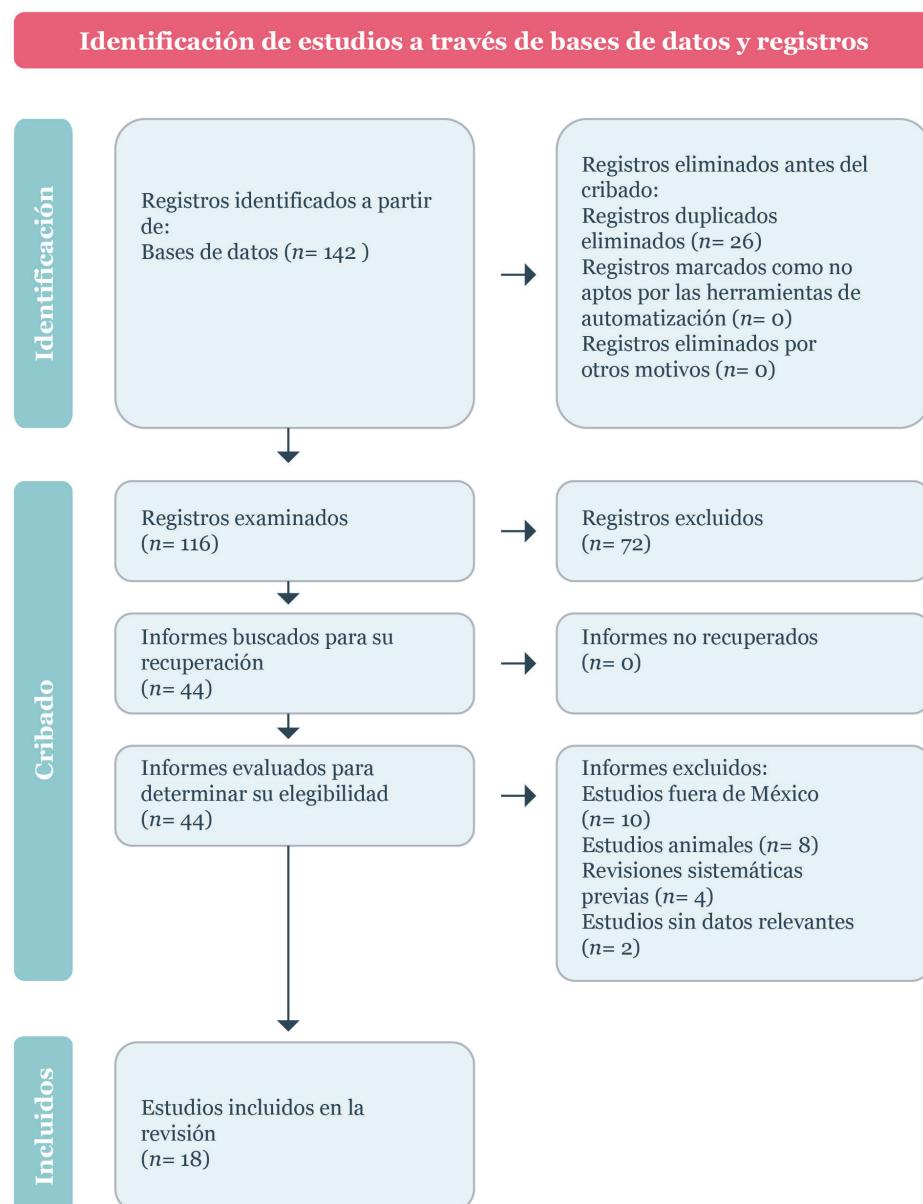


Figura 1 Flujograma de la distribución de citas y pacientes

Características de los estudios incluidos

Los 18 estudios incluidos abarcan población pediátrica y adulta, principalmente de estados del norte de México (Sonora, Baja California; $n= 12$) y del sureste (Yucatán; $n= 6$). Los diseños fueron predominantemente observacionales: series de casos ($n= 10$), estudios transversales analíticos ($n= 5$) y estudios de cohorte ($n= 3$). No se identificaron ensayos clínicos aleatorizados. La **Tabla Suplementaria 1** detalla las características de los 18 estudios primarios incluidos tras aplicar los criterios de elegibilidad (se excluyeron revisiones narrativas y encuestas de conocimiento).

Resumen de características clave:

Población: 6,808 participantes, con predominio pediátrico.

Métodos diagnósticos: PCR ($n= 9$), serología ($n= 8$), métodos combinados ($n= 3$).

Factores de riesgo evaluados: exposición a vectores ($n= 18$), cohabitación con animales ($n= 15$), condiciones de vivienda precarias ($n= 10$).

Estrategias de prevención: educación comunitaria ($n= 5$), control de vectores ($n= 4$), programas integrales de salud ($n= 3$).

Factores de riesgo

Se realizó una síntesis cuantitativa exploratoria de 15 estudios que reportaron asociaciones para factores de riesgo. Las asociaciones resumidas fueron:

Exposición a vectores: OR 3.2 (95% IC: 2.1–4.9; $I^2= 76\%$; 12 estudios).

Cohabitación con perros: OR 2.8 (95% IC: 1.9–4.2; $I^2= 68\%$; 10 estudios).

Condiciones de vivienda precarias: OR 2.3 (95% IC: 1.5–3.5; $I^2= 81\%$; 8 estudios).

Los odds ratio (OR) individuales reportados por cada estudio, junto con sus intervalos de confianza, se presentan en la **Tabla Suplementaria 2**.

El análisis de subgrupo exploratorio sugirió un riesgo aparentemente más elevado en los estudios basados en PCR versus serología (OR 4.2 vs 2.1, respectivamente), aunque la heterogeneidad dentro de los subgrupos permaneció alta (ver Figura 2). Véase el diagrama de bosque completo en la **Figura Suplementaria 1**.

Forest Plot por Subgrupo según Método Diagnóstico

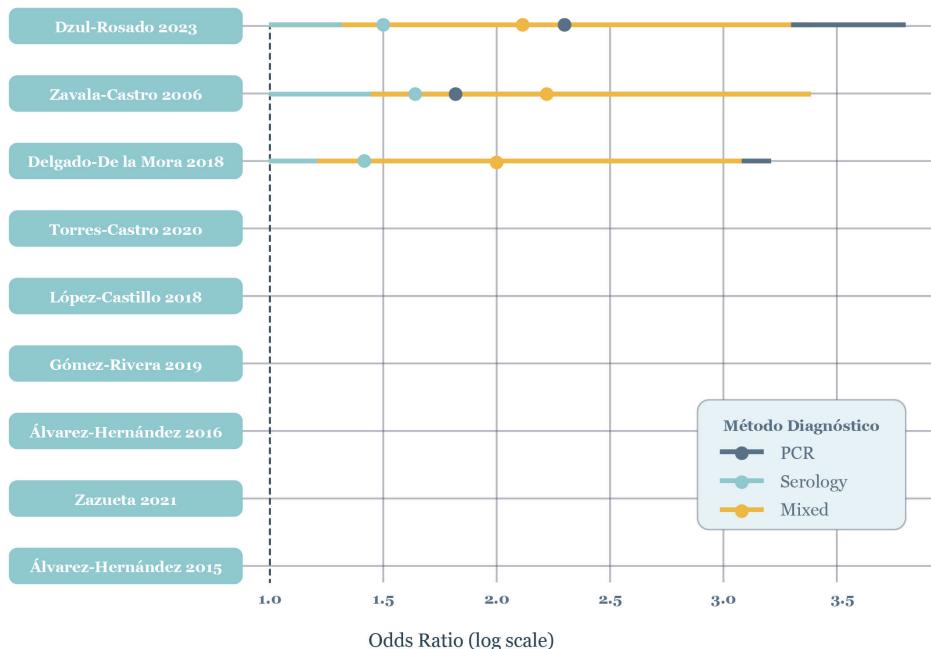


Figura 2: Diagrama de bosque exploratorio de los factores de riesgo asociados con la rickettsiosis (exposición a vectores), clasificando a los estudios por método diagnóstico utilizado,

La **figura 2** muestra un subconjunto de estudios representativos o el análisis de subgrupos por método diagnóstico. El metaanálisis completo incluyó 12 estudios.

Sólo se incluyeron estudios con comparador y con datos extractables (OR/RR). Las series descriptivas y encuestas sin comparador se sintetizaron narrativamente.

Eficacia de la estrategia de prevención contra la Rickettsiosis

Tres estudios reportaron el impacto de estrategias preventivas. La síntesis exploratoria de estrategias integradas (educación + control de vectores) mostró una reducción en la incidencia de rickettsiosis (RR 0.38, 95% IC: 0.30–0.49). Un estudio reportó que la educación comunitaria por sí misma mejoró el conocimiento (RR 4.0, 95% IC: 3.2–4.9), pero no

Evaluación de la certeza de la evidencia (GRADE)

La certeza de la evidencia para los factores de riesgo fue calificada como “baja”, y para los resultados de prevención como “muy baja”, debido al alto riesgo de sesgo (ROBINS-I), imprecisión, inconsistencia (alta heterogeneidad), y diseño observacional de los estudios incluidos. El resumen de hallazgos se presenta en las Tablas 2a (Factores de Riesgo) y 2b (Estrategias de Prevención). Estas tablas se incluyen como **Tablas Suplementarias 3a y 3b**.

Sesgo de publicación

Los gráficos de embudo realizados con los estudios seleccionados sugieren una asimetría, indicando un posible sesgo de publicación con respecto a los factores de riesgo evaluados en los estudios analizados por ambas estrategias de revisión (revisión A y revisión B, ver **Figura 3**).

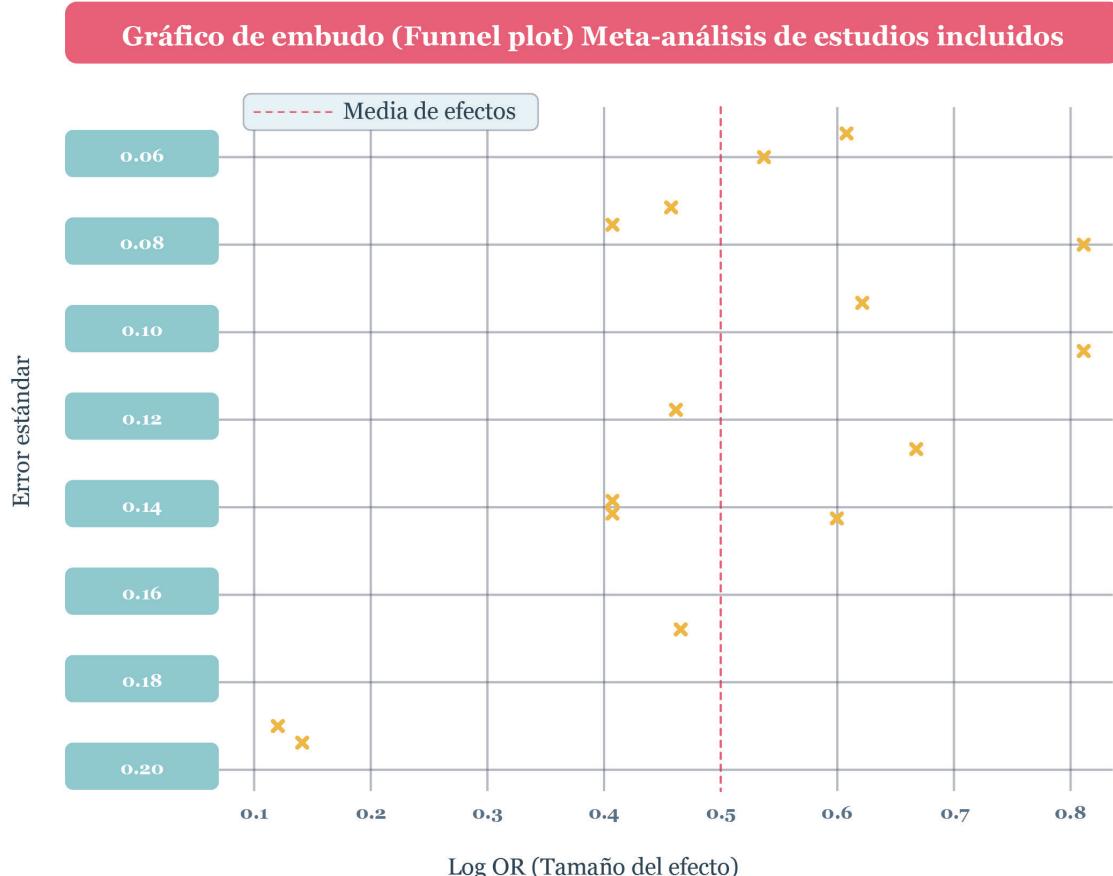


Figura 3: Diagrama de embudo exploratorio para la valoración del sesgo de publicación (factor: exposición a vectores)

Cada punto representa un estudio incluido en los metaanálisis con datos comparables; el eje X muestra el log (OR) y el eje Y el error estándar. La línea vertical indica el efecto combinado (modelo de efectos aleatorios). Se observa asimetría compatible con efecto de estudios pequeños y/o sesgo de publicación. No obstante, esta asimetría también puede deberse a heterogeneidad clínica y metodológica (p. ej., diferencias en método diagnóstico PCR vs serología, definición de casos, y tamaños muestrales). El embudo se presenta con fines exploratorios, su interpretación es limitada y no altera las conclusiones principales.

DISCUSIÓN

El presente análisis es la primera revisión de alcance con síntesis cuantitativa exploratoria sobre la rickettsiosis en México. Nuestros hallazgos, derivados principalmente de estudios observacionales, sugieren que los factores más prevalentemente asociados con la FMMR son la exposición a vectores hematófagos y la convivencia con perros. Las estrategias de prevención integral (educación + control de vectores) mostraron una asociación con una reducción en la incidencia reportada. Estos hallazgos se alinean con la ecología global de la enfermedad (17), enfatizando asociaciones con impulsores sociales específicos para la población mexicana, tales como la alta incidencia encontrada en comunidades marginadas con escaso o nulo cuidado veterinario para sus mascotas (2). El riesgo elevado (ORs) reflejado en estudios de diagnóstico basados en PCR podría sugerir que las infecciones agudas están más vinculadas a exposiciones recientes, lo que refuerza el valor potencial del diagnóstico molecular en la prevención activa de la rickettsiosis (18). Por otro lado, entre los factores clínicos asociados a desenlaces fatales, se identificó que la falla renal aguda (AKI) mostró una fuerte asociación con la mortalidad (OR combinado ≈ 7.0), como se aprecia en el análisis agregado de la **Figura Suplementaria 2**. Asimismo, el retraso ≥ 5 días en la administración de doxiciclina se asoció con un aumento significativo en la probabilidad de

muerte (OR combinado ≈ 2.8 ; **Figura Suplementaria 1**). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un diagnóstico temprano y el inicio inmediato de tratamiento antibiótico específico, así como el monitoreo de complicaciones orgánicas en pacientes con FMMR.

Es particularmente notable que las intervenciones preventivas combinadas (educación comunitaria + control de vectores hematófagos) reducen la incidencia de rickettsiosis en un 62%, superando con creces a las estrategias aisladas (sólo educación en salud o control de vectores). Esto apoya el esquema preventivo de salud “Una Sola Salud” (*One Health*) pero minimiza los retos para implementarse en contextos con recursos limitados (19). Por ejemplo, los programas comunitarios en Sonora han tenido éxito en el control de las rickettsiosis a través de la participación de actores locales, mientras que las campañas de salud impuestas desde niveles superiores fracasaron por la falta de adaptación al contexto local (2).

El presente estudio tiene ciertas limitaciones metodológicas a considerar para la interpretación de los hallazgos. En primera instancia, los estudios seleccionados presentan una alta heterogeneidad ($I^2 > 75\%$), lo que refleja la inconsistencia de los métodos diagnósticos para la rickettsiosis en nuestro país, así como la falta de consenso en la definición de los desenlaces. En segunda instancia, la alta heterogeneidad ($I^2 > 75\%$) y la naturaleza observacional de la evidencia base limitan la robustez de nuestras estimaciones cuantitativas combinadas. Los OR/RR reportados deben interpretarse como resúmenes exploratorios de la literatura existente y no como medidas precisas de efecto causal. La ausencia de ECA impide inferencias causales firmes. En tercera instancia, hay una subrepresentación en los estudios seleccionados con respecto a las poblaciones indígenas, lo que reduce la extrapolación de los resultados a los grupos étnicos de nuestro país.

Estos factores contribuyeron a las calificaciones de certeza de la evidencia “baja” o “muy baja” según GRADE, concordando con lo reportado en otras regiones endémicas (5).

Implicaciones para las estrategias de prevención y control de Salud Pública

Los hallazgos exploratorios de esta revisión, a pesar de derivarse de evidencia con certeza baja a muy baja, apuntan hacia direcciones concretas para la prevención y el control de las rickettsiosis en México que merecen ser consideradas por los tomadores de decisiones.

En el ámbito clínico, y con base en evidencia sólida externa a esta revisión, se reafirma la urgencia de considerar el diagnóstico de FMMR en pacientes febriles con antecedentes epidemiológicos relevantes. La implementación prioritaria de pruebas de PCR para la confirmación temprana de casos sospechosos y la administración inmediata de doxiciclina, incluso de manera empírica, son estrategias críticas que han demostrado reducir significativamente la letalidad (**ver Figura Suplementaria 2**).

En el ámbito de la salud pública, las asociaciones identificadas justifican la promoción e implementación de programas de prevención integrales que combinen de manera sinérgica la educación comunitaria participativa y el control vectorial continuo, focalizados en zonas endémicas y comunidades de alto riesgo. Nuestra síntesis sugiere que este enfoque integrador tiene una asociación prometedora con reducciones sustanciales en la incidencia. Sin embargo, para asegurar su efectividad real y su escalabilidad, estos programas deben:

- Adaptarse al contexto local, involucrando a los actores comunitarios desde su diseño para garantizar la aceptabilidad cultural y la sostenibilidad.
- Abordar los determinantes sociales subyacentes, mediante la articulación intersectorial para mejorar el acceso a servicios veterinarios en comunidades marginadas, promover mejoras en la vivienda que interrumpen los ciclos de transmisión del vector y combatir las condiciones de hacinamiento y pobreza que impulsan la transmisión.

Este enfoque integral, que abarca el diagnóstico oportuno, la prevención con estrategias combinadas y la atención a las causas estructurales, es esencial para un control efectivo de la FMMR en México y está plenamente alineado con el marco conceptual de “Una Sola Salud” (*One Health*).

Áreas de oportunidad en la investigación

Esta revisión de alcance pone en evidencia lagunas críticas de conocimiento y prioridades para la investigación futura:

- **Estudios de Alta Calidad:** Es imperativo superar los diseños observacionales descriptivos. La máxima prioridad es la realización de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) o estudios cuasiexperimentales robustos que evalúen rigurosamente la eficacia y la relación costo-beneficio de las intervenciones preventivas integradas (educación + control vectorial) frente a las estrategias aisladas o la atención habitual.
- **Estudios etnográficos y cualitativos:** Se necesitan investigaciones que exploren, mediante metodologías cualitativas, las barreras y facilitadores para la implementación de las estrategias preventivas, así como los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las poblaciones en riesgo y del personal de salud.
- **Estandarización y vigilancia:** Es urgente la estandarización de los criterios diagnósticos y las definiciones de caso para la FMMR en México, así como el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica activa para generar datos más precisos sobre la incidencia y la distribución real de la enfermedad, incluyendo a las poblaciones indígenas actualmente subrepresentadas.
- **Investigación translacional:** Futuros estudios deberían orientarse a validar e implementar métodos diagnósticos rápidos, accesibles y de punto de cuidado para su uso en entornos comunitarios y de primer nivel de atención, lo que facilitaría el diagnóstico y tratamiento temprano.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos exploratorios de esta revisión asocian la incidencia de la FMMR en México con factores de riesgo atendibles, principalmente la exposición a

vectores y la convivencia con perros, afectando desproporcionadamente a comunidades marginadas. Las estrategias de prevención con enfoque integral muestran una asociación prometedora con la reducción de la incidencia. Dada la baja certeza de la evidencia, estas asociaciones deben interpretarse con cautela y se requiere de investigación primaria robusta. Las acciones urgentes incluyen 1) fortalecer la vigilancia epidemiológica, 2) escalar programas basados en la estrategia “Una Sola Salud” evaluándolos rigurosamente y 3) promover políticas que aborden los determinantes sociales de la enfermedad. Esta revisión proporciona una base para guiar la investigación primaria futura y las políticas de salud pública basadas en evidencia ante las epidemias por Rickettsia en México.

REFERENCIAS

1. Álvarez-Hernández G, Murillo-Benítez C, Candia-Plata MC, Moro M. Clinical profile and predictors of fatal Rocky Mountain spotted fever in children from Sonora, Mexico. *Pediatr Infect Dis J.* 2015;34(2):125–30.
2. Álvarez-Hernández G, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zavala-Castro JE. Fiebre maculosa de las Montañas Rocosas en niños y adolescentes mexicanos: cuadro clínico y factores de mortalidad. *Salud Pública Mex.* 2016;58(4):385–92.
3. Álvarez-Hernández G, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zavala-Castro JE. Community-based prevention of epidemic Rocky Mountain spotted fever among minority populations in Sonora, Mexico, using a One Health approach. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2020;114(4):293–300.
4. Alvarez D, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zavala-Castro JE. Epidemiology and clinical features of Rocky Mountain spotted fever from enhanced surveillance, Sonora, Mexico: 2015–2018. *Am J Trop Med Hyg.* 2021;104(1):190–7.
5. Zazueta OE, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zavala-Castro JE. Rocky Mountain spotted fever in a large metropolitan center, Mexico–United States border, 2009–2019. *Emerg Infect Dis.* 2021;27(6):1567–76.
6. Álvarez-Hernández G, Contreras R. Letalidad por fiebre manchada por Rickettsia rickettsii en pacientes de un hospital pediátrico del estado de Sonora, 2004–2012. *Salud Pública Mex.* 2013;55(2):151–2.
7. Gómez-Rivera N, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zavala-Castro JE. Factores relacionados con la mortalidad en niños con fiebre manchada de las montañas rocosas: análisis de 14 años en Sonora, México. *Rev Mex Pediatr.* 2019;86(1):8–12.
8. Delgado-De la Mora J, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zava-la-Castro JE. Una serie fatal de casos de fiebre manchada de las Montañas Rocosas en Sonora, México. *Biomedica.* 2018;38(1):69–76.
9. Dzul-Rosado K, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zavala-Castro JE. *Rickettsia rickettsii* and *Rickettsia typhi* in hospitalized children diagnosed with Pediatric Multisystemic Inflammatory Syndrome in Merida, Yucatan. *Braz J Infect Dis.* 2024;28(1):103707.
10. Dzul-Rosado K, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zavala-Castro JE. Clinical and laboratory features of rickettsioses in Yucatan, Mexico. *Arch Med Res.* 2023;54(5):100–6.
11. Dzul-Rosado K, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zavala-Castro JE. Socio-ecological determinants of rickettsial seroprevalence in a rural community of Yucatán, Mexico. *Acta Trop.* 2022;232:106112.
12. Zavala-Castro JE, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zavala-Velázquez JE. Fatal human infection with *Rickettsia rickettsii*, Yucatán, México. *Emerg Infect Dis.* 2006;12(4):672–4.
13. Zavala-Castro JE, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zavala-Velázquez JE. Murine typhus in child, Yucatán, México. *Emerg Infect Dis.* 2009;15(6):972–4.
14. Zavala-Castro JE, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zavala-Velázquez JE. Human rickettsialpox, southeastern Mexico. *Emerg Infect Dis.* 2010;16(3):480–2.
15. López-Castillo DC, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zavala-Castro JE. Fiebre manchada de montañas rocosas: experiencia en 5 años de vigilancia activa en un hospital pediátrico de segundo nivel en el noreste de México. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2018;75(5):297–304. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.M18000034>
16. Solís-Alvarado E, Figueroa JV, Rodríguez SD, Zavala-Castro JE. Síntomas gastrointestinales, disfunción respiratoria, hepática y renal, principales factores asociados a letalidad por rickettsiosis transmitida por garrapatas en Mexicali, Baja California, México. *2024;41(2):282–90.*
17. Torres-Castro M, Sánchez-Montes S, Colunga-Salas P, Noh-Pech H, Reyes-Novelo E, Rodríguez-Vivas RI. Personal and household factors involved in recent *Rickettsia* exposure in a rural population from Yucatán, Mexico. *Zoonoses Public Health.* 2020;67(5):506–15.
18. Torres-Castro M, Sánchez-Montes S, Colunga-Salas P, Noh-Pech H, Reyes-Novelo E, Rodríguez-Vivas RI. Molecular confirmation of *Rickettsia parkeri* in humans from Southern Mexico. *Zoonoses Public Health.* 2022;69(4):382–6.

MATERIAL SUPLEMENTARIO EN:

https://redesdesalud.imssbienestar.gob.mx/index.php/voces_en_accion/article/view/91

VOCES DESDE EL TERRITORIO

Violeta Vázquez Rojas Maldonado es doctora en lingüística y profesora-investigadora en El Colegio de México donde estudia semántica, morfosintaxis y lenguas originarias, especialmente purépecha. Desde 2024 es subsecretaria de Ciencia y Humanidades en la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), desde donde impulsa políticas de ciencia abierta y fortalecimiento del conocimiento científico en español.¹



Foto: Diana Teresa May Trejo. SECIHTI, CDMX.

¹ La entrevista fue realizada por la doctora Evalinda Barrón Velázquez, titular de la División de Justicia Social en Salud de la Coordinación de Programas Preventivos del IMSS Bienestar. Se presenta una versión sintetizada de la entrevista original.

Hoy se reconoce que la salud depende tanto de avances médicos como de condiciones sociales y ambientales, ¿cómo puede la articulación entre ciencias, humanidades y tecnología transformar esta realidad?

Creemos que la salud es, ante todo, un derecho y no debe ser objeto de compraventa. Es también un hecho colectivo —no un estado individual— que expresa las condiciones de vida de una población. Partimos también de que los avances científicos y tecnológicos deben ser accesibles: es más importante que las innovaciones lleguen a los hospitales públicos que convertirlas en patentes. Además, las políticas científicas orientadas a la salud no pueden prescindir de la perspectiva humana y social.

Una sociedad expuesta a determinantes de la enfermedad será necesariamente menos sana, así que una perspectiva humanista exige políticas articuladas de salud, que involucren educación y otras áreas del ámbito público. En la SECIHTI entendemos la salud como un eje estratégico de investigación transdisciplinaria, que integra estudios clínicos, de salud pública, económicos y sociales.

Hay, además, un componente político de soberanía: México debe tener sus propios desarrollos, y esa es también la visión de la presidenta: una mirada integral donde la salud no se concibe como un asunto individual ni disciplinario.

La justicia social en salud requiere reducir desigualdades en el acceso a servicios y conocimiento, ¿qué papel debe jugar la investigación científica para orientar políticas más equitativas?

Las instituciones de salud deben tener una orientación investigativa. Promovemos que las políticas públicas se basen en evidencia científica, que muchas veces surge en las propias dependencias o centros públicos de investigación. Por ejemplo, con el Instituto Nacional de Salud Pública tenemos un proyecto prioritario: una encuesta aplicada a población del ISSSTE, que anticipa la composición demográfica futura de México. Ese es el tipo de investigaciones que nos gusta promover, las que ayudan a orientar mejores políticas públicas, para las condiciones actuales y futuras.

Desde la SECIHTI, ¿cómo se entiende la soberanía científica en investigación en salud y qué implica para México que gran parte del conocimiento científico esté controlado por oligopolios editoriales transnacionales?

Para explicar esto me gusta hacer una comparación con los combustibles. México tiene petróleo, pero durante décadas de gobiernos neoliberales exportaba la materia prima y compraba gasolina a sobreprecio. Con el conocimiento sucede algo similar: este año, la SECIHTI becó a 77 mil personas cuyas investigaciones deberían servir a la nación; sin embargo, si las publicaciones mediante las que comunican sus hallazgos pertenecen a una corporación transnacional, están en inglés y detrás de un muro de pago, esos saberes —que el sistema público contribuyó a generar— se ponen al servicio de personas y corporaciones... ya ni siquiera son países.



Foto: Diana Teresa May Trejo. SECIHTI, CDMX.

Entonces, cuando un estudiante mexicano quiere acceder a esos artículos, debe pagar o aprender otro idioma. No es que se vuelva inaccesible, pero sí regresa con un costo de acceso —porque hablar o leer en otro idioma es un costo de acceso—. Por eso nuestro proyecto es fortalecer un Sistema Nacional de Publicaciones Científicas y Humanísticas de acceso abierto total (lo que se conoce como acceso abierto diamante), para que los recursos públicos no se destinen a pagar por publicar. Es tan fundamental como producir tu propia gasolina cuando eres un país petrolero.

En este contexto, ¿de qué manera una iniciativa como la revista Redes de Salud del IMSS Bienestar puede contribuir a transformar el ecosistema de publicación en salud en México?

Yo creo que es fundamental. A veces se exagera al pensar que la única tarea de los científicos es publicar artículos, cuando la investigación puede generar muchos otros productos. Aun así, las revistas siguen siendo esenciales: son uno de los mejores instrumentos para comunicar conocimiento. Como dice Irene Vallejo en *El infinito en un junco*, los libros—y por extensión, las revistas— pertenecen a esa familia de inventos que no van a desaparecer y que resisten la innovación, como la cuchara: nada los va a sustituir porque cumplen perfectamente su función.

Por eso damos la bienvenida a publicaciones científicas rigurosas, con procesos editoriales sólidos y revisiones por pares que aseguren estándares, como *Redes de Salud*.

Desde su experiencia como lingüista, ¿cómo influyen las formas y estructuras del lenguaje en la manera en que se construye y transmite el conocimiento científico en salud?

Hay profesiones que han explotado la opacidad del lenguaje como un artilugio para aparentar que su conocimiento es más valioso. Se parte de una perversión según la cual, como a tal persona le costó aprender, nadie más debe aprovechar lo que sabe, y para ello la barrera por excelencia es el lenguaje, especialmente la terminología.

Yo creo que es al revés: el conocimiento es tanto más valioso mientras más se puede compartir y la mejor manera de honrarlo es comunicarnos de manera cla-

ra, humana, respetando las diversidades lingüísticas que hay en un país y en el mundo. Sobre todo, con empatía, porque la comunicación también es una relación; no existe sin voluntad de tener al otro como interlocutor.

¿Qué decisiones sobre el uso del lenguaje son clave para que la comunicación científica en salud sea accesible a poblaciones históricamente marginadas? ¿Publicar en español es relevante?

Es muy importante publicar en español. No tengo nada en contra del inglés, al contrario, creo que todas las personas deberían aprender todos los idiomas que puedan, pero lo cierto es que hay barreras económicas para el aprendizaje de ciertos idiomas, y sociales para el aprendizaje de otros.

También es relevante considerar la pertinencia de los canales —y eso ustedes, en IMSS Bienestar, lo conocen bien—. La nuestra es una cultura muy lectora, pero no todas lo son ni tienen por qué serlo. Hay muchos medios más visuales. Por ejemplo, recuerdo que de niña me encantaba pasar horas viendo el periódico mural de la clínica. No toda la comunicación tiene que ser formal, y especialmente la comunicación en salud puede aprovechar la diversidad de canales.

¿Qué mecanismos desde la SECIHTI permiten incorporar voces comunitarias en la definición de agendas de investigación, particularmente en salud?

Por ejemplo, lanzamos una convocatoria inédita, llamada *Divulgación comunitaria de la ciencia*. Decimos “comunitaria”, poniendo el acento en lo común, porque partimos de que la gente tiene vocaciones científicas que a veces simplemente no se explotan porque no hay oportunidad. Están evaluándose los proyectos y hay varios que tienen que ver con salud, aunque no necesariamente son médicos. Hay, por ejemplo, de promoción de la salud, tratamiento de residuos sólidos o el manejo del agua.

¿Cómo imagina que deberían evolucionar las publicaciones científicas mexicanas para servir realmente a la transformación de nuestros sistemas de salud?



Foto: Diana Teresa May Trejo. SECIHTI, CDMX.

Necesitamos generalizarlas, pero hay que cuidar que el acceso irrestricto al conocimiento y a los documentos elimine el filtrado de pseudociencia o charlatanería. Antes, las bibliotecas organizaban el conocimiento y, además, había un bibliotecario que fungía como mediador, lo mismo que el editor, quien permite filtrar material de mala calidad y hay que apreciar mucho su papel.

Las revistas pueden perfeccionar los procesos de edición para conseguir un estándar, por ejemplo, de revisión por pares. Queremos propiciar que estos procesos sean lo más abiertos posible, que la comunidad científica sepa por qué se aprobaron los artículos. Hay un progreso cada vez mayor hacia ese canal de ciencia abierta, pero debemos contribuir más activamente.

¿Qué papel puede jugar México con su riqueza lingüística y cultural en la generación de un modelo alternativo de comunicación científica que privilegie el bien común sobre los intereses comerciales?

Las lenguas indígenas son lenguas como todas pueden ser vehículos de comunicación de cualquier co-

nocimiento: ciencia, salud o matemáticas. No creo que alguna vez hayas dicho: "Sobre llantas de reacción no puedo hablar en". Nadie piensa eso. Uno tiene una lengua materna —indígena o no— y puede expresar lo que le dé la gana en esa lengua.

Sin embargo, sería hipócrita decir que deberíamos promover la comunicación científica en *tsotsil* cuando ni siquiera estamos garantizando su supervivencia, porque no se promueve su uso como lenguas útiles en el espacio público, en la atención médica y en la educación, por ejemplo. Mientras no pase eso primero, cualquier cosa que te diga sobre lenguas indígenas en la ciencia es pura farándula.

¿Qué mensaje le daría a las y los investigadores y profesionales de la salud que leen *Redes de Salud*?

Las revistas no son sólo texto; son objetos visuales, y en eso *Redes de Salud* está muy bien: combina contenido e imagen con una visión integral de la salud. Yo les diría que no dejen de leerla y esperen siempre su siguiente número.

El *arte* de la relación paciente-médico

Mariana Cárdenas-González

División de Investigación Médica, IMSS Bienestar

... recetar es fácil, pero comprender a las personas es difícil.

—Franz Kafka, *Un médico rural*, 1917.

Francisco de Goya, Edvard Munch, Vincent van Gogh y Frida Kahlo vivieron con padecimientos físicos y mentales que los llevaron a mantener relaciones cercanas con sus médicos. A través de su obra, dejaron testimonio de esos vínculos.

La vida y la obra de Frida Kahlo (1907-1954) estuvieron profundamente marcadas por problemas de salud derivados de condiciones congénitas, infecciones y accidentes. En agradecimiento por la atención recibida y para inmortalizar la amistad con sus médicos, retrató a los doctores Leo Eloesser y Juan Farill. En *Autorretrato dedicado al Dr. Eloesser* (1940), realizado durante el primer año de su divorcio de Diego Rivera, se autorretrata como mártir usando un collar de espinas, aludiendo a la corona de Cristo. Es ella quien padece el martirio del desamor; su rostro y entorno son tristes, incluso fúnebres. En el pecho porta un broche con la cita: “Pinté mi retrato en el año de 1940 para el Doctor Leo Eloesser, mi médico y mi mejor amigo. Con todo mi cariño, Frida Kahlo”.

Pinté mi retrato en el año de 1940
para el Doctor Leo Eloesser, mi médico y
mi mejor amigo. Con todo mi cariño. Frida Kahlo



Años después, en *Autorretrato con el retrato del doctor Farill* (1951), Kahlo concibe una obra en formato de exvoto, recurso católico usado para narrar promesas o milagros cumplidos. La artista aparece sentada en una silla de ruedas frente al médico, quien adquiere un carácter casi sagrado, como si de un santo o virgen milagrosa se tratara. Tres elementos destacan: la uniceja de ambos protagonistas, la paleta convertida en corazón y los pinceles imitando flechas; mientras, en el retrato, el médico parece que está pintado —metafóricamente— con la sangre de la paciente.

El agradecimiento es un sentimiento común cuando somos diagnosticados con precisión y, sobre todo, cuando alcanzamos la curación. Mi madre solía llevar regalos a mis pediatras como muestra de gratitud y para asegurar un trato “especial”. Lo mismo hizo mi padre con los oncólogos cuando ella enfermó de cáncer. Pero ¿es realmente especial esperar una conversación respetuosa y empática? ¿Es especial esperar que la atención médica se base en un ejercicio de diálogo que posibilite un diagnóstico, un pronóstico, una indicación terapéutica o el acompañamiento y orientación para el autocuidado y la prevención de enfermedades? Más que un trato especial, esto debería considerarse una expectativa legítima en la relación paciente-médico.

La palabra confianza proviene del latín *confidāre*, “con toda la fe” o “con absoluta convicción”. Frida tenía una fe casi religiosa en sus médicos (1), pero nunca ciega. Primero, los médicos Leo Eloesser y Juan Farill eran eminentes en sus especialidades y practicaban la medicina con un profundo sentido humanista, especialmente Leo (2). Y segundo, Frida era una

verdadera apasionada de la medicina; quiso estudiar esa carrera antes de decantarse por las artes. Se informaba sobre sus enfermedades y padecimientos, y conocía muy bien su cuerpo e historia clínica. Por ello, es esperable que la relación paciente-médico(s) haya sido cercana y basada en una confianza mutua —no sólo en la fe—.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Launer J. (2018). Frida Kahlo and her doctors. *Postgraduate medical journal*, 94 (1112), 369–370. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-135705>
2. Wang, Y. S., & Cheng, T. O. (2001). Leo Eloesser: an American cardiothoracic surgeon in China. *The Annals of thoracic surgery*, 71 (4), 1387–1388. [https://doi.org/10.1016/S0003-4975\(01\)02436-5](https://doi.org/10.1016/S0003-4975(01)02436-5)

Foto: Ricardo Santos Cervantes.
Tamazunchale, San Luis Potosí.

