

[Coordinadora]
Gabriela Barreno

SABERES EN EJERCICIO



*Desarrollos transdisciplinarios en salud
desde territorios latinoamericanos*

Volumen I



**Religación
Press**

Religación Press
[Ideas desde el Sur Global]

[Coordinadora]
Gabriela Barreno

Saberes en ejercicio
*Desarrollos transdisciplinarios
en salud desde territorios
latinoamericanos (Vol. I)*

Equipo Editorial
Editorial team

Ana B. Benalcázar
Editora Jefe / Editor in Chief
Felipe Carrión
Director de Comunicación / Scientific Communication Director
Melissa Díaz
Coordinadora Editorial / Editorial Coordinator
Sarahi Licango Rojas
Asistente Editorial / Editorial Assistant

Consejo Editorial
Editorial Board

Jean-Arsène Yao
Dilrabo Keldiyorovna Bakhronova
Fabiana Parra
Mateus Gamba Torres
Siti Mistima Maat
Nikoleta Zampaki
Silvina Sosa
Víctor Ancajima Miñán

Religación Press, es parte del fondo editorial del Centro de Investigaciones CICSHAL-RELIGACIÓN | Religación Press is part of the publishing house of the CICSHAL-RELIGACIÓN Research Center |

Diseño, diagramación y portada | Design, layout and cover: Religación Press.

CP 170515, Quito, Ecuador. América del Sur.
Correo electrónico | E-mail: press@religacion.com
www.religacion.com

Disponible para su descarga gratuita en | Available for free download at
<https://press.religacion.com>

Este título se publica bajo una licencia de Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)
This title is published under an Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license.



El presente libro tienen el aval del Centro de Investigaciones en Ciencias y Humanidades desde América Latina - CICSAL-RELIGACIÓN



Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Vol. 1)
Knowledges in Practice. Transdisciplinary Developments in Health from Latin American Territories (Vol. 1)
Saberes em exercício. Desenvolvidimentos transdisciplinarios em saúde a partir de territórios Latino-Americanos (Vol. 1)

Derechos de autor | Copyright: Gabriela Barreno; David Ricardo Mogrovejo Palacios, Krisna Karem López Hernández, Jesús Roberto Garay Núñez, Miriam Gaxiola Flores, Roberto Joel Tirado Reyes, Humberto Andrés Álvarez Sepúlveda, Claudine Glenda Benoit Ríos, Shirley Vanessa Betancourt Zambrano, Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy, Alexandra Cardenas Loor, Jesús Yamileth Báez Nevárez, María Fernanda Martínez-Salazar, Konny Isabel Ramírez Castañeda, Luis Antonio Solano Ortiz, Francisco Eduardo Bravo Reyes, Antonio Fernando López Avalos, Raquel Morquecho Sánchez, Daniel Carranza Bautista, Juan Carlos Arturo González Castro, Luis Tomas Ródenas Cuenca, Norma Betanzos Díaz, Francisco Paz Rodríguez, Jose Luis Santivañez Sanchez, José Eladio Luna Palacios, Leida Yazury Ramirez Pujaico, Piero Alexander Santivañez Sanchez, Josue Renato Montoya Sanchez, Javier Aparicio Cruz Mogollón, Pedro Máximo Joaquin Ojeda Gallo, Gabriel Raymundo Cabredo Castro, Andy Williams Chamoli Falcón, Carmen Isolina Ayala Jara, Pedro Marcelo Alva Plasencia, Lennin Roswell Rodriguez Saavedra, Olga Elizabeth Caballero Aquino, Luis Fabrizio Seclén Ayala, Maritza Delgado-Herrada, Jorge Zamarripa, José Baltazar García Horta, Raquel Morquecho Sánchez

Primera Edición | First Edition: 2026

Editorial | Publisher: Religación Press

Materia Dewey | Dewey Subject: 610 - Ciencias médicas Medicina

Clasificación Thema | Thema Subject Categories: M - Medicina, enfermería, veterinaria | iKL -

México, Centroamérica, Sudamérica, Latinoamérica | MB - Medicina: cuestiones generales

BISAC: MED078000

Público objetivo | Target audience: Profesional / Académico | Professional / Academic

Colección | Collection: Salud

Soporte | Format: PDF / Digital

Publicación | Publication date: 2026-03-27

ISBN: 978-9942-594-37-2

[APA 7]

Gabriela Barreno; David Ricardo Mogrovejo Palacios, Krisna Karem López Hernández, Jesús Roberto Garay Núñez, Miriam Gaxiola Flores, Roberto Joel Tirado Reyes, Humberto Andrés Álvarez Sepúlveda, Claudine Glenda Benoit Ríos, Shirley Vanessa Betancourt Zambrano, Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy, Alexandra Cardenas Loor, Jesús Yamileth Báez Nevárez, María Fernanda Martínez-Salazar, Konny Isabel Ramírez Castañeda, Luis Antonio Solano Ortiz, Francisco Eduardo Bravo Reyes, Antonio Fernando López Avalos, Raquel Morquecho Sánchez, Daniel Carranza Bautista, Juan Carlos Arturo González Castro, Luis Tomas Ródenas Cuenca, Norma Betanzos Díaz, Francisco Paz Rodríguez, Jose Luis Santivañez Sanchez, José Eladio Luna Palacios, Leida Yazury Ramirez Pujaico, Piero Alexander Santivañez Sanchez, Josue Renato Montoya Sanchez, Javier Aparicio Cruz Mogollón, Pedro Máximo Joaquín Ojeda Gallo, Gabriel Raymundo Cabredo Castro, Andy Williams Chamoli Falcón, Carmen Isolina Ayala Jara, Pedro Marcelo Alva Plasencia, Lennin Roswell Rodríguez Saavedra, Olga Elizabeth Caballero Aquino, Luis Fabrizio Seclén Ayala, Maritza Delgado-Herrada, Jorge Zamarripa, José Baltazar García Horta, Raquel Morquecho Sánchez APA 7 (2026). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Vol. D)*. Religación Press. <https://doi.org/10.46652/ReligacionPress.398>

Revisión por pares

El presente libro de investigación constituye el resultado de un riguroso proceso de investigación académica, cuya calidad metodológica y solidez argumental han sido validadas mediante un sistema de revisión por pares externos implementado bajo el protocolo de doble ciego, bajo la supervisión del Centro de Investigaciones en Ciencias y Humanidades desde América Latina (CICSHAL). Como garantía de transparencia y rigor científico, los informes de evaluación realizados por los especialistas designados se conservan en el archivo institucional de la editorial, a disposición de las instancias que así lo requieran.

Peer Review

This book is the result of a rigorous academic research process, whose methodological quality and argumentative solidity have been validated through an external peer-review system implemented under a double-blind protocol, under the supervision of the Center for Research in Sciences and Humanities from Latin America (CICSHAL). As a guarantee of transparency and scientific rigor, the evaluation reports prepared by the designated specialists are preserved in the publisher's institutional archives, available to any party that may require them.

Coordinadora

COORDINATOR

Gabriela Barreno

Ministerio de salud publica del
Ecuador | Quito | Ecuador
<https://orcid.org/0009-0005-7791-4809>
gabriela.barreno@udla.edu.ec

Médico cirujano general Universidad de las Americas Quito, Ecuador. Ciencias de la salud con enfoque en avances científicos y enfermedades crónicas.

Autores/as:

Gabriela Barreno; David Ricardo Mogrovejo Palacios, Krisna Karem López Hernández, Jesús Roberto Garay Núñez, Miriam Gaxiola Flores, Roberto Joel Tirado Reyes, Humberto Andrés Álvarez Sepúlveda, Claudine Glenda Benoit Ríos, Shirley Vanessa Betancourt Zambrano, Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy, Alexandra Cardenas Loor, Jesús Yamileth Báez Nevárez, María Fernanda Martínez-Salazar, Konny Isabel Ramírez Castañeda, Luis Antonio Solano Ortiz, Francisco Eduardo Bravo Reyes, Antonio Fernando López Avalos, Raquel Morquecho Sánchez, Daniel Carranza Bautista, Juan Carlos Arturo González Castro, Luis Tomas Ródenas Cuenca, Norma Betanzos Díaz, Francisco Paz Rodríguez, Jose Luis Santivañez Sanchez, José Eladio Luna Palacios, Leida Yazury Ramírez Pujaco, Piero Alexander Santivañez Sanchez, Josue Renato Montoya Sanchez, Javier Aparicio Cruz Mogollón, Pedro Máximo Joaquin Ojeda Gallo, Gabriel Raymundo Cabredo Castro, Andy Williams Chamoli Falcón, Carmen Isolina Ayala Jara, Pedro Marcelo Alva Plasencia, Lennin Roswell Rodriguez Saavedra, Olga Elizabeth Caballero Aquino, Luis Fabrizio Seclén Ayala, Maritza Delgado-Herrada, Jorge Zamarripa, José Baltazar García Horta, Raquel Morquecho Sánchez

Resumen

Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I), coordinado por Gabriela Barreno, reúne investigaciones que abordan la salud desde una mirada integral y situada. A lo largo de catorce capítulos, especialistas de varios países latinoamericanos examinan temas como el pensamiento social en salud, la formación de enfermeros en contextos de violencia armada, lecciones de medicinas ancestrales, factores genéticos y ambientales en el autismo, cuidados omitidos en asilos, consumo de anabólicos, actividad física y autorregulación cognitiva, predictores de ansiedad durante el COVID-19, malas prácticas en el comercio de medicamentos, consentimiento informado culturalmente situado, liderazgo y cultura de seguridad del paciente, potencial farmacológico de alcaloides del tarwi, salud mental docente y vigencia de la medicina griega. Una obra colectiva que articula saberes clínicos, sociales y comunitarios.

Palabras clave:

Salud colectiva; interculturalidad; cuidados de enfermería; farmacología vegetal; autonomía relacional

Abstract

Knowledge in Practice. Transdisciplinary Developments in Health from Latin American Territories (Volume I), coordinated by Gabriela Barreno, brings together research that approaches health from an integrated and situated perspective. Across fourteen chapters, specialists from various Latin American countries examine topics such as social thinking in health, nursing education in contexts of armed violence, lessons from ancestral medicines, genetic and environmental factors in autism, missed care in nursing homes, anabolic use, physical activity and cognitive self-regulation, predictors of anxiety during COVID-19, malpractice in drug trading, culturally situated informed consent, leadership and patient safety culture, the pharmacological potential of tarwi alkaloids, teacher mental health, and the relevance of Greek medicine. A collective work that articulates clinical, social, and community knowledge.

Keywords:

Collective health; interculturality; nursing care; plant pharmacology; relational autonomy.

Resumo

Saberes em exercício. Desenvolvimentos transdisciplinares em saúde a partir de territórios latino-americanos (Volume I), coordenado por Gabriela Barreno, reúne pesquisas que abordam a saúde a partir de uma perspectiva integral e situada. Ao longo de catorze capítulos, especialistas de vários países latino-americanos examinam temas como o pensamento social em saúde, a formação de enfermeiros em contextos de violência armada, lições de medicinas ancestrais, fatores genéticos e ambientais no autismo, cuidados omitidos em asilos, consumo de anabolizantes, atividade física e autorregulação cognitiva, preditores de ansiedade durante a COVID-19, más práticas no comércio de medicamentos, consentimento informado culturalmente situado, liderança e cultura de segurança do paciente, potencial farmacológico de alcaloides do tarwi, saúde mental docente e vigência da medicina grega. Uma obra coletiva que articula saberes clínicos, sociais e comunitários.

Palavras-chave:

Saúde coletiva; interculturalidade; cuidados de enfermagem; farmacologia vegetal; autonomia relacional.

Tabla de Contenidos

6	Revisión por pares
6	Peer Review
7	Coordinadora
9	Resumen
10	Abstract
10	Resumo
16	Introducción
	Tejiendo saberes en ejercicio. Una cartografía transdisciplinar de la salud latinoamericana <i>Gabriela Barreno</i>
22	Capítulo 1
	Pensamento Social em Saúde: Contribuições do campo das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Coletiva <i>David Ricardo Mogrovejo Palacios</i>
40	Capítulo 2
	Formando enfermeros desde el contexto de violencia armada <i>Krisna Kareem López Hernández, Jesús Roberto Garay Núñez, Miriam Gaxiola Flores, Roberto Joel Tirado Reyes</i>
53	Capítulo 3
	Lecciones de la medicina del Antiguo Egipto para América Latina: saberes integrales, ética del cuidado y salud comunitaria <i>Humberto Andrés Álvarez Sepúlveda, Claudine Glenda Benoit Ríos</i>
68	Capítulo 4
	Factores genéticos en la etiología del autismo: un estudio de caso en el cantón de Buena Fe <i>Shirley Vanessa Betancourt Zambrano, Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy, Alexandra Cardenas Loor</i>
87	Capítulo 5
	Cuidado perdido de enfermería en personas adultas mayores residentes de un asilo público <i>Jesús Yamileth Báez Nevárez, Jesús Roberto Garay Núñez, Miriam Gaxiola Flores, Roberto Joel Tirado Reyes</i>

- 106** **Capítulo 6**
Características del uso de anabólicos androgénicos esteroideos y otras sustancias en fisicoculturistas y halterofilistas
María Fernanda Martínez-Salazar, Konny Isabel Ramírez Castañeda, Luis Antonio Solano Ortiz, Francisco Eduardo Bravo Reyes
- 122** **Capítulo 7**
Actividad física y autorregulación cognitiva en preescolar: evidencia, retos y oportunidades en México
Antonio Fernando López Avalos, Raquel Morquecho Sánchez, Daniel Carranza Bautista, Juan Carlos Arturo González Castro, Luis Tomas Ródenas Cuenca
- 140** **Capítulo 8**
Variables predictoras de la ansiedad durante el distanciamiento social por COVID-19 en hombres y mujeres de Cuernavaca, Morelos
Norma Betanzos Díaz, Francisco Paz Rodríguez
- 172** **Capítulo 9**
La salud en riesgo: malas prácticas en el comercio de medicamentos en el Perú
Jose Luis Santivañez Sanchez, José Eladio Luna Palacios, Leida Yazury Ramirez Pujaico, Piero Alexander Santivañez Sanchez, Josue Renato Montoya Sanchez, Javier Aparicio Cruz Mogollón
- 196** **Capítulo 10**
Hacia un consentimiento informado culturalmente situado: síntesis crítica de la evidencia sobre autonomía relacional, mediación cultural y participación comunitaria
Pedro Máximo Joaquín Ojeda Gallo, Gabriel Raymundo Cabredo Castro, Andy Williams Chamoli Falcón
- 228** **Capítulo 11**
Liderazgo organizacional y cultura de seguridad del paciente: una revisión de las dimensiones influenciadas por la gestión hospitalaria pública
Gabriel Raymundo Cabredo Castro, Pedro Máximo Joaquín Ojeda Gallo, Andy Williams Chamoli Falcón
- 261** **Capítulo 12**
Alcaloides quinolizidínicos de *Lupinus mutabilis*: composición química, bioactividad y potencial farmacológico
Carmen Isolina Ayala Jara, Pedro Marcelo Alva Plasencia, Lennin Roswell Rodríguez Saavedra, Olga Elizabeth Caballero Aquino, Luis Fabrizzio Seclén Ayala

- 285** **Capítulo 13**
Salud mental en profesores universitarios desde la perspectiva de la autodeterminación: el rol de la satisfacción de necesidades psicológicas
Maritza Delgado-Herrada, Jorge Zamarripa, José Baltazar García Horta, Raquel Morquecho Sánchez
- 303** **Capítulo 14**
Fundamentos clásicos del cuidado: vigencia de la medicina griega en el pensamiento latinoamericano actual
Humberto Andrés Álvarez Sepúlveda, Claudine Glenda Benoit Ríos

Introducción. Tejiendo saberes en ejercicio. Una cartografía transdisciplinar de la salud latinoamericana

Gabriela Barreno

Barreno, G. (2026). Tejiendo saberes en ejercicio. Una cartografía transdisciplinar de la salud latinoamericana. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 16-20). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c804>



La obra *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*, coordinada por Gabriela Barreno, reúne un conjunto de investigaciones que abordan la salud desde perspectivas que cruzan lo social, lo cultural, lo clínico y lo organizacional. Publicada bajo el sello de Religación Press, esta compilación se estructura en catorce capítulos escritos por autores de diversos países de la región, con énfasis en México, Perú, Ecuador y Chile. El hilo conductor es la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención como fenómenos situados, atravesados por desigualdades estructurales, violencias, tradiciones médicas diversas y dinámicas institucionales específicas.

Capítulo 1, “Pensamento Social em Saúde: Contribuições do campo das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Coletiva”, ofrece un ensayo crítico sobre las corrientes del pensamiento social en salud —positivismo, funcionalismo, comprensivismo, marxismo y pensamiento sistémico—, subrayando su relevancia para la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención como fenómeno social. *Capítulo 2, “Formando enfermeros desde el contexto de violencia armada”*, analiza las vivencias de estudiantes de enfermería en escenarios de violencia armada en México, integrando los aportes de Patricia Benner y Madeline Leininger para comprender el aprendizaje situado y la influencia del contexto sociocultural en la formación profesional.

Capítulo 3, “Lecciones de la medicina del Antiguo Egipto para América Latina: saberes integrales, ética del cuidado y salud comunitaria”, examina desde un enfoque histórico-crítico la concepción integral del cuerpo, la articulación entre saber empírico y espiritualidad, y la orientación preventiva y comunitaria de la medicina egipcia, proponiendo lecciones vigentes para repensar los sistemas de salud latinoamericanos. *Capítulo 4, “Factores genéticos en la etiología del autismo: un estudio de caso en el cantón de Buena Fe”*, presenta un estudio transversal que cuantifica la prevalencia del Trastorno del Espectro Autista en una zona rural de Ecuador, identificando factores genéticos, ambientales y socioeconómicos asociados, y destacando la interacción entre vulnerabilidad poligénica y exposiciones prenatales.

Capítulo 5, “Cuidado perdido de enfermería en personas adultas mayores residentes de un asilo público”, aborda el fenómeno de las omisiones o retrasos en cuidados básicos en asilos públicos de México, analizando sus causas —carga laboral, falta de recursos, insuficiencia de personal— y proponiendo estrategias para fortalecer la práctica profesional desde la Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray. *Capítulo 6, “Características del uso de anabólicos androgénicos esteroideos y otras sustancias en fisicoculturistas y halterofilistas”*, describe los patrones de consumo de estas sustancias en practicantes de fisicoculturismo en Cuernavaca, México, documentando efectos adversos y la prevalencia de productos sin registro sanitario, y subrayando la necesidad de intervenciones multidisciplinarias.

Capítulo 7, “Actividad física y autorregulación cognitiva en preescolar: evidencia, retos y oportunidades en México”, revisa la evidencia internacional y nacional sobre la relación entre actividad física y funciones ejecutivas en la etapa preescolar, identificando brechas en la formación docente, infraestructura y políticas educativas en México, y proponiendo recomendaciones para fortalecer la educación física como recurso pedagógico. *Capítulo 8, “Variables predictoras de la ansiedad durante el distanciamiento social por COVID-19 en hombres y mujeres de Cuernavaca, Morelos”*, mediante un estudio cuantitativo, identifica que ser mujer joven, presentar disforia, pérdida de significado, afecto negativo, problemas de sueño y falta de confianza son predictores de ansiedad severa durante el confinamiento, explicando más del 50% de la varianza.

Capítulo 9, “La salud en riesgo: malas prácticas en el comercio de medicamentos en el Perú”, analiza desde una perspectiva interdisciplinaria (derecho, economía y farmacia) las prácticas de concentración empresarial, colusión y abuso de posición de dominio en el mercado farmacéutico peruano, evidenciando cómo estas afectan el acceso a medicamentos esenciales y la salud pública. *Capítulo 10, “Hacia un consentimiento informado culturalmente situado: síntesis crítica de la evidencia sobre autonomía relacional, mediación cultural y participación comunitaria”*, propone lineamientos para diseñar modelos de consentimiento informado que articulen autonomía individual y relacional en sistemas de salud intercultural, superando el formalismo legal hacia un pluralismo ético que reconozca la diversidad epistémica.

Capítulo 11, “Liderazgo organizacional y cultura de seguridad del paciente: una revisión de las dimensiones influenciadas por la gestión hospitalaria pública”, sintetiza la evidencia sobre cultura de seguridad en hospitales públicos latinoamericanos, identificando que la respuesta no punitiva al error, la dotación de personal y el apoyo gerencial son las dimensiones más débiles, mientras que el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo constituyen fortalezas recurrentes. *Capítulo 12, “Alcaloides quinolizidínicos de *Lupinus mutabilis*: composición química, bioactividad y potencial farmacológico”*, revisa la composición química y

las propiedades biológicas (antimicrobianas, antioxidantes, antiinflamatorias) de los alcaloides presentes en el tarwi andino, destacando su potencial como fuente de compuestos bioactivos para el desarrollo farmacéutico y nutracéutico.

Capítulo 13, “Salud mental en profesores universitarios desde la perspectiva de la autodeterminación: el rol de la satisfacción de necesidades psicológicas”, examina la relación entre condiciones laborales, satisfacción de necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia, relación) y salud mental en docentes universitarios mexicanos, mostrando que la satisfacción de estas necesidades actúa como factor protector, con diferencias de género significativas. *Capítulo 14, “Fundamentos clásicos del cuidado: vigencia de la medicina griega en el pensamiento latinoamericano actual”,* cierra el volumen con una reflexión histórico-crítica sobre los aportes de la medicina hipocrática —racionalización de la enfermedad, ética del cuidado, concepción integral de la salud— y su pertinencia para enfrentar los desafíos de desigualdad, mercantilización y fragmentación del cuidado en América Latina.

Conclusión

En conjunto, los catorce capítulos que integran este primer volumen de Saberes en ejercicio confirman que el campo de la salud en América Latina se configura como un territorio fértil para la investigación transdisciplinar, donde confluyen la epidemiología crítica, la bioética intercultural, la antropología médica, la farmacología de productos naturales y la psicología organizacional, entre otras disciplinas. Lejos de agotarse en enfoques biomédicos reduccionistas, los trabajos aquí reunidos demuestran que la salud es, ante todo, un fenómeno social, político y cultural, cuya comprensión exige articular lo biológico con lo simbólico, lo individual con lo colectivo, y lo técnico con lo ético. La diversidad metodológica —desde revisiones sistemáticas y estudios de caso hasta análisis fitoquímicos y modelos de regresión— refleja la madurez de una comunidad académica que ha aprendido a dialogar con la complejidad sin renunciar al rigor.

Un segundo hallazgo transversal a la obra es la centralidad de las dimensiones éticas y relacionales en la práctica sanitaria. Ya sea a través del consentimiento informado culturalmente situado, de la cultura de seguridad del paciente, de la formación de enfermeros en contextos de violencia o de la recuperación de la ética hipocrática, los autores coinciden en que el cuidado no puede reducirse a un conjunto de procedimientos estandarizados, sino que requiere sensibilidad contextual, respeto por la autonomía relacional y una firme oposición a la mercantilización de la salud. Esta lección resulta particularmente urgente en una región donde las desigualdades estructurales y la precarización laboral amenazan permanentemente la calidad y la calidez de la atención.

Finalmente, este volumen sienta bases sólidas para futuras líneas de investigación que profundicen en estudios comparativos entre países, en intervenciones participativas con comunidades indígenas y afrodescendientes, y en evaluaciones longitudinales de políticas públicas de salud. La apuesta por el acceso abierto, promovida por Religación Press, democratiza el conocimiento y permite que estas reflexiones lleguen a profesionales, gestores y académicos de toda la región. Invitamos a la comunidad sanitaria latinoamericana a leer estos textos no como recetarios, sino como invitaciones al diálogo crítico y a la acción situada. La salud, como bien público y derecho humano, se fortalece cuando los saberes se ponen en ejercicio desde los territorios y con las voces de sus protagonistas.

Capítulo 1

Pensamento Social em Saúde: Contribuições do campo das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Coletiva

David Ricardo Mogrovejo Palacios

Mogrovejo Palacios, D. R. (2026). Pensamento Social em Saúde: Contribuições do campo das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Coletiva. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 22-38). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c805>



01

*Pensamento Social em Saúde: Contribuições do campo das Ciências
Sociais e Humanas na Saúde Coletiva*

Resumen

O objetivo desse capítulo de livro é apresentar concepções e contribuições sobre o campo das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Coletiva. Trata-se de um ensaio crítico baseado nas principais correntes do pensamento social em saúde. Em primeiro lugar, define-se as correntes do pensamento social em saúde assim como as contribuições de seus principais expoentes ou teóricos que as promulgaram. A seguir, uma discussão geral e introdutória sobre as principais perspectivas e implicações das Ciências Sociais e Humanas na grande área da Saúde Coletiva fazendo uma abordagem dos tópicos com implicação social e humana na saúde, visando à importância e contribuição de sua pesquisa como meio para gerar mudanças nas ações e práticas em saúde.

Palavras-chave: Ciências Sociais e Humanas; Saúde Coletiva; Pensamento social em saúde; Correntes do pensamento; Ensaio crítico.

Introdução

As ciências sociais e humanas a través da história vem sendo objetivo de mudanças conceituais e interpretativas dentro do grande paradigma de se aproximar à uma explicação da complexidade do pensamento humano individual e coletivo. Dentro de esse paradigma de análise, debate, argumentação e interpretação o pensamento vem sendo sob suas características propriamente humanas um percurso construído que vem ultrapassando distintas correntes frente a essa questão da razão e ação social.

Os seres humanos como seres complexos continuamente construídos e explorados, essa complexidade de conhecer e adentrar no conhecimento do ser humano e sua atuação como ser individual e coletivo levou sem dúvida ao surgimento de ideias que possam dar uma interpretação de nossas ações a través dos nossos pensamentos. Essas ideias concebidas por grandes teóricos ou filósofos forneceriam, mais tarde, a construção de uma nova ciência além das já conhecidas, concebidas e ligadas com as leis da natureza. Essa nascente ciência motivada para dar um sentido a nossos fatos passaram e vem passando na atualidade por contribuições e contradições apoiadas como também confrontadas pelas pesquisas abrangentes e vinculadas às teorias a ser descritas neste texto.

A saúde como conceito de bem-estar individual e coletivo, sem interesse neste artigo de aprofundar em suas definições muito importantes como objeto de análise para outras discussões, tornasse necessária e exige para os estudiosos de esta área conhecer e aprofundar em seus mais variados sentidos que partem de essa complexidade de entendimento do ser humano como ser social pois, não podemos defender a saúde e não podemos promovê-la como direito de todos senão conhecemos sua questão social.

Essa necessidade de nos aprofundar no entendimento do pensamento social na saúde para compreendê-la, interpreta-la, defendê-la e promulgá-la, exige introduzir-nos nas ciências sociais e humanas para lhe dar esse valor de bem social. Analisando sua concepção e

compreensão do processo saúde-doença a través de um olhar de suas principais contribuições e interações com processos sociais e humanos vinculados à saúde como são principalmente a questão da cultura, interculturalidade e racismo, ambiente, trabalho e o corpo.

Este capítulo de pinceladas introdutórias à uma análise da questão do pensamento social em saúde, convida a uma reflexão profunda em quanto à saúde como parte de nós individual e coletivamente, como assunto social inestimável e portanto necessário de ser pesquisado no sentido de compreender ao ser humano na complexidade de sua existência e na simplicidade de suas ações com a finalidade de entender a vida e promulgar um bem viver articulando, fomentando e aproximando-o à um equilíbrio harmonioso do ser humano com a natureza e a sociedade, esse será o jeito de estar saudável, de fazer saúde e de ser humano.

As principais correntes do pensamento social em saúde

Introduzindo-nos em uma rápida revisão geral das principais correntes do pensamento social que tem influência na construção teórica e prática da saúde, a seguir: o positivismo – funcionalismo, o compreensivíssimo, o marxismo e o pensamento sistêmico; cabe mencionar neste momento o que como bem assinalava Juan César García em 1983 e que coloca Minayo no seu texto “O desafio do conhecimento” como principal referência consultada para este artigo:

Em 1983, García já advertia que nenhuma das correntes de pensamento desconhece a vinculação da medicina com a estrutura social, no entanto, suas diferenciações se explicitam na interpretação de como acontece essa vinculação e em que grau de autonomia ou dependência se situa o fenômeno saúde -doença como manifestação biológico – social. (Minayo, 2014, p. 80)

O positivismo sociológico e o funcionalismo como uma derivação deste

Dentre as principais correntes do pensamento social em saúde, o positivismo é quem vem mantendo uma supremacia ou domínio no campo da relação das Ciências Sociais na Saúde. O positivismo parte da centralidade de que a sociedade humana é regulada por leis naturais, sob essa centralidade as ciências sociais e seus cientistas devem procurar esse “conhecimento objetivo” livre de qualquer “juízo de valor” evadindo e neutralizando qualquer ato que possa afetar a objetividade na compreensão dos fenômenos sociais (Minayo, 2014).

Para Lowy (1986), considerado o pai do positivismo e Condorcet (1982), um promulgador das ideias positivistas, a ciência do social deveria ter a mesma rigorosidade que as ciências exatas, aqui os interesses não deveriam influir nos seus estudos. Surgem também aqui frente as teorias de Lowy et al. (1982), as promulgadas por Augusto Comte (1978), quem apontava que o pensamento teria de ser totalmente positivista e contrário ao “negativismo” das críticas revolucionárias do socialismo, para Comte a ordem que rege a sociedade atua da mesma forma que a ordem que rege a natureza, essa fundamentação de Comte a favor do positivismo estava relacionada com a submissão e a classificação criando uma “ciência livre de juízos de valor e neutra” frente aos fatos políticos e religiosos.

Durkheim (1978), fundamenta metodologicamente a doutrina positivista denominando essa nova ciência do social como “sociologia” com caráter científico, defendendo o estudo dos fatos de forma objetiva e obedecendo às leis naturais, eliminando visões ideológicas dos sociólogos, “a sociologia não é individualista nem socialista” (Minayo, 2014).

Esse positivismo que promove uma “externalidade do observador” como bem assinala Minayo (2014), vem sendo influenciado nas pesquisas empíricas que colocam baseadas na estrutura e funcionamento do organismo humano uma “referência da sociedade e sua dinâmica”; porém o positivismo tenha uma dominância, é também motivo

de crítica pela questão de que o ser humano não é só anatomia e fisiologia, ele é também possuidor de uma dinâmica que sobrepassa da observação primária e ainda mais de uma externalização objetiva na explicação de seus fatos.

O funcionalismo como variante do positivismo tem sido a mais utilizada na abordagem e práticas do setor da saúde. Os teóricos funcionalistas distinguem-se dos positivistas na medida que negam as leis que regulam o funcionamento da sociedade e não levam a sociologia só à uma descrição de fatos observáveis. Embora tenham diferenças ambos se caracterizam metodologicamente no sentido de replicar as totalidades funcionais da sociedade ainda que suas pesquisas não sejam empíricas. Segundo Minayo (2014), sua tarefa principal é reproduzir as condições globais da existência social de um grupo e descrevê-las para que possam ser comparadas.

Na saúde, a corrente positivista é ainda mais funcionalista e se fundamenta sobretudo na explicação da relação médico paciente fundamentada nas teorias de Parsons (1951), nos Estados Unidos, para ele o biológico está vinculado ao social, onde o processo saúde-doença é uma questão de equilíbrio ou desequilíbrio individual ante à pressão social. Parsons resgata a noção de que a prática médica é um mecanismo social que reconduz o doente à normalidade tendo por finalidade o controle dos desvios individuais.

Wright Mills (1952), questiona a corrente positivista, destacando que o cientista social deve atuar e tornar evidente a sociedade em que vive e sua participação nela, transformando os problemas vividos em questões públicas a favor de mudanças sociais, saído desde o limite da individualidade para ser parte de uma história à qual eles estão vinculados. Esta crítica é apoiada também pelas formulações de Adorno & Horkheimer (1991), os quais manifestam que nas ciências sociais contemporâneas temos e vamos há uma fetichização de metodologias sobretudo quantitativas em detrimento do valor teórico e contextual da pesquisa social (Minayo, 2014).

Concordando com a autora, o positivismo e o funcionalismo vem sendo as correntes mais influenciadas nas pesquisas que analisam a saúde, conservando e fortalecendo a hegemonia da prática médica caracterizando-se pelo autoritarismo e a imposição na concepção da saúde apenas como fenômeno biológico e individual, a tecnificação da medicina como meio para erradicar a doença, na dominação dos profissionais médicos e na infra valorização dos vários sentidos comuns da sociedade, porém a supremacia positivista-funcionalista pode ser imperativa ela não é vitoriosa pois como é bem colocado no texto, a medicina acaba por absorver-las (Minayo, 2014).

As teorias compreensivas

De característica antipositivista, a sociologia compreensiva promulgada por Dilthey (1956), encara ao positivismo sob a afirmação de que os fatos humanos não são suscetíveis de quantificação e objetivação, resgatando o sentido e identidade próprios para uma compreensão concreta destes, para ele “não há última palavra da história que contenha o verdadeiro sentido” (Minayo, 2014).

Max Weber (1964), estabeleceu os princípios metodológicos do compreensivíssimo mediante a consideração de que a relação do sentido das ações humanas precisa ser captada como foco central das Ciências Sociais, afirmando, portanto, que os sociólogos necessariamente têm que tratar dos significados subjetivos do ato social. Ao tratar essa subjetividade dos fatos, o cientista está afirmando que a sociedade é fruto de uma inter-relação de atores sociais, onde suas ações são reciprocamente orientadas em direção às ações dos outros, sob esta asseveração as ciências sociais requerem de uma abordagem diferente das ciências naturais. Segundo ele, todo conhecimento da realidade é sempre conhecimento gerado a partir de pontos de vista específicos, isso leva a uma interpretação de uma ação nas quais o motivo e seu desenvolvimento foram conhecidos tomando em conta seu sentido e suas articulações, Weber propõe que o pesquisador formule conceitos

mediadores, adequados e peculiares para assim se aproximar aos acontecimentos históricos e suas interações (Minayo, 2014).

Na saúde as teorias compreensivas foram desenvolvidas sob a perspectiva da fenomenologia ao analisar as relações entre saúde e sociedade. Essa fenomenologia foi desenvolvida pela preocupação do estado de bem-estar na sociedade afligida pelo aprofundamento das desigualdades econômicas, culturais, territoriais, ambientais e sociais após Segunda Guerra Mundial o que levou ao surgimento de um movimento na sociedade civil, essa nova corrente fenomenológica proporia uma reforma no setor saúde baseada nos valores culturais dos indivíduos, seus mediadores concebidos como grupos de referência que os protegeriam e de seus ecossistemas, essa fenomenologia influenciaria também a aparecimento de linhas holísticas na concepção do processo saúde-doença (Minayo, 2014).

A fenomenologia abriu e fomentou novas discussões sobre o sentido da saúde como bem-estar, questionando sobretudo o papel do Estado, e levou também para fornecer a crítica sobre a hipertrofia das grandes instituições médicas o que como coloca Ivan Ilich (1975), em sua obra “A Expropriação da Saúde”, as tornou o maior obstáculo à realização dos objetivos ao que o setor saúde se propõe e que chama de “crescimento mórbido da medicina”. Cabe destacar que a fenomenologia por tanto, expandiu a consciência da sociedade civil pelo direito a saúde e contra o domínio do saber e fazer da medicina (Minayo, 2014).

A pesar das contribuições da fenomenologia dentro da corrente compreensiva no campo da saúde, ela vem sendo objeto de críticas de outras correntes do pensamento sobretudo marxistas ao colocar a fenomenologia como de caráter conservador na forma como concebe e compreende a estrutura e sentido da ação social, onde ao tomar como análise os indivíduos, seus pequenos grupos, seus crenças e valores, eles menosprezam os contextos sociais dos valores e crenças historicamente construídos e suas relações de dominação. Isso tem levado a que como assinala García (1983), “as proposições fenomenológicas têm sido usadas pelos países capitalistas para uma reorientação e reorganização dos

sistemas de saúde, desonerando a responsabilidade do Estado” (Minayo, 2014).

Cabe assinalar também frente aos questionamentos das teorias compreensivas que a partir de suas promulgações, sobretudo após 1990, na América Latina programas de interesse coletivo dentro da saúde vem sendo desenvolvidos após uma trajetória de luta e movimentação social que no caso do Brasil merece ser mencionado como coloca Minayo o programa Saúde da Família que sem aprofundar em seus pontos positivos e negativos desde sua implementação, abrange a maior cobertura populacional no acesso aos serviços de saúde incluído a responsabilidade compartilhada pelo Estado, a sociedade e os indivíduos na saúde (Minayo, 2014).

O marxismo e suas correntes

Resumindo as contribuições do pensamento marxista, elas têm a marca da totalidade; Marx por meio da análise da sociedade capitalista apresenta as questões teóricas vinculando-as a seu sentido de utilidade e às necessidades humanas. A perspectiva marxista tenta explicar os processos sociais sob duas expressões: histórica e dialética. O materialismo teórico é apresentado como esse caminho teórico e a dialética como estratégia metodológica. A perspectiva marxista parte de uma história por meio de uma historiografia dos fatos para ir a uma transformação histórica.

Esse materialismo dialético é resumido em dois conceitos abstratos: modo de produção concebido como modelo teórico de aproximação da realidade; e formação social como as dimensões dinâmicas das relações sociais numa sociedade dada.

O conceito da dialética vai tomando várias conotações, que como coloca Minayo (2014), são constituídas por as seguintes teses:

A primeira da especificidade histórica da vida humana onde nada do que existe é totalmente dado, nada é construído fora do con-

texto histórico e nem é produto das ideias, Goldmann (1980), interprete de Marx menciona que “todo fato social é um fato histórico”, onde os seres humanos não são apenas objeto mas pessoas que constroem seu mundo, suas estruturas, suas ideologias e se enredam nelas, sob essa compreensão histórica de Goldmann o que buscamos como diz ele é a significação humana, impossível de ser compreendida fora da estrutura do social.

A segunda tese diz respeito ao princípio da totalidade da existência humana, é dizer como coloca Joja (1964), “aprender os fenômenos em sua auto-relação e hetero-relação”, essa totalidade não é fechada nem de certezas ou verdades absolutas ou estabelecidas, é fundamentada no pensamento vivo e inacabado levando a um conhecimento da realidade construído entre as partes que devem se esclarecer mutuamente.

A terceira é da união dos contrários, no interior das totalidades, sendo nas determinações particulares que se vai buscar o a interação das totalidades concretas ou seja o real, sendo isto nos vários movimentos de entrelaçamento e de conflitos: os fenômenos e sua essência, entre as leis e o fenômeno; entre o singular e o material; entre a imaginação e a razão; entre a base material e a consciência, entre teoria e prática, entre o objetivo e o subjetivo; entre indução e dedução.

O método dialético não é simples o que é corroborado pelo fato de que os pesquisadores sociais que dizem usá-lo realizaram análises e interpretações simplificadas, reducionistas que abarcam a totalidade dos fatos e que frequentemente retornam a outras correntes do pensamento fundamentalmente o positivismo, por isso o método dialético fundamentado por Marx e sua aplicação não depende só do conhecimento técnico, mas de uma postura intelectual e uma visão social da realidade.

Na saúde fundamentada desde o marxismo precisam ser feitas e abordadas historicamente como processos concebidos desde uma base material de sua produção, e considerando suas características biológicas e culturais.

Tal como assinala Nunes (1985), a abordagem marxista na América Latina começa a expandir-se a partir da década de 1970 com a finalidade de entender e explicar o processo saúde-doença, tomando como referência os equívocos positivistas e fenomenológicos, essa nova movimentação da saúde abriu novos caminhos no estudo da saúde como processo social sobretudo para o campo da política e as ciências sociais, toda essa nova concepção de luta e esclarecimento levou a efetivar mudanças sobretudo ideológicas. É aqui que o termo coletivo apoderou se frente ao público visando transformar uma área dominada pela corporação e a produtividade de serviço ao capital frente à exclusão da cidadania, é assim que a Saúde Coletiva se origina no Brasil incorporando as Ciências Sociais na análise e interpretação do processo saúde-doença, essa “mudança qualitativa” considerada por Teixeira (1985), foi uma constituição histórica e estrutural.

Essa nascente Saúde Coletiva como construto histórico e social ainda está em construção, que, portanto, precisa de pesquisa e aprofundamento fundamentado no debate e na transdisciplinaridade.

[...] uma boa análise marxista dos fenômenos de saúde precisa enfatizar as diferenciações e a complexidade das relações entre e intraclasses, as diferenças e contradições entre suas práticas e concepções e incluir outras variáveis que dizem respeito à experiência vivida. (Minayo, 2014, p. 131)

O pensamento sistêmico

Como novidade do século XXI o pensamento sistêmico promovido por o biólogo Bertalanffy (1968), coloca o termo interação como elemento crucial no campo científico e define sistema como a centralidade de sua teoria, partindo da enorme hierarquia na organização dos seres vivos que se superpõem em vários níveis ou sistemas, segundo ele esses sistemas são abertos e interconectados, instáveis e dinâmicos, este autor defende a não redução das partes à totalidade, e sim a interação entre todas as áreas do conhecimento (Minayo, 2014).

Dentro da abordagem sistêmica o sentido da mudança torna-se fundamental, pois de acordo com a ideia ecossistêmica da saúde promovida por esta corrente, é possível e necessário intervir para transformar assim como escolher um rumo que leve à uma vida saudável; três dimensões diferenciam a corrente sistêmica das outras: primeiro a ideia da simplicidade dos fenômenos é substituída pela complexidade; segundo, a noção de estabilidade é contraposta por instabilidade constatando que o mundo sempre está em processo de “tornar-se” e de “devir”; e terceiro a noção da intersubjetividade na constituição da realidade de se sua compreensão (Minayo, 2014).

Na saúde o pensamento sistêmico exige um olhar diferente, complexo e interdimensional, modificando antigas práticas regularizadas pela normatividade das ações, mostrando o que permanece e “o que” muda e “como” as coisas se transformam e se auto-organizam. A partir de preocupações práticas relacionadas com a consciência ambiental nasce desta corrente o enfoque ecossistêmico de saúde humana, fundamentado na construção de nexos vinculados com estratégias integrais de gestão do meio ambiente com a promoção da saúde humana desde um olhar complexo, permitindo a partir dessa abordagem integral, ações adequadas, apropriadas e saudáveis das pessoas. A importância desta abordagem ecossistêmica da saúde está na proposição de que ciência e existência se unem na construção da vida, a partir de uma gestão integral do ecossistema e de responsabilidade individual, compartilhada e coletiva sobre a saúde (Minayo, 2014).

Perspectivas e implicações das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Coletiva

Compreender a saúde como completo estado de bem-estar, precisa como foi assinalado anteriormente neste texto o conhecimento e aprofundamento no campo das Ciências Sociais e Humanas, fundamentar sua análise e sustentar suas teorias e contribuições precisariam de uma extensa revisão bibliográfica e grande volume, por tanto vou a assinalar concepções gerais pouco aprofundadas, mas construídas e

debatidas durante a abordagem dos principais tópicos relacionados com esta área.

Sobre saúde, sociedade e cultura

Entender a cultura é entendê-la como criação humana, padronizada e compartilhada por grupos sociais específicos a partir de suas interações concretas e resultantes de sua experiência, ela é quem organiza o mundo de cada sujeito segundo sua lógica própria. O processo saúde-doença não pode ser visto e ainda mais analisado de forma isolada das outras dimensões implicadas direta ou indiretamente com a cultura, esses processos precisam por tanto ser abordados pelo relativismo cultural evitando posturas etnocêntricas ou unidimensionais quando se pretende pesquisar neste campo aceitando e mostrando verdades distintas apoiadas na diversidade cultural própria de cada grupo (Langdon & Wiik, 2010).

Sobre interculturalidade e racismo na saúde

Autores que analisaram propostas e ações interculturais como Menéndez mostram que os pesquisadores interculturais excluíram de suas abordagens importantes e necessários aspectos que não tomaram em consideração a permanência e profundidade histórica dos processos interculturais onde também foram excluídos os sujeitos chave ou seja os próprios grupos étnicos nas atividades e programas aplicados a eles mesmos, os pesquisadores interculturais não assumiram que estes grupos se caracterizam pela mudança e não pela permanência, considerando relações de cooperação mas não de conflito e divisão. Destacasse aqui a omissão dos aspectos racistas que permanecem na sociedade hoje em dia e que apesar de mudanças nas suas manifestações persistem de outras maneiras e são ignorados (Menendez, 2016).

Sobre saúde e ambiente

Grande número de publicações sobre questões relacionadas a saúde e ambiente permitem assinalar a importância do equilíbrio e harmonia ambiental no processo saúde-doença, a interação entre saúde e ambiente precisa de uma mudança passando de um olhar bio-patológico para um olhar abrangente e integral, como bem assinalam Pignati et al. (2021), precisamos passar de uma vigilância da doença a uma vigilância do desenvolvimento integrando as determinações sociopolíticas dos fenômenos, tomando os determinantes sociais da saúde como focos prioritários dos múltiplos olhares para que essa vigilância incida sobre os elementos que estão na raiz dos modos hegemônicos de organização, produção e reprodução da vida numa sociedade.

Defender o ambiente é defender a saúde, por tanto tornasse necessária uma vigilância como caminho de defesa de melhores condições para esse jeito de andar a vida que promove a Saúde Coletiva, melhorando todos os condicionantes sociais, econômicos, políticos e sociais que tem que ver com a saúde, promovendo assim uma vigilância do desenvolvimento (Pignati et al., 2021).

Sobre saúde e trabalho

Os processos de trabalho são objeto de profunda análise e compreensão dentro de sua relação e interconexão com a saúde, a questão do trabalho vem sendo altamente enraizada pelo cunho neoliberal associado à produtividade da mão de obra para favorecer ao capital, levando ao estabelecimento de articulações entre o Estado, capital e sociedade gerando que Delgado (2001), denomina de “pacto agrário modernizante e conservador” quando analisa a expansão do agronegócio no Brasil.

Essa a modernização conservadora na agricultura brasileira vem mantendo uma supremacia neoliberal sobre os processos de trabalho

colocando a mercantilização por encima do bem estar individual e coletivo, o qual vem sendo apoiado por uma ciência rígida a favor de esses interesses, precisamos portanto enfrentar-nos a essa lógica mercantil, olhando aos processos econômicos, políticos e sociais relacionados com o trabalho, passando de uma epidemiologia convencional para o que Breilh (2006), denomina de “epidemiologia crítica” que vai mas lá, para uma análise dos fenômenos a partir da compreensão dos processos estruturais e sociais, valorizando a vida mesma sobre a já atingida valorização do capital no trabalho (Neves & Pignati, 2021).

Sobre corpo e saúde

A análise do corpo vem tendo importância a favor do resgate deste nas ciências sociais a partir dos anos 80, sendo concebido inicialmente como um objeto científico muito enraizado na biologia. E a partir da necessidade de desnaturalizar o corpo enquanto construção sociocultural situada no tempo e no espaço.

Essa sociologia do corpo o apresenta como um instrumento de diálogo entre natureza e cultura, de sujeito e sua relação e expressão com o mundo e que vem sendo socialmente construído, depende da ordem política e social em que emerge, o corpo como assinala Le Breton (1992), não é uma natureza, nem sequer existe, ele é uma construção simbólica, na medida que as representações do corpo e os saberes que o atingem são tributários de um estado social, uma visão do mundo e uma definição de pessoa, por tanto este corpo não pode ser avaliado fora do contexto sociocultural que o enquadra. A saúde coletiva precisa de aprofundar no conhecimento e resgate do corpo como manifestação da sociedade (Ferreira, 2013).

Referências

- Ferreira, V. S. (2013). Resgates sociológicos do corpo: Esboço de um percurso conceptual. *Análise Social*, 48(208), 494--528.
- Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 173--181.
- Menendez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 109--118.
- Minayo, M. C. S. (2014). Correntes de Pensamento. En M. C. S. Minayo, (ed.). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (pp. 77-142). Hucitec.
- Neves, M. C., & Pignati, W. A. (2021). Agronegócio e capital imperialismo: expropriações, alienação e os desafios à produção de conhecimento em saúde coletiva. En W. A. Pignati, F. B. R. Alves, L. P. Santos, M. C. Neves, & T. P. Oliveira, (orgs.). *Desastres sócio-sanitário-ambientais do agronegócio e resistências agroecológicas no Brasil* (pp. 15-31). Outras Expressões.
- Pignati, W. A., Oliveira, T. P., Santos, L. P., & Neves, M. C. (2021). Da vigilância das doenças à vigilância do desenvolvimento. En W. A. Pignati, F. B. R. Alves, L. P. Santos, M. C. Neves, & T. P. Oliveira, (orgs.). *Desastres sócio-sanitário-ambientais do agronegócio e resistências agroecológicas no Brasil* (pp. 351-362). Outras Expressões.

David Ricardo Mogrovejo Palacios

Universidad Técnica Particular de Loja | Loja | Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-8153-8280>

drmogrovejo@utpl.edu.ec

drmogrovejo@gmail.com

Médico General. Magister en Salud Colectiva. Magister en Metodología de Investigación en Ciencias de la Salud. Docente de pregrado y posgrado en la UTPL.

Pensamiento Social en Salud: Contribuciones del campo de las Ciencias Sociales y Humanas en la Salud Colectiva

Resumen

El objetivo de este capítulo de libro es presentar concepciones y contribuciones sobre el campo de las Ciencias Sociales y Humanas en la Salud Colectiva. Se trata de un ensayo crítico basado en las principales corrientes del pensamiento social en salud. En primer lugar, se definen las corrientes del pensamiento social en salud, así como las contribuciones de sus principales exponentes o teóricos que las promulgaron. A continuación, se presenta una discusión general e introductoria sobre las principales perspectivas e implicaciones de las Ciencias Sociales y Humanas en el área general de la Salud Colectiva, abordando tópicos con implicación social y humana en la salud. Esto tiene como objetivo destacar la importancia y contribución de su investigación como medio para generar cambios en las acciones y prácticas en salud.

Palabras clave: Ciencias Sociales y Humanas; Salud Colectiva; Pensamiento social en salud; Corrientes del pensamiento; Ensayo crítico.

Social Thought in Health: Contributions from the Field of Social and Human Sciences in Collective Health

Abstract

The objective of this book chapter is to present conceptions and contributions regarding the field of Social and Human Sciences in Collective Health. This is a critical essay based on the main currents of social thought in health. Firstly, the currents of social thought in health are defined, as well as the contributions of their main exponents or theorists who promulgated them. Following this, a general and introductory discussion on the main perspectives and implications of the Social and Human Sciences in the broader field of Collective Health is presented, addressing topics with social and human implications in health. This aims to highlight the importance and contribution of its research as a means to generate changes in health actions and practices.

Keywords: Social and Human Sciences; Collective Health; Social thought in health; Currents of thought; Critical essay.

Capítulo 2

Formando enfermeros desde el contexto de violencia armada

Krisna Karem López Hernández, Jesús Roberto Garay Núñez, Miriam Gaxiola Flores, Roberto Joel Tirado Reyes

López Hernández, K. K., Garay Núñez, J. R., Flores, M. G., & Tirado Reyes, R. J. (2026). Formando enfermeros desde el contexto de violencia armada. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 40-51). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c806>



02

Resumen

El presente capítulo analiza la formación de estudiantes de enfermería en contextos de violencia armada, considerando su influencia en el proceso de aprendizaje y en la construcción de la identidad profesional. Se parte de la comprensión de la violencia armada como un fenómeno social que impacta los entornos educativos y clínicos, generando condiciones de incertidumbre, riesgo y afectaciones emocionales en quienes se encuentran en proceso de formación, el texto integra evidencia internacional y nacional sobre las consecuencias de la exposición a la violencia en jóvenes y estudiantes, así como su relación con la salud mental y el desempeño académico. El análisis se sustenta en los aportes teóricos de Patricia Benner, particularmente en el desarrollo progresivo de competencias a partir de la experiencia situada, y en la teoría del cuidado cultural de Madeline Leininger, que permite comprender la influencia del contexto sociocultural en la práctica del cuidado. A partir de estos referentes, se examina la manera en que los estudiantes interpretan su experiencia formativa en escenarios adversos, reconociendo el papel del entorno social en la construcción de significados y en la adaptación a situaciones de riesgo. El capítulo adopta el estudio de caso como estrategia analítica para aproximarse al fenómeno dentro de su contexto real, privilegiando la comprensión integral de la experiencia. Así mismo, se consideran principios éticos nacionales e internacionales que orientan la investigación con seres humanos, enfatizando la protección de la dignidad, la confidencialidad y la participación voluntaria. El texto busca aportar elementos para la reflexión sobre la formación en enfermería en contextos sociales complejos y la necesidad de enfoques educativos sensibles al entorno

Palabras clave: Violencia con armas; estudiantes; enfermería; conflicto armado; estudiantes universitarios

Introducción

En la actualidad la violencia armada constituye uno de los problemas sociales y sanitarios más complejos a nivel mundial, debido a su carácter multifactorial, persistente y profundamente disruptivo de la vida cotidiana. Desde este contexto organismos internacionales han advertido que este tipo de violencia no solo genera muertes y lesiones físicas, sino que produce afectaciones psicosociales prolongadas, deterioro del tejido social y limitaciones estructurales para el desarrollo humano, educativo y comunitario (UNICEF, 2023). En este sentido, la violencia armada debe comprenderse como un fenómeno que rebasa el ámbito de la seguridad pública y se inserta de manera directa en los determinantes sociales de la salud. Desde la perspectiva global, la violencia armada ha sido reconocida como un problema de salud pública y de derechos humanos, particularmente por su impacto en poblaciones jóvenes, estudiantes y profesionales en formación. La exposición constante a escenarios de violencia genera un estrés crónico, alteraciones emocionales, sentimientos de inseguridad y dificultades en los procesos de aprendizaje, lo que compromete el desarrollo académico y profesional de quienes se forman en contextos adversos (World Health Organization [WHO], 2022). Estas afectaciones adquieren especial relevancia en el ámbito de la formación en la salud, donde el aprendizaje experiencial y la práctica clínica constituyen ejes centrales del proceso educativo.

En el contexto latinoamericano, y especialmente en México, la violencia armada se encuentra estrechamente vinculada al narcotráfico y a dinámicas históricas de desigualdad social, de precariedad económica y de debilidad institucional. Diversos estudios señalan que, durante décadas, existió una relación de regulación tácita entre el estado y los grupos delictivos; sin embargo, los cambios en las estrategias de seguridad nacional propiciaron un incremento significativo de los enfrentamientos armados y de la violencia en espacios públicos (Ramírez & Guillén, 2010). Con estas estrategias se ha visto un aumento en los efectos directos a la vida cotidiana de la población, manifestándose por

la alteración de sus rutinas diarias tanto laborales como educativas y /o comunitarias.

En estados como lo es Sinaloa, la violencia armada ha adquirido una dimensión particular, esto debido a su arraigo histórico y cultural. La producción, comercialización y distribución de drogas, se ve favorecida debido a sus condiciones geográficas y económicas específicas, estas prácticas han generado una normalización en la práctica del narcotráfico en ciertos sectores sociales, especialmente entre jóvenes. Este fenómeno ha contribuido a la construcción de identidades, creencias, y practicas sociales que influyen en la manera en que se percibe la violencia y se afrontan sus consecuencias. (Burgos et al., 2023). Un evento emblemático de esta realidad fue el ocurrido el 17 de octubre 2019 en la ciudad de Culiacán, en el cual se evidencio la capacidad del crimen organizado para paralizar una ciudad entera y vulnerar profundamente la sensación de seguridad colectiva.

Objetivos

Objetivo general

Describir las vivencias de los estudiantes de enfermería en su proceso de aprendizaje y formación profesional en escenarios de violencia armada.

Objetivos específicos

- Identificar los contextos sociales, históricos y culturales de la violencia armada que influyen en la formación de los estudiantes de enfermería.
- Interpretar las experiencias de los estudiantes desde marcos teóricos de enfermería que permita comprender el aprendizaje situado en escenarios de violencia armada

Sustento teórico

El sustento teórico del presente capítulo se construye a partir de la integración de la evidencia tanto internacional, nacional y disciplinar, lo que permite el comprender la violencia armada como un fenómeno social, complejo y su impacto en la formación de los profesionales de enfermería.

A nivel internacional, UNICEF (2023), define a la violencia armada como el uso intencionado de la fuerza mediante armas capaz de generar pérdidas humanas, lesiones físicas, y daños psicosociales que obstaculizan el desarrollo de comunidades y países enteros. Esta conceptualización permite situar la violencia armada como un determinante social tanto de la salud como la salud.

La organización mundial de la salud ha señalado que la exposición a la violencia armada incrementa el riesgo de trastornos de ansiedad, depresión, y estrés postraumático, afectando de manera particular a los jóvenes y a los estudiantes (WHO, 2022).

En el ámbito de la educación, estas condiciones interfieren con la concentración, la toma de decisiones y la capacidad de aprendizaje, elementos fundamentales en la formación del personal sanitario.

Desde la perspectiva de la educación en enfermería, informes internacionales como *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (institute of medicine, 2000), marcaron un punto de inflexión al evidenciar la necesidad del transformar la formación del personal sanitario para responder a sistemas de salud cada vez más complejos. Este informa subrayo la importancia de fortalecer la educación basada en competencias, el pensamiento crítico y el liderazgo profesional, aspectos retomados por asociaciones académicas de enfermería a nivel global.

En este marco la teoría de patricia Benner, de novato a experto, constituye un referente central para comprender el desarrollo progre-

sivo de competencias clínicas de enfermería. Benner (1984/1987), sostiene que el conocimiento profesional se construye a través de la experiencia situada, permitiendo que los estudiantes transiten por cinco niveles de competencia: novato, principiante avanzado, competente, proficiente y experto.

Este proceso se profundamente influido por el contexto en el que ocurre el aprendizaje. En escenarios de violencia armada, las experiencias clínicas adquieren una carga emocional y ética, lo que puede acelerar, obstaculizar o distorsionar el desarrollo de competencias.

De manera complementaria, se incorpora la teoría del cuidado cultural, diversidad y universalidad de Madeline Leininger, la cual nos aporta un marco analítico para comprender como la violencia armada, como fenómeno sociocultural, influye en las creencias, valores y significados que los estudiantes atribuyen al cuidado.

Leininger (1991/2002), plantea que el cuidado solo adquiere sentido terapéutico cuando es culturalmente congruente, y se relaciona con factores sociales, políticos y en los procesos de formación profesional.

El modelo del sol naciente permite analizar la interacción entre el sistema de cuidado profesional y el sistema de cuidado popular, interacción que en contextos de violencia puede generar tensiones, dilemas éticos y conflictos de valores. Desde esta perspectiva las vivencias de los estudiantes de enfermería se comprenden como construcciones sociales mediadas por la cultura, la historia colectiva y el entorno violento en el que se desarrollan lo que justifica la pertinencia de esta teoría para el presente estudio.

La comprensión de la formación en enfermería en contextos de violencia armada no puede reducirse únicamente a la descripción de hechos o a la medición de variables aisladas, ya que se trata de una experiencia situada, atravesada por significados, emociones y relaciones sociales. en consecuencia, el análisis se orienta hacia una estrategia que privilegia la comprensión integral de la experiencia vivida, articulando

el marco teórico disciplinar con el estudio de las experiencias concretas del estudiantado en su entorno real de aprendizaje.

Aproximación metodológica al fenómeno

El diseño metodológico que corresponde a esta investigación es el estudio de caso, el cual se caracteriza por su naturaleza holística e interpretativa. Este permite un acercamiento integral a la experiencia humana, dentro de un contexto real, posibilitando la comprensión de fenómenos complejos a partir del análisis de sus múltiples dimensiones (Stake, 1995; Yin, 2018). En enfermería, resulta especialmente pertinente debido a la estrecha relación entre la práctica profesional, la subjetividad y el entorno sociocultural donde se desarrolla el cuidado.

La información se obtiene mediante entrevistas y su análisis se realiza a través de procesos de contrastación y triangulación teórica, fortaleciendo la validez interpretativa y la coherencia científica del estudio (Soto Ramírez & Escribano Hrvís, 2019). Los hallazgos se integran posteriormente en una narrativa analítica orientada a comprender el impacto de la violencia armada en la formación de los estudiantes y nos aportara los elementos para reflexión educativa y profesional.

Las entrevistas se desarrollarán respetando la dignidad, integridad y bienestar de los participantes, reconociendo que las vivencias abordadas constituyen experiencias personales y emocionalmente sensibles. El estudio se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el cual establece que toda investigación que se realice en seres humanos debe proteger la salud física y psicológica de los participantes (artículo 5), realizarse bajo principios científicos y éticos (artículo 97) y contar con consentimiento informado otorgado libremente después de recibir información suficiente y comprensible (artículo 100) (Congreso de los estados unidos mexicanos, 2014).

Asimismo, se consideran los lineamientos de la declaración de Helsinki, que establece que el bienestar del participante debe preva-

leces sobre los intereses de la ciencia y la sociedad (Asociación médica mundial, 2013). En congruencia la investigación resguardará la confidencialidad, privacidad y el anonimato del estudiantado, evitando cualquier forma de daño o revictimización.

Desde la ética disciplinar de enfermería, el estudio se fundamenta en los principios de beneficencia y no maleficencia, procurando generar conocimiento útil sin causar perjuicio; autonomía, al garantizar la participación

Voluntaria y el derecho a retirarse sin repercusiones; justicia al evitar cualquier forma de discriminación; fidelidad y veracidad, mediante el manejo honesto y responsable de la información (Consejo internacional de enfermeras, 2021). El consentimiento informado se obtendrá previamente a la entrevista, explicando los objetivos, procedimientos y el uso académico de los datos. Finalmente, el manejo de la información se regirá por el código deontológico de enfermería asegurando el resguardo de la identidad y su uso exclusivo con fines científicos y académicos.

Finalmente, la elaboración del informe integra los hallazgos en una narrativa analítica que permite visibilizar el impacto de la violencia armada en la formación de los estudiantes de enfermería, aportando elementos para la reflexión académica, la toma de decisiones educativas y el fortalecimiento de la formación profesional en contextos adversos.

Referencias

- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://n9.cl/mrs4>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería: de principiante a experta*. Grijalbo.
- Burgos, C., Moreno, D., & Almonacid, J. (2023). Violencia armada y vida cotidiana en contextos urbanos de México. *Revista Latinoamericana de Estudios Sociales*, 15(2), 45--62.
- Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud*. Diario Oficial de la Federación. <https://n9.cl/fzoe>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*.
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice*. McGraw-Hill.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Jones & Bartlett Learning.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.
- Ramírez, E., & Guillén, L. (2010). Narcotráfico y corrupción en México: implicaciones sociales y políticas. *Estudios Sociopolíticos*, 8(1), 23-39.

- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. SAGE Publications.
- UNICEF. (2023). *Violence against children*. <https://www.unicef.org/protection/violence-against-children>
- World Health Organization. (2022). *Global status report on violence prevention*. <https://www.who.int/publications>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods*. SAGE Publications.

Krisna Karem López Hernández

Universidad Autónoma de Sinaloa | Culiacán | México

<https://orcid.org/0009-0006-1906-3783>

krisna.lopez@uas.edu.mx

Estudiante de maestría en enfermería Facultad de Enfermería Culiacán de la Universidad Autónoma de Sinaloa

Jesús Roberto Garay Núñez

Universidad Autónoma de Sinaloa | Culiacán | México

<https://orcid.org/0000-0002-0868-1344>

jesusgaray@uas.edu.mx

Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor e Investigador de tiempo completo titular c.

Miriam Gaxiola Flores

Universidad Autónoma de Sinaloa | Culiacán | México

<https://orcid.org/0000-0003-3378-7404>

miramgaxiola@uas.edu.mx

Roberto Joel Tirado Reyes

Universidad Autónoma de Sinaloa | Culiacán | México

<https://orcid.org/0000-0002-1492-7507>

robertojr@uas.edu.mx

Training Nurses in the Context of Armed Violence**Abstract**

This chapter analyzes the training of nursing students in contexts of armed violence, considering its influence on the learning process and the construction of professional identity. It starts from the understanding of armed violence as a social phenomenon that impacts educational and clinical environments, generating conditions of uncertainty, risk, and emotional effects on those undergoing training. The text integrates international and national evidence on the consequences of exposure to violence in young people and students, as well as its relationship with mental health and academic performance. The analysis is based on the theoretical contributions of Patricia Benner, particularly on the progressive development of skills from situated experience, and on Madeline Leininger's theory of cultural care, which allows us to understand the influence of the sociocultural context on care practice. Based on these references, we examine how students interpret their formative experience in adverse scenarios, recognizing the role of the social environment in the construction of meanings and adaptation to risk situations. The chapter adopts the case study as an analytical strategy to approach the phenomenon within its real context, favoring a comprehensive understanding of the experience. Likewise, national and international ethical principles that guide research with human beings are considered, emphasizing the protection of dignity, confidentiality, and voluntary participation. The text seeks to provide elements for reflection on nursing education in complex social contexts and the need for educational approaches that are sensitive to the environment.

Keywords: Violence with weapons; students; nursing; armed conflict; university students.

Formando Enfermeiros no Contexto da Violência Armada

Resumo

Este capítulo analisa a formação de estudantes de enfermagem em contextos de violência armada, considerando sua influência no processo de aprendizagem e na construção da identidade profissional. Parte-se da compreensão da violência armada como um fenômeno social que impacta os ambientes educacionais e clínicos, gerando condições de incerteza, risco e afetações emocionais naqueles que estão em processo de formação. O texto integra evidências internacionais e nacionais sobre as consequências da exposição à violência em jovens e estudantes, bem como sua relação com a saúde mental e o desempenho acadêmico. A análise fundamenta-se nas contribuições teóricas de Patrícia Benner, particularmente no desenvolvimento progressivo de competências a partir da experiência situada, e na teoria do cuidado cultural de Madeline Leininger, que permite compreender a influência do contexto sociocultural na prática do cuidado. A partir desses referenciais, examina-se a maneira como os estudantes interpretam sua experiência formativa em cenários adversos, reconhecendo o papel do ambiente social na construção de significados e na adaptação a situações de risco. O capítulo adota o estudo de caso como estratégia analítica para aproximar-se do fenômeno dentro de seu contexto real, privilegiando a compreensão integral da experiência. Da mesma forma, consideram-se princípios éticos nacionais e internacionais que orientam a pesquisa com seres humanos, enfatizando a proteção da dignidade, a confidencialidade e a participação voluntária. O texto busca aportar elementos para a reflexão sobre a formação em enfermagem em contextos sociais complexos e a necessidade de abordagens educacionais sensíveis ao entorno.

Palavras-chave: Violência com armas; estudantes; enfermagem; conflito armado; estudantes universitários.

Capítulo 3

Lecciones de la medicina del Antiquo Egipto para América Latina: saberes integrales, ética del cuidado y salud comunitaria

Humberto Andrés Álvarez Sepúlveda, Claudine Glenda Benoit Ríos

Álvarez Sepúlveda, H. Á., & Benoit Ríos, C. G. (2026). Lecciones de la medicina del Antiquo Egipto para América Latina: saberes integrales, ética del cuidado y salud comunitaria. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 53-66). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c807>



03

Lecciones de la medicina del Antiguo Egipto para América Latina: saberes integrales, ética del cuidado y salud comunitaria

Resumen

Este capítulo examina las principales lecciones que la medicina del Antiguo Egipto puede aportar a los debates contemporáneos sobre salud en América Latina. El estudio se basa en una revisión de alcance de literatura especializada, desarrollada desde un enfoque cualitativo e interpretativo, inscrito en un paradigma humanista-decolonial y un diseño narrativo de tópico. Bajo esta premisa, se abordan tres dimensiones centrales del pensamiento médico egipcio: su concepción integral del cuerpo y la enfermedad, la articulación entre conocimiento empírico y espiritualidad, y su orientación comunitaria y preventiva. Se argumenta que estos principios ofrecen claves para repensar sistemas de salud latinoamericanos marcados por la fragmentación biomédica, la desigualdad estructural y la exclusión de saberes tradicionales. Así, la medicina egipcia se comprende como una tradición compleja que integra ética, observación clínica y cuidado colectivo. En conclusión, recuperar estas perspectivas históricas permite avanzar hacia modelos de salud más interculturales, humanizados y socialmente comprometidos.

Palabras clave: Medicina antigua; Antiguo Egipto; Salud integral; Ética del cuidado; Interculturalidad en salud.

Introducción

Los sistemas de salud en América Latina enfrentan desafíos estructurales persistentes vinculados a la desigualdad social, la mercantilización de la atención médica y la segmentación del acceso a servicios sanitarios de calidad. Estas problemáticas no solo responden a limitaciones presupuestarias o de gestión, sino que se inscriben en modelos de desarrollo que han privilegiado una concepción instrumental de la salud, entendida principalmente como un bien de consumo y no como un derecho social fundamental (Menéndez, 2002). A ello se suma una tensión histórica entre la hegemonía del saber biomédico occidental y la persistencia de conocimientos médicos tradicionales, indígenas y comunitarios, frecuentemente deslegitimados o excluidos de las políticas públicas de salud.

En este contexto, la historia de la medicina se configura como un campo crítico para interrogar los supuestos epistemológicos de la medicina moderna y recuperar tradiciones que concibieron la salud desde una perspectiva más integral. La medicina del Antiguo Egipto, desarrollada hace más de cuatro milenios, constituye uno de los sistemas médicos más antiguos y sistemáticos de la historia, caracterizado por un notable conocimiento anatómico, una práctica clínica sustentada en la observación empírica y una comprensión holística del cuerpo y la enfermedad (Breasted, 1930; Nunn, 1996; Pinna, 2024; Gómez, 2025). Los papiros médicos egipcios revelan no solo procedimientos terapéuticos avanzados para su tiempo, sino también una concepción del bienestar humano estrechamente vinculada al orden social, moral y cosmológico, donde la salud era inseparable del equilibrio entre individuo, comunidad y universo.

Lejos de ser una medicina “primitiva” o exclusivamente mágico-religiosa, la tradición egipcia articuló diagnóstico racional, farmacología, cirugía y prácticas simbólicas en un marco coherente de cuidado de la vida (Ritner, 2008). Esta integración, como plantea Almeida (2000), resulta especialmente relevante para América Latina, donde

los debates contemporáneos sobre interculturalidad en salud, medicina tradicional y determinantes sociales del bienestar exigen superar enfoques reduccionistas y tecnocráticos.

Este ensayo propone que el estudio de la medicina del Antiguo Egipto no debe limitarse a un interés arqueológico o historiográfico, sino que puede ofrecer lecciones significativas para repensar los sistemas de salud latinoamericanos. En particular, se argumenta que sus principios de salud comunitaria, ética del cuidado y articulación entre dimensiones físicas, sociales y espirituales del bienestar aportan claves conceptuales para avanzar hacia modelos de atención más humanizados, inclusivos y socialmente comprometidos, en diálogo con los desafíos sanitarios y culturales de la región.

Metodológicamente, este capítulo se construye a partir de una revisión de alcance de literatura historiográfica, antropológica, médica y de estudios sociales de la salud, centrada en la medicina del Antiguo Egipto y en enfoques críticos contemporáneos sobre salud integral, ética del cuidado e interculturalidad en América Latina. Se analizaron fuentes obtenidas desde bases de datos académicas como Scopus, Scielo y Google Académico, así como obras clásicas y estudios especializados en historia de la medicina, egiptología y medicina social latinoamericana.

El estudio se inscribe en un enfoque cualitativo-interpretativo y adopta un diseño narrativo de tópico, sustentado en un paradigma humanista e intercultural que privilegia la comprensión histórica y situada de los saberes médicos, antes que su evaluación desde criterios biomédicos contemporáneos o perspectivas evolucionistas. Esta estrategia metodológica permitió examinar comparativamente los principios que estructuraron la medicina egipcia —concepción integral del cuerpo, articulación entre saber empírico y espiritual, y orientación preventiva y comunitaria— y ponerlos en diálogo con los debates actuales sobre los sistemas de salud en América Latina. Al mismo tiempo, este enfoque posibilita proyectar reflexiones orientadas a repensar modelos de salud más humanizados, inclusivos y socialmente comprometidos, re-

conociendo el valor histórico y epistemológico de tradiciones médicas no hegemónicas.

Concepción integral del cuerpo y la enfermedad

La medicina del Antiguo Egipto se sustentó en una concepción integral del cuerpo humano, en la cual la enfermedad no era entendida como un fenómeno exclusivamente biológico, sino como una alteración del equilibrio entre el cuerpo, la mente y el orden cósmico que regulaba la vida social y natural. Este enfoque se articulaba en torno a la noción de maat, principio fundamental del pensamiento egipcio que aludía al orden, la armonía y la justicia, y cuya ruptura se asociaba al origen del sufrimiento y la enfermedad (Assmann, 2001). De este modo, sanar implicaba no solo intervenir sobre el cuerpo físico, sino también restablecer el equilibrio moral y social del individuo en su comunidad.

Los principales textos médicos egipcios, como el Papiro Ebers y el Papiro Edwin Smith, evidencian un notable desarrollo del conocimiento anatómico y fisiológico, así como una práctica clínica basada en la observación empírica, el diagnóstico diferencial y la prescripción terapéutica (Breasted, 1930; Nunn, 1996; Pinna, 2024; Gómez, 2025). En particular, el Papiro Edwin Smith destaca por su enfoque racional y quirúrgico, describiendo lesiones, pronósticos y tratamientos sin recurrir sistemáticamente a explicaciones sobrenaturales. Sin embargo, siguiendo a Nunn (1996), esta racionalidad no excluía una comprensión holística del ser humano, en la que los aspectos físicos, psíquicos y espirituales se concebían como dimensiones interdependientes.

Esta concepción contrasta con la fragmentación que caracteriza a los sistemas de salud occidentales, donde el cuerpo suele ser abordado desde una lógica de especialización extrema y reducción sintomática. En dichos modelos, el paciente tiende a ser tratado como un conjunto de órganos o funciones aisladas, invisibilizando los determinantes sociales, culturales y emocionales de la enfermedad (Illich, 1976; Me-

nández, 2002). Desde esta perspectiva crítica, la medicina egipcia ofrece un antecedente histórico que permite problematizar los límites del paradigma biomédico dominante.

Para América Latina, la concepción integral egipcia resulta especialmente pertinente, ya que dialoga con tradiciones médicas indígenas y afrodescendientes que conciben la salud como un equilibrio dinámico entre dimensiones biológicas, sociales, espirituales y territoriales. Bastien (1985) y Langdon (2014), sostienen que sistemas médicos como la medicina andina, amazónica o mesoamericana comparten la idea de que la enfermedad no puede comprenderse al margen de la comunidad, la naturaleza y el orden simbólico que estructura la vida colectiva. En este sentido, recuperar una mirada histórica que legitime estas concepciones permite cuestionar la hegemonía de modelos exclusivamente tecnocráticos y avanzar hacia enfoques de salud interculturales, centrados en la dignidad del paciente y en el cuidado integral de la vida.

Articulación entre saber empírico y dimensión espiritual

Contrario a la imagen estereotipada de una medicina dominada exclusivamente por la magia, la práctica médica del Antiguo Egipto se caracterizó por una articulación compleja entre observación clínica, diagnóstico racional, tratamientos farmacológicos y prácticas rituales de carácter simbólico y religioso. Los papiros médicos muestran que los médicos egipcios diferenciaban entre enfermedades de causa “natural”, susceptibles de intervención empírica, y aquellas asociadas a fuerzas invisibles o desequilibrios espirituales, lo que orientaba la elección del tratamiento (Nunn, 1996; Ritner, 2008; Giménez y Pardo, 2023). Esta distinción no implicaba una jerarquización excluyente entre saberes, sino una comprensión complementaria de las distintas dimensiones que afectaban la salud humana.

Desde esta perspectiva, la espiritualidad no constituía un obstáculo para el desarrollo del conocimiento médico, sino un marco inter-

pretativo que otorgaba sentido a la experiencia de la enfermedad y al proceso de sanación. Los rituales, las invocaciones y el uso de amuletos coexistían con recetas farmacológicas basadas en plantas, minerales y productos animales, muchas de las cuales demostraron eficacia terapéutica y fueron posteriormente incorporadas en tradiciones médicas posteriores (David, 1999). Esta integración revela una epistemología médica no dualista, en la que cuerpo y espíritu eran concebidos como dimensiones interdependientes del bienestar.

La relevancia de este enfoque para América Latina resulta evidente si se considera la persistencia de prácticas de medicina tradicional, espiritual y comunitaria en amplios sectores de la población. En contextos indígenas, rurales y urbanos populares, la enfermedad continúa siendo interpretada como un fenómeno que involucra dimensiones emocionales, sociales y simbólicas, además de las biológicas (Menéndez, 2002; Langdon, 2014). No obstante, los sistemas de salud oficiales suelen desestimar estas interpretaciones, generando desconfianza, baja adherencia a los tratamientos y barreras culturales en el acceso a la atención sanitaria.

En esta línea, la experiencia histórica de la medicina egipcia ofrece una lección clave para los debates actuales sobre interculturalidad en salud: la necesidad de reconocer la legitimidad cultural de distintos sistemas de conocimiento sin reducirlos a simples supersticiones o prácticas folclóricas. Para Almeida (2000), tal reconocimiento no implica renunciar al rigor científico, sino ampliar el horizonte epistemológico de la atención médica, incorporando el diálogo con saberes locales y la dimensión simbólica del cuidado. De este modo, se fortalecen los vínculos de confianza entre las comunidades y los sistemas de salud formales, contribuyendo a políticas sanitarias más inclusivas, pertinentes y respetuosas de la diversidad cultural latinoamericana.

Prevención, ética del cuidado y dimensión comunitaria

La medicina del Antiguo Egipto no se restringió al tratamiento curativo de la enfermedad, sino que otorgó un lugar central a la prevención, entendida como una práctica cotidiana vinculada a la higiene, la alimentación, el control del entorno y el mantenimiento del orden social. Nunn (1996); David (1999) y Pinna (2024), argumentan que diversos registros arqueológicos y textos médicos evidencian una preocupación sistemática por la limpieza corporal, el uso del agua, la regulación de los alimentos y la prevención de infecciones, aspectos que anticipan principios básicos de la salud pública moderna. Estas prácticas preventivas se encontraban estrechamente ligadas a una concepción ética de la vida, en la que el cuidado del cuerpo era también un deber moral y social.

En este marco, la figura del médico-sacerdote resulta particularmente significativa. El ejercicio de la medicina no constituía una práctica neutral o técnica, sino una responsabilidad ética orientada al bienestar colectivo. El médico actuaba como mediador entre el individuo, la comunidad y el orden cósmico, asumiendo un compromiso con la preservación de la maat, principio de justicia, equilibrio y armonía que estructuraba la vida social egipcia (Assmann, 2001; Ritner, 2008). La salud, por tanto, era concebida como una condición necesaria para la estabilidad social y la continuidad del orden comunitario.

Esta concepción ética y comunitaria del cuidado contrasta con los procesos actuales de mercantilización de la salud, donde la atención médica tiende a organizarse bajo lógicas de eficiencia económica y rentabilidad, debilitando su dimensión social y solidaria (Illich, 1976). En América Latina, estas tensiones se manifiestan con particular crudeza, dado que las profundas desigualdades socioeconómicas impactan directamente en los indicadores de morbilidad, mortalidad y esperanza de vida. El acceso desigual a servicios de salud, agua potable, alimentación adecuada y condiciones de vida dignas revela que la enfermedad no puede comprenderse al margen de los determinantes sociales.

En este contexto, recuperar una ética del cuidado inspirada en tradiciones históricas como la medicina egipcia permite repensar la salud como un derecho social y un compromiso colectivo, antes que como un bien transable. Esta perspectiva dialoga con enfoques latinoamericanos de salud colectiva y medicina social, que subrayan la responsabilidad del Estado y de la comunidad en la producción social de la salud (Menéndez, 2002; Breilh, 2007). Así, la dimensión preventiva, ética y comunitaria de la medicina egipcia ofrece una lección vigente para avanzar hacia modelos de salud más justos, solidarios y centrados en la dignidad humana.

Conclusión

El análisis de la medicina del Antiguo Egipto permite reconocer una tradición médica compleja y coherente, en la que el conocimiento empírico, la espiritualidad y la ética comunitaria se articularon de manera integrada en la comprensión de la salud y la enfermedad. Lejos de constituir un antecedente primitivo, esta tradición ofrece claves conceptuales relevantes para problematizar los supuestos que hoy estructuran los sistemas sanitarios occidentales. En particular, evidencia que la atención médica puede concebirse no solo como una práctica técnica orientada al tratamiento de patologías, sino como un proceso integral de cuidado de la vida, profundamente vinculado al orden social, al sentido colectivo y a la dignidad humana.

Estas lecciones adquieren especial relevancia para América Latina, una región atravesada por profundas desigualdades sociales, fragmentación institucional y persistentes tensiones entre saberes biomédicos y conocimientos tradicionales. Recuperar una concepción integral del cuerpo y la enfermedad permite cuestionar modelos de salud centrados exclusivamente en la especialización y la eficiencia económica, abriendo espacio a enfoques que reconozcan las dimensiones sociales, culturales y simbólicas del bienestar. Asimismo, reconocer la complementariedad entre distintos sistemas de conocimiento médico contribuye a superar lógicas de exclusión epistemológica y a fortalecer relaciones de confianza entre las comunidades y las instituciones de salud.

Finalmente, la centralidad que la medicina egipcia otorgó a la prevención, a la responsabilidad ética del cuidado y al bienestar colectivo invita a repensar la salud como un derecho social y un compromiso compartido, antes que como un bien individual o comercial. En este sentido, el diálogo entre pasado y presente no solo enriquece la reflexión historiográfica, sino que ofrece horizontes críticos para imaginar modelos de salud más humanizados, interculturales y socialmente justos, capaces de responder a los desafíos sanitarios contemporáneos de América Latina desde una perspectiva integral y solidaria.

Como proyección, este trabajo abre diversas líneas futuras de investigación orientadas a profundizar el diálogo entre la historia de la medicina antigua y los debates contemporáneos sobre salud en América Latina. En particular, resulta pertinente desarrollar estudios comparativos entre la medicina del Antiguo Egipto y los sistemas médicos indígenas y afrodescendientes de la región, con el fin de identificar convergencias en torno a la concepción integral del cuerpo, la prevención y la dimensión comunitaria del cuidado. Del mismo modo, futuras investigaciones podrían analizar de manera más sistemática el potencial pedagógico de estos enfoques históricos en la formación de profesionales de la salud, contribuyendo a modelos educativos más humanizados e interculturales. Por último, se proyecta la necesidad de explorar las implicancias éticas y políticas de recuperar saberes médicos no hegemónicos en el diseño de políticas públicas de salud, especialmente en contextos marcados por desigualdades estructurales, con miras a fortalecer sistemas sanitarios más justos, inclusivos y socialmente comprometidos.

Referencias

- Almeida, N. (2000). *La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial.
- Assmann, J. (2001). *The search for God in ancient Egypt*. Cornell University Press.
- Bastien, J. (1985). *Mountain of the condor: Metaphor and ritual in an Andean ayllu*. Waveland Press.
- Breasted, J. (1930). *The Edwin Smith surgical papyrus*. University of Chicago Press.
- Breilh, J. (2007). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- David, R. (1999). *Handbook to life in ancient Egypt*. Oxford University Press.
- Giménez, A., y Pardo, C. (2023). De médicos y del arte de la medicina en la Antigüedad. *RIECS: Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 8(1), 162-166. <https://doi.org/10.37536/RIECS.2023.8.1.369>
- Gómez, G. (2025). *La ciencia en el Antiguo Egipto: Los orígenes sagrados del conocimiento científico*. Erasmus Ediciones.
- Illich, I. (1976). *Medical nemesis: The expropriation of health*. Pantheon Books.
- Langdon, E. (2014). *La negociación de lo oculto: chamanismo, medicina y familia entre los siona del bajo Putumayo*. Editorial Universidad del Cauca.
- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura: Relativismo, diferencias y racismo*. Bellaterra.
- Nunn, J. (1996). *Ancient Egyptian medicine*. University of Oklahoma Press.
- Pinna, J. (2024). La medicina en el Antiguo Egipto. *Clío: Revista de Historia*, (276), 50-57.

Ritner, R. (2008). *The mechanics of ancient Egyptian magical practice*.
University of Chicago.

Humberto Andrés Álvarez Sepúlveda

Universidad Católica de la Santísima Concepción | Concepción | Chile

<https://orcid.org/0000-0001-5729-3404>

halvarez@ucsc.cl

humalvarezsep@gmail.com

Académico de la Universidad Católica de la Santísima Concepción (Chile). Doctor en Sociedad y Cultura por la Universidad de Barcelona (España). Autor de diversos capítulos de libros y artículos sobre educación histórica publicados en revistas científicas indexadas a Wos, Scopus y Scielo.

Claudine Glenda Benoit Ríos

Universidad Católica de la Santísima Concepción | Concepción | Chile

<https://orcid.org/0000-0002-1791-2212>

cbenoit@ucsc.cl

claudbenoit@gmail.com

Académica del Departamento de Didáctica de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción (Chile). Doctora en Lingüística, por la Universidad de Concepción. Investigadora en didáctica de la comprensión y producción del lenguaje, y estrategias colaborativas durante el procesamiento.

Lessons from ancient Egyptian medicine for Latin America: Holistic knowledge, ethics of care, and community health

Abstract

This chapter examines the main lessons that Ancient Egyptian medicine can contribute to contemporary debates on health in Latin America. The study is based on a scoping review of specialised literature, developed from a qualitative and interpretative approach, inscribed in a humanistic-decolonial paradigm and a narrative design of the topic. Under this premise, three central dimensions of Egyptian medical thought are addressed: its holistic conception of the body and disease, the articulation between empirical knowledge and spirituality, and its community-based and preventive orientation. It is argued that these principles offer keys to rethinking Latin American health systems marked by biomedical fragmentation, structural inequality, and the exclusion of traditional knowledge. Thus, Egyptian medicine is understood as a complex tradition that integrates ethics, clinical observation, and collective care. In conclusion, recovering these historical perspectives allows us to move toward more intercultural, humanised, and socially committed health models.

Keywords: Ancient medicine; Ancient Egypt; Holistic health; Ethics of care; Interculturality in health.

Lições da Medicina do Antigo Egito para a América Latina: Saberes Integrais, Ética do Cuidado e Saúde Comunitária

Resumo

Este capítulo examina as principais lições que a medicina do Antigo Egito pode oferecer aos debates contemporâneos sobre saúde na América Latina. O estudo baseia-se em uma revisão de escopo da literatura especializada, desenvolvida a partir de uma abordagem qualitativa e interpretativa, inscrita em um paradigma humanista-decolonial e um

design narrativo de t3pico. Sob essa premissa, abordam-se tr3s dimens3es centrais do pensamento m3dico eg3pcio: sua concep33o integral do corpo e da doen3a, a articula33o entre conhecimento emp3rico e espiritualidade, e sua orienta33o comunit3ria e preventiva. Argumenta-se que esses princ3pios oferecem chaves para repensar os sistemas de sa3de latino-americanos marcados pela fragmenta33o biom3dica, pela desigualdade estrutural e pela exclus3o de saberes tradicionais. Assim, a medicina eg3pcia 3 compreendida como uma tradi33o complexa que integra 3tica, observa33o cl3nica e cuidado coletivo. Em conclus3o, recuperar essas perspectivas hist3ricas permite avan3ar rumo a modelos de sa3de mais interculturais, humanizados e socialmente comprometidos.

Palavras-chave: Medicina antiga; Antigo Egito; Sa3de integral; 3tica do cuidado; Interculturalidade em sa3de.

Capítulo 4

Factores genéticos en la etiología del autismo: un estudio de caso en el cantón de Buena Fe

Shirley Vanessa Betancourt Zambrano, Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy, Alexandra Cardenas Loor

Betancourt Zambrano, S. V., Verdezoto Michuy, C. L., & Cardenas Loor, A. (2026). Factores genéticos en la etiología del autismo: un estudio de caso en el cantón de Buena Fe. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 68-85). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c808>



04

Factores genéticos en la etiología del autismo: un estudio de caso en el cantón de Buena Fe

Resumen

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición compleja del neurodesarrollo caracterizada por deficiencias persistentes en la reciprocidad social, la comunicación pragmática y la flexibilidad conductual. A pesar de una prevalencia global estimada de aproximadamente el 1% de los niños, se sabe poco sobre la carga del TEA y sus determinantes en los entornos rurales de Ecuador, particularmente en regiones poco investigadas donde la infraestructura de atención médica suele ser mínima. Este estudio tuvo como objetivo cuantificar la prevalencia del TEA y delinear los factores etiológicos clave entre 70 niños de 3 a 10 años inscritos en dos programas de primera infancia en el cantón de Buena Fé, una zona rural geográfica y socioeconómicamente diversa. Entre enero y marzo de 2023-2024, los participantes fueron evaluados utilizando el Denver II y la Lista de Verificación Modificada para el Autismo en Niños Pequeños (MCHAT), con diagnósticos confirmados mediante los criterios de la CIE 11 y una evaluación clínica multidisciplinaria para garantizar la precisión y la confiabilidad del diagnóstico. Las entrevistas a cuidadores y los historiales médicos proporcionaron datos sobre la agregación familiar, la salud metabólica materna, los trastornos hipertensivos, las exposiciones ambientales y el acceso a la atención prenatal, ofreciendo una perspectiva integral de los posibles factores contribuyentes.

Palabras clave: trastorno del espectro autista; pesticidas; diabetes gestacional; neurotoxicología ambiental

Introducción

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un síndrome heterogéneo del neurodesarrollo caracterizado por déficits persistentes en la reciprocidad social, la comunicación pragmática y la flexibilidad conductual (Alcalá & Ochoa Madrigal, 2022). Los niños afectados suelen presentar lenguaje ecológico, intereses restringidos y una marcada reactividad sensorial (por ejemplo, defensividad táctil o hipersensibilidad auditiva). Esta amplitud fenotípica exige formulaciones diagnósticas altamente individualizadas y planes de intervención ajustados a las necesidades específicas de cada caso.

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima una prevalencia puntual global de aproximadamente el 1 % (Organización Mundial de la Salud, 2024), la manifestación y detección del TEA están fuertemente condicionadas por variables contextuales. En Ecuador, barreras estructurales —como un control prenatal subóptimo, desnutrición materna y limitada infraestructura para el tamizaje del desarrollo— agravan los retrasos diagnósticos, especialmente en cantones periurbanos y rurales (Organización Mundial de la Salud, 2024). Buena Fé, un distrito agrario de la provincia de Los Ríos, ejemplifica estos desafíos; sin embargo, los datos epidemiológicos sobre prevalencia o arquitectura de riesgo siguen siendo escasos. Las inequidades del sistema de salud, sumadas a la escasez de profesionales en pediatría del desarrollo, reducen las tasas de identificación temprana y retrasan el acceso a servicios basados en evidencia.

Las brechas en el conocimiento de los cuidadores y las concepciones culturales erróneas también obstaculizan la derivación oportuna a especialistas. Por ello, esclarecer los principales vectores de riesgo prenatales y perinatales resulta fundamental para diseñar estrategias de prevención de precisión y fortalecer programas psicoeducativos centrados en la familia (Lautarescu et al., 2021). En este contexto, el presente estudio emprende una exploración detallada de los determinantes de riesgo del TEA en Buena Fé, con el objetivo general de orien-

tar el diseño de servicios multidisciplinarios y optimizar los resultados del desarrollo.

El TEA se conceptualiza como el fenotipo emergente de una vulnerabilidad poligénica que interactúa con estresores ambientales específicos del contexto (Styles et al., 2020). Los estudios de asociación del genoma completo han implicado variantes en genes de andamiaje sináptico (por ejemplo, SHANK3) y miembros de la superfamilia de las neurexinas (como CNTNAP2) en alteraciones de la sinaptogénesis y la formación de redes corticales. No obstante, la penetrancia génica está modulada por la plasticidad epigenética y por exposiciones durante ventanas sensibles del desarrollo.

Los modelos actuales del neurodesarrollo en el TEA sugieren que las alteraciones en la expresión de genes implicados en la organización sináptica afectan la conectividad funcional entre regiones corticales. En particular, disfunciones en genes como NRXN1, NLGN3 y SYNGAP1 se han asociado con dificultades en la estabilización de sinapsis excitatorias e inhibitorias, generando desequilibrios en la arquitectura de las redes neuronales. Estas anomalías tempranas pueden comprometer el desarrollo de habilidades sociales, cognitivas y sensoriomotoras, componentes centrales del fenotipo autista.

Además de las variantes genéticas estructurales, las modificaciones epigenéticas inducidas por factores ambientales —como la metilación del ADN y la acetilación de histonas— desempeñan un papel regulador crítico en la expresión génica durante etapas clave del desarrollo embrionario y postnatal. Factores como la exposición prenatal a contaminantes, infecciones maternas o deficiencias nutricionales pueden desencadenar cambios epigenéticos persistentes que incrementen o moderen el riesgo de TEA, incluso en individuos con susceptibilidad genética.

Esta perspectiva integradora subraya la necesidad de considerar la interacción dinámica entre el genoma y el exposoma para comprender de manera más completa la etiología del autismo.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal en el cantón Buena Fé durante el período comprendido entre enero y marzo de 2023. El objetivo principal de esta investigación fue establecer la prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en niños de entre 3 y 10 años, así como identificar los factores de riesgo asociados a esta condición. La metodología empleada permitió obtener una fotografía del estado actual del TEA en esta población infantil, facilitando el análisis de variables clínicas y contextuales relevantes.

La población de estudio estuvo conformada por un total de 70 niños, seleccionados a partir de registros institucionales correspondientes a dos programas orientados a la atención infantil: el programa “Creciendo con Nuestros Hijos” (CNI) y el programa “Cuidado Integral de Niños” (CNH). Estos programas brindan servicios de estimulación temprana y seguimiento del desarrollo infantil, lo que permitió acceder a una muestra con antecedentes básicos previamente documentados.

Se aplicaron criterios específicos de exclusión, dejando fuera del estudio a aquellos niños que presentaban síndromes genéticos no relacionados con el TEA o diagnósticos neurológicos previamente establecidos, con el fin de evitar sesgos clínicos en la identificación de casos.

Como parte del tamizaje inicial para detectar posibles retrasos del desarrollo, se utilizó el Test de Desarrollo Denver II (DENVER II). Esta herramienta, ampliamente reconocida a nivel internacional, evalúa cuatro áreas fundamentales del desarrollo infantil: motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y comportamiento social. En el contexto de este estudio, la aplicación del test fue adaptada para simplificar la interpretación de resultados, clasificándolos en tres categorías: desarrollo normal, desarrollo dudoso y desarrollo anormal. Esta categorización permitió identificar con mayor claridad a los niños con posibles alteraciones del desarrollo.

Una vez concluida la fase de tamizaje con el DENVER II, se aplicó un segundo instrumento específico para la detección del autismo: el Cuestionario Modificado para la Detección del Autismo en la Primera Infancia (M-CHAT). Este instrumento tiene como finalidad identificar indicadores tempranos de riesgo de TEA mediante preguntas estructuradas dirigidas a padres o cuidadores. Con base en las respuestas obtenidas, los participantes fueron clasificados en dos grupos: “NO”, correspondiente a niños con baja probabilidad de presentar TEA, y “SÍ”, que agrupó a aquellos con signos sugestivos de riesgo potencial.

Los niños clasificados en el grupo “SÍ” fueron remitidos a una fase de evaluación clínica más rigurosa, que incluyó observación directa del comportamiento y una entrevista clínica detallada con padres o cuidadores. Este proceso permitió confirmar o descartar la presencia de características compatibles con el diagnóstico de TEA, considerando la conducta observada, la historia del desarrollo del niño y la información proporcionada por la familia.

Adicionalmente, se recopilaron datos relevantes sobre posibles factores de riesgo asociados al TEA. Entre ellos se consideraron los antecedentes familiares de TEA y la presencia de variantes genéticas previamente documentadas en los registros clínicos, cuando estaban disponibles. También se analizaron factores demográficos como la edad parental avanzada, definida en este estudio como madres mayores de 35 años y padres mayores de 40 años al momento del nacimiento del niño.

Se incluyeron igualmente condiciones maternas durante el embarazo, tales como diabetes gestacional, hipertensión, obesidad, ansiedad y depresión, debido a su posible implicación en el neurodesarrollo fetal. Estas variables fueron recolectadas mediante entrevistas con las madres y revisión de historias clínicas.

Finalmente, se consideraron factores perinatales, incluyendo nacimiento prematuro (menos de 37 semanas de gestación), complicaciones al nacimiento (como asfixia neonatal o cesárea de emergencia) y bajo peso al nacer, definido como un peso inferior a 2.500 gramos.

La metodología empleada combinó técnicas de tamizaje del desarrollo con herramientas específicas de detección del TEA, junto con la recopilación de antecedentes clínicos y perinatales. Este enfoque permitió una aproximación integral al fenómeno estudiado. La estructura del estudio facilitó no solo la identificación de casos sospechosos de TEA, sino también el análisis de las condiciones contextuales y biológicas que podrían estar relacionadas con su aparición, contribuyendo a una comprensión más amplia del perfil clínico y epidemiológico de esta condición en la población infantil evaluada.

El cuestionario descrito en la fue utilizado como instrumento principal para la recolección de información. Su propósito fue explorar de manera organizada diversos factores asociados al TEA, garantizando coherencia en la recopilación de datos.

Para su elaboración, se consideraron distintas categorías y subcategorías relevantes para el contexto de investigación, lo que permitió estructurar el instrumento de forma lógica y funcional. La validez del cuestionario fue respaldada por la revisión de profesionales de la salud, quienes evaluaron la claridad, objetividad, pertinencia y organización de cada ítem. Esta validación previa aseguró la adecuación del contenido y su utilidad metodológica dentro del estudio.

La aplicación del instrumento posibilitó la obtención de información específica sobre dimensiones clave del fenómeno investigado, facilitando un análisis sistemático. Gracias a la estructura organizada del cuestionario, fue posible identificar patrones y características recurrentes en los datos recopilados, contribuyendo al desarrollo de un enfoque metodológico sólido que permitió comprender con mayor precisión y profundidad los factores asociados al Trastorno del Espectro Autista en el contexto estudiado.

Discusión

La investigación sobre los factores genéticos en la etiología del Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha adquirido una relevancia significativa en los últimos años, especialmente a medida que los estudios continúan revelando la compleja interacción entre la genética y los factores ambientales. Comprender estos elementos es clave para avanzar en estrategias de diagnóstico temprano, intervenciones individualizadas y enfoques preventivos más eficaces.

Uno de los principales enfoques de investigación se centra en identificar cómo las variaciones genéticas heredadas contribuyen al desarrollo del trastorno. A través de estudios de asociación del genoma completo (GWAS) y técnicas de secuenciación, se han descubierto múltiples genes implicados en procesos neurológicos, sinápticos y del desarrollo cerebral, lo que ayuda a explicar la amplia heterogeneidad clínica del TEA.

En el contexto de estudios de caso realizados en el cantón Buena Fé, emergen varios puntos clave que merecen un análisis detallado. Estos casos permiten observar patrones clínicos e historiales familiares que podrían reflejar una fuerte contribución genética, lo cual debe estudiarse con atención minuciosa. La evidencia científica indica que la predisposición genética desempeña un papel crucial en el desarrollo del autismo. Estudios en gemelos y familias han demostrado una alta heredabilidad, lo que sugiere que los factores genéticos son altamente significativos en la aparición del trastorno y pueden transmitirse de una generación a otra. Diversas investigaciones han identificado numerosos genes asociados con un mayor riesgo, reforzando la noción de que los factores hereditarios contribuyen significativamente a la incidencia del TEA. Entre ellos se encuentran genes relacionados con la regulación sináptica, la organización neuronal y la plasticidad cerebral, funciones esenciales durante el neurodesarrollo.

En los casos analizados en el cantón Buena Fé se observaron patrones familiares de TEA, lo que respalda firmemente la hipótesis de una influencia genética. La presencia de más de un caso por familia

sugiere una posible agregación hereditaria, que debe considerarse un factor de riesgo biológico. En este sentido, sería pertinente implementar medidas de control orientadas a reducir la incidencia del TEA. La identificación de marcadores genéticos específicos podría permitir estrategias de detección más eficaces e intervenciones tempranas más oportunas. Estos marcadores ayudarían a identificar a niños con alto riesgo desde etapas iniciales, facilitando intervenciones dirigidas durante periodos críticos del desarrollo neurológico.

No obstante, aunque los factores genéticos son fundamentales, es indispensable considerar el contexto en el que estas predisposiciones se expresan. La genética por sí sola no explica todos los casos; los factores ambientales pueden actuar como desencadenantes o moduladores de estas vulnerabilidades.

La interacción entre vulnerabilidades genéticas y desencadenantes ambientales —como la exposición prenatal a toxinas, deficiencias nutricionales o estresores psicosociales— puede influir significativamente en la manifestación del autismo. Esta interacción, conocida como relación gen-ambiente, representa un campo emergente de alto valor científico. En los casos presentados en el cantón Buena Fé, sería pertinente realizar un análisis exhaustivo de los posibles factores ambientales que podrían estar interactuando con las predisposiciones genéticas. Esto permitiría construir una comprensión más integral del origen del trastorno e identificar oportunidades para intervenciones específicas y contextualizadas que contribuyan a la reducción de la incidencia del TEA.

Los hallazgos derivados de los distintos casos de TEA en el cantón Buena Fé resaltan la importancia de examinar los factores genéticos en la etiología del autismo, reconociendo al mismo tiempo la compleja red de elementos que interactúan para dar lugar al fenotipo observado. Solo a través de un enfoque integrador será posible avanzar hacia soluciones clínicas más precisas y eficaces. Las investigaciones futuras deberán profundizar en estas interacciones mediante la integración de análisis genéticos con evaluaciones ambientales, con el fin de desarro-

llar una comprensión más holística del autismo. Este enfoque multi-dimensional podría impulsar avances en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del TEA, beneficiando directamente a las personas afectadas y a sus familias.

Resultados

El estudio transversal realizado en el cantón Buena Fé permitió establecer la prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) en niños de entre 3 y 10 años, así como identificar una serie de factores etiológicos que influyen en su desarrollo. El análisis de los 70 casos confirmados evidenció que el TEA no puede atribuirse a una causa única; por el contrario, es el resultado de múltiples determinantes que interactúan entre sí.

El TEA es reconocido como un trastorno del neurodesarrollo con una etiología multifactorial. Según la Organización Mundial de la Salud (2023), aproximadamente uno de cada 100 niños se encuentra afectado. Entre los factores de riesgo se incluyen la predisposición genética, la exposición prenatal a infecciones y condiciones socioeconómicas adversas (Alcalá & Ochoa Madrigal, 2022; Organización Mundial de la Salud, 2024). En el presente estudio, las condiciones maternas durante el embarazo —principalmente la diabetes gestacional y la obesidad— fueron corroboradas como factores asociados con una mayor incidencia de TEA (Ye et al., 2022; Zhang et al., 2022).

Análisis de los factores etiológicos

- Antecedentes familiares: Se observó una alta prevalencia de familias con historial de TEA, lo que respalda la hipótesis de una predisposición genética (Styles et al., 2020).
- Condiciones prenatales: La exposición a sustancias nocivas —como pesticidas y contaminación ambiental— se correlacionó con un mayor riesgo de desarrollar TEA (Allen et al., 2017; Costa et al., 2019).

- Factores socioeconómicos: El acceso limitado a control prenatal emergió como un factor moderador significativo dentro de la comunidad estudiada (ALDIA, 2021).

Sistematización de Variables

Con el fin de sintetizar los hallazgos, la **Tabla 1** presenta las principales variables analizadas en el estudio transversal.

Tabla 1.
Variables analizadas

Variable	Definición	Hallazgos
Antecedentes familiares	Presencia de TEA en familiares de primer grado	60 % de los casos reportaron antecedentes familiares positivos
Condiciones prenatales	Exposición a pesticidas y contaminación del aire	40 % de las madres vivían en zonas con alta contaminación
Nivel socioeconómico	Acceso a servicios de atención prenatal	70 % reportó acceso limitado a servicios de salud
Salud materna	Diabetes gestacional y obesidad	30 % de las madres presentó diabetes gestacional

Nota: elaboración propia

Los porcentajes derivan del estudio transversal realizado en 2023 con 70 niños en Buena Fé. Los patrones observados coinciden con factores de riesgo previamente reportados en la literatura: antecedentes familiares (Styles et al., 2020), exposición a contaminación atmosférica (Rahman et al., 2022), y diabetes gestacional y obesidad materna (Ye et al., 2022; Zhang et al., 2022).

Como se evidencia en la tabla, los antecedentes familiares constituyen un factor significativo, respaldando la hipótesis de predisposición genética (Styles et al., 2020). Asimismo, las condiciones prenatales —especialmente la exposición a pesticidas— se correlacionaron con una mayor incidencia de TEA (Allen et al., 2017; Costa et al., 2019).

Un perfil socioeconómico desfavorable, caracterizado por acceso limitado a la atención prenatal, actuó como un elemento moderador relevante. Finalmente, la salud materna —particularmente la presencia de diabetes gestacional y obesidad— mostró una asociación significativa con el desarrollo del TEA (Organización Mundial de la Salud, 2024; Lautarescu et al., 2021).

Conclusiones

El estudio destaca la necesidad de un enfoque multidisciplinario en la investigación del Trastorno del Espectro Autista (TEA), que considere no solo los factores genéticos, sino también el entorno de desarrollo del niño. Por lo tanto, es fundamental promover intervenciones tempranas y programas psicoeducativos que atiendan las necesidades tanto de los niños como de sus familias, ya que estas medidas podrían mejorar significativamente la calidad de vida de las personas involucradas.

En conclusión, la exploración de los factores genéticos en la etiología del autismo, particularmente como se ilustra en estudios de caso desarrollados en el cantón Buena Fé, pone de relieve la complejidad de este trastorno. Si bien las predisposiciones genéticas contribuyen de manera importante al riesgo de desarrollar autismo, es imprescindible considerar las complejas interacciones con los factores ambientales que pueden influir en su manifestación.

Esta comprensión multifacética no solo amplía nuestro conocimiento sobre los mecanismos subyacentes del autismo, sino que también tiene implicaciones prácticas para el diagnóstico temprano y las estrategias de intervención. Al integrar los hallazgos genéticos con evaluaciones ambientales, podemos promover un enfoque más integral para apoyar a las personas con autismo y a sus familias, favoreciendo así mejores resultados y una mayor calidad de vida.

Referencias

- Alcalá, G. C., & Ochoa Madrigal, M. G. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(1), 7--20. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>
- Allen, J. L., Oberdörster, G., Morris-Schaffer, K., Wong, C., Klocke, C., Sobolewski, M., Conrad, K., Mayer-Proschel, M., & Cory-Slechta, D. A. (2017). Developmental neurotoxicity of inhaled ambient ultrafine particle air pollution: Parallels with neuropathological and behavioral features of autism and other neurodevelopmental disorders. *Neurotoxicology*, 59, 140--154. <https://doi.org/10.1016/j.neuro.2015.12.014>
- Avella-García, C. B., Julvez, J., Fortuny, J., Rebordosa, C., García-Esteban, R., Galán, I. R., & Sunyer, J. (2020). Acetaminophen use in pregnancy and neurodevelopment: Attention function and autism spectrum symptoms. *International Journal of Epidemiology*, 45(6), 1987--1996. <https://doi.org/10.1093/ije/dyab115>
- Bhat, R. S., Alonazi, M., Al-Daihan, S., & El-Ansary, A. (2023). Prenatal SSRI exposure increases autism risk in rodents through aggravated oxidative stress and neurochemical changes. *Metabolites*, 13(3). <https://doi.org/10.3390/metabo13030310>
- Bradley, R., Lakpa, K. L., Burd, M., Mehta, S., Katusic, M. Z., & Greenmyer, J. R. (2022). Fetal alcohol spectrum disorder and iron homeostasis. *Nutrients*, 14(19). <https://doi.org/10.3390/nu14194223>
- Burton, G. J., Redman, C. W., Roberts, J. M., & Moffett, A. (2020). Pre-eclampsia: Pathophysiology and clinical implications. *BMJ*, 366. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2381>
- Carpita, B., Migli, L., Chiarantini, I., Battaglini, S., Montalbano, C., Carmassi, C., Cremone, I. M., & Dell'Osso, L. (2022). Autism spectrum disorder and fetal alcohol spectrum disorder: A literature review. *Brain Sciences*, 12(6). <https://doi.org/10.3390/brainsci12060792>

- Chen, K. R., Yu, T., Lien, Y. J., Chou, Y. Y., & Kuo, P. L. (2023). Childhood neurodevelopmental disorders and maternal diabetes: A population-based cohort study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(7), 933-941. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15478>
- Cheng, H., Li, H., & Xu, J. (2020). Prenatal exposure to medications and risk of autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Neurotoxicology and Teratology*, 80. <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2020.106890>
- Costa, L. G., Cole, T. B., Dao, K., Chang, Y. C., & Garrick, J. M. (2019). Developmental impact of air pollution on brain function. *Neurochemistry International*, 131. <https://doi.org/10.1016/j.neuint.2019.104580>
- Dirección de Registro de Insumos Agrícolas. (2024). *Servicios de registro de insumos agrícolas*. Agencia de Regulación y Control Fito y Zoosanitario. <https://n9.cl/rtvvhb>
- El-Baz, M. A. H., Amin, A. F., & Mohany, K. M. (2023). Retraction note: Exposure to pesticide components causes recurrent pregnancy loss by increasing placental oxidative stress and apoptosis: A case-control study. *Scientific Reports*, 13. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-46570-6>
- Finszter, C. K., Kemecei, R., Zachar, G., Holtkamp, S., Echevarría, D., Adorjan, I., & Csillag, A. (2023). Early cellular and synaptic changes in dopaminergic forebrain regions of juvenile mice after gestational valproate exposure. *Frontiers in Neuroanatomy*, 17. <https://doi.org/10.3389/fnana.2023.1235047>
- Ikhsan, M., Rukmana, D., Fahmid, I. M., & Tenriawaru, A. N. (2025). Perceptions and policy implications of water pump irrigation: Evidence from rice farmers in Indramayu, West Java. *Acta Innovations*, 57, 55-67. <https://doi.org/10.62441/actainnovations.v57i3.496>

- Ji, Y., Azuine, R. E., Zhang, Y., Hou, W., Hong, X., Wang, G., & Wang, X. (2021). Umbilical cord blood biomarkers of acetaminophen exposure and risk of ADHD and autism spectrum disorder in childhood. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 180--189. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3099>
- Lautarescu, A., Craig, M. C., & Glover, V. (2021). Prenatal stress: Effects on fetal and child brain development. *International Review of Neurobiology*, 150, 17--40. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2019.11.002>
- Matias, S. L., Pearl, M., Lyall, K., Croen, L. A., Kral, T. V. E., Fallin, D., & Volk, H. (2021). Maternal pre-pregnancy weight and risk of autism and other neurodevelopmental disorders. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 12(6), 905--913. <https://doi.org/10.1017/S2040174420001234>
- Rahman, A., & Chen, Z. (2022). Association between exposure to air pollution and risk of autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Environmental Health Perspectives*, 130(8). <https://doi.org/10.1289/EHP10892>
- Styles, M., Alsharshani, D., Samara, M., Alsharshani, M., Khattab, A., Qoronfleh, M. W., & Al-Dewik, N. I. (2020). Risk factors, diagnosis, prognosis and treatment of autism. *Frontiers in Bioscience (Landmark Edition)*, 25(9), 1682--1717. <https://doi.org/10.2741/4873>
- World Health Organization. (2024a). *Autism spectrum disorders*. <https://n9.cl/tadoq>
- World Health Organization. (2024b). ICD-11 for mortality and morbidity statistics. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/es>
- Ye, W., Luo, C., Huang, J., Li, C., Liu, Z., & Liu, F. (2022). Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 377. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067946>

Yuwono, T., & Hanani, R. (2025). Waste management in decentralized Indonesia: Policy coherence and multi-level governance in Yogyakarta. *Acta Innovations*, 56, 1--12. <https://doi.org/10.62441/actainnovations.v56i.469>

Zhang, L., & Wang, H. (2022). Maternal obesity and risk of autism spectrum disorder in offspring: A meta-analysis. *Pediatrics*, 149(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-053914>

Shirley Vanessa Betancourt Zambrano

Universidad Técnica Estatal de Quevedo | Ecuador | Quevedo

<https://orcid.org/0000-0002-0869-5367>

sbetancourtz@uteq.edu.ec

Vanebetancourt03@gmail.com

Psicóloga Clínica de profesión y Docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, creadora de diversos artículos y libros.

Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy

Universidad Técnica Estatal de Quevedo | Ecuador | Quevedo

<https://orcid.org/0000-0002-4570-5325>

cverdezotom@uteq.edu.ec

Carmenverdezoto23@gmail.com

Enfermera de profesión y Docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, creadora de diversos artículos y libros.

Alexandra Cardenas Loor

Universidad Técnica Estatal de Quevedo | Ecuador | Quevedo

<https://orcid.org/0000-0002-9791-3679>

alexandracardenas@gmail.com

Fatores Genéticos na Etiologia do Autismo: Um Estudo de Caso no Cantão de Buena Fe**Abstract**

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a complex neurodevelopmental condition marked by enduring impairments in social reciprocity, pragmatic communication, and behavioral flexibility. Despite an estimated global prevalence of approximately 1% of children, little is known about the ASD burden and its determinants in Ecuador's rural settings, particularly in under-researched regions where healthcare infrastructure is often minimal. This study aimed to quantify ASD prevalence and delineate key aetiological factors among 70 children aged 3–10 years enrolled in two early childhood programmes in Buena Fé Canton, a geographically and socioeconomically diverse rural area. Between January and March 2023–2024, participants were screened using the Denver II and the Modified Checklist for Autism in Toddlers (MCHAT), with diagnoses confirmed through ICD 11 criteria and multidisciplinary clinical assessment to ensure accuracy and diagnostic reliability. Caregiver interviews and health records provided data on familial aggregation, maternal metabolic health, hypertensive disorders, environmental exposures, and antenatal care access, offering a comprehensive perspective on potential contributing factors. All 70 screened children met ASD criteria, revealing a substantial local caseload that may reflect broader, unaddressed trends. Familial history was reported in 60% of cases; 40% of mothers had lived in areas of intensive pesticide use or elevated particulate pollution during gestation; 30% experienced gestational diabetes or obesity; and 70% faced limited prenatal care access, which is a significant barrier in early detection and intervention. These findings underscore a multifactorial aetiology in which inherited susceptibility converges

with modifiable gestational and socio-economic stressors. Tailored interventions should prioritise rural antenatal metabolic and environmental screening, environmental health safeguards, and the deployment of integrated, family-centred diagnostic and support services in primary care settings.

Keywords: autism spectrum disorder; pesticides; gestational diabetes; environmental neurotoxicology.

Genetic Factors in the Etiology of Autism: A Case Study in the Buena Fe Canton

Resumo

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição complexa do neurodesenvolvimento caracterizada por déficits persistentes na reciprocidade social, na comunicação pragmática e na flexibilidade comportamental. Apesar de uma prevalência global estimada em aproximadamente 1% das crianças, pouco se sabe sobre a carga do TEA e seus determinantes em ambientes rurais no Equador, particularmente em regiões pouco pesquisadas, onde a infraestrutura de saúde é frequentemente mínima. Este estudo teve como objetivo quantificar a prevalência do TEA e delinear os principais fatores etiológicos entre 70 crianças de 3 a 10 anos de idade matriculadas em dois programas de primeira infância no cantão de Buena Fe, uma área rural geográfica e socioeconomicamente diversa. Entre janeiro e março de 2023-2024, os participantes foram avaliados usando o Denver II e a Lista de Verificação Modificada para Autismo em Crianças Pequenas (MCHAT), com diagnósticos confirmados pelos critérios da CID-11 e avaliação clínica multidisciplinar para garantir precisão e confiabilidade diagnóstica. Entrevistas com cuidadores e prontuários médicos forneceram dados sobre agregação familiar, saúde metabólica materna, distúrbios hipertensivos, exposições ambientais e acesso ao cuidado pré-natal, oferecendo uma perspectiva abrangente sobre potenciais fatores contribuintes.

Palavras-chave: transtorno do espectro autista; pesticidas; diabetes gestacional; neurotoxicologia ambiental

Capítulo 5

Cuidado perdido de enfermería en personas adultas mayores residentes de un asilo público

*Jesús Yamileth Báez Nevárez, Jesús Roberto Garay Núñez,
Miriam Gaxiola Flores, Roberto Joel Tirado Reyes*

Báez Nevárez, J. Y., Garay Núñez, J. R., Gaxiola Flores, M., & Tirado Reyes, R. J. (2026). Cuidado perdido de enfermería en personas adultas mayores residentes de un asilo público. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 87-104). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c809>



05

Cuidado perdido de enfermería en personas adultas mayores residentes de un asilo público

Resumen

Los cuidados de enfermería se constituyen como un elemento fundamental de la calidad de vida y seguridad de las personas adultas mayores, especialmente en aquellos que viven en asilos públicos, esto debido a que presentan una mayor vulnerabilidad, con dependencia funcional y fragilidad. Las omisiones o retrasos en la realización de cuidados básicos y esenciales, es un fenómeno conocido como cuidado perdido de enfermería, impactando negativamente los resultados de la salud, bienestar y satisfacción de los pacientes, representando un problema relevante. Diversos estudios señalan que las omisiones de cuidados pueden tener relación con los factores de carga laboral, falta de recursos, problemas organizacionales e insuficiencia de personal. Al analizar y comprender los cuidados perdidos de enfermería en asilos públicos lo cual permitirá conocer las razones de ocurrencia, lo cual es clave para lograr fortalecer la práctica profesional. Objetivo General: Analizar los porcentajes de omisión del cuidado de enfermería y sus razones de ocurrencia en personas adultas mayores residentes de un asilo público. Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal, en el que se incluyó a los profesionales de enfermería de un asilo público, la muestra se llevó a cabo por medio de un censo. Para la recolección de datos se aplicó el cuestionario MISSCARE para el personal de enfermería de Beatrice J. Kalisch, 2009, el cual permite identificar los cuidados omitidos o perdidos de enfermería y las razones relacionadas con la ocurrencia, este instrumento cuenta con validez y confiabilidad en estudios antes realizados.

Palabras clave: Anciano frágil; hogares para ancianos; cuidado residencial de ancianos; atención perdida.

Introducción

Los cuidados de enfermería se constituyen como un elemento fundamental de la calidad de vida y seguridad de las personas adultas mayores, especialmente en aquellos que viven en asilos públicos, esto debido a que presentan una mayor vulnerabilidad, con dependencia funcional y fragilidad. Las omisiones o retrasos en la realización de cuidados básicos y esenciales, es un fenómeno conocido como cuidado perdido de enfermería, impactando negativamente los resultados de la salud, bienestar y satisfacción de los pacientes, representando un problema relevante. Diversos estudios señalan que las omisiones de cuidados pueden tener relación con los factores de carga laboral, falta de recursos, problemas organizacionales e insuficiencia de personal. Al analizar y comprender los cuidados perdidos de enfermería en asilos públicos permitirán conocer las razones de ocurrencia, siendo esenciales para lograr fortalecer la práctica profesional.

Planteamiento del problema

El envejecimiento poblacional es constituido como un fenómeno demográfico más sobresalientes del siglo XXI, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalo que en el 2020 el envejecimiento de la población aumento de manera significativa, proyectándose para el 2015 y 2050, con un porcentaje que seguirá en ascenso de habitantes mayores en el mundo, duplicando del 12% al 22. Por lo cual esto implica que para el año 2050 el porcentaje de población de personas adultas mayores logrará alcanzar los 2100 millones, mientras que por otro lado el grupo de 80 años o más se triplicará hasta llegar a 426 millones (Organización Mundial de la Salud, 2025).

En el contexto nacional, el Instituto de Estadística y Geografía reportó que las personas adultas mayores en 2022 representaban el 14% de la población total de México, lo que fue equivalente a aproximadamente 17,958,707 personas (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022). Además, complementando, el Instituto Nacional de

las Personas Adultas Mayores señaló que en México existen alrededor de 15.1 millones de personas adultas mayores, dicha cifra mencionada corresponde al 12% total de población en México. Por otro lado, el 20% de esta misma población presenta alguna discapacidad o diversas limitaciones en la realización de actividades básicas de la vida diaria, es por estos motivos que se incrementan las necesidades de cuidados asistidos y atenciones a largo plazo (INAPAM, 2021).

Debido al impacto de este escenario demográfico se plantean importantes desafíos en los sistemas de salud, que particularmente, es en los servicios de enfermería, los cuales desempeñan un papel fundamental en los cuidados y atenciones integrales de las personas adultas mayores, especialmente cuando estos se encuentran en instituciones como los asilos públicos. Ahora bien, dentro de la práctica clínica se han identificado el fenómeno denominado “Cuidados perdidos de enfermería”, que son las omisiones o retrasos de la realización de cuidados necesarios y fundamentales de los pacientes. De acuerdo, con un estudio titulado los cuidados perdidos e enfermería son relacionados por las perspectivas de las atenciones de pacientes en los hospitales, en hospitales de segundo nivel se logró identificar un 3.2% de cuidados omitidos o retrasados, de este porcentaje se obtuvo un 23.2% que fueron correspondidos a los cuidados básicos, de la misma manera se identificaron las ocurrencias cuidados perdidos de enfermería a nivel mundial que fueron del 9% al 62%, evidenciando el problema (Arriaga et al., 2022).

Pregunta de investigación

¿Cuál es el porcentaje de omisión del cuidado de enfermería y sus razones de ocurrencia en personas adultas mayores residentes de un asilo público de Culiacán, Sinaloa en un periodo de agosto del 2024 a julio del 2026?

Justificación

El envejecimiento demográfico se constituye con transformaciones de la sociedad más radicales de la era contemporánea, lo que desafía a los sistemas de salud sin precedentes. Es por ello por lo que en este proceso se ve reflejado de forma particular especialmente en las personas adultas mayores residentes de asilos públicos, este grupo de personas representa vulnerabilidad debido a la presencia de enfermedades crónicas, dependencia funcional, emocionales, cognitivas y presencia de comorbilidades. Debido a esta realidad, los cuidados de enfermería son trascendidos a lograr las competencias clínicas, no solo se ve implicada la ejecución en los diversos procedimientos, sino además la integración de principios éticos, con enfoques humanizados, enfocados en la persona, preservando la dignidad y bienestar integral de los individuos (Jackson, 2023).

Por otro lado, en contextos de instituciones geriátricas se han logrado identificar los problemas más relevantes de las omisiones de cuidados. De acuerdo con Penn Nursing (2019), en estudios internacionales revelan la existencia de un 72% de profesionales de enfermería en residencias geriátricas que han omitido los cuidados, las razones principales son la carencia de recursos y sobrecarga laboral. Las omisiones no solo impactan y perjudican negativamente la calidad de vida de las personas adultas mayores, sino que además se convierten vulnerables otras dimensiones esenciales del cuidado, como el equilibrio psicosocial, la autonomía, la dignidad, bienestar general de los residentes (Penn Nursing, 2019).

Antecedentes de investigación

En Italia se realizó un estudio con nombre Factores asociados con la omisión de atención de enfermería en residencias de ancianos: un estudio transversal multicéntrico a 43 residencias geriátricas del norte, se comprobó que los profesionales de enfermería con mayor frecuen-

cia registran los cuidados omitidos en las instituciones públicas, las que cuentan con mayor número de residentes son las que presentan condiciones clínicas graves, y el personal de enfermería no cuenta con el suficiente apoyo. Por otro lado, se presenta la falta de tiempo para brindar los cuidados adecuadamente (Campagna et al., 2022).

En el país de Suecia se realizó un estudio llamado Prevalencia, tipo y motivos de la omisión de atención de enfermería en la atención sanitaria municipal de Suecia: un estudio transversal donde se comparó la atención en casas o domicilios de personas adultas mayores, donde se encontraron hallazgos relevantes. Se comprobó que existe un 28% de personas adultas mayores a cuáles se les omiten los cuidados, refiriendo que los profesionales de enfermería no contaban con el suficiente tiempo para la realización de los cuidados completos, mientras que el 18% de cuidados omitidos se reportó en la atención domiciliaria (Andersson et al., 2022).

En Brasil en 2020 se llevó a cabo una investigación cualitativa sobre las personas adultas mayores frágiles que se encontraban hospitalizados, se identificaron diversos factores que influyen en las omisiones de los cuidados, desde los recursos humanos, materiales escasos, dificultades de comunicación, el liderazgo y la gestión en las instituciones. Por otro lado, influye el compromiso de los profesionales de enfermería en la calidad de los cuidados. En el estudio participaron enfermeros y técnicos de enfermería, con un total de 227 enfermeros. El cuidado mayormente omitido fue encontrado con el 70.9% y es el de caminar 3 veces al día (Oliveira et al., 2022).

En el estado de Tabasco se realizó un estudio titulado Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México, cuyo objetivo fue analizar la relación existente entre la omisión de los cuidados de enfermería y factores que contribuyen en un hospital del estado de Tabasco. Asimismo, se identifican aquellas dimensiones del cuidado desde intervenciones básicas, la planificación de altas, la educación al paciente y al familiar, se analizan que relaciones existen en la relación con las distintas dimensiones del cuida-

do, desde la implicación de los recursos humanos, recursos materiales. Para la medición de la omisión de los cuidados de enfermería, es por eso por lo que utilizaron la encuesta de MISSCARE acerca de la omisión de los cuidados (López Cocotle et al., 2021).

En México en la UNAM, realizaron un estudio llamado Cuidado perdido de enfermería y su relación con el síndrome de agotamiento profesional, se analizó que relación existía entre cuidado perdido y el síndrome de agotamiento profesional mejor conocido como burnout. Se identificaron los fenómenos y describieron las causas comunes entre estos, describiendo ambientes poco favorables y ausencia de relaciones interprofesionales positivas. Algunas investigaciones hacen referencia a que el aumento del agotamiento profesional puede llevar a las omisiones de los cuidados, pero por otro lado refieren que la omisión libera el agotamiento. En cualquier caso, estos escenarios repercuten negativamente la calidad y seguridad de los cuidados (Rabadán-Silva et al., 2020).

Marco teórico

En las organizaciones de la salud, la atención a los pacientes no solo se depende de la habilidad del personal médico, también influyen las diferentes estructuras organizacionales que regulan la calidad de atención y proporcionan una mayor seguridad y compromiso de parte del personal de salud y que se les otorgan a los individuos.

La Teoría de la Atención Burocrática desarrollada por Marilyn Anne Ray, se centra en entender las distintas normativas de los distintos entornos, se basa en generar atenciones más eficientes y efectivas, con enfoque renovador de lo que es el cuidado.

La teoría se desarrolló para permitir entender la influencia de las diferentes culturas, ya que se relaciona con los valores, creencias, normas, su principal enfoque de la Teoría de la Atención Burocrática fue el cuidado, que este ha sido enfocado en la rama de la epistemología, de la cual se ha obtenido la adquisición de nuevos conocimientos, logrando así avances en enfermería, evolucionando y mejorando la ca-

64
CAPÍTULO 5

lidad de atención en los cuidados que se le brindan a los pacientes, y ha permitido el surgimiento de desarrollo de diferentes teorías y teóricas, como también la aparición de distintos modelos enfocados en el cuidado de enfermería.

Se utilizó la Teoría de la Atención Burocrática desarrollada por Marilyn Anne Ray, 1989. Se centra en entender las distintas normativas de los distintos entornos, se basa en generar atenciones más eficientes y efectivas, con enfoque renovador de lo que es el cuidado.

En la Teoría de la Atención Burocrática se desarrollaron algunas categorías relacionadas al cuidado de los pacientes, y de las cuales fueron los conceptos de Espiritual/religioso, Económico, Educativo, Tecnológico/Fisiológico, Político, Legal, Ético y social (Ray, 1989).

Marco conceptual

En México: Persona Adulta Mayor = persona adulta mayor, y tiene de 60 años o más (Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2012).

Cuidado perdido son aquellas acciones que otorga el profesional de enfermería que el paciente requiere, pero son omitidas total o parcialmente, e incluso pueden ser retrasadas de manera significativa (Hernández Cruz et al., 2017).

Enfermería es profesión que se encarga de la salud de las personas, por medio de cuidados colaborativos, enfocados en los individuos, promoviendo la salud, con seguridad, gestiona en los sistemas de salud, fundamentándose con conocimientos científicos, adquiriendo nuevas técnicas para llevar a la práctica, mediante valores con ética y relaciones terapéuticas con los pacientes, familia y comunidad (Consejo Internacional de Enfermeras, 2025).

Hipótesis:

HI- Los cuidados que se omiten en la atención a la persona adulta mayor en un asilo público son causados por la escasez de personal, la falta de insumos y la organización ineficiente del trabajo de enfermería.

Objetivos

Objetivo general

Analizar los porcentajes de omisión del cuidado de enfermería y sus razones de ocurrencia en personas adultas mayores residentes de un asilo público.

Objetivos específicos

Describir socio-demográficamente a mi población de estudio

Describir los cuidados omitidos en la atención a las personas adultas mayores residentes de un asilo público.

Estimar los índices de omisión del cuidado de enfermería en un asilo público.

Examinar las razones de ocurrencia del cuidado perdido en la atención a las personas mayores.

Metodología

La metodología que se desarrolló en el estudio fue bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño metodológico descriptivo y de corte transversal, de acuerdo con lo establecido por Hernández Sampieri et al. (2014). El estudio se realizó en un periodo de comprendido de sep-

tiembre del 2024 a julio 2026; sin embargo, la recolección de datos se llevó a cabo en el mes de diciembre de 2025, en un asilo público.

El universo de estudio fue conformado por el personal de enfermería que laboran en dicho asilo público. La muestra se integró por medio de un censo, y participaron 42 profesionales de enfermería, incluyéndose la totalidad del personal que se encuentran distribuidos en los cinco turnos laborales: matutino, vespertino, nocturno uno, nocturno dos y jornada acumulada, con total de 8 enfermeros por turno.

En cuanto a los criterios de elegibilidad, se incluyeron profesionales de enfermería, de ambos sexos que laboran en un asilo público, que brindan cuidado a las personas adultas mayores y que hayan aceptado participar en el estudio. Además, se incluyeron las variables que fueron el cuidado omitido, las personas adultas mayores y los profesionales de enfermería, permitiendo analizar el fenómeno de estudio.

El instrumento utilizado es de la autora Kalisch, (2006), describió el fenómeno Missed Nursing care, en un estudio cualitativo describió la causa de los cuidados omitidos de enfermería, describiendo todos los aspectos del cuidado que se llegan a omitir totalmente, parcialmente, o se retrasan, se concluye que se necesitaba una herramienta para medir este fenómeno de manera cuantitativa (Kalisch, 2006).

En el 2009 se creó esta encuesta para evaluar los cuidados omitidos de enfermería se retomó la Encuesta Misscare para el paciente Kalisch (2009), para identificar aquellos elementos esenciales del cuidado omitido de intervenciones, para llevar a cabo decisiones clínicas, valorando aquellos factores contextuales (Kalisch et al., 2009).

El cuestionario se divide en dos partes: la primera parte “A”, es la que se evalúan los cuidados omitidos, comunes desde la perspectiva del personal de enfermería. Consta de 2 dimensiones; (i) cuidados básicos (); (ii) necesidades individuales, el cual consta de tantos ítems; toma glucosa; (iii) Educación y plan de alta; (iv) evaluaciones continuas, con tantas actividades que son básicas como movilización, auto educación, higiene personal y deambulación con los pacientes, las escalas de respuesta son cinco: nunca, rara vez, a veces, frecuentemente y siempre.

La segunda parte B: se evalúan las causas del porqué se omiten los cuidados relacionando algunos factores, como por ejemplo carga laboral excesiva, baja motivación, insuficiencia de personal, entre otras.

Se utilizó el instrumento MISSCARE (Missed Nursing Care Survey), el cual es un cuestionario autoaplicado validado y ampliamente utilizado en investigación en enfermería para medir el fenómeno de los cuidados de enfermería omitidos (missed nursing care) y las razones por las cuales estos cuidados no se proporcionan en contextos clínicos. El cuestionario cuenta con 64 ítems. Se divide en 3 secciones: parte inicial, parte A donde se mide la frecuencia de cuidados omitidos y por último parte B donde se miden las razones percibidas y de ocurrencia de los cuidados omitidos de parte del personal de enfermería. Con un alfa de Cronbach de 0.91 (Kalisch, 2009).

Para el desarrollo del estudio se contó con diversos recursos. En los recursos humanos, participaron el investigador y asesor metodológico. En los recursos financieros la investigación fue realizada sin financiamiento externo y fue autofinanciada. Asimismo, los recursos materiales y técnicos utilizados fueron una computadora y celular, de los cuales se obtuvieron las respuestas los participantes. Por otro lado, la recolección de datos, el protocolo de investigación fue sometido al Comité de ética del Hospital General de Culiacán.

Posteriormente se pidió información y autorización al lugar donde se llevó a cabo la investigación. Una vez que se obtuvo la autorización, se gestionó la aceptación a jefatura de enseñanza de Sinaloa para la realización del estudio. Posteriormente a que fue autorizada la investigación, se le proporcionó la información clara del estudio a los participantes, y los que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado, y finalmente se aplicó el instrumento de recolección de datos en todos los turnos del personal de enfermería. Y por último el análisis de datos se realizó en Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.

Las consideraciones éticas y legales en esta investigación de los cuidados perdidos de enfermería en personas adultas mayores residen-

tes de un asilo público se llevaron a cabo los valores de principios éticos ya que se considera fundamental el respetar, proteger con dignidad al individuo, con autonomía, buscando que sea prioridad el bienestar de las personas que participen en el estudio mencionado. De acuerdo con la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2024), sus principios no se deben aprobar ante los diversos objetivos científicos, por distinguida que sea. La protección de la persona que es participante de la investigación debe ser primordial ante el interés de la investigación (Asociación Médica Mundial, 2024).

El Consentimiento Informado es un documento donde la persona acepta participar de manera voluntaria, debe ser claro e informativo. Se debe de explicar con claridad los objetivos de la investigación, los posibles beneficios y riesgos, dejando en claro que pueden retirarse en el momento que lo decidan, sin afectar su bienestar.

De acuerdo con la Ley General De Salud en Materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud, 2014), del artículo 96 expedida el año 1984, y actualizada en 2014, se define como una misión de entender aspectos biológicos, psíquicos de los seres humanos, donde se exploran las relaciones que existen entre las diversas enfermedades, se lleva un control de problemas sanitarios, se analizan las prácticas médicas, los entornos sociales, previniendo y evaluando aquellos efectos dañinos del ambiente. Por otro lado, también se estudian los servicios de salud para promover los insumos médicos necesarios y suficientes según lo querían las instituciones (Secretaría de Salud, 2014).

Conclusión

Los cuidados omitidos de enfermería constituyen fenómenos relevantes en las personas adultas mayores, especialmente en instituciones como los asilos públicos, donde existe mayor vulnerabilidad, ya que muchos de los adultos mayores presentan fragilidad, dependencia funcional, esto debido al envejecimiento. Para mantener una buena calidad de atenciones, brindando seguridad a la población, es nece-

sario atender este problema debido a que compromete la calidad de atención

Este protocolo de investigación tiene la finalidad de contribuir conocimientos de los cuidados perdidos de enfermería en personas adultas mayores residentes del asilo público, para conocer la magnitud del fenómeno y que razones o factores son asociados con este tipo de ocurrencias. Los nuevos conocimientos serán con la finalidad de que sirvan de base para el fortalecimiento de la práctica en enfermería, reflexionando la toma de decisiones, buscando estrategias orientadas para la disminución de incidencias, y así mejorar la calidad de los cuidados.

Referencias

- Andersson, I., Eklund, A. J., Nilsson, J., & Bååth, C. (2022). Prevalence, type, and reasons for missed nursing care in municipality health care in Sweden – A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00874-6>
- Arriaga Trejo, D. C., Pérez Guerrero, R. E., & Valenzuela Gandarilla, J. (2025). Cuidados perdidos de enfermería relacionados con la perspectiva de la atención en pacientes de un hospital de segundo nivel. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(6), 4126--4140. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i6.3306>
- Asociación Médica Mundial. (2024). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. World Medical Association. <https://n9.cl/mrs4>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2002). *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*. Diario Oficial de la Federación. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf>
- Campagna, S., Conti, A., Clari, M., Basso, I., Sciannameo, V., Di Giulio, P., & Dimonte, V. (2022). Factors associated with missed nursing care in nursing homes: A multicentre cross-sectional study. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(8), 1334--1341. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.23>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2025). *Definiciones actuales de enfermería*. <https://n9.cl/zecksc>
- Hernández Cruz, R., Moreno Monsiváis, M. G., Cheverría Rivera, S., Landeros López, M., & Interrial Guzmán, M. G. (2017). Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución pública y una privada. *Index de Enfermería*, 26(3), 142-146.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas Adultas Mayores* (Comunicado de prensa núm. 568/22).
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2021). *Comunicado sobre Registro Único INAPAM*. Gobierno de México. <https://n9.cl/wio7pp>
- Jackson, D. (2023). Missed nursing care, low value activities and cultures of busyness [Editorial]. *Journal of Advanced Nursing*, 79(12), 4428--4430. <https://doi.org/10.1111/jan.15701>
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306--313.
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509--1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- López Cocotle, J. J., Silva Ramos, M. F., Moreno Monsiváis, M. G., González Angulo, P., & Interrial Guzmán, M. G. (2021). Omission of nursing care and contributing factors in a hospital of Tabasco, Mexico. *Horizonte Sanitario*, 20(2), 231--239. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n2.4041>
- Oliveira, M. C. N., Leite, H. D. C. S., Lopes, V. C. A., Cruz, J. V. O. M., Vasconcelos, C. D. A., & Nogueira, L. T. (2022). Reasons correlated with omission of nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56.
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Penn Nursing. (2019). *Nursing home nurses often unable to complete necessary care due to lack of time and resources*. University of Pennsylvania School of Nursing.

- 102
CAPÍTULO 5
- Rabadán-Silva, M. F., Zárate-Grajales, R. A., & Benítez-Chavira, L. Á. (2020). Cuidado perdido de enfermería y su relación con el síndrome de agotamiento profesional. *Enfermería Universitaria*, 17(3), 340-353.
- Ray, M. A. (1989). The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*, 13(2), 31-42. <https://doi.org/10.1097/00006216-198901320-00007>
- Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Diario Oficial de la Federación.

Jesús Yamileth Báez Nevárez

Universidad Autónoma de Sinaloa Facultad de Enfermería Culiacán | Culiacán | Rosales | México

<https://orcid.org/0009-0003-7949-1251>

jesusyamileth.baez@uas.edu.mx

jybnyamileth28@gmail.com

Licenciada en enfermería, estude en la Universidad Autónoma de Sinaloa, ejerzo como enfermera general en un hospital, me desempeño como docente clínica y actualmente estudio la maestría en enfermería en la Facultad de Enfermería Culiacán.

Jesús Roberto Garay Núñez

Universidad Autónoma de Sinaloa Facultad de Enfermería Culiacán | Culiacán | Rosales | México

<https://orcid.org/0000-0002-0868-1344>

jesusgaray@uas.edu.mx

Doctor en ciencias de enfermería en la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Actualmente se desempeña como director de la Universidad Autónoma de Sinaloa Facultad de Enfermería Culiacán.

Miriam Gaxiola Flores

Universidad Autónoma de Sinaloa Facultad de Enfermería Culiacán | Culiacán | Rosales | México

<https://orcid.org/0000-0003-3378-7404>

miriamgaxiola@uas.edu.mx

Roberto Joel Tirado Reyes

Universidad Autónoma de Sinaloa Facultad de Enfermería Culiacán | Culiacán | Rosales | México

<https://orcid.org/0000-0002-1492-7507>

robertojr@uas.edu.mx

Missed Nursing Care in Older Adults Residing in a Public Nursing Home

Abstract

Nursing care constitutes a fundamental component of the quality of life and safety of older adults, particularly those residing in public nursing homes, as they exhibit greater vulnerability, functional dependence, and frailty. Omissions or delays in the provision of basic and essential care represent a phenomenon known as missed nursing care, which negatively affects health outcomes, patient well-being, and satisfaction, thereby constituting a significant issue. Several studies indicate that care omissions may be associated with workload factors, lack of resources, organizational problems, and inadequate staffing. Analyzing and understanding missed nursing care in public nursing homes will make it possible to identify the reasons for its occurrence, which is essential to strengthening professional practice. General Objective: To analyze the percentages of missed nursing care and the reasons for its occurrence among older adults residing in a public nursing home. Materials and Methods: A quantitative, descriptive, cross-sectional

study was conducted, including nursing professionals working in a public nursing home. The sample was obtained through a census approach. Data collection was carried out using the MISSCARE Survey for Nursing Staff developed by Beatrice J. Kalisch (2009), which allows for the identification of missed nursing care and the reasons associated with its occurrence. This instrument has demonstrated validity and reliability in previous studies.

Keywords: older adults; homes for the aged; residential aged care; missed care.

Cuidados de Enfermagem Perdidos em Pessoas Idosas Residentes em um Asilo Público

Resumo

Os cuidados de enfermagem constituem um elemento fundamental da qualidade de vida e segurança das pessoas idosas, especialmente aquelas que vivem em asilos públicos, devido à sua maior vulnerabilidade, dependência funcional e fragilidade. Omissões ou atrasos na realização de cuidados básicos e essenciais constituem um fenômeno conhecido como cuidado de enfermagem perdido, impactando negativamente os resultados de saúde, bem-estar e satisfação dos pacientes, representando um problema relevante. Diversos estudos indicam que as omissões de cuidados podem estar relacionadas a fatores como carga de trabalho, falta de recursos, problemas organizacionais e insuficiência de pessoal. Analisar e compreender os cuidados de enfermagem perdidos em asilos públicos permitirá conhecer as razões de sua ocorrência, o que é fundamental para fortalecer a prática profissional. Objetivo Geral: Analisar os percentuais de omissão do cuidado de enfermagem e suas razões de ocorrência em pessoas idosas residentes em um asilo público. Material e Métodos: Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo e transversal, que incluiu os profissionais de enfermagem de um asilo público. A amostra foi realizada por meio de um censo. Para a coleta de dados, foi aplicado o questionário MISSCARE para a equipe de enfermagem de Beatrice J. Kalisch, 2009, que permite identificar os cuidados de enfermagem omitidos ou perdidos e as razões relacionadas à sua ocorrência. Este instrumento possui validade e confiabilidade em estudos realizados anteriormente. Palavras-chave: Idoso frágil; instituição de longa permanência para idosos; assistência de longa duração; cuidado perdido.

Capítulo 6

Características del uso de anabólicos androgénicos esteroideos y otras sustancias en fisicoculturistas y halterofilistas

*María Fernanda Martínez-Salazar, Konny Isabel Ramírez
Castañeda, Luis Antonio Solano Ortiz, Francisco Eduardo
Bravo Reyes*

Martínez-Salazar, M. F., Ramírez Castañeda, K. I., Solano Ortiz, L. A., & Bravo Reyes, F. E. (2026). Características del uso de anabólicos androgénicos esteroideos y otras sustancias en fisicoculturistas y halterofilistas. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 106-120). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c810>



06

Características del uso de anabólicos androgénicos esteroideos y otras sustancias en fisicoculturistas y halterofilistas

Resumen

Este capítulo trata sobre las características de uso de anabólicos androgénicos esteroideos (AAEs) y otras sustancias farmacológicas de consumo frecuente en practicantes de fisicoculturismo de la Ciudad de Cuernavaca, Morelos, México. La investigación surge ante el incremento en el consumo de estas sustancias con fines estéticos y competitivos, particularmente en población joven, así como los riesgos que implica para la salud. El manuscrito describe la metodología que se empleó, el diseño del estudio, el procedimiento para la aplicación de un cuestionario en línea anónimo para recabar información sociodemográfica, patrones de consumo, tipo de sustancias empleadas y efectos adversos autorreportados. Además, se presentan otras variables de interés como estado nutricional, uso de suplementos nutricionales y otras sustancias farmacológicas empleadas también como aumentadores de masa muscular, como reguladores hormonales o como protectores hepáticos. Así mismo, se expone una descripción de la diversidad de marcas de AAEs empleadas por los participantes y la regulación sanitaria de estas sustancias en México. El capítulo integra, además, una sección dedicada a los efectos adversos percibidos por los participantes y a la discusión del fenómeno en relación con reportes nacionales e internacionales sobre prevalencia, motivaciones para el consumo y riesgos asociados, enmarcando la necesidad de profundizar en esta problemática de salud pública.

Palabras clave: Anabólicos androgénicos esteroideos; salas de musculación; testosterona; efectos adversos; fisicoculturismo

Introducción

Los anabólicos androgénicos esteroideos (AAEs) son sustancias químicas sintéticas similares a la hormona sexual masculina testosterona, son utilizados para tratar diversas enfermedades como hipogonadismo u osteoporosis (Almaiman et al., 2019). En el deporte, han sido utilizados para mejorar el rendimiento deportivo mediante el aumento de la fuerza y de la masa muscular (García-Arnés & García-Casares, 2022). Su consumo ha incrementado significativamente, principalmente en usuarios recreativos de salas de musculación ya que es donde se promueve el desarrollo de grandes músculos con la finalidad de tener un mejor rendimiento deportivo, físico y/o por estética (Bhasin et al., 2021; Caires Melo & Amorim Teixeira, 2022; Frati et al., 2014). La utilización de AAEs para estos fines conlleva muchos riesgos para la salud, ya que contribuyen al desarrollo de alteraciones cardiovasculares, musculoesqueléticas, sexuales, endocrinológicas, psiquiátricas, entre otras y que pueden dar lugar a enfermedades de importancia médica (Liu et al., 2019; Rodríguez Alfaro et al., 2020). El consumo sin control médico, a dosis muy elevadas (de 10 a 100 veces mayores que las dosis terapéuticas) y de muy fácil acceso puede generar un problema de salud de importancia médica. A nivel local y nacional, es de gran relevancia analizar las características de uso de estas sustancias con la finalidad de poder diseñar estrategias de prevención y educación que aborden este problema desde una perspectiva de salud integral. Por lo que, debido al poco conocimiento que se tiene sobre las características de uso en fisiculturistas y halterofilistas, el objetivo de este trabajo fue identificar características de consumo y efectos adversos (EA) autorreportados más frecuentes, así como también identificar otras ayudas anabólicas, suplementos nutricionales más comunes y otras sustancias farmacológicas en practicantes de fisiculturismo y halterofilia consumidores de AAEs.

Metodología

El diseño del estudio fue transversal y descriptivo, orientado a caracterizar el uso de anabólicos entre usuarios de salas de musculación

practicantes de fisiculturismo. Se empleó un muestreo no probabilístico por bola de nieve, reclutando participantes por recomendaciones entre fisiculturistas y halterofilistas mediante un cuestionario en línea, utilizando Google Forms para ello. Los sujetos que aceptaron participar respondieron de manera anónima a las preguntas de opción múltiple. Se recopilaron datos sociodemográficos como edad, sexo, ocupación y patrones de consumo de AAEs y otras sustancias. Los criterios de inclusión fueron: edad ≥ 18 años, consentimiento voluntario, practicantes de fisiculturismo o halterofilia que hubieran consumido algún AAE y uso regular (≥ 3 sesiones/semana) de salas de musculación. El índice de masa muscular se calculó con la siguiente fórmula: $IMC = (\text{peso}/\text{talla}^2)$. Para la clasificación del estado nutricional se utilizó la definición de la OMS.

Este trabajo forma parte de un proyecto más amplio que fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Henry Dunant de Cuernavaca, Morelos. Todos los participantes firmaron consentimiento informado digital, garantizando anonimato y voluntad de participar.

La información obtenida se analizó con el programa estadístico SPSS v21. Se realizó estadística descriptiva para calcular medias, medianas, desviación estándar, rango intercuartil y frecuencias de las variables categóricas.

Resultados

Se incluyeron un total de 13 personas. Las características generales de la población, incluyendo variables antropométricas, y sociodemográficas se encuentran en la tabla 1. La edad media fue de 25.5 años ($DE = 5.4$), la mediana para del IMC fue de 29.3 kg/m^2 ($RIQ=3$). Doce participantes fueron hombres (92.3%) y se encontraban en condición de sobrepeso u obesidad (92.3%). En cuanto a la ocupación, predominó el trabajo remunerado ($n=7$; 53.8%), mientras que aquellos que estudiaban y trabajaban representaron el 23.1% al igual que los que únicamente estudiaban. Solo uno de los participantes practicaba únicamente halterofilia. Asimismo, el 69.2% refirió no practicar ningún

deporte adicional al entrenamiento para fisicoculturismo en las salas de musculación.

Tabla 1.
Características generales de la población de fisicoculturistas

Variable	Media	DE
Edad (años)	25,5	(4,5)
Peso (Kg) *	85	(9)
Estatura (m)	1,7	(0,1)
IMC (Kg/m2)*	28,7	(3)
Horas/semana de gimnasio	10,9	(2,4)
Días/ semana de gimnasio *	6	(1)

Variable	n	%
Sexo		
Masculino	12	92,3
Femenino	1	7,7
Estado Nutricio		
Normal	1	7,7
Sobrepeso	10	76,9
Obesidad	2	15,4
Ocupación		
Estudio	3	23,1
Trabajo	7	53,8
Estudio y trabajo	3	23,1
Practicas de- porte		
Si	4	30,8
No	9	69,2

Nota: elaboración propia
n=13. * variables no normales, mediana (rango intercuartil)

Frecuencia de uso de otras sustancias farmacológicas

La Tabla 2 describe la frecuencia de uso de AAEs y otras sustancias declaradas por los participantes como suplementos, anabólicos no

esteroides como el clenbuterol, moduladores hormonales (anastrozol) o protectores hepáticos como la silimarina. Se destaca que las proteínas son el suplemento más consumido (71%), seguido de la creatina (42.9%), mientras que el uso de aminoácidos y cafeína fue muy bajo (4.8% cada uno). El 50% (n=13) de la población declaró haber consumido algún AAE y alguna otra sustancia farmacológica y de estos, 11 consumían algún suplemento nutricional.

Características de uso de AAEs

Los 13 participantes consumidores de AAEs utilizaban entre 1 y 5 anabólicos, los de mayor prevalencia fueron los ésteres de testosterona (cipionato, propionato y enantato de testosterona) y los derivados de testosterona C-17 α alquilados (metandrostenolona, oxandrolona, estanozolol). En promedio, estas sustancias fueron utilizadas durante 17.2 meses con un mínimo de 1 mes y un máximo de 36 meses. Otras sustancias farmacológicas empleadas por los participantes fueron: clenbuterol, tamoxifeno, anastrozol y gonadotropina coriónica humana. Seis sujetos (50%) utilizaban protectores hepáticos como la silimarina (Tabla 2).

Tabla 2.
Frecuencia de uso de suplementos nutricionales y otras sustancias farmacológicas en fisicoculturistas

Variable	n	%
Uso suplemento nutricional		
Si	11	84.6
No	2	15.4
Tipo de suplemento*		
Proteína	9	69.2
Creatina	5	38.5
Pre-entreno	3	23.1
Aminoácidos	3	23.1
Grupo de AAE		

Variable	n	%
Ésteres de testosterona/testosterona (Cipionato, propionato, enantato de testosterona)	9	69,2
Si	4	30,8
No		
Derivados de nandrolona (trembolona)	3	23,1
Si	10	76,9
No		
Derivados de testosterona C-17 β alquilados (metandrostenolona (dianabol), oxandrolona, estanozolol (winstrol))	9	76,9
Si	4	30,8
No		
Otras sustancias farmacológicas		
Clenbuterol		
Si	1	7,7
No	12	92,3
Moduladores hormonales		
Tamoxifeno		
Si	3	23
No	10	77
Anastrozol		
Si	1	7,7
No	12	92,3
Gonadotropina Coriónica humana		
Si	1	7,7
No	12	92,3
Protectores hepáticos		
Silimarina		
Si	5	38,5
No	8	61,5
Cianocobalamina, Magnesio, potasio y sodio		
Si	1	7,7
No	12	92,3

Nota: elaboración propia

n=13. *Los porcentajes pueden no sumar 100% debido a que los participantes podían seleccionar más de una opción

Así mismo, de todos los productos AAEs que declararon utilizar, se identificaron 13 marcas distintas, de las cuales, solo una marca contaba con registro sanitario para su uso en humanos ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en México y era utilizada únicamente por una persona.

La mayoría de los participantes (69%) que utilizaban AAEs lo hacían con fines competitivos vinculados al fisicoculturismo o halterofilia. Otros motivos que declararon fueron: la mejora del rendimiento deportivo y para lograr desarrollo de fuerza en períodos cortos (15% cada uno) y en menor proporción fueron: aumento de peso, llevar tiempo en el gimnasio sin ver avances y la mejora de su imagen. Así mismo, en la mayoría de los sujetos (n=9; 69.2%) se identificó que el entrenador es la persona con la que se informaron sobre estas sustancias, también mencionaron a los amigos, médico y en menor proporción a maestros. Es importante mencionar que 12 personas reconocieron que no tienen mucha información al respecto.

Efectos adversos autorreportados por consumo de AAEs

En relación a los efectos adversos (EA) notificados por los participantes tras el consumo de AAEs, en la Figura 1, se observa que, doce personas presentaron uno o más EA. El de mayor prevalencia fueron los cambios en los estados de ánimo como: síntomas de depresión, enojo, agresividad y/o ansiedad, seguido de cambios en el deseo sexual (seis casos). Otros EA que declararon fueron: erecciones prolongadas o no deseadas, acné, dolor músculo esquelético, caída de cabello, taquicardia, dolor de cabeza, retención de líquidos y agrandamiento de los senos.

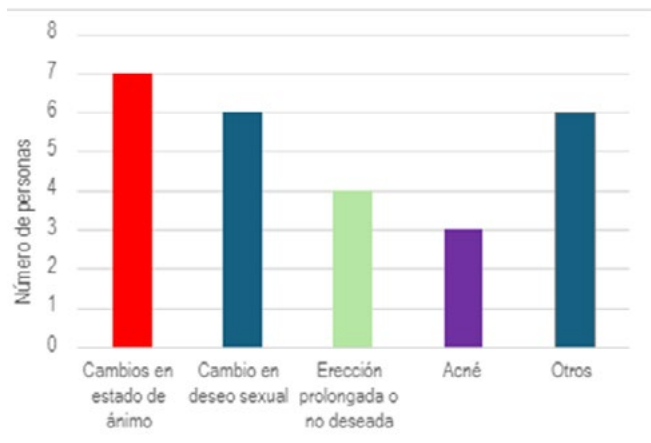


Figura 1. Frecuencias de efectos adversos autorreportados
Nota: elaboración propia

Discusión

En este trabajo, se identificó que los ésteres de testosterona y los derivados de testosterona C-17 α alquilados fueron los de uso más frecuente. En México, se han reportado prevalencias de su uso entre usuarios de salas de musculación que van desde 19% hasta 29%, siendo los ésteres testosterona los de mayor consumo entre residentes de Ciudad de México (Álvarez-Rayón, 2022) y residentes de la Ciudad de Xalapa, Veracruz (Castillo Hernández, 2013), sin embargo los derivados de testosterona C-17 α alquilados se consumían en muy baja frecuencia en estos lugares. Estos resultados muestran la variabilidad en las preferencias de AAEs entre las regiones, lo que puede estar influenciado por factores sociales y de disponibilidad de sustancias, así como por los grupos de sujetos incluidos en los estudios.

Por otro lado, destaca el hecho de haber identificado 12 marcas diferentes de AAE y sin registro sanitario para su uso en humanos en México, lo que sugiere un consumo predominantemente basado en productos no regulados por las autoridades. Se ha reportado en un meta análisis que estas sustancias, podrían no contener ningún ingrediente activo, o cantidades diferentes a la etiquetada en el producto, o inclusive un principio activo incorrecto, así como no todos o más in-

gredientes activos de los que estaban etiquetados (Raphael et al., 2022). Esta situación impide conocer con exactitud la dosis real empleada, así mismo, tampoco se puede garantizar la pureza de estas sustancias que, mayoritariamente, son de administración intramuscular lo que puede potenciar el riesgo de efectos tóxicos no conocidos y eventos adversos graves a corto, mediano y largo plazo.

Con respecto a los EA, tanto los cambios en estado de ánimo como síntomas de depresión, enojo, agresividad o ansiedad como los síntomas físicos autorreportados coinciden con los descritos en otros estudios (Hartgens & Kuipers, 2004). Por las características de este trabajo, no se evaluaron otros efectos descritos en la literatura, como los cardiovasculares, hepáticos, reproductivos o de comportamiento, por lo que no se descarta que pudieran estar presentes y que será de gran relevancia poder evaluarlos en un futuro.

Se ha descrito que el uso de estas sustancias no se restringe únicamente al ámbito competitivo, y está muy presente en el ámbito recreativo o por estética en usuarios de salas de musculación (Álvarez-Rayón, 2022). Esta situación resulta relevante considerando que se estima que hay más de 7 millones de usuarios de gimnasios en México y más de 20 mil establecimientos además de que en los últimos 5 años se han incrementado 60% (Velázquez Sepúlveda, 2016). Por tal motivo, es de gran relevancia realizar más estudios que incorporen muestreos representativos con análisis de factores psicosociales que permitan dimensionar esta problemática, así como explorar el papel de entrenadores, redes sociales y entornos digitales con el uso no terapéutico de los EAAs.

Conclusiones

Existe un patrón de consumo significativo de AAAs y de otras sustancias, con EA importantes que pueden tener implicaciones para la salud física y mental de las personas que consumen estas sustancias.

Es necesario realizar estudios a mayor escala para conocer la magnitud de la problemática y comprender las consecuencias para la salud física y mental del consumo a largo plazo. Esta situación evidencia

la necesidad de intervenciones multidisciplinarias enfocadas a la prevención, educación enfocada principalmente a jóvenes y entrenadores y regulación de los productos farmacéuticos identificados para estos fines.

Referencias

- Almaiman, A. A., Almaiman, S. H., Elagamy, E. I., Al Wutayd, O., Almarzuqi, M., Alzunaidi, R., Alhatlani, S., & Eid, E. E. (2019). Side effects of anabolic steroids used by athletes at Unaizah Gyms, Saudi Arabia: A pilot study. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 59(3), 489--495. <https://doi.org/10.23736/S0022-4707.18.08366-4>
- Álvarez-Rayón, G., Hernández-Peña, L. E., Mancilla-Díaz, J. M., & Franco-Paredes, K. (2022). Uso de sustancias ergogénicas entre hombres mexicanos practicantes de musculación. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 46, 801--808. <https://doi.org/10.47197/retos.v46.93950>
- Bhasin, S., Hatfield, D. L., Hoffman, J. R., Kraemer, W. J., Labotz, M., Phillips, S. M., & Ratamess, N. A. (2021). Anabolic-androgenic steroid use in sports, health, and society. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 53(8), 1778--1794. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002670>
- Caires Melo, A. F., & Amorim Teixeira, A. T. (2022). Risks of the use of androgen anabolic steroids in sports. *Research, Society and Development*, 11(8). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30732>
- Castillo Hernández, J. L., & Sánchez Collado, P. (2013). Esteroides anabólicos androgénicos en usuarios de gimnasios para físico-constructivismo de Xalapa, Veracruz. *Medicina, Salud y Sociedad*, 3(3), 1--18.
- Frati, P., Busardò, F. P., Cipolloni, L., Dominicis, E. D., & Fineschi, V. (2015). Anabolic androgenic steroid (AAS) related deaths: Autoptic, histopathological and toxicological findings. *Current Neuropharmacology*, 13(1), 146--159. <https://doi.org/10.2174/1570159X13666141210225414>
- García-Arnés, J. A., & García-Casares, N. (2022). Doping and sports endocrinology: Anabolic-androgenic steroids. *Revista Clínica Española (English Edition)*, 222(10), 612--620. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2022.09.003>

- Hartgens, F., & Kuipers, H. (2004). Effects of androgenic-anabolic steroids in athletes. *Sports Medicine*, 34(8), 513-554. <https://doi.org/10.2165/00007256-200434080-00003>
- Liu, J. D., Wu, Y. Q., & Cui, Y. (2019). Anabolic-androgenic steroids and cardiovascular risk. *Chinese Medical Journal*, 132(18), 2229-2236. <https://doi.org/10.1097/CM9.000000000000407>
- Raphael, M., Falcato, L., Cremonesi, A., Schori, D., & Bruggmann, P. (2022). Fake anabolic androgenic steroids on the black market - a systematic review and meta-analysis on qualitative and quantitative analytical results found within the literature. *BMC Public Health*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13734-4>
- Rodríguez Alfaro, J. M., Álvarez Castillo, A., & Salas Boza, A. (2020). Esteroides anabólicos: Repercusiones médicas del uso indiscriminado con fines en la mejora del rendimiento atlético. *Revista Médica Sinergia*, 5(7). <https://doi.org/10.31434/rms.v5i7.531>
- Vecchiato, M., Ermolao, A., Da Col, M., Aghi, A., Berton, G., Palermi, S., Battista, F., Savino, S., Drezner, J. A., Zorzi, A., Niebauer, J., & Neunhaeuserer, D. (2025). Mortality in male bodybuilding: A systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal*, 46(30), 3006-3016. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf285>
- Velázquez Sepúlveda, L. (2016, febrero 17). Crece exponencialmente sector fitness en México. *La Gaceta de la Universidad de Guadalajara*. <https://n9.cl/nzd5a>

María Fernanda Martínez-Salazar

Universidad Autónoma del Estado de Morelos | Cuernavaca | México

<https://orcid.org/0000-0001-7871-4802>

fernandamartinez@uaem.mx

Fernandamartinez912@hotmail.com

Doctora en Farmacia por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, ha sido docente de licenciatura impartiendo diversas materias a lo largo de 20 años. Ha realizado distintos proyectos de investigación relacionados con farmacología, enfermedades crónicas, bioquímica y actividad física para la salud.

Konny Isabel Ramírez Castañeda

Universidad Autónoma del Estado de Morelos | Cuernavaca | México

<https://orcid.org/0009-0008-8811-6126>

konny.castaneda@fcdeportes.uaem.edu.mx

konnyram@gmail.com

Licenciada en Ciencias del Deporte por la UAEM, especializada en la organización y gestión de eventos deportivos con un enfoque en comunicación institucional. Su labor se centra en la promoción de la salud integral y el diseño de estrategias de salud pública para el bienestar comunitario. Cuenta con experiencia en la coordinación de proyectos que vinculan la actividad física con el desarrollo social y administrativo.

Luis Antonio Solano Ortiz

Universidad Autónoma del Estado de Morelos | Cuernavaca | México

<https://orcid.org/0009-0002-2480-3150>

luis.ortizso@fcdeporte.uaem.edu.mx

psychofit.entrenador@gmail.com

estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, actualmente trabaja en el Instituto del Deporte y Cultura Física del Estado de Morelos, donde contribuye al desarrollo deportivo estatal. Se desempeña como entrenador especializado en natación y preparación física, enfocado en el rendimiento y la salud integral.

Francisco Eduardo Bravo Reyes

Universidad Autónoma del Estado de Morelos | Cuernavaca | México

<https://orcid.org/0009-0006-2752-3209>

bravo@uaem.mx

bravo@uaem.mx

Académico de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, con experiencia en gestión universitaria y formación en el área de cultura física y deporte. Ha participado en proyectos de desarrollo académico e institucional, así como en iniciativas de promoción de la salud y el bienestar.

Characteristics of the Use of Anabolic-Androgenic Steroids and Other Substances in Bodybuilders and Weightlifters

Abstract

This chapter addresses the characteristics of the use of anabolic-androgenic steroids (AAS) and other frequently consumed pharmacological substances among bodybuilding practitioners in the city of Cuernavaca, Morelos, Mexico. The research arises from the increase in the consumption of these substances for aesthetic and competitive purposes, particularly in the young population, as well as the risks it poses to health. The manuscript describes the methodology employed, the study design, and the procedure for applying an anonymous online questionnaire to collect sociodemographic information, consumption patterns, type of substances used, and self-reported adverse effects. Additionally, other variables of interest are presented, such as nutritional status, use of nutritional supplements, and other pharmacological substances also used as muscle mass enhancers, hormonal regulators, or liver protectants. Likewise, a description of the diversity of AAS brands used by the participants and the health regulation of these substances in Mexico is provided. The chapter also integrates a section dedicated to the adverse effects perceived by the participants and a discussion of the phenomenon in relation to national and international reports on prevalence, motivations for consumption, and associated risks, framing the need to delve deeper into this public health problem.

Keywords: Anabolic-androgenic steroids; weightlifting rooms; testosterone; adverse effects; bodybuilding

Características do Uso de Esteroides Androgênicos Anabolizantes e Outras Substâncias em Fisiculturistas e Halterofilistas

Resumo

Este capítulo aborda as características do uso de esteroides androgênicos anabolizantes (EAA) e outras substâncias farmacológicas de consumo frequente entre praticantes de fisiculturismo na Cidade de Cuernavaca, Morelos, México. A pesquisa surge diante do aumento no consumo dessas substâncias para fins estéticos e competitivos, particularmente na população jovem, bem como dos riscos que isso implica para a saúde. O manuscrito descreve a metodologia empregada, o desenho do estudo e o procedimento para a aplicação de um questionário online anônimo para coletar informações sociodemográficas, padrões de consumo, tipo de substâncias utilizadas e efeitos adversos autorrelatados. Além disso, são apresentadas outras variáveis de interesse, como estado nutricional, uso de suplementos nutricionais e outras substâncias farmacológicas também utilizadas como aumentadores de massa muscular, reguladores hormonais ou protetores hepáticos. Da mesma forma, é exposta uma descrição da diversidade de marcas de EAA utilizadas pelos participantes e a regulamentação sanitária dessas substâncias no México. O capítulo integra, ainda, uma seção dedicada aos efeitos adversos percebidos pelos participantes e à discussão do fenômeno em relação a relatos nacionais e internacionais sobre prevalência, motivações para o consumo e riscos associados, enquadrando a necessidade de aprofundar esta problemática de saúde pública.

Palavras-chave: Esteroides androgênicos anabolizantes; salas de musculação; testosterona; efeitos adversos; fisiculturismo

Capítulo 7

Actividad física y autorregulación cognitiva en preescolar: evidencia, retos y oportunidades en México

Antonio Fernando López Avalos, Raquel Morquecho Sánchez, Daniel Carranza Bautista, Juan Carlos Arturo González Castro, Luis Tomas Ródenas Cuenca

López Avalos, A. F., Morquecho Sánchez, R., Carranza Bautista, D., Arturo González Castro, J. C., & Ródenas Cuenca, L. T. (2026). Actividad física y autorregulación cognitiva en preescolar: evidencia, retos y oportunidades en México. En G. Baireño, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 122-138). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c611>



07

Actividad física y autorregulación cognitiva en preescolar: evidencia, retos y oportunidades en México

Resumen

La relación entre la actividad física y la autorregulación cognitiva en la etapa preescolar ha cobrado relevancia en la investigación educativa y neurocientífica, dada su influencia en el desarrollo infantil. Este capítulo examina la evidencia empírica y teórica sobre cómo la actividad física, especialmente en contextos escolares, promueve habilidades de autorregulación esenciales para el aprendizaje y la cohesión social. Se abordan definiciones clave, modelos teóricos y mecanismos neurobiológicos que explican la interrelación entre movimiento y funciones ejecutivas. El análisis incluye revisiones sistemáticas internacionales y estudios recientes en México, identificando brechas metodológicas y contextuales. Se revisan políticas nacionales, el marco legal y la comparación con estándares internacionales, destacando la persistente disparidad entre teoría y práctica. Se discuten retos como la formación docente, la infraestructura escolar y la necesidad de enfoques interdisciplinarios. Finalmente se exploran oportunidades de desarrollo a partir de programas basados en evidencia, la aplicación de la neurociencia y la colaboración institucional, proponiendo recomendaciones para fortalecer la integración de la educación física como recurso pedagógico para la autorregulación cognitiva en el nivel preescolar de México.

Palabras clave: Educación preescolar; Actividad física; Funciones ejecutivas; Autorregulación cognitiva; Políticas educativas.

Introducción

Relevancia de la temática

La etapa preescolar representa un periodo crítico para el desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y sociales que sientan las bases para el aprendizaje futuro y la adaptación social (Phillips & Tucker, 2026; Guzmán-Muñoz et al., 2025; Bai et al., 2021). En este contexto, la autorregulación cognitiva, entendida como la capacidad de controlar pensamientos, emociones y conductas para alcanzar metas, emerge como un predictor robusto del éxito académico y el bienestar a largo plazo (Korucu et al., 2022). La creciente evidencia sobre la influencia de la actividad física en el desarrollo de estas habilidades ha motivado la integración de estrategias de movimiento en los programas educativos, reconociendo su potencial de mejorar la atención, la memoria de trabajo y el control inhibitorio en los niños (Lakicevic et al., 2026).

La relevancia de esta temática se acentúa ante el aumento del sedentarismo infantil y la disminución de oportunidades para el juego activo, fenómenos asociados a cambios en los estilos de vida y al uso extendido de dispositivos electrónicos (Moreno Pérez, 2024). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y organismos internacionales como la Active Healthy Kids Global Alliance (AHKGA) han advertido sobre las consecuencias negativas de la inactividad física en la salud y el desarrollo cognitivo, recomendando al menos 180 minutos diarios de actividad física para niños en edad preescolar, con énfasis en actividad de intensidad moderada a vigorosa (OMS, 2019; Argumedo et al., 2024).

Actividad física como recurso pedagógico

La actividad física en la edad preescolar trasciende la dimensión motriz, constituyéndose en un recurso pedagógico que favorece el aprendizaje significativo y el desarrollo integral (SEP, 2023). Diversos enfoques curriculares y propuestas didácticas promueven la integra-

ción de juegos, dinámicas cooperativas y actividades lúdicas que estimulan tanto las habilidades motoras como las cognitivas (McGowan et al., 2024; Moses, 2024). El juego activo, en particular, se reconoce como un contexto privilegiado para la autorregulación, ya que implica la interiorización de reglas, la toma de decisiones y la resolución de conflictos en interacción con pares (Flores Soriano & Patiño Castro, 2022).

La literatura destaca que la actividad física planificada y estructurada, así como el movimiento espontáneo, contribuyen al desarrollo de funciones ejecutivas (inhibición, memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva), fundamentales para la autorregulación (Guzmán-Muñoz et al., 2025; Lakicevic et al., 2026). Además, la integración de la actividad física en el currículo preescolar responde a una visión interdisciplinaria que articula los campos formativos y promueve aprendizajes transversales (SEP, 2024; Carrete-Marín & Buscà Donet, 2023).

Brecha en México

En México, la implementación de la actividad física como estrategia para el desarrollo de la autorregulación cognitiva enfrenta desafíos significativos. A pesar de los avances en el marco normativo y curricular, persisten brechas entre la teoría y la práctica, evidenciadas en la limitada infraestructura escolar, la escasa formación docente específica y la desigualdad en el acceso a programas de calidad (González et al., 2023; Reisberg et al., 2024; Argumedo et al., 2024). Estudios nacionales señalan que sólo una minoría de los niños preescolares cumplen con las recomendaciones internacionales de actividad física, y que las oportunidades para el juego activo en entornos escolares son insuficientes (Moreno, 2024; Argumedo et al., 2024).

La situación se agrava en contextos de vulnerabilidad social, donde factores como la inseguridad, la falta de espacios adecuados y la sobrecarga curricular limitan la integración efectiva de la actividad física en la vida cotidiana de los niños (Flores Soriano & Patiño Castro, 2022; González et al., 2023). Estas brechas requieren un análisis crítico y la

identificación de oportunidades para fortalecer la política educativa y la práctica docente en el país.

Marco conceptual

Definición de conceptos clave

La **actividad física** se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que resulta en un gasto energético superior al de reposo (OMS, 2019). Incluye tanto el ejercicio estructurado como el juego espontáneo, el desplazamiento activo y las actividades recreativas. En el ámbito educativo, la actividad física se concibe como un componente esencial del desarrollo integral, con impacto en la salud física, emocional y cognitiva.

La **autorregulación cognitiva** se refiere a la capacidad de controlar y dirigir los propios procesos mentales, emociones y conductas para alcanzar metas u objetivos, adaptándose a las demandas del entorno (Korucu et al., 2022). Incluye habilidades como la inhibición de impulsos, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva, conocidas en su conjunto como funciones ejecutivas (Guzmán-Muñoz et al., 2025; Lakicevic et al., 2026).

El **juego activo** es una forma de actividad física caracterizada por la participación voluntaria, la exploración y la interacción social, que promueve el desarrollo de habilidades motoras, cognitivas y socioemocionales (McGowan et al., 2024).

Modelos teóricos

Diversos modelos teóricos explican la relación entre actividad física y autorregulación cognitiva. Desde la perspectiva del **desarrollo neuropsicológico**, se reconoce que la maduración de la corteza prefrontal (región cerebral asociada a las funciones ejecutivas) es especialmente sensible a las experiencias de movimiento y juego en la infancia (Guzmán-Muñoz et al., 2025; Mansoor et al., 2025). El modelo

de funciones ejecutivas propuesto por Diamond (2006) identifica la memoria de trabajo, el control inhibitorio y la flexibilidad cognitiva como procesos centrales que evolucionan durante la etapa preescolar (Korucu et al., 2022).

La **teoría sociocultural** de Vygotsky (1978), enfatiza el papel del juego y la interacción social en la interiorización de normas y reglas, facilitando la autorregulación a través del lenguaje y la mediación de adultos y pares. Por su parte, el **enfoque ecológico** de Bronfenbrenner (1987), destaca la influencia de los contextos familiares, escolares y comunitarios en el desarrollo de la autorregulación (Korucu et al., 2022).

El modelo de la corporeidad sostiene que el aprendizaje es un proceso encarnado, donde el movimiento y la experiencia corporal son fundamentales para la construcción de conocimientos y habilidades cognitivas (Carrete-Marín & Buscà Donet, 2023; Martins et al., 2017).

Neurobiología del ejercicio

La evidencia neurobiológica indica que la actividad física induce cambios estructurales y funcionales en el cerebro infantil. El ejercicio regular aumenta la secreción de factores neurotróficos como el BDNF (factor neurotrófico del cerebro), promueve la neurogénesis en el hipocampo, mejora la plasticidad sináptica y optimiza la conectividad de redes cerebrales asociadas al control ejecutivo (Phillips & Tucker, 2026; Guzmán-Muñoz et al., 2025; Mansoor et al., 2025). Además, el ejercicio modula la respuesta del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, reduciendo el impacto negativo del estrés crónico en el desarrollo cerebral.

Estudios en neurociencia educativa han demostrado que la participación en actividades físicas coordinadas y cognitivamente desafiantes potencia la activación de la corteza prefrontal y mejora el rendimiento en tareas de atención, memoria y resolución de problemas (Guzmán-Muñoz et al., 2025; Li & Pan, 2025). La integración de tecnologías móviles de neuroimagen, como el electroencefalógrafo (EEG) portátil y la espectroscopía funcional de infrarrojo cercano (fNIRS),

han permitido estudiar estos procesos en contextos escolares reales, evidenciando la sincronía cerebral entre docentes y estudiantes durante actividades de movimiento.

Interdisciplinariedad

El abordaje de la actividad física y la autorregulación cognitiva en preescolar requiere una perspectiva interdisciplinaria que articule la educación, la psicología, la neurociencia y la salud pública (SEP, 2024; Carrete-Marín & Buscà Donet, 2023; Martins et al., 2017). La colaboración entre docentes, especialistas en desarrollo infantil, profesionales de la salud, actividad física y familias es fundamental para diseñar e implementar intervenciones efectivas y culturalmente pertinentes (PPM, 2026). La formación docente inicial y continua debe incorporar conocimientos actualizados sobre los mecanismos neurobiológicos y pedagógicos que sustentan la relación entre movimiento y cognición (SEP, 2023; González Rivas et al., 2023).

Estado de la investigación internacional

Evidencia empírica

La literatura internacional documenta consistentemente los beneficios de la actividad física sobre las funciones ejecutivas y la autorregulación en la infancia (Lakicevic et al., 2026; Guzmán-Muñoz et al., 2025; Álvarez-Bueno, 2016). Estudios experimentales y longitudinales han demostrado que programas de ejercicio aeróbico, juegos cooperativos y actividades coordinativas mejoran la atención, la memoria de trabajo y el control inhibitorio en niños preescolares y escolares (Guzmán-Muñoz et al., 2025; Lakicevic et al., 2026). Por ejemplo, Davis et al. (2011), reportaron mejoras en la planificación tras 13 semanas de ejercicio aeróbico en niños con sobrepeso, mientras que Hillman et al.

(2009), observaron efectos agudos positivos en el control inhibitorio tras sesiones de caminata moderada.

La relación entre la condición física (especialmente la capacidad aeróbica) y el rendimiento en tareas ejecutivas ha sido corroborada en diversas poblaciones infantiles (Phillips & Tucker, 2026; Lakicevic et al., 2026). Además, se ha identificado que la coordinación motora y la participación en juegos colectivos potencian la flexibilidad cognitiva y la resolución de problemas (Guzmán-Muñoz et al., 2025).

Limitaciones metodológicas

Las principales limitaciones identificadas en la investigación internacional incluyen el uso de muestras pequeñas y no representativas, la falta de seguimiento a largo plazo y la escasa consideración de variables contextuales como el entorno familiar, escolar y socioeconómico (Reisberg et al., 2024; Álvarez-Bueno, 2016). Además, la mayoría de los estudios se han realizado en países desarrollados, lo que dificulta la extrapolación de resultados a contextos con menores recursos o diferentes realidades culturales (Lakicevic et al., 2026).

Otra limitación relevante es la dificultad para aislar el efecto específico de la actividad física sobre la autorregulación cognitiva, dada la interacción con otros factores como la alimentación, el sueño, el apoyo social (Phillips & Tucker, 2026; OMS, 2019). Finalmente, la medición objetiva de la actividad física y las funciones ejecutivas sigue siendo un reto, aunque el uso de acelerómetros y pruebas neuropsicológicas estandarizadas ha mejorado la calidad de la evidencia reciente (Lakicevic et al., 2026; Reisberg et al., 2024).

Evidencia en el contexto mexicano

Estudios recientes

En México, la investigación sobre la relación entre actividad física y autorregulación cognitiva en preescolar es incipiente pero creciente. Estudios locales han documentado que la práctica regular de actividad física mejora la atención, la memoria y el rendimiento académico en niños de educación básica. Por ejemplo, Moreno Pérez (2024), realizó una revisión sistemática de nueve estudios en población mexicana, concluyendo que diferentes tipos e intensidades de actividad física generan beneficios físicos, psicológicos y cognitivos en niños y adolescentes.

Investigaciones en comunidades urbanas y rurales han identificado que el juego activo y la educación física contribuyen al desarrollo de habilidades de autorregulación, aunque la implementación de programas estructurados es limitada por factores contextuales como la falta de espacios adecuados y la sobrecarga curricular (González et al., 2023).

Reportes nacionales como el “Report Card” de la Active Healthy Kids Global Alliance, señalan una baja participación en deportes organizados y una alta prevalencia de comportamientos sedentarios, especialmente en niñas y en contextos urbanos (Argumedo et al., 2024). En este sentido, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reporta que menos del 40% de los niños en edad preescolar realiza actividad física suficiente, y que la escuela es el principal -y a veces único- espacio para el ejercicio regular (González Rivas et al., 2023). Sin embargo, la calidad y frecuencia de las clases de educación física varía considerablemente entre regiones y tipos de escuela.

Limitaciones en la investigación

Las principales limitaciones identificadas en la investigación mexicana incluyen la falta de estudios longitudinales, la escasa evaluación de intervenciones basadas en evidencia y la limitada integración de herramientas neurocientíficas para medir el impacto de la actividad física en la autorregulación cognitiva (González et al., 2023; Gutierrez & Ruiz, 2018). Además, existe poca información sobre la influencia de factores socioculturales, de género y de contexto familiar en la relación entre movimiento y desarrollo cognitivo.

La mayoría de los estudios se concentran en poblaciones urbanas y en escuelas con mejores recursos, dejando de lado a comunidades rurales, indígenas y en situación de vulnerabilidad, donde las necesidades y desafíos son distintos (Argumedo et al., 2024; González et al., 2023).

Oportunidades de desarrollo

Existen múltiples programas e intervenciones basados en evidencia que han demostrado eficacia en la promoción de la actividad física y la autorregulación cognitiva en preescolar (McGowan et al., 2024). La adaptación de estos programas en el contexto mexicano, considerando las particularidades culturales y socioeconómicas, representa una oportunidad para mejorar la calidad educativa y el desarrollo infantil.

Por otro lado, la aplicación de la neuroeducación en la educación preescolar permite diseñar intervenciones más precisas y personalizadas, basadas en el conocimiento de los mecanismos cerebrales que subyacen al aprendizaje y la autorregulación (Guzmán-Muñoz et al., 2025; Mansoor et al., 2025; Martins et al., 2017).

Además, la formación docente en neurociencia educativa y la divulgación de hallazgos científicos entre la comunidad escolar son

estrategias clave para promover una cultura de innovación y mejora continua.

Conclusiones

La evidencia nacional e internacional confirma que la actividad física, especialmente cuando es planificada, estructurada y cognitivamente desafiante, promueve el desarrollo de la autorregulación cognitiva en la etapa preescolar. Los beneficios se observan en la mejora de funciones ejecutivas, la atención, la memoria de trabajo y el control inhibitorio, con impactos positivos en el aprendizaje y la adaptación social.

En México, aunque el marco normativo y curricular reconoce la importancia de la actividad física, persisten brechas en la implementación efectiva de programas y en la equidad de acceso, especialmente en contextos de vulnerabilidad.

Estas brechas incluyen la falta de infraestructura escolar adecuada, la escasa formación docente específica, la desigualdad regional y la limitada evaluación de intervenciones basadas en evidencia. La investigación nacional requiere fortalecer el uso de metodologías robustas, la integración de herramientas neurocientíficas y la consideración de variables contextuales y socioculturales.

Referencias

- Álvarez-Bueno, C., Pesce, C., Cavero-Redondo, I., Sánchez-López, M., Pardo-Guijarro, M. J., & Martínez-Vizcaíno, V. (2016). Association of physical activity with cognition, metacognition and academic performance in children and adolescents: A protocol for systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 6(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011065>
- Argumedo, G., López y Taylor, J. R., Ortiz Brunel, J., Gaytán-González, A., González-Casanova, I., González Villalobos, M. F., Jáuregui, A., Jáuregui Ulloa, E., Medina, C., Pacheco Miranda, Y. S., Pérez Rodríguez, M., Retano Pelayo, R. A., Rodríguez Martínez, M. del P., & Galaviz, K. I. (2024). Results from the 2022 Mexican report card on physical activity for children and adolescents. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1304719>
- Bai, P., Johnson, S., Trost, S. G., Lester, L., Nathan, A., & Christian, H. (2021). The relationship between physical activity, self-regulation and cognitive school readiness in preschool children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph182211797>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Paidós.
- Carrete-Marín, N., & Buscà Donet, F. (2023). Interdisciplinary approaches to physical education: A systematic review. *Retos*, 49, 43–53.
- Davis, C. L., Tomporowski, P. D., McDowell, J. E., Austin, B. P., Miller, P. H., Yanasak, N. E., Allison, J. D., & Naglieri, J. A. (2011). Exercise improves executive function and achievement and alters brain activation in overweight children: A randomized, controlled trial. *Health Psychology*, 30(1), 91–98. <https://doi.org/10.1037/a0021766>

- 134
CAPÍTULO 7
- Diamond, A. (2006). The early development of executive functions. En E. Bialystok, & F. I. M. Craik, (eds.). *Lifespan cognition: Mechanisms of change* (pp. 70–95). Oxford University Press.
- Flores Soriano, A., & Patiño Castro, D. (2022). El recreo y el patio escolar: Normativa escolar, construcción de subjetividades y habilidades para la socialización en una primaria de Puebla capital. Universidad de las Américas Puebla.
- González Rivas, R. A., Laguna Celia, A., & Nuñez Enriquez, O. (2023). Factores que influyen en la educación física en México. *Retos*, 48, 349–357.
- Guzmán-Muñoz, E., Concha-Cisternas, Y., Jofré-Saldía, E., Castillo-Paredes, A., Molina-Márquez, I., & Yáñez-Sepúlveda, R. (2025). Physical activity and its effects on executive functions and brain outcomes in children: A narrative review. *Brain Sciences*, 15(11). <https://doi.org/10.3390/brainsci1511238>
- Hillman, C. H., Pontifex, M. B., Raine, L. B., Castelli, D. M., Hall, E. E., & Kramer, A. F. (2009). The effect of acute treadmill walking on cognitive control and academic achievement in preadolescent children. *Neuroscience*, 159(3), 1044–1054. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2009.01.057>
- Korucu, I., Ayturk, E., Finders, J. K., Schnur, G., Bailey, C. S., Tominey, S. L., & Schmitt, S. A. (2022). Self-regulation in preschool: Examining its factor structure and associations with pre-academic skills and social-emotional competence. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.717317>
- Lakicevic, N., Manojlovic, M., Chichinina, E., Chursina, A., Tarasova, K., Thomas, E., Zhong, Y., Bianco, A., & Drid, P. (2026). Physical fitness and executive functions in early childhood: A systematic review of recent evidence. *Complementary Therapies in Medicine*, 96. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2026.103321>

- Li, Q., & Pan, Y. (2025). Mobile eye-tracking and neuroimaging technologies reveal teaching and learning on the move: Bibliometric mapping and content analysis. *Psychoradiology*, 5. <https://doi.org/10.1093/psyrad/kkafo13>
- Mansoor, M., Ibrahim, A., Hamide, A., Tran, T., Candreva, E., & Baltaji, J. (2025). Exercise-induced neuroplasticity: Adaptive mechanisms and preventive potential in neurodegenerative disorders. *Physiologia*, 5(2). <https://doi.org/10.3390/physiologia5020013>
- Martins, M. D. S., Posada-Bernal, S., & Lucio-Tavera, P. A. (2017). Physical education in the early childhood: A perspective of investigation in education from the neuroscience. *Journal of Systemics, Cybernetics and Informatics*, 15, 22–25.
- McGowan, A. L., Chandler, M. C., & Gerde, H. K. (2024). Infusing physical activity into early childhood classrooms: Guidance for best practices. *Early Childhood Education Journal*, 52(8), 2021–2038. <https://doi.org/10.1007/s10643-023-01532-5>
- Moreno Pérez, A. L. (2024). *Efecto de la actividad física sobre los procesos cognitivos en niños de educación básica: Una aproximación desde las neurociencias* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Moses, A. (2024). Self-regulation and executive function: Responsive and informed practices for early childhood. *YC Young Children*, 79(2), 4–5.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*.
- Phillips, S. M., & Tucker, P. (2026). Executive function of preschoolers: The role of physical fitness and movement behaviours. *Pediatric Research*, 99(1), 45–47. <https://doi.org/10.1038/s41390-025-04132-8>
- Project Play México. (2026). *Aspen Institute Mx. Project Play*. <https://projectplay.org/international/project-play-mexico>

- Reisberg, K., Riso, E.-M., Animägi, L., & Jürimäe, J. (2024). Associations of physical activity and sedentary time with cognitive skills in preschoolers: A longitudinal study from preschool to first grade of school. *BMC Pediatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05336-3>
- Secretaría de Educación Pública. (2023). Educación física. En *Licenciatura en Educación Preescolar, Plan de Estudios 2022: Programa del curso, cuarto semestre*.
- Secretaría de Educación Pública. (2024). *Programa de estudio para la educación preescolar: Programa sintético de la fase 2*.
- Vygotsky, L. S. (1978). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Grijalbo.

Antonio Fernando López Avalos

Universidad Autónoma de Nuevo León | San Nicolás de los Garza | México

<https://orcid.org/0009-0002-1223-3832>

antonio.lopez@uanl.edu.mx

antoniolopezfod@gmail.com

Maestro en Ciencias de la Actividad Física por la UANL. Candidato a Doctor en Ciencias de la Cultura Física y del Deporte, por la FOD, UANL. Profesor de educación física en el nivel preescolar con más de 15 años de servicio frente a grupo.

Raquel Morquecho Sánchez

Universidad Autónoma de Nuevo León | San Nicolás de los Garza | México

<https://orcid.org/0000-0003-4993-8027>

raquel.morquechosn@uanl.edu.mx

rmorecho7@hotmail.com

Doctora en Ciencias de la Cultura Física por la Facultad de Organización Deportiva (FOD) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Subdirectora Académica de la FOD.

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel 1.

Daniel Carranza Bautista

Universidad Autónoma de Nuevo León | San Nicolás de los Garza | México

<https://orcid.org/0000-0002-6424-1191>

daniel.carranzabt@uanl.edu.mx

carranzabd@hotmail.com

Dr. En Ciencias de la Actividad física y deporte, profesor de tiempo completo e investigador, reconocido por el Sistema Nacional de Investigadores (SIN) Nivel 1, reconocido como profesor con perfil deseable a nivel nacional (PRODEP), Subdirector de Actividad Física y Deporte de la Facultad de Organización Deportiva.

Juan Carlos Arturo González Castro

Universidad Autónoma de Nuevo León | San Nicolás de los Garza | México

<https://orcid.org/0000-0001-8886-5129>

juanc.gonnzalezcs@uanl.edu.mx

jcagonza@hotmail.com

Doctor en Educación, Master en Formación y Capacitación de Recursos Humanos, Lic. En Ciencias de la Comunicación. participando como ponente en diferentes Congresos nacionales. Autor y coautor de varios artículos científicos relacionados con la educación, publicados en diferentes revistas, capítulos de libros, cuadernillos de trabajo, etc.

Luis Tomas Ródenas Cuenca

Universidad Autónoma de Nuevo León | San Nicolás de los Garza | México

<https://orcid.org/0000-0002-0992-220X>

luis.rodenascn@uanl.edu.mx

luistorc23@hotmail.com

Docente Investigador en Ciencias del Deporte en la Facultad de Organización Deportiva, especializado en fútbol, psicología del rendimiento y análisis observacional. Entrenador UEFA PRO. Asesor Metodológico de clubes y colegios.

Physical Activity and Cognitive Self-Regulation in Preschoolers: Evidence, Challenges, and Opportunities in Mexico

Abstract

The relationship between physical activity and cognitive self-regulation in the preschool stage has gained relevance in educational and neuroscientific research due to its influence on child development. This chapter examines the empirical and theoretical evidence on how physical activity, particularly in school settings, promotes self-regulation skills essential for learning and social cohesion. Key definitions, theoretical models, and neurobiological mechanisms explaining the interrelation between movement and executive functions are addressed. The analysis includes international systematic reviews and recent studies conducted in Mexico, identifying methodological and contextual gaps. National policies, the legal framework, and comparisons with international standards are reviewed, highlighting the persistent disparity between theory and practice. Challenges such as teacher training, school infrastructure, and the need for interdisciplinary approaches are discussed. Finally, opportunities for development are explored, drawing from evidence-based programs, the application of neuroscience, and institutional collaboration. Recommendations are proposed to strengthen the integration of physical education as a pedagogical resource for cognitive self-regulation at the preschool level in Mexico.

Keywords: Preschool education; Physical activity; Executive functions; Cognitive self-regulation; Educational policies.

Atividade Física e Autorregulação Cognitiva na Pré-Escola: Evidências, Desafios e Oportunidades no México

Resumo

A relação entre a atividade física e a autorregulação cognitiva na fase pré-escolar tem ganhado relevância na pesquisa educacional e neurocientífica, dada a sua influência no desenvolvimento infantil. Este capítulo examina as evidências empíricas e teóricas sobre como a atividade física, especialmente em contextos escolares, promove habilidades de autorregulação essenciais para a aprendizagem e a coesão social. São abordadas definições-chave, modelos teóricos e mecanismos neurobiológicos que explicam a inter-relação entre movimento e funções executivas. A análise inclui revisões sistemáticas internacionais e estudos recentes realizados no México, identificando lacunas metodológicas e contextuais. São revisadas as políticas nacionais, o arcabouço legal e a comparação com padrões internacionais, destacando a persistente disparidade entre teoria e prática. Discutem-se desafios como a formação docente, a infraestrutura escolar e a necessidade de abordagens interdisciplinares. Por fim, exploram-se oportunidades de desenvolvimento a partir de programas baseados em evidências, da aplicação da neurociência e da colaboração institucional, propondo recomendações para fortalecer a integração da educação física como recurso pedagógico para a autorregulação cognitiva no nível pré-escolar no México.

Palavras-chave: Educação pré-escolar; Atividade física; Funções executivas; Autorregulação cognitiva; Políticas educacionais.

Capítulo 8

Variables predictoras de la ansiedad durante el distanciamiento social por COVID-19 en hombres y mujeres de Cuernavaca, Morelos

Norma Betanzos Díaz, Francisco Paz Rodríguez

Betanzos Díaz, N., & Paz Rodríguez, F. (2026). Variables predictoras de la ansiedad durante el distanciamiento social por COVID-19 en hombres y mujeres de Cuernavaca, Morelos. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*, (pp. 140-170). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c812>



08

Variables predictoras de la ansiedad durante el distanciamiento social por COVID-19 en hombres y mujeres de Cuernavaca, Morelos

Resumen

La primera ola de la pandemia por COVID-19 en México (marzo–agosto de 2020) produjo condiciones ambientales y psicológicas para el incremento de síntomas ansiosos en distintos grupos de la población, especialmente en mujeres, jóvenes y trabajadores universitarios. En Morelos la situación no fue diferente, por ello se invitó a participar en una encuesta en línea a una muestra de trabajadores y estudiantes de la UAEM. Con el objetivo de determinar los predictores de la ansiedad ocasionada por el distanciamiento social. Mediante un estudio transversal descriptivo, se preguntó información sociodemográfica y del cuidado ante el contagio por Covid-19, ansiedad, personalidad tipo D, resiliencia, desmoralización y autocompasión. Un 15.4% de los entrevistados presentó ansiedad severa. En el modelo de regresión se observó que el ser mujer joven, con problemas para conciliar el sueño, presentar disforia, pérdida del significado, afecto negativo autocompasión positiva y la capacidad para cuidarse de un contagio son variables predictoras. También la falta de confianza se relacionó a una mayor ansiedad. Es también la expresión de una privación motivacional profunda, de un colapso del sentido ordinario de la existencia y de la fragilidad de los recursos intrapersonales e interpersonales con que los individuos regulan su relación con la amenaza y la incertidumbre.

Palabras clave: Ansiedad; COVID-19; Pandemia; Distanciamiento social; Personalidad tipo D

Introducción

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causada por el SARS-CoV-2, como pandemia global. En México, los primeros casos confirmados se reportaron el 28 de febrero de 2020, y el gobierno federal declaró la Jornada Nacional de Sana Distancia el 23 de marzo del mismo año, implementando medidas de distanciamiento social que incluían el confinamiento voluntario, la suspensión de actividades no esenciales, el cierre de escuelas y la restricción de reuniones. Esta primera fase, que se extendió hasta mayo de 2020, y cuya transición gradual se prolongó hasta agosto, configuró lo que se denomina la 'primera ola' pandémica en México.

El contexto mexicano presentó particularidades que lo distinguen de otras realidades nacionales: una alta proporción de trabajo informal (56% de la población económicamente activa según el INEGI), condiciones de hacinamiento habitacional en los estratos socioeconómicos más vulnerables, estructuras familiares multigeneracionales que complicaron el aislamiento por grupos de riesgo, y un sistema de salud pública con capacidad limitada y fragmentada.

Diversos estudios transversales realizados durante los meses de confinamiento en múltiples países documentaron incrementos sustanciales en la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y trastorno por estrés postraumático (Vindegard & Benros, 2020; Xiong et al., 2020).

En el caso de México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) señaló, en su Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE, 2021), que el 15% de la población mexicana mayor de 18 años experimentó síntomas de depresión severa durante la pandemia, frente a un 10.4% reportado en estudios previos. Diversos grupos de investigación nacionales, entre los que destacan los del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, documentaron el incremento en la demanda de servicios de salud mental y en la pre-

valencia de síntomas de ansiedad generalizada y episodio depresivo mayor (Medina-Mora et al., 2022; Barragán Becerril et al., 2021).

La aparición de estas circunstancias —incertidumbre sanitaria, pérdida de ingresos, conflictos familiares por convivencia forzada, duelo por fallecidos, miedo al contagio—superó la capacidad adaptativa en la población, especialmente en aquellos con vulnerabilidad preexistente (González-Ramírez et al., 2021). Así, se generaron condiciones propicias para evaluaciones primarias de amenaza (miedo al contagio, pérdida de empleo, incertidumbre sobre el futuro) y evaluaciones secundarias de desamparo (percepción de falta de control, recursos insuficientes). Estudios realizados en México por Ramos-Lira et al. (2020) y Martínez-Taboas (2020), documentaron que los estilos de afrontamiento centrados en la emoción —específicamente la rumiación y la evitación— se asociaron con mayores niveles de síntomas depresivos y ansiosos durante el confinamiento, en línea con las predicciones del modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984). Esta falta de control de los eventos negativos, favorecieron la presencia de ansiedad no solo en México (Juarez-García et al., 2021), sino también en otros países como España (Freston et al., 2020; Sandin et al., 2020a).

Además, las desigualdades estructurales de la población impactaron en la salud mental: los trabajadores informales que no podían ‘quedarse en casa’ sin perder sus ingresos, las mujeres que absorbieron la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidado durante el confinamiento, las personas en situación de pobreza que habitaban en condiciones de hacinamiento, y las comunidades indígenas con acceso reducido a servicios de salud y a información veraz, fueron los sectores que experimentaron mayor deterioro en su salud mental (Ramírez-Ortiz et al., 2020; Alcántara-Morales et al., 2021). Estudios en México y en otros países latinoamericanos documentaron consistentemente que las mujeres presentaron niveles más elevados de ansiedad que los hombres en este periodo, y que esta diferencia se acentuaba en madres con hijos pequeños, en mujeres con doble jornada y en aquellas que experimentaron situaciones de violencia doméstica —cuya incidencia

se incrementó durante el confinamiento (Bautista-Valdivia et al., 2021; Soria-Reséndiz et al., 2022).

Tabla 1.
Prevalencia de síntomas de ansiedad en México durante la primera ola COVID-19(2020)

Estudio / Fuente	Muestra	Ansiedad (%)	Período
González-Ramírez et al. (2021)	n=1,508 – adultos México	36.2%	Abril–Mayo 2020
Barragán Becerril et al. (2021)	n=2,090 – población general	40.7%	Abril 2020
Medina-Mora et al. (2022)	ENSANUT continuada	22.3%	2020 (ola 1)
Ramos-Lira et al. (2020)	n=622 – adultos CDMX	38.9%	Marzo–Abril 2020
Alcántara-Morales et al. (2021)	n=1,119 – mujeres	47.5%	Abril–Junio 2020
Juárez-García et al. (2021)	n=890 – universitarios	44.3%	Mayo–Julio 2020
INEGI – ENBIARE (2021)	Muestra probabilística nacional	17.8%	2020
Soria-Reséndiz et al. (2022)	n=1,430 – mixta	42.8%	Marzo–Agosto 2020

Nota: elaboración propia

Los datos presentados en la Tabla 1 revelan una variación considerable en las estimaciones de prevalencia, atribuible a diferencias metodológicas: distintos instrumentos de evaluación (PHQ-9, BDI, CES-D para depresión; GAD-7, HADS, STAI para ansiedad), puntos de corte variables, composición diferencial de las muestras y momentos específicos del período de confinamiento en que se realizaron las mediciones. No obstante, la tendencia consistente indica que aproximadamente dos de cada cinco experimentaron síntomas de ansiedad durante la primera ola.

Bautista-Valdivia et al. (2021) y Alcántara-Morales et al. (2021), documentaron que las mujeres mexicanas presentaron prevalencias de

depresión y ansiedad consistentemente más elevadas que los hombres, con diferencias de entre 8 y 15 puntos porcentuales según los estudios. Los jóvenes universitarios —grupo que la percepción popular asocia con mayor resiliencia— mostraron niveles muy elevados de ansiedad, especialmente vinculados a la incertidumbre académica, el desempleo juvenil y la interrupción de las trayectorias vitales esperadas (Juárez-García et al., 2021; Domínguez-Espinosa et al., 2021). Por último, con tasas menores de síntomas ansiosos que los jóvenes en algunos estudios —posiblemente por mayor tolerancia a la incertidumbre desarrollada a lo largo del ciclo vital—, los adultos mayores presentaron tasas elevadas de depresión asociadas al aislamiento severo, la pérdida de pares y la percepción de ser los más vulnerables ante la enfermedad (Morales-Martínez & González-Celis, 2021).

En población hispanoparlante, el estudio longitudinal COVID-19 Mental Health Impact Study de la Universidad Complutense de Madrid (Sandín et al., 2020a, 2020b), incluyó más de 3,000 adultos españoles y reportó que el 28.7% presentó síntomas de ansiedad generalizada (GAD-7) durante el pico del confinamiento. La intolerancia a la incertidumbre, el tiempo de exposición a noticias sobre COVID-19 y el miedo al contagio fueron los principales predictores. El estudio BIXIGA (Odriozola-González et al., 2020), centrado en estudiantes universitarios españoles, reportó prevalencias del 58.1% de síntomas de ansiedad, siendo estas cifras considerablemente más elevadas que las registradas en población general. El grupo de Valero et al. (2021), documentó el papel mediador de la resiliencia y el apoyo social percibido como factores protectores en esta población. En Argentina, Plomecka et al. (2020) y Fiorillo et al. (2020), documentaron patrones similares a los europeos, con prevalencias ansiosos del 33-40% durante la primera ola. En Colombia, Balluerka Lasa et al. (2020), reporta un 33% de ansiedad moderada-grave.

Tabla 2.

Comparación de prevalencias de síntomas en población hispanohablante durante la primera ola COVID-19

País	Ansiedad (rango %)	Grupo más afectado	Principal predictor
México	17% – 47%	Mujeres / Jóvenes	Pérdida económica / Cuidado
España	28% – 58%	Jóvenes universitarios	Intolerancia incertidumbre
Argentina	33% – 40%	Mujeres / Sector informal	ASPO prolongado
Colombia	30% – 40%	Personas con empleo perdido	Desempleo / Exposición mediática
Perú	35% – 44%	Adultos jóvenes	Miedo COVID / Incertidumbre
Chile	38% – 52%	Mujeres / Antec. psiquiátrico	Días de confinamiento

Nota: elaboración propia

La investigación en este contexto identificó un conjunto de variables predictoras de ansiedad que incluyen factores sociodemográficos (ser joven), biológicos (problemas para conciliar el sueño), afectivos (disforia, afecto negativo), existenciales (pérdida del significado), psicológicos protectores (autocompasión positiva, capacidad de autocuidado) y relacionales (falta de confianza).

En el nivel estructural de vulnerabilidad, el Modelo de Vulnerabilidad-Estrés y la Teoría del Apego explican por qué ciertos individuos —jóvenes, con historia de desconfianza o apego inseguro— ingresan a la situación pandémica con mayor predisposición a la ansiedad. Estas vulnerabilidades de base modulan la forma en que el individuo percibe y procesa la amenaza.

En el nivel cognitivo de procesamiento, la Teoría Cognitiva de Beck explica cómo los esquemas de amenaza y vulnerabilidad generan distorsiones cognitivas que amplifican la ansiedad ante el COVID-19. La falta de confianza y la baja capacidad percibida de autocuidado son expresiones de estos esquemas activados. La Teoría del Manejo del

Terror complementa este nivel al incorporar la dimensión existencial: la pandemia no solo activa esquemas de peligro físico, sino también el terror ante la propia finitud.

En el nivel motivacional y existencial, la Teoría de la Autodeterminación (Deci & Ryan, 2000), explica cómo el distanciamiento social frustra las necesidades básicas de autonomía, competencia y relación, produciendo pérdida del significado, disforia y afecto negativo. Esta frustración motivacional alimenta el estado ansioso al vaciar de sentido la experiencia cotidiana.

En el nivel de la regulación emocional, la Teoría de Gross (1998) y la Teoría de la Autocompasión de Neff (2003), explican tanto los mecanismos que mantienen la ansiedad como los factores que la amortiguan. La disforia y el afecto negativo reflejan una regulación emocional deficiente; la autocompasión positiva, en contraste, actúa como recurso regulador que interrumpe el ciclo ansioso al transformar la relación del individuo con su propio sufrimiento.

Finalmente, en el nivel psicofisiológico, el Modelo de Harvey sobre el insomnio explica el ciclo de retroalimentación entre la ansiedad y los problemas de sueño: la ansiedad deteriora el sueño, y el sueño deteriorado amplifica la vulnerabilidad emocional, cerrando un ciclo que se autopetúa durante el distanciamiento social.

La articulación de estos niveles permite entender la ansiedad durante el distanciamiento social como un fenómeno multideterminado en el que factores de vulnerabilidad, procesamiento cognitivo, necesidades motivacionales, capacidades reguladoras y ciclos psicofisiológicos interactúan dinámicamente.

Método

Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental, transversal, descriptivo. Para ello se aplicó un cuestionario en línea mediante un formulario de Google con un muestreo no probabilístico; se incluyeron

355 participantes, hombres y mujeres de la ciudad de Cuernavaca, Morelos, México. La invitación se realizó a la comunidad de estudiantes, docentes y trabajadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). El criterio de inclusión fue estar inscrito en la facultad de psicología o ser trabajador (Profesor y/o Personal Administrativo) de la UAEM. Todos los participantes dieron su consentimiento informado. La muestra se compuso en su mayoría por mujeres (73.2%), con un rango de edad entre 16-29 años (57.2%), estudiantes (43.7%). En la Tabla 1 se presentan las características socio-demográficas y del contexto de la muestra.

El diseño del cuestionario, incluyó un apartado de datos socio-demográficos y de cuidados durante la pandemia. Se emplearon los siguientes instrumentos de evaluación.

Se aplicó, la escala de ansiedad de Beck (BAI), consta de 21 ítems y es el instrumento más utilizado para la evaluación de la ansiedad, aunque presenta una estructura interna inestable, tiene buenas propiedades psicométricas y está validado en población mexicana (Padrós et al., 2020). El encuestado informa sus síntomas usando una escala de calificación Likert de 4 opciones que va de 0 (nada) a 3 (severamente), obteniendo una puntuación que varía de 0 a 63. La puntuación total puede clasificarse en cuatro grupos: ausencia-mínima (0-5), leve (6-15), moderada (16-30) y Grave (31-33). Es un instrumento que ha demostrado una excelente consistencia interna (α de Cronbach = 0.911).

La personalidad tipo D se evaluó con la Escala DS-14 (DS-14; Denollet, 2005). Valora personalidad tipo D, mediante 14 ítems, (7 Afectos Negativos y 7 Inhibición Social). Cada subescala tiene un punto de corte igual o superior a 10 para clasificar a los sujetos como tipo D. Permite, pues, obtener tres puntuaciones, una puntuación global (personalidad tipo D) y dos específicas, correspondientes a las subescalas Afectos Negativos e Inhibición Social, cabe mencionar que este instrumento se encuentra validado en población mexicana (Juárez-García, 2018). La Desmoralización (24 ítems); explora la incapacidad o incompetencia para enfrentar efectivamente una situación estresante, mediante cinco

dominios con una escala tipo Likert con valores de nunca (0) a Siempre (5), y buenos valores de fiabilidad en la mayoría de los dominios: pérdida de significado en la vida ($\alpha=.86$), disforia ($\alpha=.80$), desánimo ($\alpha=.88$), impotencia ($\alpha=.79$), y sensación de fracaso ($\alpha=.62$) (Palacios-Espinoza et al., 2020). La resiliencia (21 ítems); Mide la habilidad para afrontar el estrés con cuatro dominios: (1) afrontamiento y persistencia ante situaciones de estrés; (2) capacidad de superación y logro de objetivos; (3) valoración positiva y (4) confianza (Gras et al., 2019). La autocompasión (26 ítems) valoró como el entrevistado percibe sus acciones en tiempos difíciles (García-Campayo et al., 2014). Se compone de seis dominios en tres conceptos distintos, pero teóricamente relacionados que presentan buena fiabilidad: humanidad común ($\alpha=.72$), mindfulness ($\alpha=.73$) y amabilidad ($\alpha=.79$). Los cuales tienen su contraparte en auto-juicio ($\alpha=.76$), aislamiento ($\alpha=.77$) y sobre-identificación ($\alpha=.76$). Calificados con una escala Likert de 5 opciones, casi nunca (1) a todo el tiempo (5).

El análisis estadístico se aplicó considerando la naturaleza de los datos, como primer paso se verificó la normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, posterior a esto se realizó la descripción de la muestra con un análisis de frecuencias de las escalas aplicadas, el siguiente paso fue un análisis bivariado por nivel de ansiedad de los participantes, para ello se usó la prueba de chi-cuadrada o Fisher, para variables categóricas. Para conocer las relaciones entre las variables estudiadas se aplicó un análisis de correlación de Spearman. Posteriormente se realizó un modelo de regresión lineal múltiple para determinar los predictores de la ansiedad. El análisis se realizó mediante el método introducir. Se usaron como variables independientes una a la vez, los datos sociodemográficos: sexo, edad, escolaridad, ocupación, problemas de sueño, empleo, miedo al contagio y capacidad para cuidarse. Además, las subdimensiones de la escala de desmoralización, personalidad tipo D, resiliencia y autocompasión. La ansiedad como variable dependiente. Además, se realizó un diagnóstico de colinealidad (VIF) y el estadístico de Durbin-Watson (cerca de 2.0) como medida de colinealidad e independencia del modelo.

Resultados

En el análisis inicial de los datos observamos que las variables medidas no presentaron normalidad estadística, de acuerdo a la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0.005$) por ello los análisis bivariados se realizaron con estadística no-paramétrica.

En la Tabla 3 se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar por el nivel de ansiedad, la cual se presenta con mayor frecuencia en mujeres, con un rango de edad entre 16-29 años, solteras, estudiantes, sin empleo y que reporta problemas para conciliar el sueño.

Tabla 3.
Características sociodemográficas de la muestra por nivel de ansiedad.

Variable	Ansiedad	Ocupación				Total n=355	X (p)
		Mínima n= 86	Leve n= 126	Moderada n= 88	Severa n= 55		
Sexo	Hombre	39 (11.0)	30 (8.5)	16 (4.5)	10 (2.8)	95 (26.8)	0.001
	Mujer	47 (13.2)	96 (27.0)	72 (20.3)	45 (12.7)		
Edad	16-29	40 (11.3)	52 (14.7)	66 (18.6)	45 (12.7)	203 (57.2)	0.001
	30-40	8 (2.3)	31 (8.7)	7 (2.0)	6 (1.7)		
	41+	38 (10.7)	43 (12.1)	15 (4.2)	4 (1.1)		
Ocupación	Estudiante	26 (7.3)	42 (11.8)	51 (14.4)	36 (10.14)	155 (43.7)	0.001
	Hogar	10 (2.8)	15 (4.2)	7 (2.0)	2 (0.6)		
	Profesor	25 (7.0)	36 (10.1)	20 (5.6)	14 (3.9)		
	Empleado	25 (7.0)	33 (9.3)	10 (2.8)	3 (0.9)		
	UAEM						
Estado Civil	Soltero				48 (13.5)	229 (64.5)	0.001
	Casado	48 (13.5)	66 (18.6)	67 (18.9)	11 (3.1)		
	Unión	25 (7.4)	38 (10.7)	11 (3.1)	4 (1.1)		
	Libre	8 (2.3)	17 (4.8)	7 (2.0)	2 (0.6)		
	Divorciado/Viudo	5 (1.4)	5 (1.4)	3 (0.9)	1 (0.3)		
Residencia	Cuernavaca	41 (11.6)	59 (16.6)	44 (12.4)	28 (7.9)	172 (48.5)	0.946
	Municipio	45 (12.7)	67 (18.9)	44 (12.4)	27 (7.6)		

Variable	Ansiedad	Ocupación				Total n=355	X (p)
		Mínima n= 86	Leve n= 126	Moderada n= 88	Severa n= 55		
Covid-19*	Si	77 (21.8)	117 (33.1)	80 (22.6)	52 (14.7)	326 (92.1)	0.722
	No	9 (2.5)	9 (2.5)	7 (2.0)	3 (0.9)	28 (7.9)	
Sueño*	Si	23 (6.5)	78 (22.1)	66 (18.7)	49 (13.8)	216 (61.2)	0.001
	No	62 (17.6)	47 (13.3)	22 (6.2)	6 (1.7)	137 (38.8)	
Empleo	Si	21 (6.0)	20 (5.7)	26 (7.4)	24 (6.8)	91 (25.8)	0.001
	No	65 (18.4)	106 (30.0)	60 (17.0)	31 (8.8)	262 (74.2)	

Nota: elaboración propia

Covid-19: Se preguntó si padeció covid-19 o tenían familiares con la enfermedad; Sueño: hace referencia a si tenían problemas para conciliar el sueño; Empleo: Se preguntó si perdieron el empleo durante el período de confinamiento; X(p): Chi-cuadrada (significancia dos colas); Algunas variables (sueño y empleo) no suman 355 casos por presentar datos faltantes.

Se puede observar en las correlaciones de Spearman, que las variables que mayor relación muestran con la ansiedad son las subdimensiones de la escala de desmoralización: pérdida de significado en la vida, disforia, desánimo, impotencia, y sensación de fracaso. Le siguen las subescalas de la personalidad tipo D: afectos negativos e inhibición social. Las subdimensiones de las escalas de resiliencia y autocompasión muestran correlaciones inversas con la ansiedad

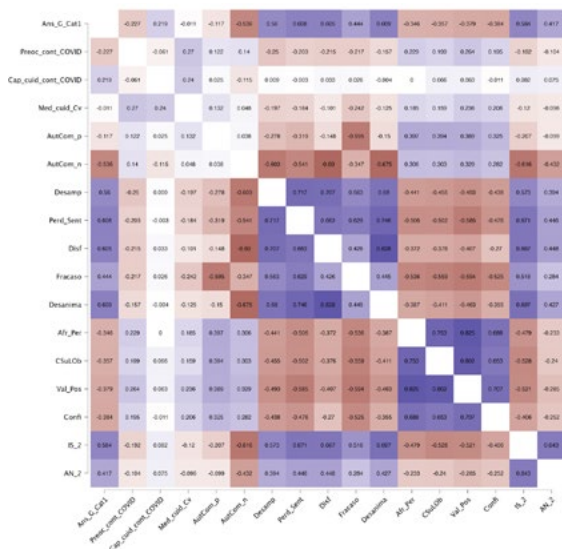


Figura 1. Mapa de calor de las correlaciones de Spearman's rho
 Nota: elaboración propia
 Ans_G_Cat1: Puntuación de ansiedad;
 Preoc_cont_COVID: Preocupación de contagiarse de COVID-19; Cap_cuid_cont_COVID: Capacidad para cuidarse de un contagio de covid; Med_cuid_Cv: Medidas de cuidado para no contagiarse de COVID-19; AutCom_p: Auto-compasión positiva; AutCom_n: Auto-compasión negativa; Desamp: Desamparo; Perd_Sent: Pérdida del Sentido; Disf: Disforia. Desanima: Desanimado; Afr_Per: Afrontamiento percibido; CsuLob: capacidad de superación y logro de objetivos; Val_Pos: Valoración positiva; Conf: Confianza; IS_2: Inhibición Social; AN_2: Afectos Negativos.

En el modelo de regresión, se consideraron como variables predictoras las variables demográficas: sexo, edad, escolaridad, ocupación, problemas de sueño, miedo al contagio y capacidad para cuidarse. Además, las subdimensiones de la escala de desmoralización: pérdida de significado en la vida, disforia, desánimo, impotencia, y sensación de fracaso. Las subescalas de la personalidad tipo D: afectos negativos e inhibición social y las escalas de resiliencia: afrontamiento y persistencia ante situaciones de estrés, capacidad de superación y logro de objetivos, valoración positiva y confianza. Por último, la escala de autocompasión: positiva y negativa.

Tabla 4.
Modelo de regresión de los predictores de ansiedad (n =314).

Variable	C on ES	B	t	p	95% IC
(Constante)	6.576 (4.156)				
Edad	-1.572 (0.609)	-0.111	-2.583	0.010	-2.770; -0.374
Problemas de sueño	4.701 (1.073)	0.186	4.382	0.001	2.590; 6.812
Disforia	0.976 (0.191)	0.280	5.106	0.001	0.600; 1.353
Perdida Significado	0.562 (0.144)	0.232	3.908	0.001	0.279; 0.845
Confianza	-0.894 (0.341)	-0.126	-2.622	0.009	-1.565; -0.223
Autocompasión Positiva	0.125 (0.053)	0.102	2.337	0.020	0.020; 0.229
Afecto Negativo	0.250 (0.118)	0.094	2.122	0.035	0.018; 0.482
Cuidarse de contagio	1.012 (0.210)	0.193	4.819	0.001	0.599; 1.425
F	32.119				
R2 ajustado	0.526				
Durbin-Watson	1.984				

Nota: elaboración propia

En el modelo de regresión se observó que el ser joven, con problemas para conciliar el sueño, presentar disforia, perdida del significado, afecto negativo autocompasión positiva y la capacidad para cuidarse de un contagio; Así como la falta de confianza son variables predictoras de una mayor ansiedad. El modelo explica un 52.6% de la varianza.

Discusión

El estudio revela un patrón complejo de factores psicológicos asociados a la ansiedad durante el distanciamiento social impuesto por la pandemia de COVID-19. Los hallazgos confirman que ser mujer joven, estudiante, con dificultades para conciliar el sueño, disforia, perdida del significado, afecto negativo, autocompasión positiva, percibirse con poca capacidad de autocuidado frente al contagio y falta de confianza, son predictores de la ansiedad en este contexto.

El hallazgo de que la ansiedad fue mayor en mujeres jóvenes estudiantes constituye un resultado de relevancia clínica y social, al ser un patrón consistente con investigaciones previas de contextos pandémicos y no pandémicos, donde además se presentan más trastornos internalizantes que los hombres (Garbocy et al., 2021; McLean et al., 2011; Xiong et al., 2020; Matud et al., 2022; Pierce et al., 2020). Este resultado puede comprenderse desde el modelo de estrés-vulnerabilidad

diferencial propuesto por Kendler et al. (2001), el cual sugiere que las mujeres presentan mayor reactividad al estrés interpersonal y mayor sensibilidad a la ruptura de vínculos sociales. El distanciamiento social, al eliminar los canales habituales de apoyo y contacto afectivo, pudo haber afectado de manera más pronunciada a las mujeres, quienes tienden a emplear estrategias de afrontamiento centradas en la búsqueda de apoyo social (Taylor et al., 2000). Desde la Teoría de la Autodeterminación (Deci & Ryan, 2000), la frustración de la necesidad básica de relacionarse —particularmente agudizada en el confinamiento— explicaría esta mayor vulnerabilidad.

El rango de edad de 16 a 29 años como grupo de mayor afectación es coherente con estudios que documentan el impacto desproporcionado de la pandemia en adultos jóvenes y adolescentes (Racine et al., 2021). Esta franja etaria se encuentra en un período de consolidación de la identidad y de las redes sociales, procesos profundamente perturbados por el aislamiento. Desde la perspectiva de la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson, las tareas normativas de esta etapa —como la construcción de intimidad y la definición de roles sociales— quedaron interrumpidas, generando incertidumbre sobre el futuro y estados ansiosos. Adicionalmente, el contexto educativo actúa como estructura organizadora del tiempo y la identidad en esta población, y su disrupción abrupta contribuye a la desorientación existencial descrita por Frankl (1991), en situaciones de vacío de sentido.

La condición de estudiante como variable asociada a mayor ansiedad refuerza lo anterior. Los entornos académicos funcionan como espacios de pertenencia, validación social y estructuración temporal. Su pérdida repentina activa lo que la Teoría de la Regulación del Significado de Park (2005), denomina discrepancia entre el significado situacional y el significado global: cuando una situación viola las expectativas y metas de vida del individuo, emerge el malestar emocional hasta que se logra —o no— una reintegración significativa. La vida universitaria organiza de manera central la satisfacción de las tres necesidades psicológicas básicas: la autonomía se expresa en la exploración identitaria y la toma de decisiones vocacionales; la competencia

se construye a través del desempeño académico y el dominio de nuevas habilidades; y la necesidad de relación se satisface primordialmente a través del vínculo con pares. El distanciamiento social interrumpió abruptamente estas tres fuentes de satisfacción motivacional, generando en los estudiantes una privación psicológica simultánea y multidimensional (Odrizola-Gonzalez et al., 2020; Cao et al., 2020).

La dificultad para conciliar el sueño como variable asociada a la ansiedad en esta muestra apunta a los procesos de hiperactivación cognitiva descritos por el modelo neurocognitivo del insomnio (Harvey, 2002). La activación del Sistema de Inhibición Conductual (BIS) propuesto por Gray y McNaughton (2000), explica de manera coherente cómo la amenaza difusa y persistente del COVID-19, combinada con el aislamiento, mantiene al organismo en un estado de alerta que interfiere con el ciclo sueño-vigilia. La rumiación, característica de la ansiedad generalizada, prolonga el estado de hipervigilancia nocturna, estableciendo un ciclo de retroalimentación entre sueño deficiente y ansiedad creciente.

Se observó que los subdimensiones de la escala de desmoralización —pérdida de significado en la vida, disforia, desánimo, impotencia y sensación de fracaso— correlacionan positivamente con la ansiedad. Este hallazgo encuentra sólido sustento teórico en la Logoterapia de Viktor Frankl (1991), quien postuló que la ausencia de sentido vital —denominada vacío existencial— constituye una fuente primaria de sufrimiento psicológico. Durante el distanciamiento social, las rutinas, los proyectos y los vínculos que otorgaban significado a la vida cotidiana fueron abruptamente suspendidos, precipitando estados de desmoralización que funcionan como terreno fértil para la ansiedad.

La pérdida de significado en la vida como predictor destacado es consistente con la Teoría de la Regulación del Significado de Park (2005), quien distingue entre creencias globales —visión del mundo, metas vitales— y la evaluación de eventos específicos. Cuando la pandemia y el confinamiento generan una ruptura entre ambos niveles, el individuo experimenta distrés hasta que logra reinterpretar la situación de manera coherente con sus marcos de referencia. La incapacidad

para realizar esta reintegración, representada en la desmoralización, se manifiesta en ansiedad sostenida.

La disforia —estado afectivo caracterizado por malestar generalizado, irritabilidad y ausencia de placer— actúa como amplificador emocional de los estresores contextuales. Desde el modelo cognitivo de Beck (1979), los esquemas cognitivos negativos activados por la disforia sesgan el procesamiento de la información hacia amenazas, magnificando la percepción de peligro e incertidumbre inherente al contexto pandémico. La ansiedad resultante refleja, en parte, esta distorsión cognitiva sostenida.

El desánimo y la impotencia remiten al constructo de indefensión aprendida formulado por Seligman (1975), posteriormente reformulado en términos atribucionales por Abramson et al. (1978). Cuando el individuo percibe que sus acciones no tienen efecto sobre los eventos —como ocurre ante una amenaza viral invisible e incontrolable— se instala la expectativa de incontrolabilidad futura, que alimenta tanto la depresión como la ansiedad. El distanciamiento social intensificó esta percepción al eliminar la posibilidad de ejecutar conductas habituales de afrontamiento activo. La sensación de fracaso, por su parte, activa esquemas de autoevaluación negativa que, según la Teoría Cognitivo-Social de Bandura (1997), erosionan la autoeficacia percibida, reduciendo la capacidad subjetiva para hacer frente a la adversidad y potenciando la respuesta ansiosa.

La personalidad Tipo D se caracteriza precisamente por la tendencia a experimentar emociones negativas (afecto negativo) y a inhibir su expresión en contextos sociales (inhibición social), combinación que genera una carga psicológica crónica con consecuencias sobre la salud mental y física (Denollet, 2005). El afecto negativo, constituye un factor de vulnerabilidad transdiagnóstico ampliamente documentado (Clark & Watson, 1991). Su correlación con la ansiedad en este contexto es consistente con el modelo tripartito de la ansiedad y la depresión, que identifica el afecto negativo elevado como componente compartido de ambos cuadros. En situaciones de estrés crónico como

el confinamiento pandémico, la reactividad emocional negativa característica de este rasgo amplifica la experiencia de amenaza y reduce la capacidad de regulación emocional.

En la escala de resiliencia se observan correlaciones inversas con la ansiedad, resultado que es coherente con la extensa literatura sobre el papel amortiguador de la resiliencia ante el estrés (Bonanno, 2004; Connor & Davidson, 2003). La flexibilidad cognitiva, la capacidad de reencuadre positivo y la competencia percibida para resolver problemas —componentes centrales de la resiliencia— operan como factores protectores que moderan la respuesta ansiosa ante la adversidad.

En lo que respecta a la autocompasión, sus correlaciones inversas con la ansiedad son consistentes con los postulados de Neff (2003), quien conceptualizó la autocompasión como una disposición a tratarse a uno mismo con amabilidad ante el sufrimiento, reconocer la humanidad compartida del dolor y mantener una atención plena equilibrada ante las emociones difíciles. Este marco teórico predice menores niveles de ansiedad en personas con alta autocompasión, dado que esta reduce la autocrítica rumiativa y facilita la regulación emocional adaptativa (Neff & Germer, 2013). Sin embargo, la autocompasión positiva emerge como predictor de mayor ansiedad en el análisis de regresión merece una interpretación cuidadosa. Una posible explicación es que, en contextos de amenaza sostenida como el confinamiento pandémico, la autocompasión pueda operar como estrategia de regulación orientada a la aceptación que, paradójicamente, reduce la motivación para ejecutar conductas activas de afrontamiento (Gross, 1998). Al atenuar la respuesta de alarma sin resolver la fuente de estrés, podría mantenerse una activación ansiosa subyacente. Esta interpretación es coherente con la hipótesis de la reaseguración cíclica (Coyne, 1976, adaptada al contexto de la autorregulación), según la cual la autotranquilización reiterada puede reforzar la percepción de vulnerabilidad en lugar de neutralizarla. Alternativamente, este resultado puede reflejar un efecto de tercera variable o una relación de causalidad inversa: las personas con mayor ansiedad podrían haber recurrido activamente a la autocompasión como estrategia de afrontamiento reactiva, lo que explica-

ría su aparición como predictor positivo en el modelo de regresión sin que implique necesariamente una relación causal directa.

La asociación entre la falta de confianza y niveles más elevados de ansiedad encuentra respaldo en varios marcos teóricos convergentes. Desde la Teoría de la Intolerancia a la Incertidumbre de Dugas et al. (2004), la desconfianza —tanto interpersonal como institucional— amplifica la intolerancia ante situaciones ambiguas, que es precisamente el mecanismo cognitivo central en el mantenimiento de la ansiedad generalizada. En un contexto de pandemia, donde la información era cambiante, contradictoria y frecuentemente alarmante, la desconfianza en las instituciones de salud y en los otros generó una exposición crónica a la incertidumbre sin recursos cognitivos para tolerarla.

La Teoría del Apego de Bowlby (1969), en su extensión a la adultez desarrollada por Mikulincer y Shaver (2007), ofrece otra perspectiva complementaria: las personas con estilos de apego inseguro —caracterizados precisamente por la desconfianza en la disponibilidad de figuras de apoyo— presentan mayor activación del sistema de apego ante situaciones de amenaza. Al impedir el distanciamiento social el acceso a las figuras de apoyo habituales, las personas con baja confianza interpersonal quedaron sin los recursos relacionales que normalmente regulan externamente su ansiedad, con lo cual esta se intensificó. Adicionalmente, desde la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1997), la baja confianza en las propias capacidades —baja autoeficacia— ante una amenaza percibida como incontrolable predice mayores niveles de ansiedad, al evaluar el individuo sus recursos como insuficientes frente a las demandas del entorno.

Los hallazgos pueden articularse dentro de un modelo de estrés-vulnerabilidad en el que el distanciamiento social actúa como estresor contextual de alta magnitud que activa y amplifica las vulnerabilidades psicológicas preexistentes. La desmoralización —con sus dimensiones de pérdida de significado, disforia, desánimo, impotencia y sensación de fracaso— representa la vulnerabilidad cognitivo-existencial central; la personalidad Tipo D aporta la vulnerabilidad tem-

peramental a través del afecto negativo y la inhibición social; la falta de confianza y la baja autoeficacia constituyen el amplificador cognitivo de la amenaza; y la dificultad para conciliar el sueño refleja y retroalimenta la hiperactivación autonómica subyacente. La resiliencia y la autocompasión, por su parte, emergen como recursos protectores que modulan la respuesta ansiosa, aunque la relación compleja de la autocompasión positiva con la ansiedad sugiere que su función protectora puede verse comprometida en contextos de estrés crónico e incontrolable.

Estos datos subrayan la necesidad de intervenciones psicológicas diferenciadas, con especial atención a mujeres jóvenes y estudiantes. Las intervenciones basadas en la construcción de significado (Park & Folkman, 1997), el fortalecimiento de la resiliencia (Southwick & Charney, 2012), el entrenamiento en tolerancia a la incertidumbre (Dugas et al., 2004) y el trabajo sobre las necesidades de apego y confianza interpersonal representan vías terapéuticas con respaldo empírico para la población afectada por la ansiedad en contextos de distanciamiento social.

El abordaje de los problemas de sueño debería ser un componente explícito de cualquier intervención dirigida a reducir la ansiedad en estos contextos, no solo como objetivo en sí mismo, sino como estrategia de interrupción del ciclo de mantenimiento ansioso. La Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I) ha mostrado eficacia en formato breve y en modalidad digital, lo que la hace especialmente adecuada para contextos de distanciamiento (Espie et al., 2019). Las intervenciones deberían contemplar además el fortalecimiento del sentido de vida y de la confianza como objetivos terapéuticos explícitos, mediante enfoques como la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2012) o la Logoterapia (Frankl, 1991).

Limitaciones

Respecto a las limitaciones del estudio, el diseño transversal no permite establecer relaciones de causalidad entre las variables predic-

toras y la ansiedad, sino únicamente relaciones de asociación y predicción en un momento determinado. La dirección de los efectos entre los problemas de sueño y la ansiedad, o entre la pérdida de significado y el afecto negativo, requiere estudios longitudinales para ser establecida con mayor precisión. Asimismo, la muestra predominantemente compuesta por mujeres jóvenes estudiantes limita la generalización de los resultados a otras poblaciones. Estudios futuros deberían examinar estos predictores en muestras más diversas en cuanto a género, edad y condición socioeconómica, así como explorar el papel mediador del sueño y de la autocompasión en la relación entre las vulnerabilidades estructurales y la ansiedad.

Conclusión

El presente estudio contribuye a la comprensión de la ansiedad durante el distanciamiento social por COVID-19 al identificar un perfil de riesgo en el que factores sociodemográficos, afectivos, existenciales, relacionales y psicofisiológicos convergen de manera articulada. La mayor vulnerabilidad de las mujeres jóvenes estudiantes, el papel central del sueño como mecanismo de mantenimiento, el rol protector de la autocompasión y la autoeficacia de autocuidado, y el peso de la falta de confianza como predictor relacional constituyen hallazgos que encuentran soporte consistente en el marco teórico propuesto. La ansiedad en contextos de aislamiento no puede comprenderse exclusivamente como una respuesta al miedo al contagio: es también expresión de una privación motivacional profunda, de un colapso del sentido ordinario de la existencia y de la fragilidad de los recursos intrapersonales e interpersonales con que los individuos regulan su relación con la amenaza y la incertidumbre. Esta comprensión multidimensional debería orientar tanto la investigación futura como el diseño de políticas de salud mental en contextos de crisis sanitaria.

Referencias

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49–74.
- Alcántara-Morales, A., Cruz-Salgado, O., & Romero-Mendoza, M. (2021). Salud mental de las mujeres durante la pandemia por COVID-19 en México: Estudio transversal. *Salud Pública de México, 63*(4), 512–521. <https://doi.org/10.21149/12356>
- Balluerka Lasa, N., Gómez-Benito, J., Hidalgo-Montesinos, M. D., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. L., & Santed Germán, M. A. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Universidad del País Vasco – Servicio Editorial.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Barragán Becerril, A. B., González-Forteza, C., & Wagner, F. (2021). Depresión y ansiedad en adultos mexicanos durante la pandemia por COVID-19: Prevalencia y factores asociados. *Revista de Investigación en Psicología, 24*(1), 45–60. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v24i1.20251>
- Bautista-Valdivia, C., Cruz-Torres, C., & López-Morales, H. (2021). Carga de cuidado, género y salud mental en México durante el confinamiento por COVID-19. *Género y Salud en Cifras, 19*(1), 4–18.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*(1), 20–28.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research, 287*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>

- Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J., García-Cadena, C. H., Cabrera-Orosco, I., Arias-Gallegos, W. L., & Reyes-Bossio, M. (2021). Invarianza de la medición del PHQ-2 en adultos peruanos y mexicanos durante la pandemia por COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 47(1).
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39(1), 28–40.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89–97.
- Domínguez-Espinosa, A. C., Vera-Villarroel, P., & González-Forteza, C. (2021). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios mexicanos durante la pandemia por COVID-19 y sus factores asociados. *Psicología Iberoamericana*, 29(2), 1–15. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i2.438>
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin, (eds.). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143–163). Guilford Press.

- Espie, C. A., Emsley, R., Kyle, S. D., Gordon, C., Drake, C. L., Siriwardena, A. N., Henry, A. L., Luik, A. I., Hames, P., Biello, S., & Bastien, C. (2019). Effect of digital cognitive behavioral therapy for insomnia on health, psychological well-being, and sleep-related quality of life. *JAMA Psychiatry*, *76*(1), 21–30. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2745>
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- Freeston, M., Tiplady, A., Mawn, L., Bottesi, G., & Thwaites, S. (2020). Towards a model of uncertainty distress in the context of coronavirus (COVID-19). *The Cognitive Behaviour Therapist*, *13*. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000495>
- Garbocyz, S., Szeman-Nagy, A., Ahmad, M. S., Harsanyi, S., Ocsenas, D., Rekenyi, V., Al-Tammemi, A. B., & Kolozsvari, L. R. (2021). Health anxiety, perceived stress, and coping styles in the shadow of the COVID-19. *BMC Psychology*, *9*(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00560-3>
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, *12*. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- González-Ramírez, M. T., Martínez-Arriaga, R. J., Hernández-González, M. A., & De la Roca-Chiapas, J. M. (2021). Psychological distress and signs of post-traumatic stress in response to the COVID-19 health emergency in a Mexican sample. *Psychology Research and Behavior Management*, *14*, 103–113. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S287382>
- Gras, M. E., Font-Mayolas, S., Baltasar, A., Patiño, J., Sullman, M. J., & Planes, M. (2019). The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) amongst young Spanish adults. *Clínica y Salud*, *30*(2), 73–79. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a11>

- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford University Press.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 869–893. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00061-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00061-4)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- INEGI. (2021). *Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021: Resultados principales*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <https://www.inegi.org.mx/investigacion/bienestar/>
- Juárez-García, A., Merino-Soto, C., & Brito-Ortíz, J. F. (2021). Intolerancia a la incertidumbre, miedo al COVID-19 y salud mental en universitarios mexicanos durante el confinamiento. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(1), 50–62.
- Juárez-García, A., Merino-Soto, C., & Neri Uribe, J. (2018). Adaptación y validez de la Escala de Personalidad Tipo D (DS-14) en una muestra mexicana. *Liberabit*, 24(2), 321–339. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n2.11>
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Prescott, C. A. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 587–593.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y salud mental: ¿Qué sabemos actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 133–140. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4423>

- Matud, M. P., Diaz, A., Bethencourt, J. M., & Ibanez, I. (2022). Stress and psychological distress in emerging adulthood: A gender analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(1). <https://doi.org/10.3390/jcm11010306>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., & Zambrano, J. (2022). Trastornos mentales en la pandemia de COVID-19: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua (ENSANUT-Continua 2020). *Salud Pública de México*, 64(2), 149–158. <https://doi.org/10.21149/13524>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Morales-Martínez, G. E., & González-Celis, A. L. (2021). Bienestar psicológico y afrontamiento en adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19 en México. *Psicogeriatría*, 11(3), 101–109.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44.
- Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research*, 290. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>

- 166
CAPÍTULO 8
- Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K. S., Bravo Calderón, M. A., & Martínez Medina, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Palacios-Espinosa, X., Sánchez Pedraza, R., & Rodríguez, C. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Desmoralización (DS-II versión español-Colombia) para pacientes oncológicos que reciben cuidado paliativo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(3), 1-18.
- Park, C. L. (2005). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues*, 61(4), 707-729.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S., & Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883-892.
- Plomecka, M. B., Gobbi, S., Neckels, R., Radziński, P., Skórko, B., Lazzeri, S., ... & Jawaid, A. (2020). Mental health impact of COVID-19: A global study of risk and resilience factors. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.05.05.20092023>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142-1150.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, E., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>

- Ramos-Lira, L., López-Mendoza, J., Villatoro-Velázquez, J. A., & González-Forteza, C. (2020). Estrategias de afrontamiento ante el confinamiento por COVID-19 y su relación con el bienestar emocional en población adulta de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 43(5), 225–234. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.030>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & García-Escalera, J. (2020). Abordaje de la intolerancia a la incertidumbre en el contexto de la crisis de COVID-19. *Psicología Conductual*, 28(3), 601–622.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al período de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1–22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W. H. Freeman.
- Soria-Reséndiz, A., Cruz-Torres, C. E., & Montoya-Pérez, R. (2022). Factores asociados a la depresión y ansiedad en adultos mexicanos durante las primeras fases de la pandemia por COVID-19. *Atención Familiar*, 29(1), 11–18. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2022.1.81098>
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge University Press.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107(3), 411–429.
- Valero, S., Marín, J. L., Varo, C., & McKenna, P. J. (2021). Resilience and perceived social support as protective factors against mental health impact of COVID-19 in Spain. *Brain Sciences*, 11(12). <https://doi.org/10.3390/brainsci11121666>

- 168
CAPITULO 8
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Jacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Norma Betanzos Díaz

Universidad Autónoma del Estado de Morelos | Morelos | México
normabetanzos@uaem.mx
<https://orcid.org/0000-0003-2125-7553>

Francisco Paz Rodríguez

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía | Ciudad de México | México
fpaz@innn.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0003-4424-7067>

Predictor Variables of Anxiety during Social Distancing due to COVID-19 in Men and Women from Cuernavaca, Morelos

Abstract

The first wave of the COVID-19 pandemic in Mexico (March–August 2020) created environmental and psychological conditions conducive to an increase in anxiety symptoms across various population groups, particularly among women, young people, and university workers. The situation in Morelos was no different; therefore, a sample of workers and students from the UAEM was invited to participate in an online survey. The objective was to determine the predictors of anxiety caused by social distancing. Through a descriptive cross-sectional study, data were collected on sociodemographic characteristics, COVID-19 prevention behaviors, anxiety, Type D personality, resilience, demoralization, and self-compassion. Of the respondents, 15.4% presented severe anxiety. The regression model revealed that being a young woman, having sleep difficulties, presenting dysphoria, loss of meaning, negative affect, low self-compassion, and the perceived ability to protect oneself from infection were predictor variables. Additionally, lack of confidence was related to higher anxiety. This anxiety is also an expression of profound motivational deprivation, a collapse of the ordinary meaning of existence, and the fragility of the intrapersonal and interpersonal resources with which individuals regulate their relationship with threat and uncertainty.

Keywords: Anxiety; COVID-19; Pandemic; Social distancing; Type D personality

Variáveis Preditoras da Ansiedade durante o Distanciamento Social por COVID-19 em Homens e Mulheres de Cuernavaca, Morelos

Resumo

<Palavras-chave: Ansiedade; COVID-19; Pandemia; Distanciamento social; Personalidade tipo D

Capítulo 9

La salud en riesgo: malas prácticas en el comercio de medicamentos en el Perú

Jose Luis Santivañez Sanchez, José Eladio Luna Palacios, Leida Yazury Ramirez Pujaico, Piero Alexander Santivañez Sanchez, Josue Renato Montoya Sanchez, Javier Aparicio Cruz Mogollón

Santivañez Sanchez, J. L., Luna Palacios, J. E., Ramírez Pujaico, L. Y., Santivañez Sanchez, P. A., Montoya Sanchez, J. R., & Cruz Mogollón, J. A. (2026). ULa salud en riesgo: malas prácticas en el comercio de medicamentos en el Perú. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinares en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*, (pp. 172-194). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c813>



09

Resumen

En el Perú, la industria farmacéutica no solo representa un sector dentro de la cadena de valor de la salud y en la creación de empleo para la población, sino que ha experimentado un crecimiento sostenido en las últimas décadas. Uno de los fenómenos presentes en la industria farmacéutica es la concentración y colusión empresarial que influyen en la determinación de los precios de los medicamentos afectando a una población en particular. Estas empresas que abusan de la posición de dominio elevan los precios de los medicamentos de forma injustificada. En este escenario, surge la necesidad de sancionar administrativamente a las empresas que incurrir en esta infracción y, a la vez, de promocionar el uso de medicamentos genéricos. Por tal razón, se planteó como objetivo describir cómo se manifiestan las malas prácticas en el comercio de medicamentos en el Perú. Desde la metodología, enfoque cualitativo, nivel descriptivo y técnica documental. Se concluyó que, las malas prácticas en el comercio de medicamentos en el Perú representan un problema que afecta tanto el funcionamiento del mercado farmacéutico como el acceso de la población a tratamientos seguros y asequibles a cualquier nivel socioeconómico. Estas prácticas se manifiestan en diversas formas, entre las que destacan la colusión entre empresas para fijar precios, el abuso de la posición de dominio en la concentración de empresas y la promoción indebida de productos más costosos cuando existen alternativas genéricas equivalentes.

Palabras clave: empresa; industria farmacéutica; medicamento; mercado; salud.

Introducción

El mercado farmacéutico se posiciona un lugar particular en las economías modernas, debido que no consiste en un sector aleatorio, sino de uno que implica en la creación y distribución de los bienes que garantizan directamente la vida y la salud de una población.

A nivel mundial, la industria orientada a la elaboración de sustancias químicas medicinales se encuentra estructurado sobre el sustento de la investigación y el desarrollo (I+D). Estos procesos exigen grandes inversiones económicas, periodos prolongados de ejecución y, asimismo, altos niveles de riesgo para los participantes (Bosch, 2017).

Dada las exigencias tecnológicas y científicas, muy pocas empresas son capaces de orientarse a la elaboración de sustancias químicas medicinales. A lo largo de los años, esta dinámica ha permitido en la concentración de la producción en grandes corporaciones transnacionales con significativo poder dentro de las dinámicas del mercado, provocando imperfecciones estructurales y nuevos escenarios de competencia limitada, específicamente en países con altos niveles de desarrollo (Huarag, 2018).

En este escenario, la elaboración de medicamentos no puede considerarse únicamente en el sector privado sometido a las reglas ordinarias del mercado, dado que el precio del producto representa en gran parte una barrera de acceso a la salud, especialmente en países donde se evidencia que la población recibe ingresos bajos y medios.

En América Latina, uno de los fenómenos presentes en la industria farmacéutica es la concentración empresarial. El fenómeno de la concentración empresarial consiste en la presencia de reducidos actores con alto poder en el mercado que ha configurado estructuras oligopólicas que dificultan la competencia perfecta.

En Ecuador, existen aproximadamente cuatro grandes empresas que cuentan con la capacidad para concentrar gran parte el mercado, lo que limita el crecimiento de pequeñas y medianas empresas y, a la

vez, restringe la sustitución de importaciones (Alvarado, 2023). De forma paralela, dado el incremento del gasto público en salud por parte del Estado y el incremento de la población han dinamizado la demanda de los medicamentos, promoviendo la producción de medicamentos genéricos como una alternativa para reducir el alto costo (Vite-Vera & Párraga-Fernández, 2019).

La regulación de los medicamentos alternativos exige que las decisiones técnicas en materia farmacéutica también incluyan una dimensión política y económica. A esto se incluye la densa relación que existe entre los laboratorios y las cadenas de farmacias, donde pueden concretarse prácticas verticales restrictivas, tales como acuerdos para privilegiar medicamentos de mayor precio o limitar la difusión de los medicamentos genéricos, afectando directamente el acceso de una población específica (Sánchez et al., 2019).

Estas tendencias mundiales y regionales adquieren relevancia al momento de evidenciarse en el territorio peruano. En el Perú, la industria farmacéutica no solo representa un sector dentro de la cadena de valor de la salud y en la creación de empleo para la población, sino que ha experimentado un crecimiento sostenido en las últimas décadas, llegando a cifras de facturación significativas (Miranda, 2005).

Sin embargo, el mercado granes indicios de alta concentración de la industria farmacéutica. Ya en 2015, más del 60% de las ventas se presentaban en farmacias y boticas del sector privado, y una mayor proporción correspondía a cadenas, pese a que los establecimientos independientes eran numéricamente superiores (Balbin et al., 2020). Posteriormente, a lo largo de los años se ha evidencia el fenómeno de las fusiones y las adquisiciones —como la consolidación del grupo Intercorp a través de InRetail— aumentando sustancialmente la participación de mercado un solo conglomerado, promoviendo el debate sobre los riesgos de la monopolización de la industria farmacéutica (Bravo, 2023).

En este escenario de concentración de empresas, el Estado ha instaurado de forma progresiva distintos mecanismos regulatorios para

garantizar la libre competencia. Tras la implementación del Decreto de Urgencia 13-2019 y de la Ley 31112, se instauró el control previo de las fusiones en los distintos sectores económicos para evaluar su repercusión en la sociedad. De igual manera, se han establecido un conjunto de normas que han reconocido a los medicamentos como bienes esenciales que garantizan el derecho a la salud y, además, han promovido el uso de medicamentos genéricos.

Añadiendo lo mencionado, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (en adelante Digemid) conduce un Observatorio de Precios de Medicamentos del Ministerio de Salud que ha establecido un catálogo de más de 10 mil productos en más de 30 mil farmacias, boticas y farmacias de establecimientos de salud autorizadas a nivel nacional (Ministerio de Salud, s.f.).

No obstante, en el Perú no existe una regulación directa de los precios de los medicamentos, y la eficacia de los instrumentos resultan limitados frente a las nuevas prácticas de colusión y la poca difusión de la información. La problemática de la concentración y la colusión en el mercado farmacéutico peruano plantea nuevos desafíos orientados en la libre competencia y en la protección de la salud de una población.

Si bien la Constitución Política de 1993 permite la posición de dominio, pero prohíbe su abuso, esta exige que se realice una vigilancia constante frente a prácticas exclusorias o explotativas, tanto horizontales como verticales. La libre competencia no solo impacta entre las personas jurídicas o en los precios de los medicamentos, sino también influye en la calidad del producto y la innovación científica o tecnológica.

Por lo mencionado, la defensa de la libre competencia en el mercado farmacéutico se encuentra vinculado de forma directa con el derecho a la libre elección y al acceso a una información adecuada y veraz, estipulados en el Código de Protección y Defensa del Consumidor. Cabe precisar, que el derecho a la libre elección y al acceso a una información adecuada también resulta afectada cuando el químico farmacéutico —profesional encargado del manejo de los medicamen-

tos — no brinda información importante sobre los beneficios y daños que puede provocar el consumo de cierto producto y, a la vez, cuando no sugiere alternativas menos costosas al cliente como los medicamentos genéricos.

Así, analizar el mercado farmacéutico peruano desde la materia de la concentración empresarial y las prácticas colusorias no representa únicamente un estudio desde el campo de la salud o de la economía, sino también un enfoque jurídico que resalte los límites del poder de mercado en el sector farmacéutico que pone en riesgo la salud y el bienestar de la sociedad.

Sobre la justificación práctica, todavía persiste el problema de la concentración y colusión de empresas orientadas en la elaboración y comercialización de medicamentos en el Perú. Al contar con una posición de dominio, estas empresas pueden tomar decisiones sobre los precios de los medicamentos o su distribución afectando a una población. Un reciente caso se dio en 2025, cuando Indecopi sancionó a un cartel de 13 empresas quienes coordinaron sus propuestas y abstenciones para ganar las licitaciones de compras de medicamentos, como el cloruro de sodio, utilizado para la administración de medicamentos, reposición de fluidos y rehidratación; antibióticos como las amoxicilinas, azitromicinas, Meropenen y dicloxacilina, usadas para el tratamiento de diversas infecciones; antineoplásicos como Paclitaxel y Temozolamida e inmunosupresores como el metotrexaco para el tratamiento de leucemias agudas, cáncer de cabeza y cuello; además de antianémicos como el sulfato ferroso, suplemento del hierro, entre otros productos farmacéuticos (Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual, 2025).

La justificación teórica, aporta con nuevos aportes académicos sobre la industria farmacéutica, el mercado, la concentración, la colusión, la salud, el bienestar y el papel de los químicos farmacéuticos.

La justificación metodológica, aporta con la aplicación de un enfoque interdisciplinario para comprender el fenómeno de la industria

farmacéutica, siendo necesario los aportes de las Ciencias de la Salud, la Economía y el Derecho.

La importancia radica en que existe una obligación del Estado de salvaguardar el derecho a la salud de una población. De igual manera, existe la obligación del Estado de salvaguardar la libre competencia, lo que mejoraría la calidad de los medicamentos y garantizaría precios más reducidos. Al contar con un reconocimiento constitucional, existe una prioridad del Estado, especialmente Indecopi, de sancionar cualquier infracción a las normas constitucionales y administrativas en relación al comercio de los medicamentos.

El estudio es relevante para químicos farmacéuticos, economistas, abogados, personal del Indecopi u otros especialistas que abordan las problemáticas del comercio de los medicamentos en el Perú

Por lo tanto, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se manifiestan las malas prácticas en el comercio de medicamentos en el Perú? En tal sentido, se formuló el objetivo: Describir cómo se manifiestan las malas prácticas en el comercio de medicamentos en el Perú.

Metodología

La investigación es de enfoque cualitativo, alcance descriptivo y se emplea la técnica documental. El enfoque cualitativo prioriza los datos no numéricos como las narrativas y observaciones que difícilmente son abordadas en investigaciones con enfoque cuantitativo (Goldsmith, 2021).

El alcance descriptivo se orienta a analizar las características de un hecho en particular (Arias & Covinos, 2021). Se describe cómo se manifiestan las malas prácticas en el comercio de medicamentos en el Perú, mediante una revisión de literatura interdisciplinaria desde el Derecho, la Economía y de la Farmacia y Bioquímica.

La técnica empleada documental que tiene como finalidad la obtención de datos científicos y técnicos en distintas fuentes libros, artí-

culos científicos, artículos de revisión, tesis, informes institucionales, resoluciones, entre otros documentos (Medina et al., 2023).

La industria farmacéutica en el Perú

En el Perú, la industria farmacéutica peruano ha experimentado grandes transformaciones desde la liberalización económica de la década de 1990, durante el gobierno del ex presidente Alberto Fujimori. En base al modelo económico neoliberal, se limitó la intervención estatal, se incentivó la inversión extranjera y, asimismo, se impulsó la desregulación de diversos sectores, incluyendo el farmacéutico. Como resultado, este sector perteneciente a la salud quedó expuesto a las dinámicas de la oferta y la demanda (Burgos & Burgos, 2023).

Sin embargo, dicha liberalización económica se realizó en un contexto de debilidad estructural del sistema público de salud, lo que movilizó gran parte del gasto en medicamentos a los hogares. Según Bombaren (2018), en el periodo que oscila entre 2004 y 2010 más del 80% del gasto en medicinas de los hogares se realizaba en farmacias y boticas privadas, resultando un patrón que se continuaría en años siguientes.

El mercado farmacéutico cuenta con una estructura particular que lo diferencia de otros mercados de bienes de consumo, debido a la naturaleza imprescindible de los medicamentos para la salud pública y a las condiciones institucionales que regulan su producción y comercialización. Este mercado caracterizado por una elevada concentración empresarial en un número minoritario de compañías farmacéuticas transnacionales, las cuales cuentan con un dominio para la realización de las investigaciones, producción y distribución de los medicamentos. Estas compañías realizan grandes inversiones en investigación y desarrollo, procesos que exigen amplios periodos de experimentación científica, pruebas clínicas y aprobación regulatoria antes de que dicho medicamento ingrese en el mercado. Posteriormente, estas compañías patentan el medicamento con el objetivo de obtener derechos de exclu-

sividad, con el objetivo de recuperar las inversiones realizadas y fomentar la innovación farmacéutica (Ucañán, 2012).

La industria farmacéutica puede dividirse en tres áreas: 1) medicamentos innovadores, 2) genéricos sin marca comercial; 3) genéricos con marca comercial. El primero hace referencia a aquellos medicamentos innovadores que se encuentran protegidos por patente, los cuales estas son comercializadas bajo condiciones de exclusividad que permiten a la empresa titular fijar precios usualmente elevados. El segundo hace referencia a aquellos medicamentos genéricos sin marca, que son integrados al mercado una vez que expira la patente del medicamento original y suelen comercializarse a precios considerablemente más bajos, lo que favorece la competencia y a las personas que consumen dichos productos. El tercero hace referencia a aquellos medicamentos genéricos con marca comercial, que, a pesar de que cuentan con el mismo principio activo que el medicamento original, compiten en el mercado a través de estrategias de diferenciación, posicionamiento de marca y percepción de calidad (Molina-Salazar et al., 2008).

El sistema de patentes se establece como el eje estructural del mercado farmacéutico, puesto que garantiza un periodo de exclusividad temporal al laboratorio desarrollador. Si bien este mecanismo busca incentivar la innovación y el desarrollo de nuevos tratamientos, también provoca efectos económicos relevantes, debido que establece la fijación de precios superiores a los que existirían en un escenario de competencia perfecta, limitando temporalmente la entrada de otros productores al mercado (Gómez et al., 2020).

Concentración y colusión orientadas a la comercialización de medicamentos

Desde el ámbito económico, los mercados pueden estructurarse en base a modelos de competencia perfecta o imperfecta; no obstante, en la práctica el mercado farmacéutico se asocia a los esquemas de competencia imperfecta (Díaz, 2023). Existe una predominancia de dos

configuraciones de modelos. El primero, el monopolio legal, que surge específicamente del sistema de patentes que establece la exclusividad al titular del medicamento innovador. El segundo, el oligopolio, que se caracteriza por la presencia de un reducido número de empresas que compiten mutuamente y que cuentan con la capacidad significativa para influir en los precios y las condiciones del mercado.

En el caso del modelo oligopólico se genera grandes riesgos orientados en el funcionamiento competitivo del mercado, puesto que posibilita la coordinación entre empresas e incrementa la probabilidad de conductas colusorias, mediante las cuales los agentes económicos pueden acordar precios, repartirse mercados o restringir la competencia. Este modelo trae como consecuencia en situar en niveles elevados los precios de los medicamentos que se integran en un mercado competitivo, afectando tanto el acceso a la población como la eficiencia del sistema de salud.

En los últimos años, en el mercado farmacéutico peruano se ha presenciado una tendencia hacia la concentración empresarial, siendo un fenómeno presente conforme lo manifiesta el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi) quienes es el órgano encargado de sancionar las prácticas de concentración y colusión entre las cadenas de boticas. El acto de colusión entendido como los acuerdos realizados entre empresa competidoras con el objetivo de fijar precios, limitar la producción o, en ciertos casos, repartirse mercados, representando una conducta anticompetitiva muy grave, especialmente en la materia farmacéutica donde se establecen barreras de entrada significativa que limitan la incorporación de nuevos competidores (Díaz, 2023).

En esta línea, se han producido procesos de fusiones y adquisiciones de gran relevancia dentro del sector farmacéutico, siendo uno de los casos más relevancia la adquisición de la cadena Mifarma por parte del grupo Intercorp, propietario de Inkafarma, lo que le permitió consolidar una posición dominante en el mercado de medicamentos (Vargas, 2018). La adquisición ha provocado un intenso debate en

los profesionales del Derecho, de la Economía y de la Salud. Por un lado, algunos especialistas lo consideran una transacción con rasgos legítimos dentro de la dinámica empresarial. Por otro lado, otros especialistas consideran que podría generar riesgos de monopolización y debilitamiento de la competencia.

Un antecedente relevante es el Expediente 8-2010/CLC correspondiente al procedimiento administrativo sancionador iniciado por el Indecopi, a través de su Comisión de Defensa de la Libre Competencia (CLC), contra diversas cadenas farmacéuticas por la presunta comisión de prácticas colusorias horizontales en la modalidad de fijación concertada de precios de venta al público a nivel nacional, durante el periodo 2008–2009. Este caso se convirtió en uno de los procedimientos más significativos en materia de libre competencia dentro del mercado farmacéutico peruano (Márquez, 2021).

El origen de la investigación de Indecopi partió en el mes de marzo y septiembre de 2009, cuando la Secretaría Técnica de la Comisión realizó inspecciones en siete cadenas de farmacias. Como resultado de dichas diligencias, obtuvieron aproximadamente 55 correos electrónicos intercambiados entre representantes de las cadenas farmacéuticas y laboratorios proveedores, específicamente el Laboratorio Albis. El contenido de las comunicaciones mencionadas evidenciaba múltiples coordinaciones orientadas a incrementar de manera simultánea los precios de determinados productos farmacéuticos, indicando de forma previa fechas y montos para tales incrementos. En los correos electrónicos se empleaban expresiones como “precios conciliados” y “reordenamiento de precios”; asimismo, los representantes de las cadenas farmacéuticas hacían referencias de forma explícita sobre coordinaciones entre las cadenas con el objetivo de evitar “guerras de precios”. El Indecopi aplicó mecanismos de seguimiento y control para constatar el cumplimiento de los incrementos acordados, incluyendo reclamos realizados entre los competidores cuando alguna cadena no aplicaba los precios pactados en la fecha establecida.

Como se mencionó anteriormente, en un mercado competitivo es común que las empresas reduzcan sus precios para obtener mayor atención en los consumidores, favoreciendo directamente en la accesibilidad a los bienes. La coordinación interna entre empresas y el aumento injustificado de precios representa una afectación a la libre competencia y a la economía en general.

El 20 de agosto de 2012 se inició formalmente el procedimiento administrativo sancionador que incluyó contra varias empresas del sector: Albis S.A. (Arcángel), Farmacias Peruana S.A. (Fasa), Eckerd Perú S.A. (Inkafarma), Mifarma S.A.C., Nortfarma S.A.C. (Boticas Felicidad), Boticas Torres de Limatambo S.A.C. y Boticas y Salud S.A.C. Tras aproximadamente cuatro años de tramitación, mediante la Resolución 078-2016/CLC-INDECOPI, emitida el 12 de octubre de 2016, la CLC determinó la responsabilidad de cinco cadenas —Arcángel, Eckerd, Fasa, Mifarma y Nortfarma— por haber incurrido en prácticas colusorias horizontales consistentes en la fijación concertada de precios de venta al público en el mercado farmacéutico a nivel nacional.

Como resultado, la autoridad administrativa impuso una multa de aproximadamente 2 274.46 UIT, que equivale en ese momento a S/ 8 984 117. Además de la sanción económica, se impuso que las empresas implementaran un programa de cumplimiento (compliance) en materia de libre competencia, el cual debía ser verificado y aprobado por la autoridad, con el único objetivo de prevenir futuras conductas anticompetitivas dentro de sus organizaciones empresariales.

Durante el procedimiento administrativo sancionador, las empresas sancionadas sostuvieron principalmente que no existió tal concertación entre competidores, sino una política de precios sugeridos promovida por los mismos proveedores. De igual manera, sostuvieron que no existía alguna prueba directa suficiente que permita acreditar un acuerdo colusorio y que dichas pruebas indiciarias —como los correos electrónicos y las conductas paralelas observadas en el mercado— no representan medios probatorios idóneos que permitan impu-

tar alguna responsabilidad administrativa. No obstante, la Comisión de Indecopi determinó que el conjunto de evidencias reunidas permitió acreditar sobre la existencia de prácticas anticompetitivas entre los competidores, superando el estándar probatorio requerido en materia administrativa.

No cabe duda, que este caso representa un precedente en materia de libre competencia en el área de salud, específicamente en el sector farmacéutico peruano. En primer lugar, el caso evidenció cómo las cadenas farmacéuticas realizan coordinaciones para fijar precios de medicamentos. En segundo lugar, el caso confirmó la importancia de la prueba indiciaria como un mecanismo probatorio pertinente en casos de colusión. En tercer lugar, el caso evidenció la importancia de los programas de cumplimiento empresarial para garantizar la libre competencia y la protección del consumidor, siendo estos últimos la población. En cuarto y último lugar, el caso tuvo un impacto significativo en un mercado donde el Estado se encuentra limitado en la regulación de precios y en la fiscalización de empresas.

En el mercado farmacéutico, existe una población con necesidad en el consumo de los medicamentos. Por esta razón, el Indecopi tiene la obligación de sancionar a las empresas que realizan actos colusorios que perjudican en el derecho al acceso a los medicamentos en una población. Como bien se ha mencionado, estas malas prácticas no solo afectan el buen funcionamiento del mercado, sino que también afecta de forma directa en la salud pública y en el acceso a medicamentos esenciales, lo que representan un daño al ejercicio de los derechos fundamentales relacionados al bienestar y a la salud de la persona. En general, las industrias altamente concentradas suelen manifestar mayores niveles de poder de mercado (posición de dominio), lo que puede influir en la elevación de precios y menores incentivos para competir en torno a la calidad o la eficiencia.

La industria farmacéutica y el rol del químico farmacéutico

El mercado farmacéutico desempeña un papel determinante en relación con la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Esto se debe a que el mercado farmacéutico condiciona el acceso de la población a medicamentos esenciales y el nivel de gasto que deben asumir en las unidades domésticas como el propio Estado. El adecuado funcionamiento del mercado farmacéutico resulta imprescindible para garantizar el acceso oportuno a tratamientos y evitar que el costo de los medicamentos provoque presiones financieras en el sistema de salud (Flores & Gordillo, 2025).

En esta situación, la aplicación estricta del sistema de patentes puede provocar generar efectos económicos y sociales significativos, especialmente en países en procesos de desarrollo. Si bien las patentes buscan promover la innovación y otorgan la exclusividad temporal a los laboratorios que desarrollan nuevos medicamentos, también pueden ocasionar que dichas empresas eleven los precios resultando inaccesibles para las poblaciones en condiciones de pobreza o pobreza extrema. Dado lo descrito anteriormente, se generaría un riesgo para la sostenibilidad en un sistema de salud limitado.

Gómez et al. (2020), detalla que un sistema de patentes estricto, combinado con altos niveles de concentración empresarial y con prácticas anticompetitivas, como la colusión entre empresas farmacéuticas, perjudicaría en la presión competitiva sobre los precios y limitaría el acceso equitativo a medicamentos imprescindibles para la salud pública.

El gasto en medicamentos representa uno de los componentes más importantes del gasto en salud en el Perú. A nivel histórico, una gran parte de este gasto proviene directamente de los hogares, lo que refleja que el sistema público aún no cuenta con la capacidad cubrir completamente la demanda de medicamentos. El Estado ha promovido entre sus medidas promover el uso de los medicamentos genéricos,

que actualmente representan más del 70 % de las ventas en clínicas y hospitales, con el objetivo de mejorar el acceso y reducir los costos de la población.

La promoción del uso de medicamentos genéricos no solo recae en el Estado, sino también en los químicos farmacéuticos y empresas quienes tienen la obligación de proponer alternativas menos costosas a la población. En ciertos escenarios, los químicos farmacéuticos no detallan con precisión el uso de alternativas en los medicamentos, con el objetivo de vender los más costosos, aprovechándose de la asimetría de la información afectando el derecho a la libre elección.

La conducta ética de los químicos farmacéuticos se encuentra regulado en su Código de Ética y Deontología del Colegio Químico Farmacéutico del Perú que en sus múltiples artículos establece directrices y principios para el buen ejercicio de estos profesionales.

En el artículo 7 del Código de Ética y Deontología del Colegio Químico Farmacéutico del Perú (s.f.) se detalla que: “El Químico Farmacéutico debe actuar con pleno respeto por la vida humana, el medio ambiente y la libertad de conciencia en situaciones de conflicto entre la ciencia y los derechos y garantías fundamentales previstas en la Constitución peruana”.

En el artículo 18 del Código de Ética y Deontología del Colegio Químico Farmacéutico del Perú (s.f.) se detalla que: “El Químico Farmacéutico es responsable de mantenerse actualizado con el progreso científico-tecnológico, humanístico y gerencial a fin de mejorar sus conocimientos, habilidades y destrezas en forma continua en relación a su campo de actividad”.

En el artículo 30 del Código de Ética y Deontología del Colegio Químico Farmacéutico del Perú (s.f.) se detalla que: “El Químico Farmacéutico debe brindar en todo momento y en cualquier circunstancia, un servicio eficiente; su proceder debe ser siempre leal, correcto y honesto”.

En el artículo 47 del Código de Ética y Deontología del Colegio Químico Farmacéutico del Perú (s.f.), se detalla que: “En las funciones de dispensación, el Químico Farmacéutico debe informar al paciente y público consumidor, con responsabilidad, buen juicio y habilidad profesional, en salvaguarda de la salud, orientando al usuario sobre la administración, uso y dosis de los productos farmacéuticos de calidad, seguros, y eficaces, así como sus reacciones adversas y condiciones de conservación”.

En el artículo 48 del Código de Ética y Deontología del Colegio Químico Farmacéutico del Perú (s.f.), se detalla que: “La responsabilidad del Químico Farmacéutico es permanente, por lo que deberá permanecer, dirigir y vigilar personalmente las operaciones del establecimiento farmacéutico a su cargo u organismos donde brinde sus servicios, según corresponda a sus funciones. Asimismo, debe contribuir con sus conocimientos a la innovación profesional y a mantener la buena reputación de la profesión Químico Farmacéutica ante la población”.

En el artículo 49 del Código de Ética y Deontología del Colegio Químico Farmacéutico del Perú (s.f.), se detalla que: “El Químico Farmacéutico debe brindar el mejor servicio a los pacientes/usuarios, establecer con ellos una comunicación personalizada que humanice y facilite el Acto Farmacéutico profesional respetando sus diferencias interculturales y personales. Debe, igualmente, respetar su dignidad y derecho a la libertad de aceptar o rechazar un tratamiento”.

En el artículo 51 del Código de Ética y Deontología del Colegio Químico Farmacéutico del Perú (s.f.), se detalla que: “El Químico Farmacéutico debe informar y educar a los pacientes, sus familiares y personal que los cuida en el correcto uso de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios”.

En el artículo 53 del Código de Ética y Deontología del Colegio Químico Farmacéutico del Perú (s.f.) se detalla que: “El Químico Farmacéutico debe ejercer su profesión de acuerdo a los intereses del bien

común teniendo en cuenta que cumple un fin social en el área de la salud, la atención y bienestar del paciente”.

Como bien se ha detallado, el químico farmacéutico tiene el deber de actuar con honestidad, responsabilidad, eficiencia y con respeto por la vida de las personas, el medio ambiente y otros derechos fundamentales, siempre en beneficio del bien común. De igual manera, este profesional debe actualizarse científicamente, tecnológicamente y mantener una posición humanística que le permitirá mejorar sus competencias. En su relación con el paciente, tiene el deber orientar e informar al paciente sobre los beneficios y posibles reacciones adversas de los productos farmacéuticos, garantizando la salud pública.

Conclusión

La industria farmacéutica en el Perú se ha desarrollado en el marco de un modelo económico liberal aplicado desde la década de 1990. Este modelo económico limitó la intervención del Estado y permitió una mayor participación del sector privado en el mercado. Si bien esta dinámica favoreció la inversión privada y la expansión del mercado, también contrajo una parte significativa del gasto en medicamentos hacia las unidades domésticas, exhibiendo limitaciones estructurales del sistema público de salud para garantizar el acceso universal a tratamientos.

Las malas prácticas en el comercio de medicamentos en el Perú representan un problema que afecta tanto el funcionamiento del mercado farmacéutico como el acceso de la población a tratamientos seguros y asequibles a cualquier nivel socioeconómico. Estas prácticas se manifiestan en diversas formas, entre las que destacan la colusión entre empresas para fijar precios, el abuso de la posición de dominio en la concentración de empresas y la promoción indebida de productos más costosos cuando existen alternativas genéricas equivalentes.

El mercado farmacéutico peruano presenta características propias de una competencia imperfecta, debido a la concentración empresarial evidenciando en un grupo minoritario de compañías. Estas

condiciones generan posiciones de dominio y la posibilidad de influir en los precios de los medicamentos, lo que influye negativamente en el acceso equitativo a la población y lo que imposibilita un sistema de salud sostenible.

Los procesos de concentración de empresas y las prácticas colusorias representan los riesgos más significativos para la libre competencia en el ámbito farmacéutico. Los casos como el procedimiento sancionador resuelto por Indecopi en el Expediente 008-2010/CLC evidencian cómo las cadenas de boticas coordinan mutuamente para determinar los precios de los medicamentos afectando de forma directa a la sociedad, aumentando de forma injustificada el costo de los medicamentos y vulnerando los principios de libre competencia.

El buen funcionamiento del mercado farmacéutico resulta esencial para garantizar una sostenibilidad del sistema de salud, puesto que el precio y la disponibilidad de los medicamentos influyen de forma directa en el gasto público y en el gasto de las unidades domésticas. En esta línea, tanto el Estado, las empresas y los químicos farmacéuticos tienen el deber de promocionar el uso de medicamentos genéricos para mejorar el acceso y reducir los costos.

Referencias

- Alvarado, D. I. (2023). Concentración de mercado en la elaboración de productos farmacéuticos en Ecuador. Período 2009-2021 [Trabajo de investigación de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador].
- Arias, J. L., & Covinos, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting.
- Balbin, D. L., Fontela, A. E., Juarez, B., & Zegarra, O. E. (2020). *La concentración en el sector farmacéutico peruano y su impacto económico* [Tesis de maestría, Universidad ESAN].
- Bombaren, R. (2018, 27 de enero). El impacto del monopolio en el sector farmacias lo sufrirán los más pobres. *La República*. <https://n9.cl/bnq9b>
- Bosch, A. (2017). *Análisis general del sector farmacéutico a la UE* [Trabajo de investigación de pregrado, Universitat de les Illes Balears].
- Bravo, C. M. (2023). *Análisis del mercado retail de medicamentos del Perú* [Trabajo de investigación de pregrado, Universidad de Piura].
- Burgos, V. F., & Burgos, M. L. (2023). Un análisis al monopolio del mercado farmacéutico en Perú. *Humanidades e Tecnología*, 43(1), 6–22.
- Colegio Químico Farmacéutico del Perú. (2017). *Código de ética*.
- Díaz, G. O. (2023). Concentración y competencia en el mercado guatemalteco de medicamentos. *Podium*, (43), 1–18. <https://doi.org/10.31095/podium.2023.43.01>
- Flores, D. A., & Gordillo, A. F. (2025). *Competencia desleal en el rubro farmacéutico y afectación al derecho a la libre elección en Lima 2024* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú].
- Goldsmith, L. J. (2021). Using framework analysis in applied qualitative research. *The Qualitative Report*, 26(6), 2061–2076. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol26/iss6/21/>

- Gómez, T., Matarín, E., & García, F. (2020). La sostenibilidad del sistema de salud y el mercado farmacéutico: Una interacción permanente entre el costo de los medicamentos, el sistema de patentes y la atención a las enfermedades. *Salud Colectiva*, 16. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2897>
- Huarag, E. M. (2018). ¿Un remedio peor que la enfermedad? Sobre concentraciones, monopolios y acceso a los medicamentos. *Pluriversidad*, 1(1), 111–126. <https://doi.org/10.31381/pluriversidad.vii.1674>
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual. (2025). Resolución 213-2025/CLC-INDECOPI (Expediente N° 004-2024/CLC).
- Márquez, P. A. (2021). Informe sobre Expediente N°008-2010/CLC, procedimiento administrativo sancionador contra Albis S.A., Boticas y Salud S.A.C., Boticas Torres de Limatambo S.A.C., Farmacias Peruanas S.A., Eckerd Perú S.A., Mifarma S.A.C. y Nortfarma S.A.C., por la comisión de prácticas colusorias horizontales, en la modalidad de fijación concertada de precios a nivel nacional [Trabajo de investigación de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Medina, M., Rojas, R., Bustamante, W., Loaiza, R., Martel, C., & Castillo, R. (2023). *Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación*. Editorial Inudi.
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Observatorio de Precios de Medicamentos cuenta con catálogo de más de 16 mil productos a consultar*. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. <https://n9.cl/w4dvpz>
- Miranda, J. J. (2005). El mercado de medicamentos en el Perú ¿libre o regulado? *Economía y Sociedad*, (56), 27–33.
- Molina-Salazar, R. E., González-Marín, E., & Carbajal-de Nova, C. (2008). Competencia y precios en el mercado farmacéutico mexicano. *Salud Pública de México*, 50(4), 496–503.

- Sánchez, S., García, J., Jara, G., & Massuh, O. (2019). Estructura de los niveles de concentración de mercado en el sector de elaborados farmacéuticos del Ecuador, período 2010-2017. *Espacios*, 40(18), 1-9.
- Ucañán, M. E. (2012). *Potencial de oportunidades del mercado farmacéutico peruano desde la perspectiva de la oferta y la demanda generada por un mercado creciente* [Tesis de pregrado, Universidad San Ignacio de Loyola].
- Vargas, N. (2018, 15 de febrero). Monopolio de farmacias, una aproximación a los pros y contras. *PuntoEdu PUCP*. <https://n9.cl/ozudly>
- Vite-Vera, F., & Párraga-Fernández, J. (2019). Análisis de la concentración de mercado del sector de elaboración de sustancias farmacéuticas en Ecuador. Período 2010-2017. *X-Pedientes Económicos*, 3(5), 1-10.

Jose Luis Santivañez Sanchez

Universidad Tecnológica del Perú | Lima | Perú
<https://orcid.org/0000-0001-5041-0751>
jsantivanezs@autonoma.edu.pe

Maestro en Derecho Penal y Procesal Penal en la Universidad Autónoma del Perú.

José Eladio Luna Palacios

Universidad Tecnológica del Perú | Lima | Perú
<https://orcid.org/0000-0002-6413-2470>
Jlunapa@utp.edu.pe
Joselunapalacios@hotmail.com

Doctor en Ciencias Contables en la Universidad Nacional del Callao. Docente de la Universidad Tecnológica del Perú.

Leida Yazury Ramirez Pujaico

Universidad Nacional del Callao | Lima | Perú
<https://orcid.org/0000-0002-4489-2165>
lyramirezpujaico@gmail.com

Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional del Callao, Egresada de la Especialidad de Cuidados Intensivos – UNAC. Actualmente laborando en el Puesto de Salud Soporó - Arequipa

Piero Alexander Santivañez Sanchez

Universidad César Vallejo | Lima | Perú
<https://orcid.org/0000-0002-1022-0547>
pierosan2607@gmail.com

Maestro en Gestión Pública en la Universidad César Vallejo.

Josue Renato Montoya Sanchez

Universidad San Martín de Porres | Lima | Perú
<https://orcid.org/0009-0005-8778-3005>
josue_montoya@usmp.pe

Estudiante de Economía en la Universidad San Martín de Porres (Perú).

Javier Aparicio Cruz Mogollón

Universidad Tecnológica del Perú | Lima | Perú
<https://orcid.org/0009-0000-1209-3628>
Javier.cruz.abogados@gmail.com

Maestro en Derecho Penal y Procesal Penal en la Universidad Autónoma del Perú y Licenciado en Derecho en la Universidad Privada del Norte (Perú).

Health at Risk: Malpractices in the Pharmaceutical Trade in Peru

Abstract

In Peru, the pharmaceutical industry not only represents a sector within the healthcare value chain and a significant source of employment, but it has also experienced sustained growth in recent decades. One of the phenomena present in the pharmaceutical industry is corporate concentration and collusion, which influence drug pricing and negatively impact a particular population. These companies, abusing their dominant market position, raise drug prices unjustifiably. In this context, the need arises to administratively sanction companies that engage in this infraction and, at the same time, to promote the use of generic drugs. Therefore, the objective was to describe how malpractice manifests itself in the Peruvian drug trade. The methodology employed was qualitative, descriptive, and documentary. The study concluded that malpractice in the Peruvian drug trade represents a problem that affects both the functioning of the pharmaceutical market and the population's access to safe and affordable treatments at any socioeconomic level. These practices manifest themselves in various forms, including collusion between companies to fix prices, abuse of dominant position in the concentration of companies, and the improper promotion of more expensive products when equivalent generic alternatives exist.

Keywords: company; pharmaceutical industry; medicine; market; health.

A Saúde em Risco: Más Práticas no Comércio de Medicamentos no Peru

Resumo

No Peru, a indústria farmacêutica não só representa um setor dentro da cadeia de valor da saúde e uma importante fonte de emprego, como também tem experimentado um crescimento sustentado nas últimas décadas. Um dos fenômenos presentes na indústria farmacêutica é a concentração e a conivência corporativa, que influenciam a precificação de medicamentos e impactam negativamente uma parcela específica da população. Essas empresas, abusando de sua posição dominante no mercado, aumentam os preços dos medicamentos injustificadamente. Nesse contexto, surge a necessidade de sancionar administrativamente as empresas que praticam essa infração e, ao mesmo tempo, promover o uso de medicamentos genéricos. Portanto, o objetivo deste estudo foi descrever como as práticas abusivas se manifestam no comércio de medicamentos peruano. A metodologia empregada foi qualitativa, descritiva e documental. O estudo concluiu que as práticas abusivas no comércio de medicamentos peruano representam um problema que afeta tanto o funcionamento do mercado farmacêutico quanto o acesso da população a tratamentos seguros e acessíveis em qualquer nível socioeconômico. Essas práticas se manifestam de diversas formas, incluindo conivência entre empresas para fixar preços, abuso de posição dominante na concentração de empresas e promoção indevida de produtos mais caros quando existem alternativas genéricas equivalentes.

Palavras-chave: empresa; indústria farmacêutica; medicamentos; mercado; saúde.

Capítulo 10

Hacia un consentimiento informado culturalmente situado: síntesis crítica de la evidencia sobre autonomía relacional, mediación cultural y participación comunitaria

Pedro Máximo Joaquín Ojeda Gallo, Gabriel Raymundo Cabredo Castro, Andy Williams Chamoli Falcón

Ojeda Gallo, P. M. J., Cabredo Castro, G. R., & Chamoli Falcón, A. W. (2026). Hacia un consentimiento informado culturalmente situado: síntesis crítica de la evidencia sobre autonomía relacional, mediación cultural y participación comunitaria. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 196-226). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c814>



10

Hacia un consentimiento informado culturalmente situado: síntesis crítica de la evidencia sobre autonomía relacional, mediación cultural y participación comunitaria

Resumen

El consentimiento informado constituye un pilar ético y legal de la práctica médica contemporánea; sin embargo, su concepción bajo paradigmas biomédicos occidentales que privilegian la autonomía individual genera tensiones significativas cuando se implementa en contextos de diversidad cultural, particularmente en sistemas de salud intercultural donde coexisten concepciones plurales de salud y enfermedad, y donde las comunidades indígenas y culturalmente diversas operan bajo paradigmas relacionales y comunitarios de toma de decisiones. El objetivo de este artículo fue proponer lineamientos basados en evidencia para el diseño de modelos de consentimiento informado culturalmente situados que articulen autonomía individual y relacional en sistemas de salud intercultural. Se realizó una revisión bibliográfica narrativo-crítica mediante búsquedas sistemáticas en Scopus, Web of Science, SciELO y Latindex, abarcando publicaciones entre 2015 y 2025 en español, inglés y portugués. Los resultados evidencian que las tensiones entre autonomía individual y relacional son estructurales y transculturales, que las estrategias de adaptación cultural existentes permanecen fragmentadas, que las barreras trascienden lo lingüístico enraizándose en inequidades estructurales, y que persiste una brecha formativa significativa en competencias interculturales de los profesionales de salud. Se concluye que los modelos de consentimiento informado deben trascender el formalismo legal hacia un pluralismo ético que reconozca la diversidad epistémica, incorpore mecanismos de participación comunitaria, mediación cultural y co-gobernanza sanitaria, siendo imprescindible su co-construcción con las comunidades destinatarias.

Palabras clave: Consentimiento informado; salud intercultural; diversidad cultural; pueblos indígenas; bioética intercultural.

Introducción

El consentimiento informado se erige como un dispositivo axial de la praxis clínica contemporánea, tanto en su dimensión deontológica como jurídico-garantista, al salvaguardar el ejercicio efectivo de la autodeterminación del paciente mediante decisiones adoptadas con base en información suficiente y comprensible (Yawson & Mensah, 2025). No obstante, esta figura, históricamente configurada desde matrices biomédicas occidentales que privilegian la autonomía individual como categoría rectora, experimenta fricciones sustantivas cuando se despliega en escenarios de pluralidad cultural, especialmente en sistemas sanitarios interculturales donde convergen cosmovisiones heterogéneas acerca de la salud, la enfermedad y el bienestar (Akpa-Inyang & Chima, 2021; Parmar, 2025).

Desde una óptica intercultural crítica, se ha sostenido que la garantía de igualdad sustantiva en el derecho a la salud, particularmente en Estados plurinacionales, exige cuestionar la racionalidad monocultural del paradigma biomédico dominante, en la medida en que este propicia exclusiones epistémicas y obstáculos estructurales que erosionan la legitimidad ética del consentimiento informado (Gutiérrez-Márquez, 2025). En esa línea, la densidad léxico-sintáctica de los formularios, la ausencia de cánones redaccionales uniformes y la asimetría lingüístico-cultural entre quien informa y quien recibe la información comprometen la inteligibilidad de este género médico-jurídico, con mayor intensidad cuando los pacientes pertenecen a colectividades culturalmente diferenciadas (Izquierdo & Albi, 2024).

La centralidad de esta problemática se acentúa en un contexto de globalización sanitaria y de progresivo reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas. Instrumentos internacionales, como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, promueven el respeto a la identidad cultural, la integridad de valores y prácticas propias, así como la participación y la no discriminación de los pueblos originarios (López & Gualda, 2024). Sin embargo, análisis críticos sobre políticas de salud intercultural en países como Chile y Argentina

han advertido la persistencia de un metamodelo neoliberal de cuño integracionista que reproduce jerarquías interétnicas y consolida la hegemonía biomédica, en abierta tensión con dichos principios (López & Gualda, 2024).

En comunidades indígenas, donde se reconocen afecciones y categorías nosológicas no contempladas por el modelo oficial, la epidemiología sociocultural y el diálogo intercultural han sido propuestos como vectores para robustecer el respeto y propiciar condiciones de equidad en el acceso sanitario (Acuña, 2023). En consecuencia, la elaboración de modelos de consentimiento informado culturalmente anclados, capaces de articular la autonomía individual con formas de autonomía relacional y comunitaria, se perfila como una exigencia ética, jurídica y epistemológica de alta densidad en la investigación biomédica y en la práctica clínica actual.

La producción científica reciente ha aportado insumos analíticos que permiten desentrañar las disonancias entre los esquemas convencionales de consentimiento informado y las configuraciones culturales de poblaciones diversas. En un estudio cualitativo transversal desarrollado en Sudáfrica, Akpa-Inyang y Chima (2021), examinaron las percepciones de investigadores biomédicos africanos respecto del principio de autonomía y su operatividad en comunidades locales. Los resultados evidenciaron que el consentimiento informado, al derivar de una concepción liberal-individualista de la autonomía, encuentra dificultades de implementación en contextos donde predominan el comunalismo, las creencias consuetudinarias y la espiritualidad, representadas en filosofías morales como Ubuntu/Botho y Ukama, que privilegian la interdependencia sobre los derechos individuales. Los autores propusieron la adopción de un enfoque relacional, inspirado en los deberes *prima facie* de Ross, para una aplicación más contextualizada del consentimiento (Akpa-Inyang & Chima, 2021).

En una línea convergente, Kairuz et al. (2025), llevaron a cabo una revisión de alcance orientada a cartografiar los procesos de consentimiento informado con pueblos originarios en Australia, Nueva

Zelanda y Norteamérica sometidos a intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos. El análisis de nueve estudios cualitativos reveló que los procesos documentados omitían consideraciones establecidas en las directrices jurisdiccionales correspondientes. Las personas indígenas refirieron experiencias de coacción asociadas a prácticas racistas y a desequilibrios de poder, mientras que los profesionales sanitarios tendían a anteponer criterios clínicos propios a los valores culturales y protocolos comunitarios. Tales deficiencias generaron temor, desvinculación de los servicios de salud y afectaciones al bienestar, sugiriéndose que numerosos formularios fueron suscritos sin una comprensión cabal de su contenido (Kairuz et al., 2025).

De modo complementario, Memon et al. (2024), exploraron, mediante entrevistas cualitativas a veinte clínicos en Pakistán, las tensiones entre la noción individualista de autonomía y los valores colectivistas predominantes en dicho contexto. Se constató que la toma de decisiones compartida era percibida como moralmente superior a la autonomía individual aislada; la familia ocupaba un rol gravitante en el procedimiento, y la decisión del patriarca o del miembro de mayor edad adquiría primacía. Emergieron cuatro ejes temáticos: la familia como decisora principal, los beneficios atribuidos a su involucramiento, las brechas de género en el proceso y los desafíos enfrentados por clínicos-investigadores. Estos hallazgos evidenciaron divergencias culturales sustanciales respecto de si el consentimiento protege prioritariamente la autonomía individual o la de la familia, la comunidad o la autoridad experta (Memon et al., 2024).

Pese a los avances reseñados, subsisten vacíos analíticos que justifican la presente revisión. En primer término, se advierte la carencia de modelos operativos que integren, de manera funcional, la autonomía individual con la autonomía relacional. Parmar (2025), ha problematizado la incorporación de tecnologías emergentes en sistemas médicos tradicionales como el Ayurveda y la Medicina Tradicional China, señalando que los marcos occidentales de consentimiento, sustentados en formalismos jurídico-documentales, resultan insuficientes frente a paradigmas comunales y culturalmente imbricados de sanación. El

autor propuso transitar del formalismo legal hacia un pluralismo ético que incorpore herramientas como apoyos visuales, narrativas contextualizadas, mecanismos de gobernanza local y mediación cultural (Parmar, 2025).

En sintonía, Tham (2021), documentó que múltiples tradiciones religiosas cuestionan la idealización occidental del yo autónomo y privilegian comprensiones relacionales de la relación médico-paciente. Se sugirió que un desplazamiento hacia la autonomía relacional podría optimizar la legibilidad y el diseño de los formularios, considerando sesgos culturales —explícitos e implícitos—, variables multiculturales y una concepción intercultural de la vulnerabilidad (Tham, 2021).

En segundo término, se identifica una limitada disponibilidad de estrategias empíricamente validadas para superar barreras lingüísticas y de comprensión. Yawson y Mensah (2025), señalaron que en Ghana el consentimiento informado enfrenta condicionantes culturales, socioeconómicos y sistémicos —incluidas creencias tradicionales y baja alfabetización sanitaria—, proponiendo intervenciones como fortalecimiento de la educación del paciente, desarrollo de competencia cultural en proveedores y uso estratégico de tecnologías para estandarizar procesos. De manera concordante, Alarabi et al. (2024), evidenciaron que las creencias culturales moldean las percepciones sobre salud y enfermedad, pudiendo entrar en conflicto con la centralidad de la autonomía individual propia de la bioética occidental.

En tercer lugar, se observa una brecha formativa en competencias interculturales específicamente vinculadas al consentimiento informado. Beltrán-Véliz et al. (2023) advirtieron que la formación inicial en ciencias de la salud en Chile resulta insuficiente y descontextualizada respecto de la diversidad cultural, subrayando la necesidad de un enfoque ético intercultural que promueva el reconocimiento de la alteridad desde sus propios marcos simbólicos. Este proceso requiere diálogo entre sistemas médicos diversos para coconstruir respuestas sanitarias pertinentes. Asimismo, Power et al. (2022), al analizar consultas médicas con mujeres nacidas en Birmania en Australia, iden-

tificaron que actitudes deferenciales, barreras idiomáticas y patrones comunicativos indirectos dificultan la aplicación de modelos occidentales estandarizados, reforzando la importancia de una comunicación culturalmente sintonizada y personalizada.

A partir de los vacíos identificados —ausencia de marcos integradores de autonomía individual y relacional, insuficiencia de estrategias validadas en entornos interculturales y debilidades en la formación profesional—, el presente artículo de revisión bibliográfica se propuso formular lineamientos sustentados en evidencia orientados al diseño de modelos de consentimiento informado culturalmente situados, capaces de articular la autodeterminación individual con dinámicas relacionales en sistemas de salud intercultural.

Metodología

La investigación se estructuró como una revisión bibliográfica de carácter narrativo-crítico, orientada a examinar, articular e interpretar la producción científica disponible respecto de la adecuación cultural del consentimiento informado en sistemas de salud intercultural. Su finalidad consistió en formular directrices fundamentadas para el diseño de modelos que integren la autonomía individual con la autonomía relacional. Este enfoque metodológico resulta pertinente cuando se procura entrelazar aportes provenientes de tradiciones disciplinares heterogéneas —bioética, antropología médica, salud intercultural y derecho sanitario— con el propósito de construir una síntesis analítica que trascienda la mera acumulación descriptiva y permita derivar orientaciones teórico-prácticas consistentes.

El proceso de búsqueda y selección de fuentes se desarrolló de manera sistemática entre marzo y mayo de 2025, considerando publicaciones comprendidas entre 2015 y 2025, con el objetivo de incorporar desarrollos recientes del campo. Se consultaron cuatro bases de datos de amplia cobertura y reconocimiento académico: Scopus, Web of Science, SciELO y Latindex. La elección respondió a criterios de complementariedad geográfica y disciplinaria. Las dos primeras concentran literatura internacional de alto impacto en revistas arbitradas;

SciELO ofrece una representación significativa de la producción latinoamericana, particularmente relevante en estudios sobre salud intercultural; y Latindex amplía el espectro hacia publicaciones iberoamericanas con enfoques situados y contextualizados.

La estrategia combinó términos en español e inglés mediante operadores booleanos y se complementó con revisión manual de listas de referencias para identificar fuentes adicionales no captadas en la búsqueda electrónica inicial. Asimismo, se examinaron instrumentos normativos internacionales vinculados con el reconocimiento de derechos colectivos y con la regulación bioética en contextos de diversidad cultural.

Las ecuaciones de búsqueda se diseñaron articulando tres ejes conceptuales: consentimiento informado, interculturalidad en salud y autonomía relacional. Cada fórmula fue adaptada al lenguaje específico de la base de datos correspondiente.

Scopus: TITLE-ABS-KEY ((“informed consent” OR “consentimiento informado”) AND (“intercultural*” OR “cross-cultural” OR “culturally appropriate” OR “cultural adaptation” OR “indigenous” OR “First Nations” OR “pueblos indígenas”) AND (“health” OR “healthcare” OR “salud” OR “medical treatment”)) AND (“relational autonomy” OR “communitarian” OR “community consent” OR “autonomía relacional” OR “collective decision” OR “shared decision-making”)

Web of Science: TS = ((“informed consent” OR “consentimiento informado”) AND (“intercultural*” OR “cross-cultural” OR “culturally situated” OR “cultural competence” OR “indigenous peoples” OR “ethnic minorities” OR “rural communities”) AND (“health system*” OR “healthcare” OR “medical practice” OR “clinical practice”)) AND TS = (“relational autonomy” OR “communal decision*” OR “community engagement” OR “cultural mediator*” OR “autonomía relacional” OR “ethical pluralism”)

SciELO: (“consentimiento informado” OR “informed consent”) AND (“intercultural*” OR “salud intercultural” OR “pueblos indígenas” OR

“comunidades rurales” OR “diversidad cultural”) AND (“autonomía” OR “autonomía relacional” OR “toma de decisiones” OR “participación comunitaria” OR “competencia cultural”)

Latindex: (“consentimiento informado” AND “intercultural”) OR (“consentimiento informado” AND “pueblos indígenas”) OR (“consentimiento informado” AND “autonomía relacional”) OR (“consentimiento informado” AND “adaptación cultural” AND “salud”)

La búsqueda se amplió con variantes terminológicas en ambos idiomas, tales como “culturally sensitive consent”, “decolonized consent”, “community-based consent”, “mediación cultural en salud” y “pluralismo ético en salud”. Esta estrategia permitió optimizar la sensibilidad sin comprometer de forma desproporcionada la especificidad, incorporando tanto literatura biomédica como contribuciones de las ciencias sociales y jurídicas.

El proceso de cribado se efectuó en dos fases: una revisión inicial de títulos y resúmenes, seguida de lectura íntegra de los textos preseleccionados. Los criterios fueron definidos con anterioridad y aplicados de manera uniforme.

Como criterios de inclusión se incorporaron artículos originales de investigación (cualitativos, cuantitativos y mixtos), revisiones sistemáticas, de alcance o narrativas, ensayos teóricos, estudios de caso, capítulos académicos y documentos normativos pertinentes, siempre que aportaran marcos conceptuales o evidencia directamente vinculada al objetivo de la revisión.

Se consideraron publicaciones comprendidas entre enero de 2015 y mayo de 2025, garantizando actualidad temática y captación de desarrollos recientes en bioética intercultural y autonomía relacional.

Los estudios debían abordar al menos una dimensión sustantiva: procesos de consentimiento informado en contextos interculturales; tensiones entre autonomía individual y relacional; estrategias de adaptación cultural; competencias interculturales en profesionales de salud; o marcos normativos relacionados con diversidad cultural.

Se incluyeron publicaciones en español, inglés y portugués, por concentrar la mayor parte de la producción científica pertinente en el ámbito de la salud intercultural.

En los estudios empíricos se verificó la explicitación del diseño metodológico, los procedimientos de recolección y análisis de datos y las consideraciones éticas. En los ensayos teóricos se evaluó la consistencia argumentativa, la fundamentación bibliográfica y la coherencia interna del planteamiento.

Como criterios de exclusión se descartaron trabajos que abordaran el consentimiento informado exclusivamente desde una perspectiva jurídico-formal sin incorporar dimensiones interculturales o de diversidad poblacional.

Se excluyeron investigaciones centradas en contextos monoculturales sin referencia a diversidad cultural, así como estudios clínicos específicos cuya problemática no guardara relación con la interculturalidad en salud.

También se omitieron resúmenes de congresos, cartas al editor y editoriales que no ofrecieran desarrollo argumentativo suficiente. Se eliminaron estudios duplicados, conservando la versión más completa. Publicaciones anteriores a 2015 fueron excluidas, salvo aquellas consideradas fundacionales para la comprensión del marco conceptual.

El proceso de selección fue documentado con criterios de transparencia metodológica, registrando identificación, depuración y selección final de estudios. La extracción de información se realizó mediante una matriz analítica diseñada específicamente para sistematizar variables estructurales y conceptuales, facilitando la síntesis crítica y la formulación de lineamientos derivados de la revisión.

Resultados

La sección organiza los hallazgos de la revisión en función de cuatro interrogantes analíticas derivadas del propósito central de formular lineamientos sustentados empíricamente para el diseño de modelos

de consentimiento informado culturalmente situados, capaces de integrar la autonomía individual con la autonomía relacional en sistemas de salud intercultural. Cada interrogante es abordada mediante una síntesis crítica de investigaciones empíricas recientes que aportan evidencia directa sobre las dimensiones examinadas.

Pregunta 1: ¿Qué tensiones se documentan entre la autonomía individual y la autonomía relacional/comunitaria en los procesos de consentimiento informado en contextos culturalmente diversos?

Epígrafe: fricciones entre autonomía individual y autonomía relacional en el consentimiento informado intercultural

La literatura especializada evidencia que la colisión entre la autonomía individual —eje normativo del consentimiento informado en la tradición bioética occidental— y las modalidades relacionales o comunitarias de deliberación constituye un obstáculo estructural para la obtención éticamente válida del consentimiento en escenarios culturalmente plurales. Un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad con investigadores biomédicos sudafricanos mostró que la traslación del modelo occidental, cimentado en derechos individuales de raigambre liberal, resulta disonante en contextos donde prevalecen el comunalismo, la espiritualidad y las normativas consuetudinarias, representadas en filosofías como Ubuntu/Botho y Ukama. Asimismo, se identificaron como factores obstaculizadores el idioma, la escolaridad limitada, la precariedad socioeconómica y determinadas creencias culturales, proponiéndose la adopción de enfoques más relacionales inspirados en deberes prima facie (Akpa-Inyang & Chima, 2021).

De modo convergente, una investigación cualitativa desarrollada con clínicos en Pakistán reveló que la toma de decisiones compartida adquiriría primacía moral sobre la autonomía individual aislada. La familia asumía un rol gravitante en el procedimiento de consentimiento, y la figura del patriarca o del miembro de mayor edad concentraba

autoridad decisional. Emergieron cuatro núcleos temáticos: la familia como agente decisor, los beneficios atribuidos a su involucramiento, las asimetrías de género en el proceso y los dilemas experimentados por los clínicos-investigadores (Memon et al., 2024).

Desde una reflexión bioética, se ha argumentado que la noción clásica de autonomía, concebida de manera abstracta e individualista en el marco de una medicina progresivamente mercantilizada, ha mostrado limitaciones prácticas. Se sostiene que las decisiones autónomas se encuentran inexorablemente imbricadas en contextos sociales, trayectorias biográficas e imaginarios culturales. En tal sentido, se propone potenciar la autonomía relacional a partir de éticas del reconocimiento, la resonancia y la responsividad, advirtiendo que el consentimiento informado suele adolecer de tecnicismos superfluos o formulaciones ininteligibles para los pacientes (Kottow, 2023).

En conjunto, estos aportes evidencian un déficit operativo: la carencia de marcos que articulen de manera funcional ambas concepciones de autonomía en el diseño de modelos de consentimiento, lo que perpetúa prácticas normativamente insuficientes en entornos de diversidad cultural (Akpa-Inyang & Chima, 2021; Memon et al., 2024; Kottow, 2023).

Pregunta 2: ¿Qué estrategias de adaptación cultural del consentimiento informado han sido implementadas y evaluadas en poblaciones indígenas y comunidades culturalmente diversas?

Epígrafe: dispositivos de adecuación cultural del consentimiento informado en poblaciones diversas

La evidencia empírica relativa a estrategias concretas de adaptación cultural revela avances parciales acompañados de limitaciones persistentes. Una revisión de alcance centrada en pueblos originarios sometidos a procedimientos quirúrgicos en Australia, Nueva Zelanda

y Norteamérica constató que los procesos de consentimiento no siempre incorporaban la totalidad de consideraciones previstas en las directrices jurisdiccionales. Se documentaron experiencias de coacción vinculadas con racismo estructural y asimetrías de poder, así como la tendencia del personal médico a privilegiar criterios clínicos por sobre valores culturales. No obstante, se identificaron facilitadores como la intervención de intérpretes profesionales, el empleo de apoyos gráficos y la capacitación reflexiva del personal sanitario (Kairuz et al., 2025).

En una investigación cualitativa con profesionales de salud que atendían a mujeres nacidas en Birmania, se describieron cinco ejes relevantes: cognición cultural, influencia comunitaria, manejo comunicativo estratégico, atributos relacionales de la consulta y personalización deliberada del diálogo de consentimiento. Se concluyó que el modelo occidental no puede operar bajo una lógica uniforme o estandarizada (“talla única”) en contextos de diversidad cultural (Power et al., 2022).

Asimismo, un estudio de investigación-acción participativa con comunidades indígenas en Colombia implementó una estrategia educativa intercultural para la prevención del cáncer cervicouterino, involucrando activamente a lideresas y mujeres indígenas en todas las fases del proceso. Se registró un incremento significativo en conocimientos y prácticas preventivas, aunque se subrayó la necesidad de intervenciones prolongadas para consolidar vínculos de confianza (Vargas et al., 2025).

En síntesis, las experiencias exitosas comparten elementos comunes —participación comunitaria, mediación cultural, personalización y construcción de confianza—, pero su incorporación sistemática en modelos formales de consentimiento continúa siendo incipiente y carece de estandarización culturalmente situada (Kairuz et al., 2025; Power et al., 2022; Vargas et al., 2025).

Pregunta 3: ¿Qué barreras lingüísticas, de comprensibilidad y de alfabetización en salud afectan la validez del consentimiento informado en contextos interculturales?

Epígrafe: obstáculos lingüísticos y cognitivos en la validez del consentimiento informado

Las barreras idiomáticas y de legibilidad constituyen uno de los impedimentos más recurrentemente documentados. Un estudio que evaluó la legibilidad de formatos de consentimiento en un instituto oncológico mexicano mostró que más de la mitad requería un nivel de escolaridad elevado para su comprensión, superando ampliamente el promedio educativo de la población usuaria. Se destacó la necesidad de herramientas objetivas para que los comités de ética valoren la claridad textual como indicador de comprensión (Verástegui et al., 2023).

En paralelo, análisis poblacionales evidenciaron que gran parte de la población indígena se ubica en los estratos socioeconómicos más bajos y utiliza con menor frecuencia los servicios formales de salud, configurando un escenario de inequidad estructural. Se observó, además, mayor recurrencia a parteras tradicionales en salud reproductiva, lo que sugiere distanciamiento entre servicios institucionales y prácticas culturales (Pelcastre-Villafuerte et al., 2020).

De forma concordante, una investigación cualitativa con madres haitianas en Chile reveló que la denominada interculturalidad en programas sanitarios se reducía predominantemente a la traducción literal al creole, sin abordar matrices culturales profundas. Se cuestionó así la ilusión de interculturalidad cuando esta se limita a la trasposición lingüística sin transformación epistemológica (Castillo & Valeria, 2022).

Estos hallazgos muestran que las barreras trascienden el plano lingüístico y se anclan en desigualdades estructurales, baja alfabetización en salud y persistencia de enfoques monoculturales que triviali-

zan la interculturalidad (Verástegui et al., 2023; Pelcastre-Villafuerte et al., 2020; Castillo & Valeria, 2022).

Pregunta 4: ¿Qué competencias interculturales de los profesionales de salud se asocian con procesos de consentimiento informado más éticos y culturalmente pertinentes?

Epígrafe: competencias interculturales del profesional sanitario en el consentimiento informado

La formación intercultural del personal sanitario emerge como variable decisiva para la calidad ética del consentimiento. Una exploración etnográfica en comunidades indígenas argentinas evidenció desarticulación entre intervenciones biomédicas y prácticas locales de salud, así como deficiencias comunicativas en la transmisión del diagnóstico y tratamiento. Tales carencias comprometerían el ejercicio efectivo del derecho a la salud (Hirsch & Alonso, 2020).

De igual modo, investigaciones con usuarios mapuche y profesionales de salud en Chile señalaron que la interculturalidad debe garantizar atención de calidad, participación comunitaria y respeto a sistemas médicos tradicionales, en un contexto marcado por discriminación e inequidad (Pérez et al., 2020).

Adicionalmente, un estudio con puérperas adolescentes en Colombia reveló carencias informativas significativas respecto del parto humanizado, asociadas a condiciones socioeconómicas adversas y trato institucional deficitario. Aunque no centrado exclusivamente en pueblos indígenas, el estudio ilustra cómo la insuficiencia de competencias comunicativas culturalmente sensibles limita el derecho a la información y la capacidad decisional en poblaciones vulnerables (Morales & López, 2023).

La convergencia de estos resultados pone de relieve la urgencia de incorporar la formación en competencias interculturales como com-

ponente estructural en el diseño de modelos de consentimiento informado culturalmente situados (Hirsch & Alonso, 2020; Pérez et al., 2020; Morales & López, 2023).

Discusión de resultados

La revisión bibliográfica examinó de manera crítica la evidencia científica disponible con la finalidad de formular lineamientos sustentados en evidencia para el diseño de modelos de consentimiento informado culturalmente situados, orientados a articular autonomía individual y autonomía relacional en sistemas de salud intercultural. Los resultados mostraron un entramado complejo y multicapas que requirió interpretación a la luz de la literatura previa, con identificación de puntos de encuentro, disensos, restricciones metodológicas y derroteros para indagaciones ulteriores.

Los hallazgos corroboraron que la fricción entre la autonomía individual —base doctrinal del consentimiento informado en matrices bioéticas occidentales— y las modalidades relacionales o comunitarias de deliberación se documentó como un fenómeno transversal en diversos escenarios geográficos y culturales. La evidencia sobre las limitaciones del principio de autonomía en comunidades africanas, donde se reportaron marcos morales como Ubuntu/Botho y Ukama, se alineó con resultados provenientes de una revisión sistemática centrada en estudios del Sur Global, en la que se identificaron factores culturales, sociales, religiosos e interseccionales influyentes en la toma de decisiones autónoma, así como una notoria escasez de investigación bioética dedicada a examinar, con suficiente granularidad, la incidencia de tales factores en las preferencias por concepciones diferenciadas de autonomía (Akpa-Inyang & Chima, 2021; Akhtar et al., 2024). Esta convergencia sugirió que la insuficiencia del modelo individualista no se circunscribió a casos aislados, sino que se vinculó con la trasposición de marcos éticos occidentales hacia contextos regidos por presupuestos ontológicos divergentes.

De forma complementaria, la evidencia sobre el predominio familiar en la ruta decisional del consentimiento en Pakistán se relacio-

nó con una metasíntesis cualitativa que describió una ambivalencia constitutiva: las relaciones de apoyo facilitaron la autonomía relacional, aunque la presión familiar indebida y la voz preponderante de proveedores de salud la obstruyeron (Memon et al., 2024; Le et al., 2023). Esta doble faz —facilitación y constreñimiento— añadió complejidad que los modelos convencionales tendieron a simplificar. En una elaboración teórica, se propuso una autonomía relacional contextualizada para el cuidado al final de la vida, incorporando rasgos multidimensionales, socialmente incrustados, escalares y temporales, bajo el supuesto de que la inteligibilidad de la decisión se comprendió mejor al considerar contexto sociocultural y tramas relacionales (Gómez-Vírveda et al., 2020). Dicho planteamiento resultó transferible al diseño de consentimiento informado, en tanto permitió superar la dicotomía individual–relacional mediante una articulación más matizada.

Aun así, la literatura exhibió divergencias respecto al alcance de la autonomía relacional como sustituto o complemento de la autonomía individual. Por un lado, se defendió el fortalecimiento de la autonomía relacional a través de éticas relacionales —reconocimiento, resonancia y responsividad—, bajo la premisa de que el consentimiento informado, entendido como concreción de una autonomía descontextualizada, operó con eficacia limitada y frecuentemente recurrió a información ininteligible o a tecnicismos irrelevantes para el paciente (Kottow, 2023). Por otro lado, se advirtió que la habituación a autonomías restringidas por privaciones económicas no justificó una reducción adicional de la autonomía, ni avaló prácticas paternalistas amparadas en supuestas expectativas culturales (Bengo et al., 2022). Esta tensión entre sensibilidad cultural y resguardo contra paternalismos encubiertos se configuró como un desafío axial para lineamientos que aspiraran a ser, simultáneamente, culturalmente pertinentes y éticamente exigentes.

Los resultados relativos a estrategias de adaptación cultural del consentimiento informado mostraron progresos relevantes, aunque dispersos. La evidencia sobre intérpretes profesionales, apoyos visuales (por ejemplo, diagramas) y formación reflexiva del personal como fa-

cilitadores del consentimiento con pueblos originarios guardó consonancia con una revisión de alcance sobre prácticas de consentimiento quirúrgico en África subsahariana, en la cual se propuso la necesidad de formas más aceptables y éticas de incluir la participación del paciente, con estándares ajustados al contexto local (Kairuz et al., 2025; Pittalis et al., 2023). En ambos cuerpos de evidencia se describieron déficits recurrentes: prácticas incompletas y procesos que no cubrieron íntegramente consideraciones previstas por directrices aplicables.

La experiencia sustentada en investigación-acción participativa con pueblos indígenas en Colombia, que involucró liderazgo comunitario en todas las fases y reportó mejoras en conocimientos y prácticas, dialogó con hallazgos sobre la personalización intencional de conversaciones de consentimiento en atención a mujeres migrantes, en los que se resaltó la navegación comunicativa y la cognición cultural como catalizadores del proceso (Vargas et al., 2025; Power et al., 2022). No obstante, la diferencia temporal entre estrategias de largo aliento basadas en confianza comunitaria y estrategias de efecto más inmediato centradas en destrezas comunicativas sugirió que los lineamientos debieron contemplar horizontes temporales múltiples, sin reducir la intervención a un único plano de implementación.

Además, se observó convergencia entre propuestas que privilegiaron ayudas visuales, narración, gobernanza local y mediadores culturales como componentes de consentimiento culturalmente situado, y planteamientos que defendieron la mediación combinada mediante intérpretes profesionales y participación familiar como interpretación informal, asociada a autonomía relacional y decisión compartida (Parmer, 2025; Schouten et al., 2020). Sin embargo, la literatura revisada mostró escasez de evaluaciones sistemáticas que compararan efectividad relativa, riesgos y condiciones de aplicabilidad de estas estrategias en el contexto específico del consentimiento informado.

Los hallazgos sobre barreras lingüísticas y de comprensibilidad aportaron evidencia de que la traducción documental, por sí sola, no aseguró la validez del consentimiento en contextos interculturales. En

un escenario oncológico mexicano, la evaluación de legibilidad reveló formatos que exigieron escolaridad elevada para comprensión, lo que apuntó a la necesidad de instrumentos objetivos que apoyaran a comités de ética en la valoración de claridad textual como indicador de comprensión (Verástegui et al., 2023). Esta evidencia se correspondió con una revisión de alcance sobre educación en consentimiento informado en formación médica, donde se describió ausencia de estandarización formativa, baja satisfacción con la enseñanza existente y debate persistente sobre la delegabilidad del consentimiento en aprendices (Chrysofos et al., 2025). La coincidencia entre debilidad documental y fragilidad formativa sugirió un problema sistémico, con necesidad de intervenciones concurrentes en varios niveles.

En un estudio cualitativo con madres haitianas en Chile, se señaló que la llamada interculturalidad se limitó predominantemente a la traducción al creole, con reproducción de normas sanitarias mediante persuasión, sin incorporar dimensiones culturales profundas; la traducción operó como sustituto de la transformación epistemológica y comunicativa requerida (Castillo & Valeria, 2022). Este señalamiento se conectó con un planteamiento que ubicó alfabetización y factores socioculturales como obstáculos mayores en la práctica clínica y propuso, dentro del marco legal vigente, el estándar del “paciente razonable” como vía para incorporar alfabetización en salud en controversias sobre consentimiento (Ng, 2024). La divergencia entre enfoques críticos de corte decolonial y soluciones reformistas basadas en marcos legales existentes definió una tensión que los lineamientos debieron administrar sin diluir la exigencia ética.

Asimismo, la evidencia sobre inequidades en acceso a servicios de salud de población indígena en México, con especial concentración de desigualdades en salud reproductiva, se acopló con hallazgos sobre desafíos del consentimiento en Ghana condicionados por dinámicas culturales, socioeconómicas y sistémicas. En ambos casos, las barreras para un consentimiento válido quedaron imbricadas con determinantes sociales de salud, lo que implicó que los lineamientos no se agotaran en ajustes procedimentales y debieran considerar condiciones estruc-

turales que habilitaron o bloquearon el derecho efectivo a la información.

Los resultados indicaron una brecha formativa en competencias interculturales con impacto directo en la calidad ética del consentimiento informado. La evidencia etnográfica en comunidades indígenas de Argentina describió desajustes entre intervenciones sociosanitarias y prácticas nativas de salud-enfermedad-atención, además de dificultades comunicativas al transmitir diagnóstico y tratamiento, con afectación del ejercicio del derecho a la salud (Hirsch & Alonso, 2020). Esta evidencia se correspondió con el diagnóstico sobre formación inicial insuficiente y descontextualizada en ciencias de la salud, con necesidad de competencias interculturales desde un enfoque ético que reconociera la alteridad y promoviera diálogo entre sistemas médicos (Beltrán-Véliz et al., 2023).

A la vez, la perspectiva mapuche sobre salud intercultural enfatizó derechos colectivos como condición basal y relativizó la prioridad de la complementariedad entre sistemas médicos en contextos de inequidad y discriminación, lo que contrastó parcialmente con propuestas pragmáticas centradas en competencia cultural individual, programas de formación, diversidad laboral y políticas institucionales inclusivas (Pérez et al., 2020; Alarabi et al., 2024). Esta discrepancia reflejó la tensión entre enfoques estructurales y enfoques individualizantes de la interculturalidad, lo cual exigió lineamientos integradores.

Por su parte, resultados sobre deficiencias informativas en puérperas adolescentes en Colombia se vincularon con un estudio cualitativo en Tanzania que describió brecha entre información deseada y recibida, con incidencia de jerga médica y restricciones de tiempo, afectando el proceso de consentimiento (Morales & López, 2023; Michael et al., 2025). Esta convergencia transcontinental sugirió que fallas comunicativas no se restringieron a contextos interculturales, aunque en estos se exacerbaron y requirieron medidas culturalmente situadas.

La revisión presentó limitaciones relevantes para la interpretación de resultados y para el alcance de los lineamientos propuestos. En

primer lugar, el carácter narrativo-crítico permitió una síntesis interdisciplinaria, aunque no alcanzó el nivel de reproducibilidad propio de revisiones sistemáticas con protocolo registrado; pese al uso de fórmulas booleanas y criterios definidos ex ante, la selección final involucró juicio interpretativo con potencial sesgo de selección. En segundo lugar, la heterogeneidad geográfica, metodológica y disciplinaria restringió comparabilidad directa y redujo la posibilidad de inferencias generalizables; las concepciones de autonomía, comunidad y salud variaron entre contextos, por lo que los lineamientos debieron entenderse como orientaciones dúctiles y adaptables.

En tercer lugar, la delimitación idiomática a español, inglés y portugués pudo excluir contribuciones relevantes en lenguas indígenas, francés u otros idiomas, lo que reprodujo asimetrías epistémicas que el propio análisis pretendió visibilizar. En cuarto lugar, la escasez de estudios de intervención que evaluaran de manera directa modelos culturalmente adaptados limitó la robustez de la evidencia disponible; predominó documentación de barreras y tensiones por encima de intervenciones con evaluación rigurosa. En quinto lugar, la ventana temporal 2015–2025 capturó desarrollos recientes, aunque pudo omitir obras seminales anteriores, pese a excepciones puntuales. En sexto lugar, no se realizó una evaluación formal de calidad metodológica mediante herramientas estandarizadas, lo que restringió la ponderación diferencial de evidencia según rigor, especialmente ante diseños heterogéneos.

A partir de los resultados y limitaciones, se delinearon direcciones para investigación futura orientadas a fortalecer la base empírica de modelos culturalmente situados. Primero, se requirieron estudios de intervención que diseñaran, implementaran y evaluaran modelos de consentimiento que articularan explícitamente autonomía individual y relacional en contextos interculturales concretos, con diseños participativos que garantizaran involucramiento comunitario desde diseño hasta evaluación; los desenlaces debieron incorporar comprensión, satisfacción, pertinencia cultural, respeto por autonomía relacional y alineación con valores comunitarios (Vargas et al., 2025).

Segundo, se consideró necesario desarrollar y validar instrumentos de evaluación de calidad intercultural del consentimiento que excedieran índices de legibilidad, incorporando dimensiones de pertinencia cultural del lenguaje, mecanismos de participación comunitaria, dinámicas familiares de decisión y presencia de mediadores culturales (Verástegui et al., 2023; Gómez-Vírseda & Usanos, 2020). Tercero, se recomendaron estudios comparativos transculturales sobre conceptualizaciones de consentimiento, autonomía y decisión en salud en comunidades indígenas y grupos culturalmente diversos, con inclusión de perspectivas del Sur Global y análisis de factores múltiples que moldearon concepciones de autonomía (Akhtar et al., 2024).

Cuarto, se propuso investigación sobre formación en competencias interculturales específicamente vinculadas al consentimiento informado, con evaluación del impacto de programas formativos en la calidad ética del consentimiento, articulando diagnósticos curriculares con evidencia sobre educación en consentimiento (Beltrán-Véliz et al., 2023; Chrysofos et al., 2025). Quinto, se sugirió explorar tecnologías digitales —incluida inteligencia artificial, plataformas multilingües y recursos audiovisuales— como facilitadores potenciales, evaluando beneficios y riesgos en contextos de diversidad cultural y alfabetización digital limitada (Parmar, 2025). Sexto, se planteó indagar marcos normativos y regulatorios que facilitaran u obstaculizaran modelos culturalmente situados, con análisis de posibles reformas para incorporar pertinencia cultural y autonomía relacional en consonancia con estándares internacionales sobre pueblos indígenas (López & Gualda, 2024).

La discusión de resultados mostró que la formulación de lineamientos requirió una articulación dialógica entre autonomía individual y relacional, con estrategias multinivel que abordaran dimensiones documentales, comunicativas, formativas y estructurales del consentimiento, reconociendo la diversidad epistémica como condición necesaria para justicia en salud intercultural (Gutiérrez-Márquez, 2025; Akpa-Inyang & Chima, 2021; Parmar, 2025). Los lineamientos no se configuraron como un modelo único universalizable, sino como un

marco orientador flexible que necesitó contextualización, adaptación y coconstrucción con las comunidades destinatarias, desplazando el formalismo jurídico hacia un pluralismo ético con consistencia práctica.

Conclusiones

La revisión bibliográfica permitió identificar y condensar los hallazgos más relevantes de la literatura reciente sobre la adecuación cultural del consentimiento informado en sistemas de salud intercultural. En primer término, los resultados mostraron que la fricción entre la autonomía individual —base tradicional del consentimiento en la bioética occidental— y las modalidades relacionales o comunitarias de decisión se presentó como un patrón estructural que atravesó contextos culturales disímiles. Dichas tensiones se asociaron con marcos morales comunitarios, con arreglos familiares de decisión y con tradiciones socioculturales que privilegiaron la interdependencia por encima del yo entendido como entidad autosuficiente.

En segundo término, se observó que las estrategias de adaptación cultural ensayadas hasta ahora —tales como acompañamiento interpretativo, apoyos gráficos, mediación cultural, narrativas situadas y participación comunitaria— favorecieron la comprensión y la deliberación en el proceso de consentimiento. Sin embargo, su adopción se describió como irregular, incipiente y dispersa, lo que impidió consolidar modelos integrales con estándares consistentes. En tercer lugar, la evidencia sugirió que los obstáculos para un consentimiento válido no se limitaron al idioma, sino que se vincularon con desigualdades estructurales, alfabetización sanitaria insuficiente y aproximaciones monoculturales que redujeron la interculturalidad a la simple conversión lingüística de documentos. Por último, se advirtió una brecha formativa en competencias interculturales del personal sanitario, la cual incidió de manera directa en la calidad ética del consentimiento cuando la atención se desarrolló en escenarios de diversidad cultural.

En concordancia con el objetivo de proponer lineamientos orientados al diseño de modelos de consentimiento informado cultural-

mente situados, la síntesis crítica de la evidencia permitió derivar directrices con alcance práctico. Primero, los modelos de consentimiento requirieron superar el formalismo individualista y desplazarse hacia un pluralismo ético que reconociera la coexistencia de autonomías individual, relacional y comunitaria. Esta apertura no implicó relativizar derechos individuales, sino impedir que la sensibilidad cultural operara como pretexto para prácticas tutelares encubiertas. Segundo, el diseño y la implementación del consentimiento demandaron mecanismos de participación comunitaria que hicieran posible la co-elaboración del proceso, incorporando mediación cultural, recursos narrativos, apoyos visuales y formas de gobernanza local pertinentes al territorio. Tercero, la adaptación cultural debió trascender la traducción literal para atender dimensiones profundas de la comunicación intercultural, incluyendo conversaciones deliberadamente personalizadas, reconocimiento de dinámicas familiares y comunitarias de decisión y consideración de condiciones sociales que afectaron comprensión y voluntariedad. Cuarto, la formación en competencias interculturales vinculadas al consentimiento informado se perfiló como un componente ineludible en la educación del personal de salud, incorporando diálogo entre sistemas de conocimiento y práctica reflexiva para sostener una comunicación clínica culturalmente congruente. Quinto, los lineamientos precisaron contemplar distintos horizontes temporales, pues la confianza comunitaria no se consolidó mediante intervenciones episódicas y requirió procesos prolongados.

Convino precisar que los lineamientos se derivaron de una revisión de carácter narrativo-crítico, por lo que su sustento se apoyó en una síntesis interpretativa de evidencia heterogénea y no en datos primarios producidos por quienes elaboraron el texto. En consecuencia, tales directrices adquirieron un valor orientador y heurístico, más que prescriptivo o universalizable, y requirieron ajuste a las particularidades de cada sistema de salud y de cada comunidad. La diversidad geográfica y metodológica de los estudios revisados amplió el campo de observación, aunque redujo la comparabilidad directa y limitó la extrapolación automática de resultados.

Las implicancias generales del trabajo apuntaron a la necesidad de reconfigurar el consentimiento informado en su dimensión práctica y epistémica cuando se aplicó en contextos de diversidad cultural. La evidencia reunida indicó que el modelo convencional, anclado en paradigmas biomédicos occidentales con primacía de la autonomía individual, resultó éticamente insuficiente en comunidades donde la decisión se configuró como acto relacional y, en ocasiones, comunitario. Esta insuficiencia no se describió como un problema meramente procedimental, sino como una dificultad epistémica, en tanto reprodujo exclusiones y asimetrías que tensionaron los ideales de justicia y equidad que el consentimiento pretendió resguardar.

Las investigaciones futuras requirieron priorizar el diseño y la evaluación empírica de modelos que articularan de manera operativa autonomía individual y relacional mediante enfoques participativos que garantizaran co-construcción con las comunidades. También resultó necesario indagar el efecto de programas formativos interculturales en la calidad ética del consentimiento, elaborar instrumentos de evaluación de pertinencia cultural que no se redujeran a índices de legibilidad y examinar el potencial de tecnologías digitales para facilitar procesos culturalmente congruentes sin amplificar asimetrías existentes. En última instancia, la construcción de modelos de consentimiento genuinamente interculturales demandó no solo ajustes técnicos, sino una transformación de las relaciones de poder entre sistemas de conocimiento en salud, orientada al reconocimiento de la diversidad epistémica como condición indispensable para la justicia sanitaria.

Referencias

- Acuña, C. G. S. (2023). Epidemiología sociocultural y diálogo intercultural para el trabajo en salud en pueblos indígenas de Chile. *Index de Enfermería*, 32(2). <https://doi.org/10.58807/indexenferm20235820>
- Akhtar, M., Bhatti, M., & Fredericks, S. (2024). What factors influence patient autonomy in healthcare decision-making? A systematic review of studies from the Global South. *Nursing Ethics*, 32(3), 875–891. <https://doi.org/10.1177/09697330241272794>
- Akpa-Inyang, F., & Chima, S. C. (2021). South African traditional values and beliefs regarding informed consent and limitations of the principle of respect for autonomy in African communities: A cross-cultural qualitative study. *BMC Medical Ethics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00678-4>
- Alarabi, A. A., Alamri, A., Jumah, S. A., Aljohani, W. M., Badar, A. M., & Banjar, A. (2024). The impact of cultural beliefs on medical ethics and patient care. *Journal of Healthcare Sciences*, 4(12), 918–924. <https://doi.org/10.52533/johs.2024.41235>
- Beltrán-Véliz, J. C., Angulo, J. T., Alarcón, A. M., Gálvez-Nieto, J. L., & Vera-Gajardo, N. (2023). Competencias interculturales desde un enfoque ético intercultural en la formación inicial de profesionales en ciencias de la salud: Un desafío ineludible. *Acta Bioethica*, 29(2), 177–183. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2023000200177>
- Bengo, E., Muula, A., & Mfutso-Bengo, J. (2022). Sufficient informed consent to medical treatment of adults: Legal and ethical perspectives from Malawi. *Malawi Medical Journal*, 34(2), 143–150. <https://doi.org/10.4314/mmj.v34i2.11>
- Castillo, L., & Valeria, C. C. (2022). ¡Que no le falte la fruta al niño! Las prácticas de alimentación como acción política de las madres migrantes haitianas en Chile. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 18, 1–30. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2023.v18.667>

- Chrysofos, S., Glickman, C., Mowdawalla, C., Burden, A., & Xu, Y. (2025). Current practices, limitations, and recommendations for informed consent education in medical students and physicians: A scoping review. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 12. <https://doi.org/10.1177/23821205251384380>
- Gómez-Virseda, C., De Maeseneer, Y., & Gastmans, C. (2020). Relational autonomy in end-of-life care ethics: A contextualized approach to real-life complexities. *BMC Medical Ethics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00495-1>
- Gutiérrez-Márquez, E. E., & Allebrandt, S. L. (2025). Fundamentos filosófico-políticos del enfoque intercultural en el derecho a la salud desde una perspectiva decolonial. *Innova Science Journal*, 3(1), 361–370. <https://doi.org/10.63618/omd/isj/v3/nel/202>
- Hirsch, S., & Alonso, V. (2020). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: Género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud Colectiva*, 16. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2760>
- Izquierdo, I. G., & Albi, A. B. (2024). La comunicación en contextos de salud: Generación de recursos tecnológicos multilingües para la mejora de la eficacia comunicativa del consentimiento informado. *Cadernos de Tradução*, 44(1), 1–17. <https://doi.org/10.5007/2175-7968.2024.e95247>
- Kairuz, C., Hunter, K., Barnier, B., Porykali, B., Ford, B., Bennett-Brook, K., ... Coombes, J. (2025). Informed consent processes with First Nations peoples undergoing surgery or invasive procedures: A scoping review. *BMC Medical Ethics*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01280-8>
- Kottow, M. (2023). Autonomía relacional en bioética. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (22), 1–17. <https://doi.org/10.14422/rib.i22.y2023.001>

- Le, T., Lin, S., Huang, M., Fan, S., & Kao, C. (2023). Factors impacting the demonstration of relational autonomy in medical decision-making: A meta-synthesis. *Nursing Ethics*, 31(5), 714–738. <https://doi.org/10.1177/09697330231200570>
- López, P. E. V., & Gualda, S. M. G. (2024). Política de salud intercultural de Chile y Argentina: Análisis crítico a partir del Convenio 169 de la OIT. *Religación*, 9(43). <https://doi.org/10.46652/rgn.v9i43.1327>
- Memon, R., Asif, M., Shah, B. A., Kiran, T., Khoso, A. B., Tofique, S., & Edwards, S. (2024). Clinicians' experiences of obtaining informed consent for research and treatment: A nested qualitative study from Pakistan. *BMC Medical Ethics*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01119-8>
- Michael, S., Kyejo, W., Ismail, A., Samji, S., Aghan, E., Mbekenga, C., ... Ali, A. (2025). Patients' perceptions and understanding of preoperative informed consent: A qualitative thematic analysis from Tanzania. *SAGE Open Medicine*, 13. <https://doi.org/10.1177/20503121251331122>
- Morales, A. J. S., & López, E. (2023). Parto humanizado y enfoque diferencial de derecho: Percepción de la puérpera adolescente en Montería, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 25(4), 1–6. <https://doi.org/10.15446/rsap.v25n4.107259>
- Ng, I. (2024). Informed consent in clinical practice: Old problems, new challenges. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 54(2), 153–158. <https://doi.org/10.1177/14782715241247087>
- Parmar, P., & Rathod, G. (2025). Beyond informed consent: Toward culturally situated consent models in traditional medicine—AI integration. *Journal of Medical Society*, 39(3), 164–167. https://doi.org/10.4103/jms.jms_90_25
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M. S., Meléndez-Navarro, D. M., & Enciso, G. F. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública de México*, 62(6), 810–819. <https://doi.org/10.21149/11861>

- Pérez, C., Sepúlveda, D., Cova, F., & Nazar, G. (2020). Salud intercultural desde la visión de las comunidades mapuche de Cañete y Tirúa. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(1), 152–168.
- Pittalis, C., Sackey, C., Okeny, P., Nandi, B., & Gajewski, J. (2023). Surgical informed consent practices and influencing factors in sub-Saharan Africa: A scoping review of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 33(10), 653–662. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2023-016823>
- Power, A., Tuteja, A., Mascarenhas, L., & Temple-Smith, M. (2022). A qualitative exploration of obtaining informed consent in medical consultations with Burma-born women. *Australian Journal of Primary Health*, 29(3), 284–291. <https://doi.org/10.1071/py22138>
- Schouten, B., Cox, A., Duran, G., Kerremans, K., Banning, L., Lahdidoui, A., & Krystallidou, D. (2020). Mitigating language and cultural barriers in healthcare communication: Toward a holistic approach. *Patient Education and Counseling*, 103(12), 2604–2608. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.05.001>
- Tham, J. (2021). The challenges of multiculturalism on informed consent in clinical research. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai Bioethica*, 66, 174–175. <https://doi.org/10.24193/subbbioethica.2021.spiss.119>
- Vargas, S., Jiménez, C. M. V., Osorio, V. C. F., Sarmiento, M. I., Monsalve-Córdoba, M. L., & Amaya, M. B. P. (2025). Estrategia educativa para la prevención del cáncer de cuello uterino en indígenas: Una experiencia de investigación-acción participativa. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311XES170423>
- Verástegui, E., Páez, R., & Arrieta, Ó. (2023). Hacia la objetividad en la valoración ética: Legibilidad como parte de la comprensión de los formatos de consentimiento informado. *Gaceta Médica de México*, 159(5), 437–442. <https://doi.org/10.24875/gmm.23000256>
- Yawson, D. V. Y., & Mensah, E. K. G. (2025). The role of informed consent in clinical practice: Bridging legal and medical standards in Africa using Ghana as a case study. *International Journal of Health Sciences*, 13, 1–6. <https://doi.org/10.15640/ijhs.v13p6>

Pedro Máximo Joaquín Ojeda Gallo

Universidad Nacional de Piura | Piura | Perú
<https://orcid.org/0009-0000-4816-8724>
pojedad@unp.edu.pe
pedrojedagallo@gmail.com

Gabriel Raymundo Cabredo Castro

Universidad Nacional de Piura | Piura | Perú
<https://orcid.org/0000-0002-5712-5547>
gcabredoc@unp.edu.pe
rcabredoc@hotmail.com

Andy Williams Chamoli Falcón

Universidad de Huánuco | Huánuco | Perú
<https://orcid.org/0000-0002-2758-1867>
andy.chamoli@udh.edu.pe
chamoliss@hotmail.com

Towards culturally situated informed consent: a critical synthesis of the evidence on relational autonomy, cultural mediation and community participation

Abstract

Informed consent is an ethical and legal pillar of contemporary medical practice; however, its conception under Western biomedical paradigms that privilege individual autonomy generates significant tensions when implemented in contexts of cultural diversity, particularly in intercultural health systems where plural conceptions of health and illness coexist, and where indigenous and culturally diverse communities operate under relational and community-based decision-making paradigms. The objective of this article was to propose evidence-based guidelines for the design of culturally situated informed consent models that articulate individual and relational autonomy in intercultural health systems. A narrative-critical literature review was conducted using systematic searches in Scopus, Web of Science, SciELO, and Latindex, encompassing publications between 2015 and 2025 in Spanish, English, and Portuguese. The results show that tensions between individual and relational autonomy are structural and transcultural, that existing cultural adaptation strategies remain fragmented, that barriers transcend language and are rooted in structural inequities, and that a significant training gap persists in the intercultural competencies of healthcare professionals. It is concluded that informed consent models must move beyond legal formalism toward an ethical pluralism that recognizes epistemic diversity, incorporates mechanisms for community participation, cultural mediation, and co-governance of healthcare, and that their co-construction with the communities they serve is essential.

Keywords: Informed consent; intercultural health; cultural diversity; indigenous peoples; intercultural bioethics.

Rumo a um Consentimento Informado Culturalmente Situado: Síntese Crítica da Evidência sobre Autonomia Relacional, Mediação Cultural e Participação Comunitária

Resumo

O consentimento informado constitui um pilar ético e legal da prática médica contemporânea; no entanto, sua concepção sob paradigmas biomédicos ocidentais que privilegiam a autonomia individual gera tensões significativas quando implementado em contextos de diversidade cultural, particularmente em sistemas de saúde intercultural onde coexistem concepções plurais de saúde e doença, e onde comunidades indígenas e culturalmente diversas operam sob paradigmas relacionais e comunitários de tomada de decisão. O objetivo deste artigo foi propor diretrizes baseadas em evidências para o desenho de modelos de consentimento informado culturalmente situados que articulem autonomia individual e relacional em sistemas de saúde intercultural. Realizou-se uma revisão bibliográfica narrativo-crítica por meio de buscas sistemáticas nas bases Scopus, Web of Science, SciELO e Latindex, abrangendo publicações entre 2015 e 2025 em espanhol, inglês e português. Os resultados evidenciam que as tensões entre autonomia individual e relacional são estruturais e transculturais; que as estratégias de adaptação cultural existentes permanecem fragmentadas; que as barreiras transcendem o âmbito linguístico, enraizando-se em iniquidades estruturais; e que persiste uma lacuna formativa significativa nas competências interculturais dos profissionais de saúde. Conclui-se que os modelos de consentimento informado devem transcender o formalismo legal em direção a um pluralismo ético que reconheça a diversidade epistêmica, incorpore mecanismos de participação comunitária, mediação cultural e cogestão em saúde, sendo imprescindível sua cocriação com as comunidades destinatárias.

Palavras-chave: Consentimento informado; Saúde intercultural; Diversidade cultural; Povos indígenas; Bioética intercultural.

Capítulo 11

Liderazgo organizacional y cultura de seguridad del paciente: una revisión de las dimensiones influenciadas por la gestión hospitalaria pública

Gabriel Raymundo Cabredo Castro, Pedro Máximo Joaquín Ojeda Gallo, Andy Williams Chamoli Falcón

Cabredo Castro, G. R., Ojeda Gallo, P. M. J., & Chamoli Falcón, A. W. (2026). Liderazgo organizacional y cultura de seguridad del paciente: una revisión de las dimensiones influenciadas por la gestión hospitalaria pública. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 228-259). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c815>



Liderazgo organizacional y cultura de seguridad del paciente: una revisión de las dimensiones influenciadas por la gestión hospitalaria pública

Resumen

La seguridad del paciente constituye una prioridad global en los sistemas de salud, y la cultura de seguridad representa un determinante fundamental para la prevención de eventos adversos en instituciones hospitalarias; sin embargo, en América Latina los hospitales públicos enfrentan desafíos estructurales y de gestión que condicionan el desarrollo de dicha cultura, evidenciándose una producción científica regional limitada sobre los factores organizacionales que la determinan. El objetivo de este artículo fue identificar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente más influenciadas por el liderazgo organizacional en hospitales públicos latinoamericanos, según la literatura científica revisada. Se realizó una revisión bibliográfica mediante búsquedas sistemáticas en Scopus, Web of Science, SciELO y Latindex, seleccionando estudios primarios publicados entre 2014 y 2025 que utilizaron instrumentos estandarizados como el HSOPSC y el SAQ en hospitales públicos de la región. Los resultados revelan que las dimensiones con puntuaciones más bajas son consistentemente la respuesta no punitiva al error, la dotación de personal y el apoyo gerencial, mientras que el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo constituyen las únicas fortalezas recurrentes. Se concluye que el liderazgo organizacional es un determinante estructural de la cultura de seguridad, siendo necesario desarrollar programas de formación en liderazgo contextualizados y estudios longitudinales comparativos que fortalezcan la evidencia regional.

Palabras clave: Cultura de seguridad del paciente; liderazgo organizacional; hospitales públicos; América Latina; gestión hospitalaria.

Introducción

La seguridad del paciente se consolidó como una preocupación prioritaria en los sistemas sanitarios contemporáneos, debido a que un número considerable de personas experimentó lesiones incapacitantes o incluso fallecimiento como consecuencia directa de errores asociados a la atención médica, situación particularmente acentuada en países con economías en desarrollo (Ayanaw et al., 2023). En este marco analítico, la cultura de seguridad del paciente fue conceptualizada como un entramado de valores organizacionales, convicciones compartidas, disposiciones actitudinales y patrones conductuales que orientaron el compromiso institucional hacia la reducción sistemática del daño durante los procesos asistenciales (Oña, 2024).

Diversos organismos internacionales han advertido que las transformaciones culturales en el ámbito sanitario suelen implicar desafíos sustancialmente más complejos que la mera incorporación de dispositivos administrativos o reformas estructurales, lo cual evidenció la naturaleza multidimensional de este fenómeno organizacional (Yavorovsky et al., 2023). En ese entramado institucional, el liderazgo organizacional emergió como un elemento decisivo, dado que las modalidades de conducción directiva tendieron a modelar el clima laboral, la apertura comunicativa entre profesionales, las dinámicas de aprendizaje institucional y la disposición del personal sanitario a reportar eventos adversos sin temor a represalias (Ünal et al., 2025).

Evidencias empíricas recientes sugirieron que estilos de liderazgo caracterizados por autenticidad, transparencia y fortalecimiento de las capacidades profesionales funcionaron como predictores relevantes de entornos organizacionales favorables a la seguridad del paciente (Dirik & İntepeler, 2023). En contraste, la insuficiencia de respaldo directivo se vinculó de manera reiterada con debilidades estructurales en dimensiones críticas de la cultura de seguridad, entre ellas la respuesta no punitiva frente al error y las condiciones de dotación del personal sanitario (Pedroso et al., 2023). En el contexto latinoamericano, esta problemática adquirió una significación particular debido a que nu-

merosos hospitales públicos operaron bajo restricciones presupuestarias, limitaciones estructurales y desafíos de gobernanza institucional que condicionaron la capacidad del liderazgo para consolidar entornos asistenciales seguros (Rodríguez et al., 2022).

La producción científica reciente proporcionó aportes relevantes para interpretar la relación entre el liderazgo organizacional y la cultura de seguridad del paciente en hospitales de América Latina. Rodríguez et al. (2022), realizaron la primera revisión sistemática con metaanálisis enfocada en la cultura de seguridad del paciente en hospitales latinoamericanos, integrando treinta estudios provenientes de Argentina, Brasil, Colombia, México y Perú, con una muestra acumulada de 10,915 participantes. Los resultados señalaron que las dimensiones con evaluaciones más favorables correspondieron al aprendizaje organizacional orientado a la mejora continua y al trabajo cooperativo dentro de las unidades clínicas. En contraste, las dimensiones más debilitadas estuvieron asociadas con la respuesta no punitiva frente al error y con la disponibilidad de personal, registrándose una percepción global positiva relativamente reducida, cercana al 48% (Rodríguez et al., 2022).

De manera complementaria, Pedroso et al. (2023), desarrollaron un estudio multicéntrico internacional en cuatro hospitales sudamericanos ubicados en Argentina, Brasil, Chile y Colombia. Los hallazgos mostraron que las dimensiones más robustas se relacionaron con el aprendizaje organizacional, el trabajo en equipo intraunidad y el respaldo gerencial en materia de seguridad del paciente. No obstante, continuaron evidenciándose debilidades significativas en aspectos vinculados con la suficiencia de recursos humanos y con la ausencia de enfoques no punitivos ante la ocurrencia de errores asistenciales (Pedroso et al., 2023).

Asimismo, Taquire (2023), examinó la cultura de seguridad del paciente en dos hospitales públicos peruanos de nivel III, identificando diferencias estadísticamente significativas en variables asociadas a dirección institucional, trabajo colaborativo y supervisión organizacional. Los resultados indicaron que los niveles observados se situaron

considerablemente por debajo de los estándares reportados en otros contextos hospitalarios de la región latinoamericana (Taquire, 2023). En conjunto, estos estudios sugirieron una convergencia empírica: las dimensiones relacionadas con liderazgo, conducción organizacional y apoyo gerencial constituyeron los ámbitos con mayor margen de mejora dentro de los hospitales públicos latinoamericanos.

A pesar de los avances registrados, la literatura especializada continuó presentando vacíos analíticos relevantes que justificaron el desarrollo de nuevas revisiones académicas. En primer lugar, Gallo y Cruz (2025), demostraron mediante un estudio bibliométrico basado en publicaciones indexadas en Scopus durante el periodo 2014–2024 que la mayoría de las investigaciones sobre cultura de seguridad del paciente adoptaron enfoques predominantemente cuantitativos, alcanzando el 93,5% del total analizado. Dicho estudio también evidenció que la producción científica estuvo concentrada principalmente en Estados Unidos, China y España, mientras que la participación de países latinoamericanos permaneció considerablemente reducida. Esta distribución desigual de la producción científica limitó la comprensión de las especificidades organizacionales que caracterizan a los hospitales públicos de la región (Gallo & Cruz, 2025).

En segundo lugar, García et al. (2023), identificaron en un hospital público mexicano que las dimensiones con menor valoración correspondieron a la apertura comunicativa entre profesionales, al respaldo gerencial en materia de seguridad y a la ausencia de respuestas punitivas frente a los errores. Los autores señalaron que la actuación de la gerencia resultó decisiva para garantizar la continuidad de las iniciativas de seguridad del paciente; sin embargo, el estudio no profundizó en los estilos concretos de liderazgo ni en las prácticas directivas capaces de revertir dichas debilidades estructurales (García et al., 2023).

Finalmente, Ünal et al. (2025), advirtieron que la literatura disponible todavía mostraba una escasez de investigaciones comparativas orientadas a examinar de manera simultánea los comportamientos de liderazgo y las dimensiones específicas de la cultura de seguridad hos-

pitalaria. En consecuencia, la interacción entre estilos de liderazgo determinados y componentes particulares de la cultura de seguridad permaneció insuficientemente explorada, especialmente en el contexto de hospitales públicos latinoamericanos, cuyas dinámicas institucionales difieren sustancialmente de aquellas observadas en sistemas sanitarios de países con mayores niveles de ingresos.

A partir de los vacíos identificados, el presente artículo de revisión bibliográfica tuvo como propósito identificar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que se mostraron más sensibles a la influencia del liderazgo organizacional en hospitales públicos de América Latina, según la evidencia científica disponible.

Metodología

La revisión bibliográfica se llevó a cabo mediante un procedimiento sistemático de rastreo, identificación y depuración de literatura científica, orientado a examinar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que evidenciaron mayor influencia del liderazgo organizacional en hospitales públicos latinoamericanos. El proceso de recuperación documental se efectuó en cuatro repositorios académicos de alta visibilidad científica: Scopus, Web of Science (WoS), SciELO y Latindex. La elección de estas plataformas respondió a su consolidada legitimidad en la circulación del conocimiento científico, a su cobertura interdisciplinaria en ciencias de la salud y, de manera particular, a su capacidad para indexar producción académica proveniente del ámbito latinoamericano.

El procedimiento de localización bibliográfica se estructuró en tres momentos metodológicos sucesivos. En una primera instancia, se efectuó la identificación y sistematización de descriptores conceptuales derivados del objetivo de investigación, empleando tanto vocabulario controlado procedente de los tesauros DeCS y MeSH como expresiones terminológicas libres utilizadas con frecuencia en la literatura especializada. Dichos descriptores se formularon en español, inglés y portugués, con la finalidad de ampliar el espectro de recuperación documental y evitar sesgos idiomáticos. Entre los términos utilizados se

incluyeron: cultura de seguridad del paciente, patient safety culture, cultura de segurança do paciente, liderazgo organizacional, organizational leadership, liderança organizacional, hospitales públicos, public hospitals, hospitais públicos, así como América Latina y Latin America.

En una segunda fase, estos descriptores fueron combinados mediante operadores booleanos específicos para cada base de datos, lo que permitió construir ecuaciones de búsqueda orientadas a maximizar la sensibilidad y precisión en la recuperación de registros bibliográficos pertinentes. Finalmente, en una tercera etapa, se efectuó un proceso de depuración documental, que incluyó la eliminación de registros duplicados, la revisión preliminar de títulos y resúmenes y, posteriormente, la lectura íntegra de los artículos potencialmente elegibles. Durante esta etapa se aplicaron de manera rigurosa los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, con el propósito de asegurar la coherencia metodológica del corpus analizado y la pertinencia de las investigaciones incorporadas en la revisión.

La fórmula booleana que se aplicaron las siguientes formulas:

Scopus: ((*“patient safety culture”* OR *“cultura de seguridad del paciente”* OR *“cultura de segurança do paciente”* OR *“safety culture”*) AND (*“organizational leadership”* OR *“leadership”* OR *“liderazgo organizacional”* OR *“liderazgo”* OR *“liderança”* OR *“management support”* OR *“apoyo gerencial”* OR *“hospital management”* OR *“gestión hospitalaria”*) AND (*“public hospital”* OR *“hospital público”* OR *“hospitais públicos”* OR *«government hospital»*))

Web of Science (WOS): ((*“patient safety culture”* OR *“cultura de seguridad del paciente”* OR *“cultura de segurança do paciente”* OR *“safety culture”*) AND (*“organizational leadership”* OR *“leadership”* OR *“liderazgo”* OR *“liderança”* OR *“management support”* OR *“hospital management”* OR *“gestión hospitalaria”* OR *“apoyo gerencial”*) AND (*“public hospital”* OR *“hospital público”* OR *“government hospital”*))

SciELO: (*“cultura de seguridad del paciente”* OR *“cultura de segurança do paciente”* OR *“patient safety culture”*) AND (*“liderazgo”* OR *“liderança”*)

OR “leadership” OR “gestión hospitalaria” OR “gestão hospitalar” OR “apoyo gerencial” OR “apoio da gestão”) AND (“hospital público” OR “hospitales públicos” OR “hospitais públicos» OR «public hospital”)

Latindex: “cultura de seguridad del paciente” + “liderazgo” + “hospital público” “patient safety culture” + “leadership” + “public hospital” “cultura de segurança do paciente” + “liderança” + “hospital público”

Con el fin de garantizar la coherencia metodológica, la pertinencia temática y la rigurosidad científica de los estudios considerados en la revisión, se definieron previamente criterios de inclusión y exclusión, los cuales se alinearon con el objetivo analítico de la investigación y con las orientaciones metodológicas sugeridas para la realización de revisiones bibliográficas en el ámbito de las ciencias de la salud.

Se consideraron elegibles aquellas investigaciones publicadas en revistas científicas sometidas a procesos de evaluación por pares, incluyendo artículos originales, revisiones de la literatura —sistemáticas, integrativas o narrativas— y estudios multicéntricos que abordaran la cultura de seguridad del paciente en entornos hospitalarios. Fueron considerados estudios desarrollados en hospitales públicos de países latinoamericanos o investigaciones que incorporaran muestras provenientes de este tipo de instituciones dentro de la región, con el propósito de preservar la coherencia contextual del análisis.

De igual modo, se seleccionaron estudios que examinaran explícitamente al menos una dimensión de la cultura de seguridad relacionada con el liderazgo organizacional, la gestión hospitalaria, el respaldo gerencial a la seguridad del paciente, las expectativas y acciones de la supervisión o las prácticas de dirección institucional. Con el fin de ampliar el espectro de recuperación documental y evitar sesgos idiomáticos, se incluyeron publicaciones redactadas en español, inglés o portugués, lenguas predominantes en la producción científica del ámbito latinoamericano. Finalmente, se consideraron únicamente investigaciones con acceso al texto completo, ya fuera en modalidad de acceso abierto o mediante las suscripciones institucionales disponibles en las bases de datos consultadas.

En contrapartida, se excluyeron documentos de carácter no investigativo, tales como artículos de opinión, editoriales, cartas al editor, resúmenes de congresos, tesis no publicadas en revistas indexadas y otras formas de literatura gris que no hubieran sido sometidas a procesos de revisión por pares. Asimismo, fueron descartados los estudios realizados exclusivamente en hospitales privados, clínicas ambulatorias o instituciones de atención primaria, salvo aquellos que incorporaran comparaciones explícitas con hospitales públicos que permitieran aislar información específica del sector público. También se excluyeron investigaciones desarrolladas fuera del contexto latinoamericano, a menos que incluyeran análisis comparativos o muestras provenientes de hospitales públicos de la región. De igual manera, no se consideraron estudios que no utilizaran instrumentos estandarizados para la medición de la cultura de seguridad del paciente o que emplearan herramientas metodológicas carentes de validación científica.

En los casos en que un mismo estudio apareciera duplicado en diferentes bases de datos, se conservó únicamente la versión más completa o aquella publicada en la revista con mayor impacto académico. Asimismo, se descartaron artículos que, tras la lectura íntegra del texto, no examinaran de manera explícita la relación entre liderazgo organizacional o gestión hospitalaria y las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. Finalmente, fueron excluidas investigaciones que presentaran deficiencias metodológicas sustantivas, tales como tamaños muestrales extremadamente reducidos —inferiores a treinta participantes—, ausencia de descripción del procedimiento de recolección de datos o carencia de análisis estadísticos adecuados para sustentar los resultados reportados.

La aplicación rigurosa de estos criterios permitió configurar un corpus de literatura científica caracterizado por su relevancia temática y solidez metodológica, lo que favoreció una síntesis de evidencia coherente con el propósito de identificar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente más sensibles a la influencia del liderazgo organizacional en hospitales públicos de América Latina.

Resultados

Pregunta de investigación 1

¿Cuáles son las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que presentan puntuaciones más bajas en hospitales públicos latinoamericanos y cómo se relacionan con factores de liderazgo y gestión organizacional?

Dimensiones críticas de la cultura de seguridad en hospitales públicos latinoamericanos

La evidencia empírica procedente de hospitales públicos de América Latina permitió reconocer una recurrencia de fragilidades en determinadas dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, especialmente en aquellas vinculadas con la conducción institucional y con las dinámicas de liderazgo organizacional. García et al. (2023), mediante un estudio descriptivo de carácter correlacional desarrollado con 113 profesionales de enfermería en un hospital público de segundo nivel en Saltillo, México, utilizando el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), identificaron que las valoraciones más bajas se registraron en la respuesta no punitiva frente a los errores (35.9%), la dotación de personal (37.8%), el respaldo gerencial a la seguridad (42.7%) y la apertura en la comunicación (42.4%). En contraste, el trabajo en equipo dentro de las unidades se configuró como la única dimensión considerada una fortaleza organizacional (76.3%).

Resultados similares fueron documentados por Santiago-González et al. (2020), quienes, en un hospital público de alta especialidad en México y mediante un diseño con muestreo aleatorio simple empleando el mismo instrumento, estimaron un nivel global de cultura de seguridad de 45.1%. En dicho estudio, las dimensiones con mayor deterioro correspondieron a la dotación y gestión del personal (28.8%), los procesos de transferencia durante los cambios de turno (34.8%) y la respuesta no punitiva ante errores (21.5%), mientras que el trabajo en equipo volvió a emerger como la única dimensión con desempeño favorable (75.3%).

En el contexto sudamericano se identificaron resultados comparables. Guerrero et al. (2025), a partir de un estudio correlacional realizado con 169 enfermeros de un hospital público peruano mediante la aplicación del instrumento SOPS 2.0, evidenciaron que el 80.2% de los participantes percibía la existencia de condiciones laborales asociadas a riesgo, con mayor incidencia en factores extralaborales (84.5%). No obstante, la totalidad de los profesionales valoró la gestión de la seguridad como una fortaleza institucional, destacándose particularmente la dimensión comunicacional relacionada con la seguridad (99.4%). Los autores señalaron que la reducción de condiciones laborales adversas se encuentra asociada con el fortalecimiento de las prácticas de gestión orientadas a la seguridad del paciente.

En el contexto brasileño, los resultados confirmaron estas tendencias. Silva et al. (2020), mediante un estudio transversal realizado con 69 profesionales de enfermería en una maternidad pública brasileña utilizando el HSOPSC, observaron que los porcentajes de respuestas positivas oscilaron entre 33.0% y 69.6%. Las evaluaciones más favorables se concentraron en el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo, mientras que las dimensiones más vulnerables correspondieron a las transferencias internas, los cambios de turno y la frecuencia de eventos notificados, lo que permitió caracterizar la cultura de seguridad como frágil en la mayoría de los ámbitos evaluados.

De forma complementaria, Véliz (2025), mediante un estudio transversal descriptivo realizado con 92 profesionales de enfermería del Hospital General Quevedo en Ecuador utilizando la versión en español del HSOPSC, determinó que la percepción institucional de seguridad se situaba en un nivel moderadamente satisfactorio. Si bien se identificaron avances en la adopción de principios orientados a la seguridad asistencial, la cultura organizacional aún se encontraba en proceso de consolidación, con la finalidad de avanzar hacia modelos de gestión preventivos que desincentiven enfoques punitivos frente al error.

En conjunto, estos resultados sugieren que las dimensiones directamente condicionadas por el liderazgo organizacional —particularmente el respaldo gerencial, la respuesta no punitiva ante errores y la suficiencia de la dotación de personal— constituyen los ámbitos más debilitados de forma transversal en hospitales públicos latinoamericanos, lo que evidencia limitaciones persistentes en las estrategias de conducción institucional orientadas a la seguridad del paciente.

Pregunta de investigación 2

¿Qué diferencias existen en la percepción de la cultura de seguridad del paciente entre distintas categorías profesionales y servicios hospitalarios en relación con las acciones de supervisión y dirección?

Variaciones profesionales y por servicio en la percepción de la cultura de seguridad

La percepción de la cultura de seguridad del paciente no se distribuye de manera homogénea entre las distintas categorías profesionales ni entre los servicios hospitalarios, y dichas divergencias se encuentran estrechamente vinculadas con las modalidades de supervisión y conducción organizacional. Batista et al. (2021), mediante un estudio transversal realizado con 158 profesionales de enfermería y medicina en un hospital público de enseñanza del sur de Brasil utilizando el HSOPSC, evidenciaron que la percepción de la cultura de seguridad difiere significativamente entre ambas categorías profesionales ($p < 0.05$). En ese estudio, el personal de enfermería reportó valoraciones más favorables en ocho de las dimensiones evaluadas, mientras que la dimensión respuesta no punitiva al error presentó los índices más bajos en ambos grupos, con 23.9% en enfermería y 13.9% en medicina.

De manera similar, Rosado y Soto (2024), en un estudio cuantitativo realizado con 49 profesionales de enfermería pertenecientes a los servicios de cirugía y emergencia del Hospital Hipólito Unanue de

Tacna, Perú, utilizando el instrumento SOPS 2.0, identificaron que en el servicio de cirugía el 27.78% de los participantes percibía un nivel regular de cultura de seguridad y el 22.22% un nivel bajo. En el servicio de emergencia, en cambio, el 25.81% manifestó un nivel alto. Sin embargo, el análisis estadístico no evidenció diferencias significativas entre ambos servicios ($p = 0.708$), lo que sugiere que las variaciones perceptivas se explican con mayor frecuencia por la categoría profesional que por el área hospitalaria de desempeño.

La influencia de las prácticas de supervisión y dirección también se manifestó de manera diferenciada según el contexto organizacional. Hoffmann et al. (2023), en un estudio transversal realizado con 56 profesionales de enfermería de tres servicios de diálisis en Minas Gerais, Brasil, utilizando el HSOPSC, identificaron que la dimensión expectativas y acciones de la dirección del servicio que favorecen la seguridad fue considerada un punto fuerte (85.42%). En contraste, la respuesta no punitiva ante errores (23.99%) y la dotación de personal (45.83%) continuaron siendo percibidas como dimensiones frágiles. El estudio también evidenció un mayor porcentaje de respuestas positivas en servicios públicos y filantrópicos en comparación con instituciones privadas ($p < 0.001$).

De forma adicional, Jaimes-Valencia et al. (2021), mediante un análisis correlacional basado en 402 registros de una institución hospitalaria de tercer nivel en Colombia evaluados entre 2015 y 2019 con el HSOPSC, identificaron que únicamente dos de las doce dimensiones evaluadas alcanzaron niveles considerados de fortaleza: aprendizaje organizacional (81.5%) y trabajo en equipo (85.5%). Asimismo, se observaron correlaciones estadísticamente significativas ($p = 0.000$) entre la percepción global de seguridad y diversas dimensiones, entre ellas la notificación de eventos y el aprendizaje organizacional.

Assis et al. (2024), en un estudio cuantitativo desarrollado con tres enfermeras y ocho técnicos de enfermería en un centro quirúrgico de un hospital de enseñanza brasileño, identificaron como áreas de fortaleza el aprendizaje organizacional y la mejora continua (86%),

la retroalimentación y comunicación sobre errores (78%) y las expectativas y acciones de la supervisión (77.8%). Sin embargo, el estudio evidenció que solo las enfermeras y un técnico habían realizado notificaciones de eventos adversos durante los doce meses previos. Estos resultados sugieren que cuando las prácticas de supervisión y dirección son percibidas de manera favorable, las dimensiones relacionadas con el aprendizaje organizacional tienden a fortalecerse; no obstante, persisten debilidades estructurales en la respuesta no punitiva y en el reporte sistemático de eventos adversos.

Pregunta de investigación 3

¿Qué factores organizacionales asociados al liderazgo limitan o fortalecen la notificación de eventos adversos y el aprendizaje organizacional en hospitales públicos de América Latina?

Factores de liderazgo que condicionan el reporte de eventos y el aprendizaje organizacional

La notificación de eventos adversos y el aprendizaje organizacional constituyen componentes centrales de la cultura de seguridad del paciente, cuyo desarrollo depende en gran medida de las condiciones organizacionales generadas por la conducción hospitalaria. Oliveira et al. (2020), en un estudio transversal analítico realizado con profesionales asistenciales de un hospital público de urgencia y emergencia en Brasil utilizando el cuestionario Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais, identificaron que las dimensiones con mayor proporción de respuestas positivas correspondieron a las expectativas y acciones del supervisor en la promoción de la seguridad del paciente, la promoción del aprendizaje continuo y el trabajo en equipo dentro de la unidad. A pesar de las fragilidades detectadas, los autores señalaron la existencia de esfuerzos institucionales orientados a fortalecer la seguridad del paciente.

Moreira et al. (2022), mediante un estudio mixto de corte transversal realizado con 60 enfermeros de unidades clínicas de un hospital público brasileño, analizaron 2,495 incidentes notificados durante un periodo de dos años. A partir del análisis cualitativo se identificaron tres categorías interpretativas: el conocimiento profesional del enfermero, las prácticas asistenciales desarrolladas y los factores que intervienen en la notificación de incidentes. Los resultados señalaron la necesidad de fortalecer programas de educación permanente destinados a incrementar la cantidad y calidad de los reportes, así como a consolidar una cultura organizacional orientada a la seguridad asistencial.

Las barreras para la notificación se encuentran estrechamente vinculadas con la persistencia de culturas institucionales de carácter punitivo y con la limitada retroalimentación proporcionada por la gestión organizacional. González et al. (2021), en un estudio transversal analítico con diseño ecológico realizado en un hospital chileno de alta complejidad, analizaron 869 reportes de eventos adversos registrados entre 2014 y 2017 y evaluaron la cultura de seguridad mediante el HSOPSC en una muestra de 95 enfermeros. Los resultados indicaron que variables como el clima laboral, el liderazgo institucional, el trabajo en equipo y la disponibilidad de personal se asocian con variaciones en la incidencia de daño derivado de eventos adversos, cuya frecuencia osciló entre 9.2% y 24.3% según el tipo y tamaño del hospital.

En una línea similar, Maya y Marín (2020), mediante un estudio multicéntrico transversal realizado con 514 trabajadores de seis centros quirúrgicos de Antioquia, Colombia, reportaron un promedio de ocho puntos en una escala de cero a diez para el clima de seguridad. En dicho estudio se identificaron como fortalezas el aprendizaje organizacional y la mejora continua (81.70%) y el trabajo en equipo (81.54%), mientras que persistieron debilidades en la dotación de personal (49.98%), la respuesta no punitiva ante errores (45.98%) y la franqueza en la comunicación (44.28%).

Finalmente, Lotici et al. (2022), en un estudio descriptivo exploratorio transversal realizado con 72 profesionales de unidades de

cuidados intensivos del sur de Brasil, observaron que únicamente dos dimensiones superaron el 75% de respuestas positivas: el trabajo en equipo en contextos de elevada carga laboral y la implementación activa de acciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente. Desde la perspectiva de los profesionales participantes, la seguridad del paciente aún no se encontraba plenamente consolidada. En conjunto, estos hallazgos sugieren que el liderazgo organizacional contribuye al fortalecimiento del aprendizaje organizacional y del trabajo en equipo; sin embargo, continúa siendo insuficiente para superar barreras culturales persistentes que limitan la notificación de eventos adversos, particularmente aquellas relacionadas con prácticas punitivas, insuficiente dotación de personal y limitaciones en la comunicación abierta sobre los errores.

Discusión de resultados

La revisión de la literatura se orientó a reconocer las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que mostraron mayor sensibilidad frente a la incidencia del liderazgo organizacional en hospitales públicos de América Latina. Los resultados configuraron una cartografía regional que, al contrastarse con la producción científica internacional, evidenció correspondencias consistentes y, paralelamente, particularidades contextuales que requirieron una interpretación situada.

El análisis mostró que las dimensiones con evaluaciones más desfavorables en hospitales públicos latinoamericanos correspondieron, de manera reiterada, a la respuesta no sancionadora frente al error, la disponibilidad de personal y el respaldo gerencial. Esta regularidad coincidió con la revisión sistemática con metaanálisis desarrollada por Rodríguez et al. (2022), quienes documentaron que, en treinta investigaciones provenientes de cinco países de la región, las dimensiones menos robustas fueron la respuesta no punitiva al error y la dotación de personal, con una percepción positiva global cercana al 48% (IC 95%: 44.53–51.60). De forma concordante, Pedroso et al. (2023), confirmaron en su estudio multicéntrico sudamericano que las dimensiones con

mayores requerimientos de fortalecimiento —al registrar promedios inferiores al 50%— fueron la dotación de personal (41%) y la respuesta no punitiva al error (37%).

No obstante, estos autores reportaron un desempeño elevado del apoyo gerencial a la seguridad del paciente (78%), configurándolo como una fortaleza dentro de instituciones acreditadas, lo que contrastó parcialmente con la evidencia sintetizada. Tal divergencia resultó plausible si se consideró la naturaleza institucional de los establecimientos analizados, puesto que Pedroso et al. (2023), incluyeron hospitales integrados a una alianza regional con estándares de acreditación internacional, mientras que el corpus revisado se concentró mayoritariamente en hospitales públicos sin acreditación, caracterizados por esquemas de gobernanza y prácticas directivas cualitativamente distintas.

En el plano internacional, la convergencia observada fue solo parcial. Mira et al. (2020), analizaron, mediante un estudio transversal con 190 gestores y responsables de seguridad en hospitales iberoamericanos de ocho países, las intervenciones implementadas con mayor frecuencia. Sus hallazgos indicaron una mayor presencia de sistemas de reporte, análisis detallado de incidentes y aproximaciones no sancionadoras, mientras que la comunicación con el paciente y la atención a las denominadas segundas víctimas aparecieron con menor frecuencia.

Sin embargo, los autores advirtieron que una proporción significativa de hospitales carecía de protocolos formalizados para actuar tras la ocurrencia de un evento adverso, lo que sugirió una disonancia entre la intención declarativa de adoptar enfoques no culpabilizadores y su aplicación operativa real (Mira et al., 2020). Esta distancia entre las directrices gerenciales y la experiencia cotidiana del personal clínico ofreció un marco interpretativo para comprender por qué la respuesta no punitiva al error continuó manifestándose como una dimensión estructuralmente debilitada cuando la medición se fundamentó en la percepción del personal asistencial.

Los resultados también evidenciaron divergencias en la percepción de la cultura de seguridad entre categorías profesionales, obser-

vándose valoraciones relativamente más favorables por parte del personal de enfermería en comparación con los profesionales médicos en diversas dimensiones operativas. Este patrón se relacionó con la forma en que los equipos experimentaron la supervisión, la coordinación del trabajo y el soporte cotidiano a la seguridad. No obstante, Rodríguez et al. (2022), informaron una percepción positiva global mayor en médicos que en enfermeras (59.84; IC 95%: 56.02–63.66). Esta aparente discrepancia resultó compatible al distinguir entre percepción global y valoración por dimensiones específicas, dado que varios estudios primarios mostraron que enfermería tendió a otorgar puntuaciones más altas en componentes vinculados con la cooperación intraunidad y el aprendizaje organizacional. De manera adicional, Pedroso et al. (2023), observaron que las puntuaciones medias fueron más elevadas en trabajadores que ocupaban posiciones de liderazgo, con excepción del componente relacionado con transferencias hospitalarias, lo que sugirió un efecto jerárquico en la percepción de la seguridad y una posible sobrevaloración de las condiciones de seguridad por parte de quienes desempeñaban funciones directivas en comparación con el personal asistencial.

Respecto de las diferencias entre servicios hospitalarios, los hallazgos revelaron variaciones menos pronunciadas por unidad funcional que por categoría profesional, lo que indicó que las debilidades de la cultura de seguridad no se circunscribieron a servicios específicos, sino que estuvieron asociadas a determinantes sistémicos de naturaleza organizacional. En esa línea, Calvache et al. (2021), al validar una versión latinoamericana del HSOPSC en el ámbito quirúrgico, identificaron requerimientos de mejora relacionados con la implementación de sistemas de reporte no culpabilizadores, el fortalecimiento de políticas no punitivas, la promoción de una comunicación abierta y el respaldo gerencial a la cultura de seguridad. Tales resultados reforzaron la idea de que las deficiencias más persistentes excedieron la dinámica microorganizacional de los servicios y se vincularon con estructuras de gestión y prácticas directivas.

Un elemento central de la síntesis fue el comportamiento dual de las dimensiones asociadas al liderazgo. El aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo aparecieron reiteradamente como fortalezas, mientras que el apoyo gerencial —en su expresión percibida por el personal— y la respuesta no punitiva se mantuvieron como focos deficitarios. Júnior et al. (2023), aportaron evidencia directa al analizar tres hospitales públicos brasileños gestionados por organizaciones sociales de salud, señalando que la consolidación de una cultura de seguridad dependió en gran medida de la capacidad del liderazgo para instaurar un clima institucional sustentado en la confianza. Sus resultados indicaron que la confianza operó como un componente estructural, con potencial para favorecer la satisfacción laboral y, por extensión, mejorar la calidad de los servicios dirigidos al paciente (Júnior et al., 2023).

En una línea convergente, Caldas et al. (2021), mediante un estudio cualitativo sobre la implementación del Programa Nacional de Seguridad del Paciente en dos hospitales públicos brasileños, evidenciaron que los mandatos normativos externos resultaron insuficientes para habilitar transformaciones en el ámbito hospitalario cuando no existió una habilitación institucional interna adecuada, particularmente en lo relativo al liderazgo sénior comprometido con la agenda de seguridad. En consecuencia, se interpretó que el liderazgo no operó como una variable aislada, sino como una función cuya eficacia dependió de la articulación entre políticas nacionales, arquitectura organizacional y prácticas gerenciales locales (Caldas et al., 2021).

La revisión también permitió advertir que la producción científica latinoamericana sobre cultura de seguridad del paciente continuó siendo relativamente limitada en comparación con la generada en países de mayores ingresos. Gallo y Cruz (2025), a través de un análisis bibliométrico, señalaron que la mayor parte de las investigaciones adoptó enfoques cuantitativos y que la producción científica se concentró principalmente en Estados Unidos, China y España, mientras que la contribución latinoamericana permaneció reducida (Gallo & Cruz, 2025). Esta distribución desigual tuvo implicaciones para la comprensión del liderazgo en la región, debido a que los modelos de gestión y

las restricciones estructurales de los hospitales públicos latinoamericanos difirieron sustancialmente de los contextos en los que se originó gran parte de la evidencia disponible. Factores como la inestabilidad política, las restricciones económicas, la austeridad presupuestaria y la sobrecarga laboral configuraron un entorno institucional que limitó la capacidad directiva para sostener transformaciones culturales duraderas (Caldas et al., 2021).

Asimismo, Mira et al. (2020), plantearon su investigación como un punto de partida para identificar líneas de trabajo y futuras preguntas de investigación en países iberoamericanos, lo que reforzó la idea de que la producción regional en torno a la gestión organizacional de la seguridad aún se encontraba en una etapa incipiente (Mira et al., 2020). La escasez de estudios comparativos multinacionales centradas en estilos de liderazgo y su impacto diferencial sobre dimensiones específicas de la cultura de seguridad constituyó, en consecuencia, un vacío que restringió la formulación de recomendaciones plenamente contextualizadas.

La interpretación de los resultados requirió considerar diversas limitaciones metodológicas. En primer lugar, la sobrerrepresentación de estudios brasileños en la literatura regional —incluidos 22 de los 30 estudios analizados por Rodríguez et al. (2022)— introdujo un sesgo geográfico que restringió la generalización de los hallazgos a la totalidad de América Latina. En varios países, entre ellos Bolivia, Ecuador, Venezuela, Paraguay y diversas naciones centroamericanas, la evidencia indexada resultó escasa o prácticamente inexistente, lo que dificultó una comprensión regional exhaustiva.

En segundo lugar, la predominancia de diseños transversales descriptivos limitó la posibilidad de establecer relaciones causales entre las prácticas de liderazgo y las dimensiones de la cultura de seguridad, mientras que la ausencia de estudios longitudinales en hospitales públicos restringió la evaluación de transformaciones culturales a lo largo del tiempo. Aunque Lima et al. (2025), demostraron la viabilidad de enfoques longitudinales al examinar tendencias temporales duran-

te siete años en una red hospitalaria privada brasileña, identificando mejoras en diversas dimensiones, pero estancamiento en la respuesta no punitiva, la dotación de personal y la frecuencia de eventos reportados, este enfoque no se observó replicado de forma suficiente en hospitales públicos latinoamericanos (Lima et al., 2025).

En tercer lugar, la heterogeneidad instrumental —derivada del uso de distintas versiones del HSOPSC (1.0 y 2.0) y de la inclusión de estudios que utilizaron el SAQ— dificultó comparaciones directas, aun cuando ambos instrumentos convergieron en constructos conceptualmente análogos. En cuarto lugar, la restricción idiomática a español, inglés y portugués, aunque coherente con el perfil regional de la literatura, pudo haber excluido investigaciones relevantes publicadas en otros idiomas o en literatura no indexada. Finalmente, el sesgo de publicación inherente a las revisiones bibliográficas pudo haber subrepresentado estudios con resultados negativos o estadísticamente no significativos.

A partir de los hallazgos y limitaciones identificadas, emergieron diversas orientaciones para investigaciones futuras. Resultó prioritario desarrollar estudios longitudinales en hospitales públicos que permitan estimar el efecto de intervenciones directivas específicas sobre las dimensiones de la cultura de seguridad a lo largo del tiempo, incorporando variables de liderazgo como predictores de cambio organizacional, en una lógica similar a la propuesta por Lima et al. (2025), aunque adaptada a contextos públicos. Asimismo, se consideró necesario promover investigaciones comparativas multinacionales que incluyan hospitales públicos de distintos países latinoamericanos, incorporando variables contextuales tales como modalidades de gestión, niveles de acreditación, disponibilidad de recursos per cápita y políticas nacionales de seguridad, siguiendo diseños multicéntricos comparables a los empleados por Pedroso et al. (2023), pero con mayor representatividad del sector público.

De igual manera, se justificó la expansión de enfoques metodológicos mixtos, considerando la marcada predominancia de estrategias

cuantitativas señalada por Gallo y Cruz (2025), con el propósito de complementar las mediciones estandarizadas mediante análisis cualitativos capaces de esclarecer los mecanismos a través de los cuales el liderazgo configura percepciones, prácticas y disposiciones hacia la seguridad, en consonancia con aproximaciones como la desarrollada por Caldas et al. (2021). También se recomendó que futuras investigaciones vinculen explícitamente estilos de liderazgo —transformacional, transaccional, auténtico u orientado al cambio— con dimensiones específicas de la cultura de seguridad, utilizando instrumentos validados para ambos constructos e incorporando variables mediadoras y moderadoras, a partir de la evidencia presentada por Júnior et al. (2023), sobre la centralidad de la confianza y el orgullo organizacional.

Finalmente, se consideró pertinente diseñar y evaluar intervenciones formativas en liderazgo ajustadas a la realidad de los hospitales públicos latinoamericanos, atendiendo restricciones presupuestarias, sobrecarga laboral y particularidades culturales, con énfasis en fortalecer la respuesta no punitiva al error, intensificar la comunicación abierta y consolidar sistemas de retroalimentación efectivos sobre eventos adversos, dado que estas dimensiones continuaron figurando entre las más deficitarias y, simultáneamente, entre las más sensibles a las prácticas de conducción organizacional.

Conclusiones

La revisión bibliográfica permitió integrar y sistematizar la evidencia científica disponible acerca de la relación entre el liderazgo organizacional y las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en hospitales públicos de América Latina. El análisis de la literatura reveló un patrón regional consistente: las dimensiones vinculadas con la respuesta no punitiva frente al error, la dotación de personal y el apoyo gerencial se configuraron de manera reiterada como los ámbitos más frágiles de la cultura de seguridad. En la mayoría de los estudios analizados, estas dimensiones registraron niveles de percepción positiva inferiores al cincuenta por ciento, lo que sugiere limitaciones estructurales persistentes en las prácticas de conducción institucional

y en los mecanismos organizacionales orientados a la gestión segura de la atención. En contraste, el aprendizaje organizacional y el trabajo en equipo dentro de las unidades asistenciales emergieron como las únicas dimensiones que, de forma relativamente estable, alcanzaron valoraciones favorables, lo que indica la existencia de capacidades colaborativas y de mejora continua que podrían constituir una base para el fortalecimiento de la cultura de seguridad en estos entornos hospitalarios.

Asimismo, la revisión evidenció diferencias relevantes en la percepción de la cultura de seguridad entre las distintas categorías profesionales. En varios estudios se observó que el personal de enfermería reportó evaluaciones más positivas en dimensiones relacionadas con la dinámica operativa del trabajo clínico, mientras que los profesionales médicos presentaron valoraciones más moderadas en estos ámbitos. De manera paralela, los trabajadores que ocupaban posiciones de liderazgo o supervisión tendieron a percibir condiciones de seguridad más favorables que el personal asistencial, lo que sugiere la existencia de brechas perceptivas entre los niveles directivos y los profesionales involucrados directamente en la atención clínica.

Un hallazgo particularmente significativo consistió en el comportamiento dual de las dimensiones asociadas al liderazgo organizacional. Cuando las acciones de supervisión fueron percibidas de manera positiva, se observaron niveles más elevados de aprendizaje organizacional y cooperación entre equipos. Sin embargo, estas condiciones no se tradujeron necesariamente en mejoras equivalentes en la respuesta no punitiva frente al error ni en la frecuencia de notificación de eventos adversos, dimensiones que continuaron mostrando debilidades estructurales. Este resultado sugiere que, si bien el liderazgo puede favorecer dinámicas de aprendizaje y coordinación, la transformación de culturas organizacionales marcadas por la penalización del error requiere intervenciones institucionales más profundas y sostenidas.

En relación con el objetivo de identificar las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente más influenciadas por el liderazgo

organizacional en hospitales públicos latinoamericanos, la evidencia sintetizada permite concluir que las dimensiones más sensibles a las prácticas de liderazgo y gestión institucional corresponden, en orden de vulnerabilidad, a la respuesta no punitiva frente al error, el apoyo gerencial a la seguridad del paciente y la dotación de personal. Estas tres dimensiones comparten una característica estructural: su evolución depende de decisiones organizacionales, políticas institucionales y estilos de conducción adoptados por los equipos directivos. En consecuencia, el liderazgo organizacional se configura como un determinante fundamental en la configuración de la cultura de seguridad en los hospitales públicos de la región. La evidencia revisada también sugiere que factores como la confianza organizacional, el sentido de pertenencia institucional y la legitimidad del liderazgo actúan como mecanismos mediadores que pueden facilitar o limitar la internalización de prácticas de seguridad dentro de las organizaciones sanitarias.

Es necesario reconocer que los resultados de esta revisión se encuentran condicionados por ciertas limitaciones metodológicas. En primer lugar, la producción científica regional presenta una concentración notable de estudios realizados en Brasil, lo que introduce un sesgo geográfico que restringe la extrapolación plena de los hallazgos al conjunto de países latinoamericanos. En segundo lugar, la predominancia de diseños transversales en los estudios revisados dificulta la identificación de relaciones causales entre las prácticas de liderazgo y la evolución de la cultura de seguridad. Asimismo, la diversidad de instrumentos y versiones utilizadas para medir la cultura de seguridad, particularmente las diferentes versiones del HSOPSC, limita la comparabilidad directa entre algunos resultados. Finalmente, la producción científica latinoamericana sobre esta temática continúa siendo relativamente limitada en comparación con la desarrollada en otras regiones del mundo, lo que evidencia la necesidad de ampliar el volumen y la diversidad de investigaciones en el ámbito regional.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos ofrecen implicaciones relevantes tanto para la investigación futura como para la gestión de los sistemas de salud. Desde una perspectiva investigativa,

resulta prioritario promover estudios longitudinales en hospitales públicos latinoamericanos que permitan evaluar de manera temporal el impacto de intervenciones de liderazgo sobre la cultura de seguridad. De igual modo, se requieren investigaciones comparativas de carácter multinacional que integren hospitales públicos de distintos países de la región, lo que permitiría analizar la influencia de variables contextuales relacionadas con los sistemas de salud y las estructuras de gestión hospitalaria. Asimismo, el desarrollo de estudios con metodologías mixtas contribuiría a complementar los enfoques cuantitativos predominantes mediante análisis cualitativos capaces de explorar en mayor profundidad los mecanismos organizacionales a través de los cuales el liderazgo influye en las prácticas de seguridad del personal asistencial.

Finalmente, desde una perspectiva aplicada, el diseño e implementación de programas de formación en liderazgo orientados específicamente al contexto de los hospitales públicos latinoamericanos se perfila como una estrategia prioritaria. Dichos programas deberían concentrarse en el fortalecimiento de una cultura organizacional basada en la confianza, la comunicación abierta sobre errores y el aprendizaje institucional derivado de los eventos adversos. La consolidación de estos elementos permitiría avanzar hacia entornos asistenciales más seguros, en los que el liderazgo organizacional actúe no solo como un mecanismo de gestión administrativa, sino como un catalizador de transformaciones culturales orientadas a la protección del paciente.

Referencias

- Assis, I., Carvalho, C., Barros, C., Correia, D., Siman, A., & Amaro, M. (2024). Segurança do paciente em um centro cirúrgico: Ótica da equipe de enfermagem. *Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem*, 14(42), 148–157. <https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.148157>
- Ayanaw, T., Worede, E. A., Alemayehu, M., Worku, W., Abere, G., & Betew, B. D. (2023). Patient safety culture and associated factors among health care providers in government and private hospitals, Bahir Dar City Northwest, Ethiopia, 2022: A comparative cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09770-4>
- Batista, J., Cruz, E., Alpendre, F., Silva, D., Brandão, M., & Gabriel, C. (2021). Diferenças entre profissionais de enfermagem e medicina acerca da cultura de segurança do paciente cirúrgico. *Enfermería Global*, 20(3), 86–126. <https://doi.org/10.6018/eglobal.441571>
- Caldas, B., Portela, M., Singer, S., & Aveling, E. (2021). How can implementation of a large-scale patient safety program strengthen hospital safety culture? Lessons from a qualitative study of national patient safety program implementation in two public hospitals in Brazil. *Medical Care Research and Review*, 79(4), 562–575. <https://doi.org/10.1177/10775587211028068>
- Calvache, J., Benavides, E., Echeverry, S., Agredo, F., Stolker, R., & Klimek, M. (2021). Psychometric properties of the Latin American Spanish version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire in the surgical setting. *Journal of Patient Safety*, 17(8), 1806–1813. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000644>
- Dirik, H., & İntepeler, Ş. (2023). An authentic leadership training programme to increase nurse empowerment and patient safety: A quasi-experimental study. *Journal of Advanced Nursing*, 80(4), 1417–1428. <https://doi.org/10.1111/jan.15926>

- Gallo, E., & Cruz, S. (2025). Análisis bibliométrico de publicaciones en Scopus sobre evaluación de la cultura de seguridad del paciente. *Enfermería Global*, 24(1), 1–17. <https://doi.org/10.6018/eglobal.621031>
- García, M., Pérez-Briones, N. G., Torres-Fuentes, B., Nuncio-Domínguez, J. L., Pérez-Aguirre, D. M., & Covarrubias-Solís, I. F. (2023). Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*, 22(2), 111–138. <https://doi.org/10.6018/eglobal.531691>
- González, E., Godoy-Pozo, J., Grob, F., & Quijada, C. (2021). Asociación entre eventos adversos en el cuidado de enfermería, cultura de seguridad y complejidad de pacientes en un hospital chileno. *Ciencia y Enfermería*, 27. <https://doi.org/10.29393/ce27-27aeec40027>
- Guerrero, W., Rodríguez, R., & Arévalo-Ipanaqué, J. (2025). Condiciones laborales de enfermeros y seguridad del paciente en un hospital público peruano. *Ciencia y Enfermería*, 31. <https://doi.org/10.29393/ce31-1clwj30001>
- Hoffmann, M., Menezes, A., Azevedo, C., Amaral, F., Rodrigues, T., Ribeiro, H., & Mata, L. (2023). Cultura de seguridad del paciente en los servicios de diálisis durante la pandemia de COVID-19: Perspectiva de enfermería. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92135>
- Jaimes-Valencia, M., Alvarado-Alvarado, A., Arciniegas, C., Galán, A., Jiménez, V., & García, C. (2021). Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una institución de tercer nivel (2015–2019). *Revista Cuidarte*, 12(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1092>
- Júnior, S., Araújo, C., & Silva, M. (2023). Leadership to promote patient safety culture in public hospitals managed by social health organizations. *Leadership in Health Services*, 37(2), 161–176. <https://doi.org/10.1108/LHS-03-2023-0017>

- Lima, H., Silva, L., Araújo, A., Torres, V., Tavares, L., Simões, D., & Vieira, J. (2025). Patient safety culture through the perspectives of healthcare workers: A longitudinal study in a private healthcare network in Brazil. *BMJ Open Quality*, 14(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-003020>
- Lotici, A., Zonta, F., Lotici, G., & Silva, T. (2022). Avaliação da cultura de segurança do paciente sob a ótica de profissionais da terapia intensiva. *Enfermería Global*, 21(3), 135–184. <https://doi.org/10.6018/eglobal.488311>
- Maya, Á., & Marín, D. (2020). Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Revista Cuidarte*, 11(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1040>
- Mira, J., Carrillo, I., García-Elorrio, E., Lourenção, D., Pavan-Baptista, P., Franco-Herrera, A., & Sousa, P. (2020). What Ibero-American hospitals do when things go wrong? A cross-sectional international study. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(5), 313–318. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa031>
- Moreira, I., Bezerra, A., Teixeira, C., Braga, Q., Costa, A., & Rocha, J. (2022). Percepção de enfermeiros sobre notificação de incidentes para promoção da segurança do paciente hospitalizado. *Enfermagem em Foco*, 12(5), 904–910. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.V12.N5.4345>
- Oliveira, F., Lima, D., & Provin, M. (2020). A cultura de segurança do paciente em um hospital público de urgência e emergência. *Research, Society and Development*, 9(4). <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2650>
- Oña, J. N. (2024). Evaluación de la cultura de seguridad a partir del enfoque sistémico en dos hospitales públicos de Bolivia. *Laboreal*, 20(2). <https://doi.org/10.4000/12xtk>
- Pedroso, A., Fernandes, F., Tuma, P., Vernal, S., Pellizzari, M., Seisdedos, M., & Neto, M. (2023). Patient safety culture in South America: A cross-sectional study. *BMJ Open Quality*, 12(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002362>

- Rodríguez, D., Baza, D., Domínguez-Cancino, K., & Palmieri, P. (2022). Patient safety culture in Latin American hospitals: A systematic review with meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
- Rosado, J., & Soto, L. (2024). Cultura de seguridad del paciente versión 2.0 en personal de enfermería de los servicios de cirugía y emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2023. *Revista Médica HHUT*, 17(1), 7–15. <https://doi.org/10.70409/rmhut.2024.171.6>
- Santiago-González, N., Morales-García, D., Ibarra-Cerón, M., & López-Jacinto, E. (2020). Cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad. *Revista de Enfermería Neurológica*, 18(3), 115–123. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v18i3.288>
- Silva, P., Gouveia, M., Magalhães, R., Borges, B., Rocha, R., & Guimarães, T. (2020). Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem em uma maternidade pública. *Enfermería Global*, 19(4), 427–462. <https://doi.org/10.6018/eglobal.386951>
- Taquire, R. (2023). Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. *Investigación e Innovación*, 3(1), 27–36. <https://doi.org/10.33326/27905543.2023.1.1750>
- Ünal, A., Yıldırım, N., & Öncel, S. (2025). Investigation of the relationship between perceived leadership behaviours of nurses and hospital safety culture: A study with the structural equation model. *International Journal of Nursing Practice*, 31(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.13324>
- Véliz, M. (2025). Percepción de la cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería, Hospital General Quevedo. *Ciencia y Reflexión*, 4(4), 656–691. <https://doi.org/10.70747/cr.v4i4.620>

Yavorovsky, O., Skaletsky, Y., Brukhno, R., Ivanko, O., Kravchenko, S., Bugro, V., & Kozak, N. (2023). Comparative analysis of patient safety culture dynamics in Ukraine and the USA healthcare facilities reference to establishing safe hospital environment. *Klinichna ta Profilaktychna Medytsyna*, (6), 113–120. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.6.2023.14>

Gabriel Raymundo Cabredo Castro

Universidad Nacional de Piura | Piura | Perú

<https://orcid.org/0000-0002-5712-5547>

gcabredoc@unp.edu.pe

rcabredoc@hotmail.com

Pedro Máximo Joaquin Ojeda Gallo

Universidad Nacional de Piura | Piura | Perú

<https://orcid.org/0009-0000-4816-8724>

pojedag@unp.edu.pe

pedrojedagallo@gmail.com

Andy Williams Chamoli Falcón

Universidad de Huánuco | Huánuco | Perú

<https://orcid.org/0000-0002-2758-1867>

andy.chamoli@udh.edu.pe

chamoliss@hotmail.com

Organizational leadership and patient safety culture: a review of the dimensions influenced by public hospital management

Abstract

Patient safety is a global priority in healthcare systems, and a safety culture is a fundamental determinant for preventing adverse events in hospitals. However, in Latin America, public hospitals face structural and management challenges that hinder the development of this culture, resulting in limited regional scientific output on the organizational factors that determine it. The objective of this article was to identify the dimensions of patient safety culture most influenced by organizational leadership in Latin American public hospitals, based on a review of the scientific literature. A literature review was conducted using systematic searches in Scopus, Web of Science, SciELO, and Latindex, selecting primary studies published between 2014 and 2025 that used standardized instruments such as the HSOPSC and the SAQ in public hospitals in the region. The results reveal that the dimensions with the lowest scores are consistently the non-punitive response to error, staffing, and managerial support, while organizational learning and teamwork are the only recurring strengths. It is concluded that organizational leadership is a structural determinant of safety culture, making it necessary to develop contextualized leadership training programs and comparative longitudinal studies that strengthen regional evidence. Keywords: Patient safety culture; organizational leadership; public hospitals; Latin America; hospital management.

Liderança Organizacional e Cultura de Segurança do Paciente: Uma Revisão das Dimensões Influenciadas pela Gestão Hospitalar Pública

Resumo

A segurança do paciente constitui uma prioridade global nos sistemas de saúde, e a cultura de segurança representa um determinante fundamental para a prevenção de eventos adversos em instituições hospitalares; no entanto, na América Latina, os hospitais públicos enfrentam desafios estruturais e de gestão que condicionam o desenvolvimento

dessa cultura, evidenciando-se uma produção científica regional limitada sobre os fatores organizacionais que a determinam. O objetivo deste artigo foi identificar as dimensões da cultura de segurança do paciente mais influenciadas pela liderança organizacional em hospitais públicos latino-americanos, de acordo com a literatura científica revisada. Realizou-se uma revisão bibliográfica por meio de buscas sistemáticas nas bases Scopus, Web of Science, SciELO e Latindex, selecionando estudos primários publicados entre 2014 e 2025 que utilizaram instrumentos padronizados como o HSOPSC e o SAQ em hospitais públicos da região. Os resultados revelam que as dimensões com pontuações mais baixas são consistentemente a resposta não punitiva ao erro, a dotação de pessoal e o apoio gerencial, enquanto a aprendizagem organizacional e o trabalho em equipe constituem as únicas fortalezas recorrentes. Conclui-se que a liderança organizacional é um determinante estrutural da cultura de segurança, sendo necessário desenvolver programas de formação em liderança contextualizados e estudos longitudinais comparativos que fortaleçam a evidência regional.

Palavras-chave: Cultura de segurança do paciente; Liderança organizacional; Hospitais públicos; América Latina; Gestão hospitalar.

Capítulo 12

Alcaloides quinolizidínicos de Lupinus mutabilis: composición química, bioactividad y potencial farmacológico

*Carmen Isolina Ayala Jara, Pedro Marcelo Alva Plasencia,
Lennin Roswell Rodríguez Saavedra, Olga Elizabeth
Caballero Aquino, Luis Fabrizio Seclén Ayala*

Ayala Jara, C. I., Alva Plasencia, P. M., Rodríguez Saavedra, L. R., Caballero Aquino, O. E., & Seclén Ayala, L. F. (2026). Alcaloides quinolizidínicos de *Lupinus mutabilis*: composición química, bioactividad y potencial farmacológico. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 261-283). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c816>



12

Alcaloides quinolizidínicos de Lupinus mutabilis: composición química, bioactividad y potencial farmacológico

Resumen

Lupinus mutabilis Sweet es una leguminosa andina ampliamente reconocida por su alto valor nutricional y por la presencia de diversos metabolitos secundarios con actividad biológica. Entre estos compuestos destacan los alcaloides quinolizidínicos, metabolitos nitrogenados responsables del sabor amargo característico de la semilla y asociados con mecanismos de defensa de la planta. Durante décadas estos alcaloides fueron considerados principalmente compuestos antinutricionales debido a su toxicidad en altas concentraciones; sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que diversos alcaloides presentes en especies del género *Lupinus* poseen propiedades biológicas relevantes, incluyendo actividad antimicrobiana, antioxidante, antiinflamatoria y efectos moduladores sobre sistemas neuroquímicos. El objetivo del presente capítulo es analizar la composición química de los alcaloides quinolizidínicos presentes en *Lupinus mutabilis*, revisar la evidencia científica reciente sobre su bioactividad y discutir su potencial farmacológico como fuente de compuestos bioactivos de origen natural. Para ello se realizó una revisión bibliográfica sistemática de literatura científica indexada en bases de datos académicas como Scopus, PubMed y ScienceDirect, priorizando estudios publicados en los últimos cinco años. Los resultados evidencian que los alcaloides más representativos de *Lupinus mutabilis* incluyen lupanina, esparteína, angustifolina y 13-hidroxilupanina, compuestos que han mostrado actividad frente a diversos microorganismos patógenos, así como efectos moduladores en procesos inflamatorios y en determinados sistemas neuroquímicos. Estos hallazgos sugieren que esta especie constituye una fuente prometedora de metabolitos bioactivos con posibles aplicaciones en el ámbito farmacéutico y nutracéutico. En conjunto, el estudio de los alcaloides de *Lupinus mutabilis* abre nuevas perspectivas para la valorización científica y biotecnológica de este cultivo andino, promoviendo su aprovechamiento en el desarrollo de productos de interés para la salud humana.

Palabras clave: *Lupinus mutabilis*; alcaloides quinolizidínicos; metabolitos secundarios; compuestos bioactivos; farmacología vegetal.

Introducción

En las últimas décadas, el interés científico por los compuestos bioactivos de origen vegetal ha crecido de manera significativa debido a su potencial para el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos, nutracéuticos y biotecnológicos. Las plantas producen una amplia diversidad de metabolitos secundarios que cumplen funciones ecológicas esenciales, como la defensa frente a herbívoros, microorganismos patógenos y condiciones ambientales adversas. Muchos de estos compuestos han demostrado poseer propiedades biológicas relevantes para la salud humana, lo que ha impulsado el estudio de especies vegetales con alto contenido de metabolitos bioactivos (Boschin & Arnoldi, 2022).

Dentro de este contexto, el género *Lupinus* ha despertado un interés creciente debido a su relevancia nutricional y fitoquímica. Entre sus especies más representativas se encuentra *Lupinus mutabilis*, una leguminosa originaria de la región andina de América del Sur que ha sido cultivada durante siglos en países como Perú, Bolivia y Ecuador. Esta especie se caracteriza por su elevado contenido de proteínas y lípidos, lo que la convierte en una fuente importante de nutrientes en la alimentación tradicional de las comunidades andinas y en un cultivo con creciente interés en sistemas alimentarios sostenibles (Cavajal-Larenas et al., 2020; Sujak et al., 2021; Huamaní-Perales et al., 2025). Además de su valor nutricional, esta planta presenta una notable diversidad de metabolitos secundarios que contribuyen a su interés científico.

Uno de los grupos de compuestos más estudiados en *Lupinus mutabilis* corresponde a los alcaloides quinolizidínicos, metabolitos nitrogenados derivados de la lisina que se encuentran ampliamente distribuidos en diversas especies del género *Lupinus*. Estos compuestos desempeñan un papel fundamental en los mecanismos de defensa química de la planta, ya que actúan como sustancias tóxicas o repelentes frente a insectos y otros organismos herbívoros. La biosíntesis de estos alcaloides implica una serie de transformaciones bioquímicas complejas que conducen a la formación de estructuras heterocíclicas caracte-

rísticas, proceso que ha sido descrito en estudios recientes sobre rutas metabólicas en lupinos (Ramírez-Betancourt et al., 2021; Mancinotti et al., 2022).

La composición química de los alcaloides quinolizidínicos presentes en *Lupinus mutabilis* ha sido objeto de numerosas investigaciones en las últimas décadas. Entre los compuestos predominantes identificados en esta especie destacan la lupanina, la esparteína, la angustifolina y la 13-hidroxilupanina. Estos alcaloides se concentran principalmente en las semillas, aunque también pueden encontrarse en otras partes de la planta como hojas y tallos. La concentración de estos metabolitos puede variar según factores genéticos, condiciones de cultivo y estado de madurez de la planta (Kroc et al., 2023; Parra-Gallardo et al., 2024; Khedr et al., 2024).

Durante muchos años, la presencia de alcaloides en el tarwi fue considerada una limitación para su consumo directo, debido al sabor amargo que confieren a las semillas y a su potencial toxicidad en concentraciones elevadas. Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que varios de estos compuestos poseen actividades biológicas de interés, lo que ha generado un cambio en la percepción científica sobre su papel en la planta. En lugar de ser considerados únicamente como antinutrientes, los alcaloides quinolizidínicos han comenzado a ser estudiados como posibles fuentes de compuestos bioactivos con aplicaciones en el ámbito farmacológico y biotecnológico (Gresta et al., 2022).

Diversos estudios han reportado que algunos alcaloides del género *Lupinus* presentan propiedades antimicrobianas frente a bacterias patógenas, así como actividad antifúngica y antioxidante. Estos efectos se atribuyen a la capacidad de los alcaloides para interactuar con estructuras celulares y procesos metabólicos de los microorganismos. Asimismo, se ha observado que ciertos compuestos pueden influir en procesos inflamatorios y en la modulación de respuestas biológicas, lo que abre nuevas posibilidades para su estudio en el contexto de la farmacología vegetal (Wink, 2020).

El interés por el potencial farmacológico de los alcaloides quinolizidínicos también se relaciona con la creciente búsqueda de compuestos naturales que puedan contribuir al desarrollo de terapias alternativas o complementarias. En un contexto global marcado por el aumento de la resistencia antimicrobiana y la necesidad de encontrar nuevas moléculas bioactivas, los productos naturales continúan siendo una fuente importante de candidatos farmacológicos. En este sentido, las plantas del género *Lupinus* representan un recurso prometedor para la identificación de nuevos compuestos con propiedades terapéuticas (Lucas et al., 2021).

Además, el estudio de estos metabolitos se vincula con enfoques contemporáneos orientados hacia la valorización de recursos naturales y el aprovechamiento sostenible de la biodiversidad vegetal. En regiones andinas, donde *Lupinus mutabilis* forma parte de sistemas agrícolas tradicionales, el análisis de sus compuestos bioactivos puede contribuir tanto al desarrollo de nuevas aplicaciones industriales como a la promoción de cadenas productivas basadas en recursos locales.

A pesar de los avances en el conocimiento de los alcaloides quinolizidínicos, aún existen vacíos importantes en la literatura científica relacionados con la caracterización completa de estos compuestos y con la comprensión de sus posibles aplicaciones farmacológicas. Muchos estudios se han centrado en la identificación química de los alcaloides, mientras que la investigación sobre sus efectos biológicos y su potencial terapéutico continúa en desarrollo.

En este contexto, resulta relevante realizar revisiones integrales que permitan sintetizar la información disponible sobre la composición química, la bioactividad y el potencial farmacológico de los alcaloides presentes en *Lupinus mutabilis*. La integración de estos conocimientos puede contribuir a ampliar la comprensión del valor científico de esta especie y a promover su estudio dentro del campo de la química de productos naturales.

Por lo tanto, el objetivo del presente capítulo es analizar la composición química de los alcaloides quinolizidínicos presentes en Lu-

pinus mutabilis, revisar las evidencias científicas relacionadas con su bioactividad y discutir su potencial farmacológico a partir de la literatura científica reciente.

Metodología

El presente capítulo se desarrolló mediante un estudio de tipo **revisión bibliográfica descriptiva**, orientado a analizar la composición química, bioactividad y potencial farmacológico de los alcaloides quinolizidínicos presentes en *Lupinus mutabilis*. Este enfoque permitió integrar y sintetizar la información científica disponible en la literatura reciente sobre estos compuestos bioactivos.

La búsqueda de información se realizó en diversas bases de datos científicas internacionales, entre las que se incluyen **Scopus**, **Web of Science**, **PubMed**, **ScienceDirect** y **Google Scholar**, debido a su amplia cobertura de publicaciones en el área de ciencias biológicas, farmacéuticas y químicas. Asimismo, se consultaron artículos científicos, revisiones especializadas y capítulos de libro relacionados con la fitoquímica del género *Lupinus* y con los alcaloides quinolizidínicos.

Para la identificación de los estudios relevantes se emplearon diferentes combinaciones de **palabras clave en inglés**, utilizando operadores booleanos. Entre los términos utilizados se encuentran: *Lupinus mutabilis*, quinolizidine alkaloids, lupin alkaloids, lupanine, sparteine, plant secondary metabolites, pharmacological activity y bioactive compounds. Estas palabras clave fueron combinadas mediante los operadores **AND** y **OR** con el fin de ampliar o delimitar la búsqueda según la temática de interés.

Se establecieron **criterios de inclusión** para la selección de los documentos analizados. Se consideraron principalmente artículos científicos publicados en revistas indexadas durante los últimos cinco años, con el objetivo de priorizar literatura actualizada sobre la temática. Asimismo, se incluyeron estudios clásicos ampliamente citados cuando aportaban información relevante sobre la biosíntesis, composición química o actividad biológica de los alcaloides quinolizidínicos. Los

documentos seleccionados debían estar disponibles en texto completo y presentar información directamente relacionada con la composición química o las propiedades biológicas de alcaloides presentes en especies del género *Lupinus*.

Como **criterios de exclusión**, se descartaron publicaciones que no presentaban evidencia científica verificable, documentos duplicados o trabajos cuyo contenido no estuviera directamente relacionado con el objetivo del capítulo. De igual manera, se excluyeron fuentes de información que no contaban con revisión por pares o que carecían de respaldo académico suficiente.

Los estudios seleccionados fueron analizados mediante un proceso de lectura crítica y sistematización de la información, identificando los principales alcaloides quinolizidínicos reportados en *Lupinus mutabilis*, así como sus características estructurales, mecanismos biosintéticos y actividades biológicas descritas en la literatura científica. La información recopilada se organizó en tablas y figuras con el propósito de facilitar la interpretación y síntesis de los resultados.

A partir del análisis de la literatura científica, se integraron los hallazgos relacionados con la composición química, la bioactividad y el potencial farmacológico de los alcaloides quinolizidínicos presentes en *Lupinus mutabilis*. Este proceso permitió construir una visión amplia del estado actual del conocimiento sobre estos metabolitos secundarios y su posible relevancia en el desarrollo de aplicaciones farmacológicas y biotecnológicas.

Resultados

Composición química de los alcaloides quinolizidínicos en *Lupinus mutabilis*

Los estudios fitoquímicos realizados en especies del género *Lupinus* han identificado una amplia diversidad de alcaloides quinolizidínicos, metabolitos nitrogenados derivados de la lisina que presentan estructuras heterocíclicas características. En *Lupinus mutabilis*, estos

compuestos se concentran principalmente en las semillas, aunque también se han detectado en hojas, tallos y otras partes de la planta. Su función en el metabolismo vegetal se relaciona con mecanismos de defensa frente a herbívoros y microorganismos patógenos (Frick et al., 2021).

Entre los alcaloides quinolizidínicos más reportados en *Lupinus mutabilis* destacan la **lupanina**, la **esparteína**, la **angustifolina** y la **13-hidroxilupanina**, compuestos que forman parte del grupo de alcaloides tetracíclicos característicos del género *Lupinus*. La proporción de estos metabolitos puede variar según factores genéticos, condiciones ambientales y estado de desarrollo de la planta (Kroc et al., 2023).

El contenido de alcaloides en las semillas también puede modificarse durante los procesos de tratamiento y procesamiento del tarwi. En particular, el proceso tradicional de desamargado mediante lavado y remojo permite reducir significativamente la concentración de alcaloides, lo que contribuye a mejorar la seguridad del producto para el consumo humano (Cortés-Avenidaño et al., 2020; Schryvers et al., 2023).

Diversas investigaciones han demostrado que la lupanina suele ser el alcaloide predominante en muchas especies del género *Lupinus*, lo cual ha sido confirmado mediante estudios analíticos recientes basados en técnicas de cromatografía y espectrometría de masas (Madelou et al., 2024; Namdar et al., 2024). En contraste, otros compuestos como la esparteína y la angustifolina se encuentran en concentraciones menores, aunque presentan gran relevancia desde el punto de vista biológico. La diversidad estructural de estos alcaloides se debe a procesos de modificación química que incluyen reacciones de oxidación, hidroxilación y reorganización del esqueleto molecular (Wink, 2020).

La biosíntesis de los alcaloides quinolizidínicos se inicia a partir del aminoácido lisina, el cual sufre un proceso de descarboxilación para generar cadaverina. Posteriormente, a través de una serie de transformaciones enzimáticas que incluyen reacciones de oxidación y condensación molecular, se forman intermediarios quinolizidínicos

que conducen a la generación de distintos alcaloides presentes en el género *Lupinus*.

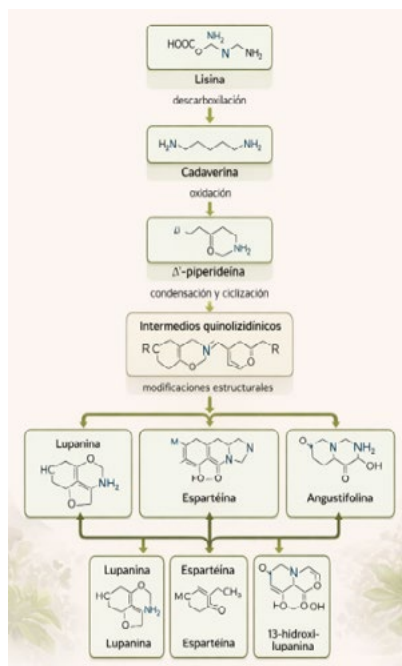


Figura 1. Ruta biosintética de alcaloides quinolizidínicos en especies del género *Lupinus*

Nota: adaptado de Frick et al. (2021) y Kroc et al. (2023).

Como se observa en la Figura 1, la lisina constituye el precursor inicial de la biosíntesis de alcaloides quinolizidínicos. A través de la formación de cadaverina y de intermediarios derivados de la Δ¹-piperideína, se generan compuestos con estructuras heterocíclicas complejas que dan origen a los principales alcaloides reportados en *Lupinus mutabilis*.

La diversidad estructural de estos compuestos puede observarse en los principales alcaloides identificados en *Lupinus mutabilis*, cuyas estructuras químicas comparten un núcleo quinolizidínico común con variaciones en grupos funcionales y patrones de sustitución.

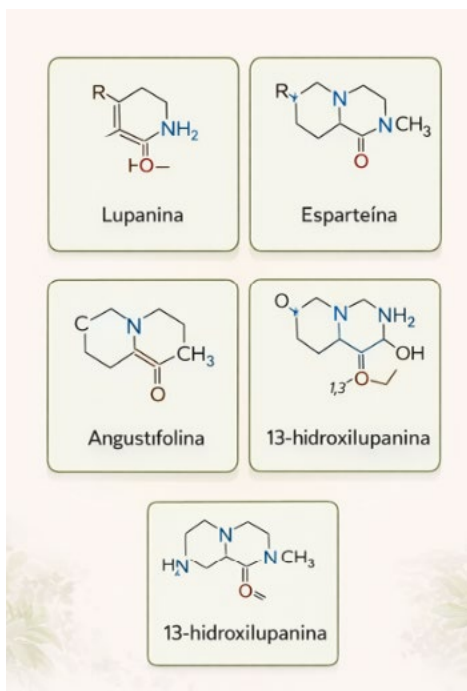


Figura 2. Principales alcaloides quinolizidínicos identificados en *Lupinus mutabilis*
 Nota: adaptado de Wink (2020); Frick et al. (2021) y Kroc et al. (2023).

La Figura 2 presenta las estructuras químicas de algunos de los principales alcaloides quinolizidínicos identificados en *Lupinus mutabilis* (tarwi), entre los que destacan lupanina, esparteína, angustifolina y 13-hidroxilupanina. Estos compuestos se caracterizan por la presencia de un núcleo heterocíclico quinolizidínico derivado de la lisina, cuya formación ocurre a través de procesos de condensación y ciclización durante la biosíntesis de alcaloides en la planta. La diversidad estructural observada en estos metabolitos se debe a modificaciones funcionales como hidroxilaciones, oxidaciones y sustituciones en diferentes posiciones del esqueleto molecular. Estas variaciones estructurales influyen en sus propiedades biológicas y en su interacción con sistemas biológicos, lo que explica el interés creciente en su estudio dentro de la química de productos naturales y la farmacología vegetal (Frick et al., 2021; Wink, 2020; Kroc et al., 2023).

Bioactividad de los alcaloides quinolizidínicos

Diversos estudios han reportado que los alcaloides quinolizidínicos presentan una amplia gama de actividades biológicas, lo que ha despertado interés en el campo de la farmacología vegetal y de los productos naturales. Estas propiedades se relacionan con la capacidad de estos compuestos para interactuar con diferentes estructuras celulares y procesos metabólicos.

Entre las actividades más estudiadas se encuentra la **actividad antimicrobiana**, la cual ha sido observada frente a diversas bacterias y microorganismos patógenos. Algunos alcaloides del género *Lupinus* han mostrado capacidad para alterar la integridad de la membrana celular bacteriana o interferir con procesos metabólicos esenciales para el crecimiento microbiano (Gresta et al., 2022).

Además, se han reportado **propiedades antioxidantes** asociadas a ciertos alcaloides quinolizidínicos, lo que sugiere su posible papel en la neutralización de radicales libres y en la protección frente al estrés oxidativo. Estas propiedades han despertado interés en el desarrollo de compuestos naturales con potencial aplicación en salud humana (Boschin & Arnoldi, 2022).

La literatura científica también describe posibles **efectos antiinflamatorios y neuromoduladores**, particularmente en compuestos como la esparteína, que ha sido estudiada por su interacción con sistemas neurofisiológicos y su influencia en determinados procesos fisiológicos (Wink, 2020).

Tabla 1.
Bioactividad farmacológica reportada para alcaloides quinolizidínicos del género *Lupinus*

Compuesto	Actividad biológica	Posible aplicación
Lupanina	Antimicrobiana	Desarrollo de compuestos antibacterianos
Esparteína	Actividad cardiovascular	Investigación farmacológica
Angustifolina	Antibacteriana	Productos bioactivos naturales
Alcaloides quinolizidínicos	Modulación inflamatoria	Desarrollo de nutraceuticos

Nota: adaptado de Frick et al. (2021); Gresta et al. (2022); Wink (2020); Boschin y Arnoldi (2022) y Kroc et al. (2023).

Potencial farmacológico de los alcaloides del tarwi

El creciente interés en los productos naturales como fuente de compuestos bioactivos ha impulsado el estudio de alcaloides presentes en especies vegetales con potencial terapéutico. En el caso de *Lupinus mutabilis*, los alcaloides quinolizidínicos representan un grupo de metabolitos con propiedades que podrían ser exploradas en el desarrollo de nuevas aplicaciones farmacológicas.

Investigaciones recientes sugieren que estos compuestos podrían contribuir al desarrollo de **agentes antimicrobianos naturales**, lo que resulta particularmente relevante frente al aumento de la resistencia bacteriana a los antibióticos convencionales. La capacidad de los alcaloides para interferir en procesos celulares de microorganismos patógenos abre nuevas posibilidades para su estudio en el ámbito farmacéutico (Lucas et al., 2021).

Asimismo, la presencia de compuestos con propiedades antioxidantes y antiinflamatorias plantea la posibilidad de desarrollar productos derivados de plantas que puedan contribuir al tratamiento o prevención de diversas enfermedades asociadas al estrés oxidativo y a procesos inflamatorios.

El estudio de estos metabolitos también se relaciona con enfoques actuales de investigación orientados hacia la **valorización de recursos vegetales y el aprovechamiento sostenible de la biodiversidad**, especialmente en regiones donde especies como *Lupinus mutabilis* forman parte de sistemas agrícolas tradicionales.

Los resultados de la literatura científica muestran que los alcaloides quinolizidínicos presentes en *Lupinus mutabilis* constituyen un grupo de compuestos de gran interés para futuras investigaciones en química de productos naturales y farmacología vegetal.

Discusión de resultados

El análisis de la literatura científica evidencia que los alcaloides quinolizidínicos constituyen uno de los grupos de metabolitos secundarios más representativos del género *Lupinus*, hecho ampliamente documentado en estudios recientes sobre la diversidad química de alcaloides en lupinos (Cely-Veloz et al., 2023). En el caso de *Lupinus mutabilis*, diversos estudios han confirmado la presencia predominante de compuestos como lupanina, esparteína, angustifolina y 13-hidroxilupanina, los cuales comparten un núcleo estructural quinolizidínico derivado de la lisina. Estos metabolitos desempeñan un papel relevante en la fisiología de la planta, ya que participan en mecanismos de defensa frente a insectos, microorganismos patógenos y otros factores ambientales (Frick et al., 2021; Kroc et al., 2023).

La composición química de los alcaloides en especies del género *Lupinus* ha sido ampliamente documentada, aunque su concentración y distribución pueden variar según factores genéticos, condiciones ambientales y prácticas agronómicas. Dicha variabilidad resulta de particular interés para programas de mejoramiento genético orientados a reducir el contenido de alcaloides en semillas destinadas al consumo humano (Barzaghi et al., 2025). Estudios recientes indican que la lupanina suele ser el alcaloide predominante en muchas especies, lo que coincide con los resultados reportados para *Lupinus mutabilis*. Esta predominancia sugiere que dicho compuesto podría desempeñar un

papel importante en la defensa química de la planta y en su adaptación a condiciones ecológicas específicas (Gresta et al., 2022).

La composición química de los alcaloides en especies del género *Lupinus* ha sido ampliamente documentada, aunque su concentración y distribución pueden variar según factores genéticos, condiciones ambientales y prácticas agronómicas.

Desde el punto de vista estructural, la diversidad de alcaloides quinolizidínicos observada en *Lupinus mutabilis* se relaciona con modificaciones químicas del esqueleto molecular básico, como reacciones de oxidación e hidroxilación. Estas transformaciones generan compuestos con diferentes propiedades físico-químicas y biológicas, lo que contribuye a la variedad de funciones que estos metabolitos pueden desempeñar tanto en la planta como en sistemas biológicos externos (Wink, 2020).

Los resultados revisados también muestran que varios alcaloides quinolizidínicos presentan actividades biológicas que han despertado interés en el ámbito farmacológico. Entre las propiedades más reportadas se encuentran efectos antimicrobianos frente a bacterias patógenas, así como actividad antifúngica y antioxidante. Estos efectos se atribuyen a la capacidad de los alcaloides para interactuar con membranas celulares, enzimas metabólicas y otras estructuras biológicas, lo que puede alterar procesos fisiológicos de microorganismos patógenos (Boschin & Arnoldi, 2022).

El potencial antimicrobiano de estos compuestos resulta particularmente relevante en el contexto actual, caracterizado por el aumento de la resistencia bacteriana a antibióticos convencionales. La búsqueda de nuevas moléculas bioactivas de origen natural se ha convertido en una prioridad para la investigación farmacéutica, y en este escenario los alcaloides quinolizidínicos representan una fuente prometedora de compuestos con posible aplicación terapéutica (Lucas et al., 2021).

Además de su actividad antimicrobiana, algunos alcaloides del género *Lupinus* han sido asociados con efectos antioxidantes y anti-

inflamatorios. Estas propiedades podrían contribuir a la prevención o tratamiento de enfermedades relacionadas con el estrés oxidativo y procesos inflamatorios crónicos. Aunque gran parte de la evidencia disponible proviene de estudios *in vitro*, los resultados obtenidos sugieren que estos metabolitos poseen características que justifican su exploración en investigaciones farmacológicas más profundas (Kroc et al., 2023).

Otro aspecto relevante identificado en la literatura se relaciona con el creciente interés por el aprovechamiento de especies vegetales tradicionales dentro de enfoques de innovación sostenible y valorización de la biodiversidad. En regiones andinas, donde *Lupinus mutabilis* forma parte de sistemas agrícolas ancestrales, el estudio de sus metabolitos secundarios puede contribuir al desarrollo de nuevas aplicaciones en las industrias farmacéutica, alimentaria y biotecnológica.

Sin embargo, a pesar del avance en la caracterización química de los alcaloides quinolizidínicos, aún existen vacíos importantes en el conocimiento sobre sus mecanismos de acción biológica y su potencial terapéutico en humanos. Muchos estudios se han centrado en la identificación estructural de estos compuestos, mientras que las investigaciones orientadas a evaluar su seguridad, biodisponibilidad y eficacia farmacológica siguen siendo limitadas.

En este contexto, futuras investigaciones deberían enfocarse en la evaluación experimental de la actividad biológica de estos compuestos, así como en el desarrollo de métodos de extracción y purificación que permitan obtener alcaloides con mayor grado de pureza. La integración de estudios fitoquímicos, farmacológicos y biotecnológicos permitirá ampliar la comprensión del potencial científico de *Lupinus mutabilis* y favorecer el desarrollo de aplicaciones basadas en recursos naturales.

La evidencia disponible indica que los alcaloides quinolizidínicos presentes en *Lupinus mutabilis* constituyen un grupo de metabolitos con gran relevancia dentro de la química de productos naturales. Su

diversidad estructural y sus propiedades biológicas justifican la necesidad de continuar explorando su potencial farmacológico y su posible aplicación en el desarrollo de nuevos compuestos bioactivos.

Conclusiones

El análisis de la literatura científica permite reconocer que *Lupinus mutabilis* constituye una especie vegetal de gran interés dentro del estudio de metabolitos secundarios bioactivos. Entre estos compuestos destacan los alcaloides quinolizidínicos, un grupo de metabolitos nitrogenados derivados de la lisina que presentan estructuras químicas complejas y funciones relevantes en los mecanismos de defensa de la planta.

Los estudios revisados evidencian que los alcaloides predominantes en *Lupinus mutabilis* incluyen lupanina, esparteína, angustifolina y 13-hidroxilupanina, compuestos que forman parte del núcleo quinolizidínico característico del género *Lupinus*. La diversidad estructural de estos metabolitos se relaciona con procesos de transformación bioquímica durante su biosíntesis, lo que genera una amplia variedad de compuestos con diferentes propiedades biológicas.

La literatura científica también indica que varios alcaloides quinolizidínicos presentan actividades biológicas de interés, entre ellas efectos antimicrobianos, antioxidantes y antiinflamatorios. Estas propiedades han despertado un creciente interés en el campo de la farmacología de productos naturales, debido a su posible aplicación en el desarrollo de nuevas moléculas bioactivas de origen vegetal.

Los alcaloides presentes en *Lupinus mutabilis* representan un recurso prometedor para la investigación farmacológica, especialmente en un escenario global que demanda nuevas alternativas terapéuticas frente a desafíos como la resistencia antimicrobiana. El estudio de estos metabolitos también contribuye a la valorización científica de especies vegetales tradicionales de la región andina.

A pesar de los avances en la identificación y caracterización de los alcaloides quinolizidínicos, aún persisten vacíos de conocimiento relacionados con sus mecanismos de acción, su seguridad y su posible aplicación terapéutica en humanos. En consecuencia, futuras investigaciones deberán integrar enfoques fitoquímicos, farmacológicos y biotecnológicos que permitan profundizar en el estudio de estos compuestos y explorar su potencial dentro del desarrollo de nuevos productos farmacéuticos y nutracéuticos.

El conocimiento actual sobre los alcaloides quinolizidínicos de *Lupinus mutabilis* confirma su relevancia dentro de la química de productos naturales y destaca la necesidad de continuar investigando sus propiedades y aplicaciones, con el fin de aprovechar de manera sostenible los recursos biológicos de la biodiversidad andina.

Referencias

- Barzaghi, S., Annicchiarico, P., & Arnoldi, A. (2025). Quinolizidine alkaloid composition of white lupin and implications for breeding strategies. *Plants*, 14(21). <https://doi.org/10.3390/plants14213327>
- Boschin, G., & Arnoldi, A. (2022). Legumes as a source of bioactive compounds for sustainable nutrition. *Trends in Food Science & Technology*, 120, 111–123. <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2022.03.010>
- Carvajal-Larenas, F., Linnemann, A. R., Nout, M. J. R., Koziol, M., van Boekel, M. A. J. S., & Fogliano, V. (2020). Nutritional composition of Andean lupin (*Lupinus mutabilis* Sweet) and its potential use in food products. *Foods*, 9(9). <https://doi.org/10.3390/foods9091233>
- Cely-Veloza, W., Quintero-Rincón, A., Díaz-Ariza, L. A., & Ospina-Giraldo, L. F. (2023). Quinolizidine-type alkaloids: Chemodiversity, occurrence and biological activity. *ACS Omega*, 8, 18024–18038. <https://doi.org/10.1021/acsomega.3c02179>
- Cortés-Avenidaño, P., Tarvainen, M., Suomela, J.-P., Glorio-Paulet, P., Yang, B., & Repo-Carrasco-Valencia, R. (2020). Profile and content of residual alkaloids in ten ecotypes of *Lupinus mutabilis* after aqueous debittering. *Plant Foods for Human Nutrition*, 75(2), 184–191. <https://doi.org/10.1007/s11130-020-00799-y>
- Frick, K. M., Kamphuis, L. G., Siddique, K. H. M., Singh, K. B., & Foley, R. C. (2021). Quinolizidine alkaloid biosynthesis in lupins. *Frontiers in Plant Science*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpls.2021.634424>
- Gresta, F., Wink, M., Prins, U., Abberton, M., Capraro, J., Scarafoni, A., Hill, G., & Vetterlein, D. (2022). Lupin seeds as a source of valuable protein and health promoting compounds. *Agronomy*, 12(3). <https://doi.org/10.3390/agronomy12030595>
- Huamaní-Perales, C., [seguido de los siguientes 18 autores, ... , y el último autor]. (2025). Tarwi (*Lupinus mutabilis*) by-products as functional ingredients in gluten-free foods. *Food Chemistry*, 430. <https://doi.org/10.1016/j.foodchem.2025.137162>

- Khedr, T. (2024). Evaluation of alkaloid levels in commercial and wild lupin accessions using LC-MS/MS analysis. *Industrial Crops and Products*, 208. <https://doi.org/10.1016/j.indcrop.2024.117822>
- Kroc, M., Rybiński, W., Wilczura, P., & Kaczmarek, Z. (2023). Quinolizidine alkaloids in lupins: Biosynthesis and biological activity. *Plants*, 12(3). <https://doi.org/10.3390/plants12030521>
- Lucas, M. M., Stoddard, F. L., Annicchiarico, P., Frías, J., Martínez-Villaluenga, C., & Sussmann, D. (2021). The future of lupin as a protein crop in sustainable agriculture. *Frontiers in Plant Science*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpls.2021.675784>
- Mancinotti, D., Frick, K. M., & Geu-Flores, F. (2022). Biosynthesis of quinolizidine alkaloids in lupins: Mechanistic considerations and prospects for pathway elucidation. *Natural Product Reports*, 39, 1183–1195. <https://doi.org/10.1039/d1np00069a>
- Mantelou, N. A. (2024). Quantitation of quinolizidine alkaloids in *Lupinus* species using analytical approaches. *Molecules*, 29(3). <https://doi.org/10.3390/molecules29030582>
- Namdar, D., [seguido de los siguientes 18 autores, ... , y el último autor]. (2024). Analytical advances in quinolizidine alkaloid research and their biological relevance. *Plants*, 13. <https://doi.org/10.3390/plants13040512>
- Parra-Gallardo, G., Salas-Sanjuán, M., del Moral, F., & Valenzuela, J. L. (2024). Characterising the nutritional and alkaloid profiles of tarwi. *Agriculture*, 14. <https://doi.org/10.3390/agriculture14101812>
- Ramírez-Betancourt, A., [seguido de los siguientes 18 autores, ... , y el último autor]. (2021). Unraveling the biosynthesis of quinolizidine alkaloids in lupins. *Diversity*, 13(8). <https://doi.org/10.3390/d13080375>
- Schryvers, S., [seguido de los siguientes 18 autores, ... , y el último autor]. (2023). The fate of quinolizidine alkaloids during the processing of lupin seeds. *Food Chemistry*, 404. <https://doi.org/10.1016/j.foodchem.2023.134532>

Sujak, A., Kotlarz, A., & Strobel, W. (2021). Compositional and nutritional evaluation of several lupin species. *Food Chemistry*, 343. <https://doi.org/10.1016/j.foodchem.2020.128412>

Wink, M. (2020). Quinolizidine alkaloids: Occurrence, biosynthesis and biological activity. *Natural Product Communications*, 15(4), 1–14. <https://doi.org/10.1177/1934578X20915040>

Carmen Isolina Ayala Jara

Universidad Nacional de Trujillo | Trujillo | Perú

<https://orcid.org/0000-0002-4926-6497>

cayala@unitru.edu.pe

ayalajaracarmen@gmail.com

Doctora en Farmacia y Bioquímica e investigadora de la Universidad Nacional de Trujillo (Perú). Su trabajo se centra en la valorización de recursos naturales y subproductos agroindustriales, con énfasis en compuestos bioactivos, química verde y desarrollo de productos farmacéuticos, nutracéuticos y cosméticos sostenibles.

Pedro Marcelo Alva Plasencia

Universidad Nacional de Trujillo | Trujillo | Perú

<https://orcid.org/0000-0002-0009-7143>

palva@unitru.edu.pe

pmap2007@hotmail.com

Doctor en Farmacia y Bioquímica y Magíster por la Universidad de Chile. Investigador en Tecnología Farmacéutica y Biofarmacia de la UNT. Trayectoria estudios en bioequivalencia in vitro, validación de métodos analíticos y optimización de procesos farmacotécnicos.

Lennin Roswell Rodriguez Saavedra

Universidad Nacional de Trujillo | Trujillo | Perú

<https://orcid.org/0000-0001-8377-6434>

lrodriguezsa@unitru.edu.pe

lerodriguezsaa@gmail.com

Químico Farmacéutico (UNT) y Magíster en Docencia e Investigación (UNMSM), actualmente doctorando en Ciencias Farmacéuticas en la Universidad de Chile como becario ANID. Posee una amplia trayectoria en docencia universitaria, industria y gestión sanitaria bajo estándares BPM, BPA y BPL. Se desempeña como Docente a Tiempo Completo en el Departamento de Bioquímica de la Universidad Nacional de Trujillo.

Olga Elizabeth Caballero Aquino

Universidad Nacional de Trujillo | Trujillo | Perú

<https://orcid.org/0000-0003-4770-8113>

ocaballero@unitru.edu.pe

oeca1416@gmail.com

Es investigadora en el área de ciencias de la salud, con experiencia en investigación clínica y farmacéutica. Su trabajo se orienta al desarrollo de estudios científicos que contribuyen a la mejora de la atención en salud y al fortalecimiento de la práctica basada en evidencia. Ha participado en proyectos académicos y publicaciones relacionadas con la investigación biomédica.

Luis Fabrizio Seclén Ayala

Universidad Nacional de Trujillo | Trujillo | Perú

<https://orcid.org/0000-0002-1766-1548>

lseclena@unitru.edu.pe

fseclen17@gmail.com

Ingeniero Industrial por la Universidad Nacional de Trujillo (Perú), con experiencia en gestión estratégica, análisis de datos y mejora de procesos organizacionales. Ha participado en proyectos vinculados a granos andinos (quina y tarwi), transferencia tecnológica y gestión de información mediante herramientas como Excel, VBA y Power BI. Interesado en innovación, optimización de procesos y desarrollo tecnológico

Quinolizidine Alkaloids from *Lupinus mutabilis*: Chemical Composition, Bioactivity, and Pharmacological Potential

Abstract

Lupinus mutabilis Sweet is an Andean legume widely recognized for its high nutritional value and the presence of various secondary metabolites with biological activity. Among these compounds, quinolizidine alkaloids stand out; these are nitrogenous metabolites responsible for the characteristic bitter taste of the seed and are associated with plant defense mechanisms. For decades, these alkaloids were considered primarily antinutritional compounds due to their toxicity at high concentrations. However, recent research has demonstrated that various alkaloids present in species of the genus *Lupinus* possess relevant biological properties, including antimicrobial, antioxidant, and anti-inflammatory activity, as well as modulatory effects on neurochemical systems. The objective of this chapter is to analyze the chemical composition of quinolizidine alkaloids present in *Lupinus mutabilis*, review recent scientific evidence on their bioactivity, and discuss their pharmacological potential as a source of bioactive compounds of natural origin. To this end, a systematic literature review was conducted of scientific articles indexed in academic databases such as Scopus, PubMed, and ScienceDirect, prioritizing studies published in the last five years. The results show that the most representative alkaloids of *Lupinus mutabilis* include lupanine, sparteine, angustifoline, and 13-hydroxylupanine, compounds that have shown activity against various pathogenic microorganisms, as well as modulatory effects on inflammatory processes and certain neurochemical systems. These findings suggest that this species constitutes a promising source of bioactive metabolites with potential applications in the pharmaceutical and nutraceutical fields. Overall, the study of *Lupinus mutabilis* alkaloids opens new perspectives for the scientific and biotechnological valorization of this Andean crop, promoting its use in the development of products of interest for human health.

Keywords: *Lupinus mutabilis*; Quinolizidine alkaloids; Secondary metabolites; Bioactive compounds; Plant pharmacology.

Alcaloides Quinolizidínicos de *Lupinus mutabilis*: Composição Química, Bioatividade e Potencial Farmacológico

Resumo

Lupinus mutabilis Sweet é uma leguminosa andina amplamente reconhecida por seu alto valor nutricional e pela presença de diversos metabólitos secundários com atividade biológica. Entre esses compostos, destacam-se os alcaloides quinolizidínicos,

metabólitos nitrogenados responsáveis pelo sabor amargo característico da semente e associados a mecanismos de defesa da planta. Por décadas, esses alcaloides foram considerados principalmente compostos antinutricionais devido à sua toxicidade em altas concentrações; no entanto, pesquisas recentes demonstraram que diversos alcaloides presentes em espécies do gênero *Lupinus* possuem propriedades biológicas relevantes, incluindo atividade antimicrobiana, antioxidante, anti-inflamatória e efeitos moduladores sobre sistemas neuroquímicos. O objetivo do presente capítulo é analisar a composição química dos alcaloides quinolizidínicos presentes em *Lupinus mutabilis*, revisar a evidência científica recente sobre sua bioatividade e discutir seu potencial farmacológico como fonte de compostos bioativos de origem natural. Para tal, realizou-se uma revisão bibliográfica sistemática da literatura científica indexada em bases de dados acadêmicas como Scopus, PubMed e ScienceDirect, priorizando estudos publicados nos últimos cinco anos. Os resultados evidenciam que os alcaloides mais representativos de *Lupinus mutabilis* incluem lupanina, esparteína, angustifolina e 13-hidroxilupanina, compostos que mostraram atividade contra diversos microrganismos patogênicos, bem como efeitos moduladores em processos inflamatórios e em determinados sistemas neuroquímicos. Esses achados sugerem que esta espécie constitui uma fonte promissora de metabólitos bioativos com potenciais aplicações no âmbito farmacêutico e nutracêutico. Em conjunto, o estudo dos alcaloides de *Lupinus mutabilis* abre novas perspectivas para a valorização científica e biotecnológica deste cultivo andino, promovendo seu aproveitamento no desenvolvimento de produtos de interesse para a saúde humana.

Palavras-chave: *Lupinus mutabilis*; Alcaloides quinolizidínicos; Metabólitos secundários; Compostos bioativos; Farmacologia vegetal.

Capítulo 13

Salud mental en profesores universitarios desde la perspectiva de la autodeterminación: el rol de la satisfacción de necesidades psicológicas

Maritza Delgado-Herrada, Jorge Zamarripa, José Baltazar García Horta, Raquel Morquecho Sánchez

Delgado-Herrada, M., Zamarripa, J., García Horta, J. B., & Morquecho Sánchez, R. (2026). Salud mental en profesores universitarios desde la perspectiva de la autodeterminación: el rol de la satisfacción de necesidades psicológicas. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 285-301). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c816>



13

Salud mental en profesores universitarios desde la perspectiva de la autodeterminación: el rol de la satisfacción de necesidades psicológicas

Resumen

El presente capítulo examina la relación entre las condiciones laborales, la satisfacción de necesidades psicológicas básicas (SNPB) y la salud mental en docentes universitarios en México. A partir de un enfoque cuantitativo, no experimental y transversal, se aplicaron cuestionarios validados a una muestra de 251 docentes, para evaluar variables sociodemográficas, el estado de salud mental (GHQ-12) y la satisfacción de las necesidades de autonomía, competencia y relación. Los resultados indican que el 76.9% de los participantes presentan niveles adecuados de salud mental, mientras que el 54.6% reporta alta satisfacción de necesidades psicológicas básicas. No se observó una asociación significativa entre el tipo de contrato y la salud mental, sin embargo, la satisfacción de necesidades psicológicas mostró una correlación negativa moderada con el malestar psicológico ($\rho = -.356$, $p < .001$). Asimismo, se identificaron diferencias significativas por género, donde las mujeres reportaron mayores niveles de riesgo psicológico. Estos hallazgos se interpretan desde la Teoría de la Autodeterminación, resaltando la importancia de promover entornos laborales que favorezcan la satisfacción de autonomía, la competencia y el sentido de relación como mecanismos protectores de la salud mental docente. Finalmente, se plantean implicaciones prácticas y recomendaciones para la gestión institucional y el bienestar psicosocial del profesorado.

Palabras clave: Salud mental; necesidades psicológicas básicas; autodeterminación; docentes.

Introducción

La salud mental del profesor universitario se ha convertido en un tema crítico en la filosofía educativa y organizacional. Diversas investigaciones expresan que niveles elevados de estrés, agotamiento emocional y burnout superan el 40% en algunas poblaciones de profesores universitarios (Guthrie et al., 2017; Urbina-García, 2020). Este escenario se agrava en contextos donde las demandas profesionales, como la presión por publicar, la carga de trabajo, la falta de recursos o contratos temporales superan los recursos psicosociales (Bartholomew et al., 2014).

No obstante, la literatura ha estudiado tradicionalmente los factores externos que se asocian con el malestar docente, pocos estudios han analizado sistemáticamente cómo la satisfacción o frustración de las necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia y relación) se relaciona con la salud mental del profesorado universitario. La Teoría de la Autodeterminación (TAD) ofrece un marco teórico amplio para entender estas relaciones, estableciendo que la satisfacción de estas necesidades es crucial para el bienestar integral, la función óptima y la regulación emocional (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2017). Este estudio sugiere que más allá de intervenciones superficiales (e.g., talleres de mindfulness), es primordial comprender y promover entornos organizacionales que beneficien estas necesidades como estrategias para preservar la salud mental del profesor.

Teoría de la Autodeterminación y Necesidades Psicológicas Básicas

La Teoría de la Autodeterminación es una macro teoría de la motivación humana que diferencia entre diferentes formas de motivación y los mecanismos psicológicos que respaldan el bienestar y la autorregulación (Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2017). Asimismo, dentro de esta teoría, la Teoría de las Necesidades Psicológicas Básicas postula tres necesidades universales que son fundamentales para un saludable

funcionamiento psicológico; la autonomía se refiere a ese sentimiento de elección e iniciativa sobre la propia conducta. La competencia se refiere a la percepción de eficacia y dominio en la realización de tareas y desafíos del entorno. Y la relación se refiere al sentido de conexión, afecto y pertenencia con otros. Estos tres constructos son considerados como nutrientes psicológicos que favorecen el crecimiento, la integración motivacional y el bienestar integral cuando se satisfacen (Ryan & Deci, 2017). La investigación revela que contextos que apoyan estas necesidades tienden a incrementar la motivación intrínseca y por lo tanto, disminuir factores de malestar (e.g., estrés, agotamiento), mientras que entornos que las frustran están asociados con resultados negativos en la salud mental (Deci & Ryan, 2000; Vansteenkiste et al., 2020).

Salud mental en profesores y condiciones laborales

El bienestar psicosocial de los docentes se encuentra influenciado por factores personales como (edad, género y formación académica) y por factores estructurales (estabilidad laboral, carga de trabajo, etc.). No obstante, investigaciones recientes proponen que la percepción subjetiva del entorno laboral, incluido el grado en que los docentes sienten satisfechas sus necesidades psicológicas, puede poseer un impacto más fuerte en su salud mental que otras variables objetivas como el tipo de contrato o la antigüedad (Hakanen et al., 2005; Vansteenkiste & Ryan, 2013).

Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo principal explorar la relación entre las condiciones laborales (tipo de contrato y antigüedad), satisfacción de las necesidades psicológicas básicas y la salud mental en docentes universitarios.

Como hipótesis se plantean las siguientes:

1. La satisfacción de necesidades psicológicas básicas se asociará negativamente con indicadores de malestar psicológico.

2. Las condiciones laborales más estables se asociarán con mayor satisfacción de necesidades psicológicas básicas.
3. Existen diferencias de género en la salud mental del docente.

Metodología

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, no experimental, de tipo transversal, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, estrategia común en investigadores en contextos educativos donde el acceso a la población se encuentra mediado por la disponibilidad de la institución. Este enfoque es especialmente adecuado para estudios que investigan fenómenos psicológicos en contextos naturales, como el entorno educativo, lo que permite observar asociaciones entre condiciones laborales, necesidades psicológicas y salud mental de forma objetiva y sistemática (Hernández et al., 2014).

El diseño correlacional permitió identificar patrones de asociación entre variables clave: tipo de contrato, satisfacción de necesidades psicológicas básicas (SNPB) y salud mental. Este tipo de diseño es ampliamente utilizado en investigaciones en psicología organizacional y del trabajo, donde la intención es examinar cómo distintas condiciones laborales y personales están vinculadas con el bienestar de los individuos (Ato et al., 2013).

El objetivo fue explorar la relación entre diversas condiciones laborales en el ámbito educativo (tipo de contrato, antigüedad y edad), la satisfacción de necesidades psicológicas básicas y el estado de salud mental de docentes del nivel superior en México. Además, se examinó el rol protector que puede desempeñar la satisfacción de estas necesidades frente a indicadores de malestar psicológico.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 251 docentes universitarios, con edades entre 23 y 74 años. De ellos, 49.0% fueron mujeres y 50.6% hombres. En cuanto al estado civil, la mayoría se reportó como casados (59%), seguidos por solteros (26.3%), y un menor porcentaje en unión libre, divorciados, viudos o separados. Con respecto a la formación académica, 48.2% contaba con estudios de maestría o especialidad, 44.2% con doctorado o posdoctorado, y 7.6% con licenciatura. La mayoría de los participantes (65.3%) no ocupaba cargos administrativos adicionales.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico y laboral.

Se elaboró un cuestionario ad hoc que indagó sobre variables como edad, género, tipo de contrato (recodificado en tres niveles de estabilidad: alta, media y baja), años de antigüedad laboral, número de horas de clase semanales, y si el docente desempeñaba funciones administrativas.

Cuestionario de Salud General (GHQ-12) de Goldberg y Williams (1988).

Se utilizó para evaluar el estado general de salud mental. La escala contiene 12 ítems con opciones tipo Likert en formato de 1 a 4. Se calculó un puntaje promedio (GHQ_total) y posteriormente se recodificó en tres niveles: Salud mental adecuada (1.00–1.99), Riesgo moderado (2.00–2.49), Riesgo alto o malestar psicológico (2.50–4.00). El instrumento ha mostrado validez y confiabilidad en contextos latinoamericanos. En esta muestra, el alfa de Cronbach fue $\alpha = .87$.

Escala de Satisfacción de Necesidades Psicológicas Básicas en el Trabajo de Longo et al. (2014).

La escala evalúa la satisfacción de las necesidades de autonomía, competencia y relación mediante 18 ítems tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Se calculó un puntaje promedio general (SNPB_total) y se recodificó en tres niveles: Baja satisfacción (1.00–3.49), Satisfacción media (3.50–5.49), Alta satisfacción (5.50–7.00). El coeficiente de confiabilidad total en esta muestra fue $\alpha = .93$.

Procedimiento

El estudio se realizó conforme a las directrices éticas de la Asociación Americana de Psicología (APA) y a la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). Para acceder a la muestra, se gestionó la autorización formal de los directivos de las facultades participantes, quienes recibieron información detallada acerca de los objetivos, procedimientos e instrumentos del estudio. Posteriormente, cada directivo compartió con los docentes un enlace vía mensaje de texto para contestar los cuestionarios a través de la plataforma QuestionPro. Previo a su participación, los docentes fueron informados sobre los propósitos de la investigación, la naturaleza voluntaria de su colaboración y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos. Asimismo, se aclaró que no existían respuestas correctas o incorrectas y se solicitó responder con la mayor sinceridad posible. Los cuestionarios se completaron de forma anónima y en el tiempo libre de cada participante, asegurando en todo momento el respeto a su autonomía y privacidad.

Resultados

Estadísticos descriptivos

La muestra estuvo compuesta por 251 docentes. La media de edad fue de 46.4 años (DE = 12.1), con un rango de 23 a 74 años. En cuanto al tipo de contrato, predominó el profesorado por asignatura (56.6%), seguido por tiempo completo (titulares y asociados) y medio tiempo. El promedio de años de antigüedad fue de 12.88 años (DE = 10.80) y el número medio de horas de clase a la semana fue de 17.29 (DE = 10.84).

Respecto a la salud mental, evaluada con el GHQ-12, se observó que el 76.9% de los docentes presentó un estado de salud mental adecuada, el 14.3% un riesgo moderado y el 8.8% un nivel de malestar psicológico alto. En relación con la satisfacción de necesidades psicológicas básicas, el 54.6% de los docentes reportó alta satisfacción, el 41.8% una satisfacción media y solo el 3.6% presentó baja satisfacción (tabla 1).

Asociación entre SNPB y nivel de salud mental

El análisis de la tabla de contingencia (tabla 1) mostró una relación estadísticamente significativa y de magnitud moderada entre el **nivel de satisfacción de necesidades psicológicas básicas** y la **salud mental de los docentes**, $\chi^2(4) = 35.11$, $p < .001$; $\rho = -.356$, $p < .001$. Los resultados indican que **una mayor satisfacción de las necesidades psicológicas se asocia con menores niveles de malestar psicológico**. Específicamente: el 90.5% de los docentes con **alta satisfacción** reportaron **salud mental adecuada**, y solo el 1.5% mostró malestar severo. En contraste, entre quienes reportaron **satisfacción media**, el 60% tenía salud mental adecuada, y el 39.9% evidenció algún tipo de riesgo psicológico. Finalmente, en el grupo con **baja satisfacción de necesidades psicológicas**, el 33.3% de los docentes presentó niveles de riesgo moderado o alto.

Tabla 1.
Distribución de la salud mental docente según el nivel de satisfacción de necesidades psicológicas básicas

Nivel de SNPB	Salud mental adecuada	Riesgo moderado	Riesgo alto/malestar	Total
Baja satisfacción	6 (66.7%)	1 (11.1%)	2 (22.2%)	9 (3.6%)
Satisfacción media	63 (60.0%)	24 (22.9%)	18 (17.1%)	105 (41.8%)
Alta satisfacción	124 (90.5%)	11 (8.0%)	2 (1.5%)	137 (54.6%)
Total	193 (76.9%)	36 (14.3%)	22 (8.8%)	251 (100%)

Nota: elaboración propia

SNPB: Satisfacción de las necesidades psicológicas básicas. $\chi^2(4) = 35.113$, $p < .001$.

Asociación entre género y nivel de salud mental

Los resultados presentados en la Tabla 2 muestran una asociación estadísticamente significativa entre el género y el nivel de salud mental en la muestra docente $\chi^2(4) = 14.35$, $p = .006$. En términos descriptivos, las mujeres reportaron niveles más altos de riesgo psicológico (20.3% riesgo moderado y 13% riesgo alto) en comparación con los hombres (8.7% y 4.7% respectivamente). Este resultado fue corroborado mediante el coeficiente de correlación de Spearman, que mostró una asociación significativa entre ambas variables $\rho = -.239$, $p < .001$. En conjunto, estos hallazgos sugieren una tendencia sistemática hacia mayores niveles de malestar psicológico en las docentes mujeres.

Tabla 2.
Distribución de la salud mental según el género

Género	Salud mental adecuada	Riesgo moderado	Riesgo alto/malestar	Total
Femenino	82 (66.7%)	25 (20.3%)	16 (13.0%)	123 (100%)
Masculino	110 (86.6%)	11 (8.7%)	6 (4.7%)	127 (100%)
No deseo contestar	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)
Total	193 (76.9%)	36 (14.3%)	22 (8.8%)	251 (100%)

Nota: elaboración propia

Análisis adicional entre SNPB y tipo de contrato

También se realizó una tabla cruzada entre el nivel de satisfacción psicológica y el nivel de contrato, observándose que los docentes con contratos más estables (tiempo completo) tienden a reportar mayores niveles de satisfacción psicológica. Aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > .05$), se identificó una tendencia que sugiere que las condiciones laborales más favorables podrían facilitar el desarrollo de contextos que promuevan la satisfacción de necesidades psicológicas.

Discusión

Los resultados de este estudio confirman la hipótesis uno, la satisfacción de necesidades psicológicas básicas se asocia de manera inversa con indicadores de malestar ($\rho = -.356$, $p < .001$). Este hallazgo se alinea congruentemente con la literatura existente que señala que mayores niveles de autonomía, competencia y relación predicen mayor bienestar psicológico y menor malestar a lo largo del tiempo académico (Ryan & Deci, 2017; Reeve, 2016). En cuanto a mecanismos psicológicos, la satisfacción de estas necesidades puede aportar la integración motivacional, disminuyendo experiencias de burnout y estrés crónico (Vansteenkiste et al., 2020). Nuestros resultados sustentan y extienden investigaciones previas que demuestran efectos protectores de la satisfacción de necesidades sobre la salud mental docente en diversos contextos académicos (Peng et al., 2022; Van den Broeck et al., 2016). La evidencia refiere que escenarios que aportan autonomía para tomar decisiones, retroalimentación que impulsa la competencia y relaciones colaborativas con colegas ayudan a la resiliencia psicológica.

Con respecto a la hipótesis dos, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tipo de contrato y salud mental docente, no obstante, sí una tendencia hacia mayor satisfacción de necesidades básicas en contratos más estables. Esto revela que la estabilidad laboral podría operar secundariamente, mediado por variables

motivacionales conectadas con autonomía y sentido de pertenencia con la institución. Estudios previos han publicado hallazgos similares, subrayando que la percepción de control y apoyo social expresa mejor el bienestar que solo categorías contractuales (Hakanen et al., 2005).

Aunque en este estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de contrato y la salud mental, se identificó una tendencia importante: los docentes con contratos más estables reportaron mayores niveles de satisfacción psicológica básica. Esta información está ligada con los hallazgos de Chuikova (2020), quien reportó que la incertidumbre laboral genera efectos emocionales negativos, como ansiedad y burnout, principalmente en docentes universitarios con contratos temporales o sujetos a renovación.

Referente a la hipótesis tres, se observaron diferencias de género en salud mental, con mujeres reportando mayores niveles de riesgo psicológico. Esto concuerda con estudios recientes que encuentran mayor prevalencia de estrés, ansiedad y síntomas afectivos en docentes mujeres en contextos educativos latinoamericanos, posiblemente asociados a mayores demandas de conciliación vida-trabajo y roles múltiples (Estrada-Araoz et al., 2023). Estos resultados apuntan a la necesidad de enfoques sensibles al género en estrategias organizacionales para la salud mental docente.

Conclusiones

Este estudio demuestra que la satisfacción de necesidades psicológicas básicas actúa como un factor protector de la salud mental en docentes universitarios, mientras que la estabilidad contractual por sí sola no determina directamente el bienestar psicológico. Los hallazgos resaltan la importancia de abordar el bienestar desde una perspectiva psicosocial y motivacional, planteando intervenciones institucionales que apoyen la autonomía, la competencia y la relación como objetivos estratégicos de las universidades.

Limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones

Se recomienda ampliar las muestras a contextos educativos diversos (educación básica, media, instituciones públicas y privadas) para fortalecer la validez externa de los hallazgos. Incorporar métodos mixtos o cualitativos para comprender las experiencias subjetivas del profesorado, enriqueciendo la comprensión de los componentes que promueven o afectan su bienestar. Así mismo, el diseño transversal del estudio impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas.

Para futuras investigaciones se recomienda plantear intervenciones institucionales que fomenten la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas del profesorado: programas de desarrollo profesional, autonomía curricular y mejora del clima organizacional.

Promover espacios de relación positiva y apoyo entre colegas, disminuyendo el aislamiento profesional y mejorando la identidad docente.

Evaluar habitualmente la salud mental del profesorado, agregando indicadores psicosociales y emocionales en los dictámenes institucionales de clima laboral.

Financiación

Esta investigación fue financiada por el Programa Estancias Posdoctorales por México del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México, número de referencia del proyecto 11200/331/2023.

Conflicto de Intereses: “Las/os autoras/es declaran que no tienen conflicto de intereses”.

Referencias

- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1058. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bartholomew, K. J., Ntoumanis, N., Cuevas, R., & Lonsdale, C. (2014). Job pressure and ill-health in physical education teachers: The mediating role of psychological need thwarting. *Teaching and Teacher Education*, 37, 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2013.10.006>
- Chuikova, T. (2020). University professors in changing employment conditions: Emotional consequences. En *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences* (pp. 1108–1116). Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2020.11.115>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Estrada-Araoz, E. G., Cruz-Laricano, E. O., & Velásquez-Giersch, L. (2023). Salud mental de los docentes de educación básica durante el retorno a la educación presencial. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 52(3).
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *The user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.
- Guthrie, S., Lichten, C. A., Van Belle, J., Ball, S., Knack, A., & Hofman, J. (2017). *Understanding mental health in the research environment: A rapid evidence assessment*. RAND Corporation. <https://doi.org/10.7249/RR2022>
- Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology*, 43(6), 495–513. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2005.11.001>

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

Longo, Y., Gunz, A., Curtis, G. J., & Farsides, T. (2016). Measuring need satisfaction and frustration in educational and work contexts: The Need Satisfaction and Frustration Scale (NSFS). *Journal of Happiness Studies*, 17(1), 295–317. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9595-3>

Peng, Y., Wu, H., & Guo, C. (2022). The relationship between teacher autonomy and mental health in primary and secondary school teachers: The chain-mediating role of teaching efficacy and job satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph192215021>

Reeve, J. (2016). Autonomy-supportive teaching: What it is, how to do it. En W. C. Liu, J. C. K. Wang, & R. M. Ryan, (eds.). *Building autonomous learners: Perspectives from research and practice using self-determination theory* (pp. 129–152). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-287-630-0_7

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. The Guilford Press. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>

Urbina-Garcia, A. (2020). What do we know about university academics' mental health? A systematic literature review. *Stress and Health*, 36(5), 563–585. <https://doi.org/10.1002/smi.2956>

Van den Broeck, A., Ferris, D. L., Chang, C.-H., & Rosen, C. C. (2016). A review of self-determination theory's basic psychological needs at work. *Journal of Management*, 42(5), 1195–1229. <https://doi.org/10.1177/0149206316632058>

Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 263–280. <https://doi.org/10.1037/a0032359>

Vansteenkiste, M., Ryan, R. M., & Soenens, B. (2020). Basic psychological need theory: Advancements, critical themes, and future directions. *Motivation and Emotion*, 44(1), 1–31. <https://doi.org/10.1007/s11031-019-09818-1>

Maritza Delgado-Herrada

Universidad Autónoma de Nuevo León | San Nicolás de los Garza | Nuevo León | México
<https://orcid.org/0000-0001-9714-2766>
 maritza.delgadoh@uanl.edu.mx
 maritza_ivet@hotmail.com

Maestra en Psicología Laboral y Organizacional y Doctora en Filosofía con orientación en Psicología, por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Sus principales líneas de investigación incluyen psicología laboral, social y educativa. Miembro del SNII, nivel I.

Jorge Zamarripa

Universidad Autónoma de Nuevo León | San Nicolás de los Garza | Nuevo León | México
<https://orcid.org/0000-0002-3236-3362>
 jorge.zamarriparv@uanl.edu.mx
 dr.jzamarripa@hotmail.com

Doctor en Actividad Físico-Deportiva y Calidad de Vida. Miembro del SNII Nivel II. Actualmente es Subdirector de Posgrado e Investigación en la Facultad de Organización Deportiva de la UANL. Su labor se centra en la investigación y la gestión académica en el ámbito deportivo.

José Baltazar García Horta

Universidad Autónoma de Nuevo León | San Nicolás de los Garza | Nuevo León | México
<https://orcid.org/0000-0002-6962-4626>
 jose.garciaht@uanl.edu.mx

Doctor en Educación por la Universidad de Leeds, Inglaterra. Profesor-investigador de tiempo completo en la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la UANL. Sus líneas de investigación incluyen política educativa, condiciones laborales de los docentes y administración educativa. Miembro del SNII, nivel II.

Raquel Morquecho Sánchez

Universidad Autónoma de Nuevo León | San Nicolás de los Garza | Nuevo León | México
<https://orcid.org/0000-0003-4993-8027>
 raquel.morquechosn@uanl.edu.mx

Docente e investigadora de la UANL, con líneas de investigación en gestión deportiva y calidad en servicios deportivos. Miembro del SNII, nivel I.

Mental Health in University Professors from the Perspective of Self-Determination: The Role of Psychological Need Satisfaction

Abstract

This chapter examines the relationship between working conditions, basic psychological need satisfaction (BPNS), and mental health in university professors in Mexico. Using a quantitative, non-experimental, cross-sectional approach, validated questionnaires were administered to a sample of 251 professors to assess sociodemographic variables, mental health status (GHQ-12), and the satisfaction of the needs for autonomy, competence, and relatedness. The results indicate that 76.9% of participants present adequate

mental health levels, while 54.6% report high satisfaction of basic psychological needs. No significant association was observed between contract type and mental health; however, psychological need satisfaction showed a moderate negative correlation with psychological distress ($\rho = -.356, p < .001$). Likewise, significant differences were identified by gender, with women reporting higher levels of psychological risk. These findings are interpreted from the perspective of Self-Determination Theory, highlighting the importance of promoting work environments that foster the satisfaction of autonomy, competence, and relatedness as protective mechanisms for teacher mental health. Finally, practical implications and recommendations for institutional management and the psychosocial well-being of faculty are discussed.

Keywords: Mental health; Basic psychological needs; Self-determination; Teachers.

Saúde Mental em Professores Universitários na Perspectiva da Autodeterminação: O Papel da Satisfação das Necessidades Psicológicas

Resumo

O presente capítulo examina a relação entre as condições de trabalho, a satisfação das necessidades psicológicas básicas (SNPB) e a saúde mental em docentes universitários no México. A partir de uma abordagem quantitativa, não experimental e transversal, aplicaram-se questionários validados a uma amostra de 251 docentes para avaliar variáveis sociodemográficas, o estado de saúde mental (GHQ-12) e a satisfação das necessidades de autonomia, competência e vínculo. Os resultados indicam que 76,9% dos participantes apresentam níveis adequados de saúde mental, enquanto 54,6% reportam alta satisfação das necessidades psicológicas básicas. Não se observou uma associação significativa entre o tipo de contrato e a saúde mental; no entanto, a satisfação das necessidades psicológicas mostrou uma correlação negativa moderada com o sofrimento psicológico ($\rho = -.356, p < .001$). Da mesma forma, identificaram-se diferenças significativas por gênero, onde as mulheres reportaram maiores níveis de risco psicológico. Esses achados são interpretados a partir da Teoria da Autodeterminação, ressaltando a importância de promover ambientes de trabalho que favoreçam a satisfação da autonomia, da competência e do sentido de vínculo como mecanismos protetores da saúde mental docente. Por fim, são apresentadas implicações práticas e recomendações para a gestão institucional e o bem-estar psicossocial do professorado.

Palavras-chave: Saúde mental; Necessidades psicológicas básicas; Autodeterminação; Docentes.

Capítulo 14

Fundamentos clásicos del cuidado: vigencia de la medicina griega en el pensamiento latinoamericano actual

*Humberto Andrés Álvarez Sepúlveda, Claudine Glenda
Benoit Ríos*

Álvarez Sepúlveda, H. A., & Benoit Ríos, C. G. (2026). Fundamentos clásicos del cuidado; vigencia de la medicina griega en el pensamiento latinoamericano actual. En G. Barreno, (Coord). *Sáberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*. (pp. 303-316). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c818>



14

Fundamentos clásicos del cuidado: vigencia de la medicina griega en el pensamiento latinoamericano actual

Resumen

Este capítulo examina los aportes centrales de la medicina de la Antigua Grecia y su vigencia frente a los desafíos sanitarios de América Latina. El análisis se basa en una revisión de alcance de literatura especializada, desarrollada desde un enfoque cualitativo e interpretativo, inscrito en un paradigma humanista-crítico y un diseño narrativo de tópico. Bajo esta premisa, se abordan tres ejes: la racionalización del saber médico, la ética del cuidado y la comprensión de la salud como fenómeno social y ambiental. Se sostiene que la medicina griega antigua, al explicar la enfermedad como un proceso natural condicionado por el entorno y al situar la práctica médica bajo principios éticos universales, ofrece claves para repensar sistemas de salud atravesados por la desigualdad, la mercantilización y la fragmentación del cuidado. En conclusión, recuperar estas lecciones supone una resignificación orientada a fortalecer una medicina más humana, preventiva y socialmente comprometida en la región.

Palabras clave: Medicina griega; Ética médica; Salud pública, América Latina; Hipócrates.

Introducción

La medicina de la Antigua Grecia constituye un punto de inflexión en la historia de la medicina occidental, pues desarrolló una sistematización temprana de la terapéutica y un horizonte conceptual y ético que transformó profundamente la manera de entender la enfermedad y el cuidado corporal. A partir del siglo V a. C., el pensamiento médico griego —particularmente el asociado al corpus hipocrático— desplazó progresivamente las explicaciones mágico-religiosas de la enfermedad hacia interpretaciones basadas en la observación empírica, la racionalidad clínica y la relación entre el individuo y su entorno natural (Laín, 1994; Hipócrates, 2001; Kyriakou et al., 2022). Este giro no solo inauguró una nueva forma de conocimiento médico, sino que sentó las bases de una concepción integral de la salud que articulaba cuerpo, naturaleza y comunidad.

Asimismo, la medicina griega introdujo una reflexión ética de largo alcance sobre la práctica médica, estableciendo principios normativos orientados al cuidado del paciente, la responsabilidad profesional y la protección de la vida. El Juramento Hipocrático, más allá de su carácter histórico, expresa una concepción de la medicina como práctica moral y socialmente situada, en la que el saber técnico se encuentra inseparablemente ligado a la prudencia, la compasión y la no maleficencia (Edelstein, 1964; Porter, 1999; Espinoza, 2024). Esta dimensión ética resulta especialmente relevante en contextos contemporáneos marcados por la tecnificación de la medicina y la creciente mercantilización de la salud.

En América Latina, los sistemas sanitarios se desarrollan en un escenario atravesado por profundas desigualdades estructurales, segmentación institucional y persistentes brechas de acceso que afectan de manera desproporcionada a los sectores más vulnerables de la población. A ello, como plantea Breilh (2007), se suman los efectos de la urbanización desigual, las crisis ambientales y la coexistencia —a menudo conflictiva— entre modelos biomédicos hegemónicos y saberes médicos tradicionales. En este contexto, revisar críticamente las

tradiciones de la medicina griega no implica un ejercicio de erudición histórica, sino una oportunidad para recuperar principios orientadores que permitan repensar la salud como un fenómeno social, ético y político, y no únicamente como un problema técnico o individual.

Desde esta perspectiva, el presente ensayo propone analizar las principales lecciones de la medicina de la Antigua Grecia y explorar su pertinencia para los desafíos sanitarios contemporáneos de América Latina. A través de un enfoque histórico-crítico, se busca articular los aportes griegos en torno a la racionalización de la enfermedad, la ética del cuidado y la concepción integral de la salud con debates actuales sobre equidad, salud pública y justicia social en la región.

Metodológicamente, este capítulo se construye a partir de una revisión de alcance de literatura historiográfica, filosófica, médica y de estudios sociales de la salud, centrada en la medicina de la Antigua Grecia y en enfoques críticos contemporáneos sobre ética del cuidado, salud pública y determinantes sociales de la salud en América Latina. Se analizaron fuentes obtenidas desde bases de datos académicas como Scopus, Scielo y Google Académico, junto con obras clásicas del corpus hipocrático y estudios especializados en historia de la medicina, filosofía antigua, bioética y medicina social latinoamericana.

El estudio se inscribe en un enfoque cualitativo-interpretativo y adopta un diseño narrativo de tópico, sustentado en un paradigma humanista y crítico que privilegia la comprensión histórica y contextualizada de los saberes médicos, antes que su evaluación desde parámetros biomédicos contemporáneos o lecturas anacrónicas de progreso científico. Esta estrategia metodológica permitió examinar los principios que estructuraron la medicina griega —racionalización de la enfermedad, ética profesional del cuidado y concepción integral de la salud vinculada al entorno— y ponerlos en diálogo con los desafíos actuales de los sistemas sanitarios latinoamericanos, marcados por la desigualdad, la mercantilización y la fragmentación del cuidado. Al mismo tiempo, este enfoque posibilita proyectar reflexiones orientadas a repensar modelos de salud más equitativos, preventivos y socialmente

comprometidos, reconociendo el valor histórico y epistemológico de las tradiciones médicas clásicas en la construcción de una medicina más humana.

La racionalización de la enfermedad: Del mito a la explicación natural

Uno de los aportes más decisivos de la medicina de la Antigua Grecia fue la progresiva racionalización de la enfermedad, particularmente visible en los tratados que conforman el corpus hipocrático. Frente a las interpretaciones dominantes que atribuían las dolencias a castigos divinos, posesiones o desequilibrios de origen sobrenatural, los médicos griegos propusieron comprender la enfermedad como un fenómeno natural, sujeto a causas identificables y, por tanto, susceptible de observación, diagnóstico y tratamiento racional (Laín, 1994; Hipócrates, 2001; Kyriakou et al., 2022). Este desplazamiento epistemológico supuso un quiebre fundamental en la historia de la medicina, ya que situaba el cuerpo humano dentro del orden de la *physis* y no como un espacio intervenido arbitrariamente por fuerzas trascendentes.

En este marco, la teoría de los cuatro humores —sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra— funcionó como un modelo explicativo que buscaba dar cuenta del equilibrio y desequilibrio corporal a partir de principios observables, aun cuando sus bases fisiológicas hoy se encuentren superadas. Más relevante que su contenido específico fue el método que inauguró: la atención sistemática a los síntomas, la evolución temporal de la enfermedad y la relación entre el organismo y factores externos como el clima, la calidad del agua, la alimentación y las condiciones de vida (Garrison, 1961; Hipócrates, 2001; Lara, 2023). Esta mirada permitió comprender la enfermedad no como un evento aislado, sino como un proceso dinámico influido por el entorno y los hábitos sociales.

La racionalización hipocrática también implicó el desarrollo de una práctica clínica basada en la experiencia acumulada y en la pru-

dencia diagnóstica. El médico griego debía observar, comparar y registrar, evitando intervenciones innecesarias y reconociendo los límites del conocimiento médico disponible. Esta actitud epistemológica, centrada en la observación cuidadosa y en el juicio clínico, anticipa principios que hoy siguen siendo fundamentales en la medicina basada en evidencias (Porter, 1999).

Para América Latina, esta lección adquiere una relevancia particular. En la región coexisten sistemas de salud altamente tecnificados con amplios sectores de la población que dependen de saberes médicos tradicionales, indígenas y populares. Como plantea Breilh (2007), la persistencia de desigualdades en el acceso al conocimiento científico y a servicios de salud de calidad ha generado, en muchos contextos, tensiones entre el modelo biomédico hegemónico y otras formas de comprensión del proceso salud-enfermedad. La herencia griega invita, en este sentido, a evitar tanto el rechazo acrítico de los saberes tradicionales como su idealización romántica.

Promover un diálogo intercultural en salud implica reconocer que distintas racionalidades médicas pueden coexistir, siempre que se sostenga un compromiso con la observación empírica, la prevención y la protección de la vida. Tal como la medicina griega supo separar la explicación natural de la enfermedad del ámbito del mito sin negar la dimensión cultural de la experiencia humana, los sistemas de salud latinoamericanos pueden avanzar hacia modelos integradores que articulen saberes locales con fundamentos científicos, fortaleciendo estrategias de prevención, educación sanitaria y atención primaria contextualizada (Breilh, 2007).

Ética médica y responsabilidad social del cuidado

La medicina de la Antigua Grecia no solo transformó la comprensión racional de la enfermedad, sino que también estableció las bases de una ética profesional que concibe la práctica médica como una responsabilidad moral frente al sufrimiento humano. El Juramen-

to Hipocrático constituye una de las formulaciones más tempranas y duraderas de esta ética, al definir principios orientadores tales como la no maleficencia, la beneficencia, la confidencialidad y el compromiso del médico con el bienestar del paciente por sobre intereses personales o externos (Edelstein, 1964; Laín, 1994; Kyriakou et al., 2022). Más allá de su formulación histórica concreta, el juramento expresa una concepción de la medicina como vocación y servicio, en la que el saber técnico se encuentra indisolublemente ligado a una obligación ética.

Desde esta perspectiva, el médico griego no era un simple ejecutor de técnicas curativas, sino un agente moral llamado a ejercer la prudencia (*phronesis*) en cada decisión clínica. Para Porter (1999), la relación médico-paciente se fundaba en la confianza y en el reconocimiento de la vulnerabilidad del enfermo, lo que implicaba una posición asimétrica que debía ser regulada éticamente para evitar el daño y el abuso de poder. Esta dimensión relacional del cuidado resulta especialmente relevante en contextos contemporáneos caracterizados por la creciente tecnificación de la medicina, donde el riesgo de deshumanización de la atención se vuelve cada vez más evidente.

En América Latina, la vigencia de esta ética médica adquiere un sentido particular frente a la mercantilización progresiva de los sistemas de salud y la precarización de las condiciones laborales del personal sanitario. La expansión de modelos de gestión orientados por criterios de eficiencia económica, productividad y rentabilidad ha tendido a reducir la práctica médica a un servicio transable, tensionando los principios éticos del cuidado y debilitando la relación médico-paciente (Franco, 2016). En este escenario, recuperar el horizonte ético de la medicina griega implica cuestionar la subordinación del cuidado a lógicas de mercado y reafirmar su carácter de derecho social y bien público.

Asimismo, siguiendo a Beauchamp y Childress (2019), la ética hipocrática puede ser leída como un antecedente de la responsabilidad social del cuidado, pues reconoce que la práctica médica no se agota en la atención individual, sino que posee implicancias colectivas. El

compromiso del médico con la vida y la salud se proyecta hacia la comunidad, anticipando principios que hoy sustentan la bioética, la salud pública y la justicia sanitaria. Para América Latina, donde amplios sectores de la población enfrentan barreras estructurales de acceso a la atención, esta perspectiva refuerza la necesidad de políticas sanitarias orientadas a la equidad, la solidaridad y la protección de los sectores más vulnerables.

En consecuencia, la ética médica heredada de la tradición griega no debe ser entendida como un conjunto de normas abstractas o atemporales, sino como un marco crítico desde el cual repensar el sentido social de la medicina en contextos de desigualdad. Reivindicar la dimensión ética del cuidado supone fortalecer una práctica médica comprometida con la dignidad humana, capaz de resistir la instrumentalización del cuerpo y de reubicar la salud en el centro de los proyectos democráticos latinoamericanos.

Salud, comunidad y entorno: una visión integral

La medicina griega antigua desarrolló una concepción integral de la salud que trascendía el cuerpo individual para situarlo en una relación dinámica con la comunidad y el entorno natural. Esta perspectiva resulta particularmente visible en el tratado hipocrático sobre los aires, aguas y lugares, donde se sostiene que las condiciones ambientales —como el clima, la calidad del agua, la disposición de los asentamientos y los modos de vida— influyen de manera decisiva en la aparición y evolución de las enfermedades (Hipócrates, 2001; Lara, 2023; Espinoza, 2024). Lejos de reducir la enfermedad a un fenómeno exclusivamente biológico, la medicina griega la entendía como el resultado de interacciones complejas entre factores naturales, sociales y culturales.

Esta mirada ecológica y territorial de la salud anticipa enfoques contemporáneos propios de la salud pública, la medicina social y la epidemiología crítica, que conciben el proceso salud–enfermedad como una construcción histórica y socialmente determinada (Breilh, 2007).

En la tradición griega, la observación del entorno permitía al médico no solo diagnosticar mejor, sino también anticipar riesgos y proponer medidas preventivas, otorgando a la medicina un carácter eminentemente comunitario. La prevención, más que la intervención curativa, se configuraba como un objetivo central del quehacer médico.

En el contexto latinoamericano, esta concepción integral adquiere una relevancia ineludible. La región enfrenta profundas desigualdades territoriales, procesos acelerados de urbanización sin planificación adecuada, deterioro ambiental y una alta prevalencia de enfermedades asociadas a la pobreza, la contaminación y las condiciones laborales precarias. Estas problemáticas evidencian los límites de un modelo de salud centrado exclusivamente en la atención individual y hospitalaria, y refuerzan la necesidad de políticas sanitarias que aborden las causas estructurales de la enfermedad (Breilh, 2007; Franco, 2016; Espinoza, 2024).

Desde esta perspectiva, la herencia de la medicina griega invita a repensar la salud como un fenómeno colectivo que requiere intervenciones integrales, intersectoriales y territorializadas. La atención primaria, la promoción de estilos de vida saludables y la protección del entorno natural emergen como estrategias fundamentales para garantizar el bienestar de las comunidades. Del mismo modo, esta visión resulta especialmente pertinente en el diálogo con saberes indígenas y comunitarios latinoamericanos, que históricamente han concebido la salud en estrecha relación con la naturaleza y el equilibrio social, aunque desde marcos epistemológicos distintos.

En efecto, recuperar la concepción griega de la salud como equilibrio entre cuerpo, comunidad y entorno no supone un retorno acrítico al pasado, sino una resignificación contemporánea orientada a fortalecer modelos de salud pública más justos, sostenibles y sensibles a las realidades territoriales de América Latina. Esta perspectiva permite articular el cuidado individual con la responsabilidad colectiva y ambiental, contribuyendo a una comprensión más amplia y ética del bienestar humano.

Conclusión

Las lecciones de la medicina de la Antigua Grecia mantienen una vigencia significativa para los desafíos sanitarios que enfrenta América Latina en la actualidad. El tránsito desde explicaciones mítico-religiosas hacia una comprensión racional de la enfermedad, la consolidación de una ética médica centrada en el cuidado del paciente y la concepción integral de la salud como equilibrio entre cuerpo, comunidad y entorno constituyen aportes que trascienden su contexto histórico y ofrecen marcos críticos para repensar la práctica médica actual.

En una región caracterizada por profundas desigualdades sociales, segmentación de los sistemas de salud y una creciente mercantilización del cuidado, la recuperación crítica de estas tradiciones permite cuestionar modelos sanitarios centrados exclusivamente en la eficiencia técnica o económica. La centralidad de la dignidad humana y del compromiso moral del profesional de la salud interpela directamente a los sistemas sanitarios latinoamericanos, reforzando la necesidad de concebir la atención médica como un derecho social y una responsabilidad colectiva, más que como un bien de consumo.

Asimismo, la visión griega de la salud como fenómeno inseparable de las condiciones de vida y del entorno adquiere especial relevancia frente a los desafíos ambientales, urbanos y epidemiológicos que afectan a amplios sectores de la población latinoamericana. Esta visión integral subraya la importancia de políticas sanitarias preventivas, territoriales e intersectoriales, orientadas a abordar las causas estructurales de la enfermedad y a fortalecer la atención primaria y la salud pública comunitaria.

A partir de la reflexión desarrollada, se proyectan diversas líneas futuras de investigación orientadas a profundizar la relación entre historia de la medicina, ética del cuidado y sistemas sanitarios contemporáneos en América Latina. Resulta especialmente pertinente avanzar en estudios comparativos que analicen cómo los principios de la medicina griega —racionalidad clínica, ética profesional y concepción integral de la salud— pueden dialogar con saberes médicos indígenas

y comunitarios, contribuyendo a modelos interculturales de atención más equitativos y contextualizados.

Del mismo modo, se abren proyecciones investigativas centradas en el impacto de la mercantilización de la salud sobre la ética médica y la relación profesional–paciente, así como en el análisis de políticas públicas que incorporen enfoques preventivos, territoriales y ambientales inspirados en una comprensión integral del proceso salud–enfermedad. Estas líneas permiten no solo enriquecer el campo de la historia y filosofía de la medicina, sino también aportar insumos críticos para el diseño de sistemas de salud más justos, humanizados y socialmente comprometidos en la región.

Referencias

- Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
- Breilh, J. (2007). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Edelstein, L. (1964). *The Hippocratic oath: Text, translation, and interpretation*. Johns Hopkins University Press.
- Espinoza, C. (2024). Influencia de la filosofía clásica en la medicina moderna. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 42(1), 69-74. <https://doi.org/10.18537/RFCM/42.01.08>
- Franco, A. (2016). Salud global: Una visión latinoamericana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(2), 128-136.
- Garrison, F. (1961). *An introduction to the history of medicine*. W. B. Saunders.
- Hipócrates (2001). *Obras completas (Tratados hipocráticos)*. Gredos.
- Kyriakou, G., Kyriakou, A., y Malouhou, A. (2022). Práctica médica, leyendas urbanas, mitos y folklore relativos a la Dermatología en la Historia antigua de Grecia. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 113(10), 951-954. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.04.023>
- Laín, P. (1994). *Historia de la medicina*. Ediciones Científicas y Técnicas.
- Lara, H. (2023). El peso del cuerpo en la salud y la enfermedad en la Grecia antigua. *Vitam. Revista de Investigación en Humanidades*, 7(2), 48-60.
- Porter, R. (1999). *The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity*. W. W. Norton & Company.

Humberto Andrés Álvarez Sepúlveda

Universidad Católica de la Santísima Concepción | Concepción | Chile

<https://orcid.org/0000-0001-5729-3404>

halvarez@ucsc.cl

humalvarezsep@gmail.com

Académico de la Universidad Católica de la Santísima Concepción (Chile). Doctor en Sociedad y Cultura por la Universidad de Barcelona (España). Autor de diversos capítulos de libros y artículos sobre educación histórica publicados en revistas científicas indexadas a Wos, Scopus y Scielo.

Claudine Glenda Benoit Ríos

Universidad Católica de la Santísima Concepción | Concepción | Chile

<https://orcid.org/0000-0002-1791-2212>

cbenoit@ucsc.cl

claudbenoit@gmail.com

Académica del Departamento de Didáctica de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción (Chile). Doctora en Lingüística, por la Universidad de Concepción. Investigadora en didáctica de la comprensión y producción del lenguaje, y estrategias colaborativas durante el procesamiento.

Classical foundations of care: The relevance of Greek medicine in current Latin American thought**Abstract**

This chapter examines the key contributions of Ancient Greek medicine and its relevance to the health challenges facing Latin America. The analysis is based on a scoping review of the specialist literature, developed from a qualitative and interpretative approach, within a humanistic-critical paradigm and a narrative design of the topic. Under this premise, three areas are addressed: the rationalisation of medical knowledge, the ethics of care, and the understanding of health as a social and environmental phenomenon. It is argued that ancient Greek medicine, by explaining disease as a natural process conditioned by the environment and placing medical practice under universal ethical principles, offers keys to rethinking health systems marked by inequality, commodification, and fragmentation of care. In conclusion, recovering these lessons implies a reinterpretation aimed at strengthening a more humane, preventive, and socially committed medicine in the region.

Keywords: Greek medicine; Medical ethics; Public health, Latin America; Hippocrates.

Fundamentos Clássicos do Cuidado: Vigência da Medicina Grega no Pensamento Latino-Americano Atual**Resumo**

Este capítulo examina as contribuições centrais da medicina da Grécia Antiga e sua vigência diante dos desafios sanitários da América Latina. A análise baseia-se em uma revisão de escopo da literatura especializada, desenvolvida a partir de uma abordagem qualitativa e interpretativa, inscrita em um paradigma humanista-crítico e um design narrativo de tópico. Sob essa premissa, abordam-se três eixos: a racionalização do saber médico, a ética do cuidado e a compreensão da saúde como fenômeno social e ambiental.

Sustenta-se que a medicina grega antiga, ao explicar a doença como um processo natural condicionado pelo entorno e ao situar a prática médica sob princípios éticos universais, oferece chaves para repensar sistemas de saúde atravessados pela desigualdade, mercantilização e fragmentação do cuidado. Em conclusão, recuperar essas lições supõe uma ressignificação orientada a fortalecer uma medicina mais humana, preventiva e socialmente comprometida na região.

Palavras-chave: Medicina grega; Ética médica; Saúde pública; América Latina; Hipócrates.

Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud
desde territorios latinoamericanos (Vol. I)

Religación Press
[Ideas desde el Sur Global]



Religación
Press

ISBN: 978-9942-594-37-2



9 789942 594372