



Revista Educativa

ISSN 1405-4191

Para la Salud

Órgano Oficial de Difusión del Sistema de Educación
Continua para el Médico General y Familiar

Julio-Septiembre de 2026

Contenido

Editorial

Comentario Editorial

El tanatoshower, un ritual más en la vida de un ser humano

Artículos originales

- Algunas consideraciones epidemiológicas acerca del Sarampión en Jalisco

Artículos de revisión

- Pantallas y tecnología
Uso responsable en cada etapa de la vida

Artículos históricos

- La nefrología en la historia de la hipertensión arterial en Jalisco: una visión personal

Cultura médica

- Recuperando a Freire y a Habermas para la educación actual: Un análisis desde la sociología crítica

Nº 238
Año 26



Directorio

Dr. Luis Arturo Zavaleta de los Santos +

Fundador

Dra. Hilda E. Alcántara Valencia

Directora General y Editor en Jefe

Dr. Carlos Belmont Martínez

Editor Médico

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Editor Médico Adjunto

Dra. Hilda Eugenia Zavaleta Alcántara

Co-editora

Reinaldo Godoy

Editor

BOTICA Revista Médica Digital.

Afiliado a la Cámara Venezolana de Editores

Hugo Juanillo-Maluenda

Académico investigador - Miembro Núcleo

Académico Mg. en Salud Comunitaria

Facultad de Salud y Ciencias Sociales

Universidad de Las Américas

Santiago de Chile

hjuanillo@udla.cl

Editores Nacionales**Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo**

Presidente de la Academia Nacional Mexicana de

Bioética

Editores Internacionales**Radhamés Hernández-Mejía**

España

Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, por la Universidad de Valladolid. Oficial Sanitario por la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid. Diplomado en Méthodes Statistiques, Épidémiologiques et Opérationnelles Appliquées à la Médecine et à la Santé Publique por L'Université Libre de Bruxelles. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Oviedo.

Revista educativa "Para la Salud" Año 26, Número 238, Julio-Septiembre, es una publicación trimestral y se edita por Medicina Publicidad y Mercadotecnia, S.A. de C.V. con domicilio en Colina de los Acónitos No. 1 Fracc. Boulevares, Naucalpan Edo. De México, C.P. 53140 Tel. (0155) 55726604. E-Mail: revistaeducativa@paralasalud.com.mx Editora Responsable: Dra. Hilda E. Alcántara Valencia, Certificado de licitud de título No. 9746 Certificado de licitud de contenido No. 6814. Número de Reserva al título en derechos de Autor No. 04-2005-031611574100-12. Tiraje: 100 ejemplares.

Registro Postal: PP09-1924. Distribuido por Publicidad y Mercadotecnia Médica, S.A. de C.V.

Los editores señalan que las fuentes de información son confiables, sin embargo la información contenida en los artículos es responsabilidad de los autores. Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos sin la autorización de los editores.

Miembros del Comité Científico:

Dr. Alan Maximiliano De los Santos Bernal
Coordinación de Internado Médico y Servicio Social –
Facultad de Medicina en Universidad Westhill

Dr. Juan Gerardo Medina González
Dr. José Alejandro Chávez Fernández
Cardiología

Dr. Arturo Torres y Gutiérrez Rubio
Dr. Luis Eduardo Herrera Gómez
Medicina Interna

Dr. Pedro J. Curi Curi
Cardiología Intensivista

Dr. Gustavo Acosta Altamirano
Inmunólogo

Dr. Sergio Gerardo Ruiz Mendoza
Epidemiología

Dra. Margarita Nava Frías
Dra. María del Carmen Espinosa
Dr. Marte Hernández Porras
Pediatria

Dr. José Francisco Virgen Gutiérrez
Dr. Hugo Arturo Manzanilla García
Urología

Dra. Laura Elena Domínguez Danache
Otorrinolaringología

Dr. Ceriolith Tenorio Flores
Gastroenterología

Dr. Lorenzo García
Dr. Alejandro Jahen García Delgado
Geriatría

Dr. Andres Tirado Sánchez
Dr. José Antonio Sanabria Deseuza
Dermatología

Dr. Eduardo Alfonso Hernández Muñoz
Historia de la medicina

Dr. Fausto Moisés Coronel Cruz
Ginecoobstetricia

Dr. Lino Eduardo Cardiel Marmolejo
Dr. Julio César Ballesteros del Olmo
Médico Pediatría Neonatólogo

Dr. Francisco Fernández Paredes
Pediatra con Subespecialidad en Medicina del Adolescente
Miembro Titular De La Academia Mexicana De Pediatría, A.C.

Dra. Lilia Núñez Orozco
Neurología

Dr. Carlos Belmont Martínez
Especialista en Medicina Familiar y Geriatría

Dr. Armando Gregor López
Especialista en Medicina Familiar y Psicoterapia Familiar

Dr. Víctor Manuel Tarango Martínez
Dermatólogo

Dr. Antonio Luévanos Velázquez
Infectólogo Pediatra

Mtra. Beatriz Sánchez Aguilar
Administración de Sistemas de Calidad

Lic. Enfra. Edith Ochoa Chávez
Lic. Enfra. Francisco Javier Flores Alcaraz
Especialistas en Salud Pública

Lic. Enfra. Ma. de los Ángeles Gómez Fonseca
Enfermera y Tanatóloga

Dr. Álvaro Edgar Santoscoy García
Médico Especialista en Nutrición Clínica y Medicina del Trabajo

Dra. Diana Esperanza Arévalo Simental
Oftalmología

Índice

Editorial.....	5
Comentario Editorial	6
El tanatoshower, un ritual más en la vida de un ser humano Carmelo Fazio	
Artículos originales	
• Algunas consideraciones epidemiológicas acerca del Sarampión en Jalisco	8
Javier Eduardo García de Alba-García, Javier Eugenio García de Alba-Verduzco, Vylil Georgina García-Serrano.	
Artículos de revisión	
• Pantallas y tecnología	
Uso responsable en cada etapa de la vida.....	29
Emilio Emmanue Escobar-Cruz; Ulises Reyes-Gómez; Ricardo Valentín-Arzate; Idalia Hernández-Lira; Nora Patricia Sánchez-Chávez; Katy Lizeth Reyes-Hernández; Edgar Samuel Aguilar-Figueroa; Luis Jorge Matos-Alviso .	
Artículos históricos	
• La nefrología en la historia de la hipertensión arterial en Jalisco: una visión personal.....	40
José Z. Parra-Carrillo	
Cultura médica	
• Recuperando a Freire y a Habermas para la educación actual: Un análisis desde la sociología crítica..	45
Igor Martín Ramos-Herrera; María del Rosario Ruiz-Durán.	

Editorial

A nuestros distinguidos lectores, en esta ocasión, el número 238 de nuestra revista Para la Salud, abordaremos temas actuales, de relevancia en el ámbito profesional e incluso familiar. Un tema poco abordado es aquel momento en el que nos enfrentamos al final de nuestra vida, y todo el entorno alrededor de ese ceremonial, y sobre las diversas opciones para abordarlo, desde la visión directa del enfermo y lo que implica para la familia y amigos cercanos, brindándonos la oportunidad de tener una nueva visión sobre las voluntades anticipadas y la importancia de hacer valer el criterio unipersonal sobre el universal.

En otro orden de ideas, se realiza un análisis comparativo en epidemias de Sarampión sucedidas una en el siglo pasado y la más reciente en este siglo y sus repercusiones, así como la forma de abordar el problema en diversos municipios del Estado de Jalisco: la visión del pasado, las medidas preventivas y el pensamiento mágico-religioso que existía y el asomo de algunos aspectos de una incipiente ciencia en aquellos entonces, en apartadas regiones del país, y de cómo, a pesar de haberse erradicado mediante la prevención y vacunación masiva, el dejar a un lado por diversas razones esas grandes opciones tuvo consecuencias letales para una parte de los habitantes del Estado de Jalisco, comparando con las limitaciones entre ambos eventos, las consecuencias de una enfermedad altamente contagiosa en un campo fértil para instalarse.

Otro tema de actualidad, donde se hace énfasis en la importancia de contener la epidemia, en la que la tecnología ha invadido todos los rincones de la vida cotidiana, sin importar edad, sexo, condición económica ni actividad laboral, así como las posibles consecuencias del uso indiscriminado de la tecnología y de las redes sociales en todas las etapas de la vida de cualquier persona. Predominantemente, en etapas tempranas de la vida y la infancia pueden llegar a tener o estar asociadas a trastornos neurológicos visuales y psicológicos, y de cómo la pandemia de 2019 favoreció el uso indiscriminado de estos medios electrónicos, recomendándose

actualmente un uso limitado, donde no interfiera con la calidad del ambiente familiar y su uso se limite en los niños a tiempos limitados y supervisados parentalmente, y en los adolescentes, cuidando el uso de las redes sociales, evitando el ciberacoso y sus consecuencias.

De igual manera se hace un reconocimiento a un ilustre médico jalisciense, al Dr. Carlos Palomera Velázquez, primer nefrólogo en el Estado de Jalisco y primer especialista en hipertensión arterial, en una carrera y trayectoria profesional llena de vicisitudes y logros en diversas instituciones científicas, que lo llevaron a tener cargos directivos importantes.

Finalmente, como corolario para este número, hemos seleccionado un artículo interesante por se, dedicado a recordar los trabajos de Freyre y Habermas: el primero, pedagogo brasileño, y el segundo, filósofo de origen alemán, ambos considerados como hermeneutas críticos de las teorías sociales. Freire y Habermas comparten una teoría común, la Psicología Social Crítica, que enfoca su trabajo en el análisis del sujeto en desarrollo. Sin embargo, no por eso se separan de sus teorías sobre la sociedad y la historia, que permiten contrastarlas con la Teoría de la Reproducción desarrollada por Bourdieu. Se concluye que los educadores actuales podrían recuperar las ideas de estos dos teóricos para su práctica educativa, especialmente en un momento histórico en que se insiste en la importancia de la educación en competencias y dadas las implicaciones prácticas de estas teorías que parecen suscribirse en lo particular a la teoría social, la educación y la práctica educativa, pero que por sus contenidos filosóficos y meta-teóricos y su campo de acción se amplía hasta la política, la economía y las reflexiones sobre la lucha de poderes fácticos.

Esperamos, que este nuevo ejemplar y contenido de nuestra Revista Para la Salud, sea de interés y utilidad para todos los interesados en la Salud.

Dra. Hilda E. Alcántara Valencia
Directora General y Editor en Jefe

Comentario Editorial

El tanatoshower, un ritual más en la vida de un ser humano

Carmelo Fazio

Tanatólogo clínico integral independiente.

“Nadie se quiere morir hasta que se está muriendo”.

Dr. Federico Rebolledo

El tanatoshower es un concepto que surge del trabajo del Dr. Federico Rebolledo, un reconocido tanatólogo mexicano. El Dr. Rebolledo dedicó cuatro décadas a acompañar a pacientes terminales y fue protagonista del aclamado documental “El Último Viaje”, dirigido por Rodolfo Santa María Troncoso. Este documental explora el acompañamiento al final de la vida y presenta el enfoque y las ideas del Dr. Rebolledo, incluyendo el concepto de “tanatoshower”. El Dr. Rebolledo enfatizaba la importancia de empoderar a las personas para que se apropien de su propia muerte, y el tanatoshower representa una forma innovadora y, hasta cierto punto, revolucionaria de ritualizar esta etapa natural del ser humano.

Si bien México es conocido como la capital mundial de la celebración a la muerte, mi experiencia al acompañar a pacientes y sus familias me ha demostrado que aún nos queda un largo camino por recorrer para comprender la extraordinaria oportunidad que nos ofrece la percepción de la muerte como una etapa más de la vida. Esta perspectiva nos permite conectar con el momento y celebrarlo de manera consciente. A pesar de nuestras creencias sobre el destino y lo que nos “espera del otro lado”, seguimos experimentando un profundo temor a la idea de concluir nuestra existencia, de dejar todo aquí y de ya no tener tiempo.

En este artículo, me dedicaré a analizar el ritual del tanatoshower desde la óptica de un tanatólogo que ha adquirido la comprensión de que presenciar la etapa final de la vida de un ser humano, independientemente de su edad, proporciona una perspectiva transformadora sobre el desenlace de la existencia y el significado de la misma. Esta perspectiva nos posibilita reinterpretar la muerte como un momento extraordinario de unión y desprendimiento simultáneos. Une a los presentes y al mismo tiempo brinda la oportunidad de dejar aquí lo innecesario, el mismo doctor Rebolledo hablaba de “Hacer las maletas y viajar ligero”.

LA NECESIDAD HUMANA DEL RITUAL

Como seres sociales, hemos integrado los rituales en nuestra sociedad como parte esencial de la convivencia. Desde que comenzamos a enterrar a nuestros muertos, recordarlos y creer en un más allá, nos diferenciamos de los animales, marcando la ritualización de cada momento en la vida de un ser humano, desde el nacimiento hasta el final de la vida. El cambio propuesto aquí es incorporar la despedida en vida del moribundo, en el ritual funerario. Desde una perspectiva antropológica y social, los rituales ofrecen varios beneficios, entre ellos:

1. Facilitan la organización del caos mental experimentado en un duelo.
2. Mitigan la ansiedad derivada de la incertidumbre.
3. Proporcionan un entorno controlado y de contención emocional.
4. Promueven la cohesión entre individuos pertenecientes a la misma familia o comunidad.
5. Contribuyen al enfoque en el momento presente.
6. Posibilitan la aceptación y el inicio de un proceso de duelo saludable.
7. Establecen las bases para su replicación y enseñanza a las generaciones futuras.

Los rituales pueden ser percibidos y definidos como hitos significativos en la trayectoria personal y familiar. La transmisión intergeneracional de estos rituales los consagra como símbolos de identidad del clan, culminando en su eventual reconocimiento como derechos sociales.

La realización de un tanatoshower plantea interrogantes sobre su protocolo y reglas. ¿Posee una estructura con inicio, desarrollo y final, similar a otros rituales? ¿Existe una metodología correcta y, en contraposición, una incorrecta para su realización?

La característica distintiva de un tanatoshower, en comparación con un funeral, reside en la presencia física del individuo a quien se le rinde homenaje. Esta presencia, en vida, modifica sustancialmente el enfoque y los objetivos del ritual. Es muy común que algunos pueden llegar a considerarlo ofensivo o fuera de lugar y eso es válido, hay que tener en cuenta que alrededor de los rituales funerarios hay una solemnidad a veces muy estricta. Un tanatoshower se centra en el festejo, y no en la solemnidad. En consecuencia, no existen reglas específicas prescritas, sino que se basa en la creatividad y la voluntad del organizador. El concepto de la “maleta” compartida por el Dr. Rebolledo, resulta útil para interiorizar y procesar la idea de la despedida. El

considerar la partida de un ser querido como un viaje, nos evoca la imagen clásica del cine en la que el viajero recibe un objeto, carta o fotografía de quienes permanecen, con el propósito de perdurar en la memoria de ambos, sellando así el final de la relación.

Durante un tanatoshower, es aconsejable que, tras la degustación de una bebida, el consumo de alimentos, la participación en actividades recreativas como el baile, la conversación y la risa, evocando recuerdos del pasado, los participantes experimenten un momento de profunda introspección y conexión emocional con el próximo viajero. En este instante, de manera orgánica, se sugiere rendir homenaje al individuo en vida y en presencia, mediante una dinámica grupal que consolida el ritual. En ocasiones, se procede a la lectura de cartas; en otras, cada participante tiene la oportunidad de expresar un mensaje al protagonista sosteniendo una veladora, dejando ir globos de cantoya con mensajes escritos etc. culminando con un mensaje del moribundo dirigido al colectivo, SU legado.

En este momento, recomiendo enfáticamente abstenerse de realizar encargos a quienes “se van a quedar aquí” ya que es frecuente observar y escuchar que el individuo en fase terminal realice recomendaciones y encargos a los presentes. Sin embargo, es crucial advertir que la ejecución de estos encargos no siempre es factible, y el incumplimiento de los mismos puede generar una considerable sensación de culpa en el familiar que recibió el encargo. Desde una perspectiva terapéutica, este sentimiento de culpa puede constituir un obstáculo significativo para un desarrollo sano del duelo posterior al fallecimiento.

Como se mencionó anteriormente, el ritual constituye una parte integral de nuestra naturaleza humana y, sin duda, ofrece beneficios significativos. Sin embargo, basándome en mi experiencia, recomiendo encarecidamente abstenerse de obligar a cualquier individuo a participar. Que se evite forzar intervenciones

públicas si no existe la voluntad genuina de llevarlas a cabo y se permita que los eventos se desarrollen de la manera más armoniosa posible. Mantener una mentalidad abierta es, sin duda, un requisito fundamental para tan siquiera considerar organizar un tanatoshower al igual que querer participar en uno.

AUTONOMÍA VS OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

La autonomía y la obstinación terapéutica son conceptos interrelacionados que adquieren relevancia en el contexto del final de la vida de un individuo afectado por una enfermedad terminal. El término “autonomía” deriva del griego “autonomia”, compuesto por “autos” (por sí mismo) y “nomos” (regla), con el sufijo “ia” (cualidad), y se traduce como “que se gobierna bajo su propia ley”. La relevancia de este concepto es fundamental en la toma de decisiones del paciente terminal, dado que los tanatólogos, en colaboración con cuidados paliativos, se dedican en proporcionar al paciente la mejor calidad de vida posible, no solo en el ámbito físico, sino también en los ámbitos social, psicológico, emocional y espiritual, los cuales a menudo entran en conflicto con la obstinación terapéutica que ocasionalmente se manifiesta en los entornos hospitalarios. El paciente consciente de su proximidad al final de la vida se abre a la oportunidad de conectar con su finitud y, en consecuencia, tomar decisiones sobre sus acciones antes de que ocurra lo inevitable.

Para terminar, me gustaría invitarte a reflexionar sobre cómo te imaginas tus últimos momentos de vida. Piensa en las personas que quieres que te acompañen y en lo que te gustaría recibir de ellas. Son preguntas que pocos se atreven a contestar conscientemente, pero que nos obligan a enfrentar una realidad que, aunque bien sabida, se evita mucho. Conecta con tu propia finitud, con tu derecho a elegir y con el amor que nos une como humanidad. Te invito a que lo documentes en tus voluntades anticipadas y lo compartas con tu familia. Porque, hablar de la muerte no la acelera, y evitarlo no la retrasa.

Contacto: Carmelo Fazio

Correo electrónico:

contacto@tanatologocarmelofazio.com

Bibliografía:

Santa María Troncoso, R. (Director). (2024). El último viaje [Documental]. Arregios; Cosecha Docs. Como se muestra en el documental de Santa María Troncoso (2024), el Dr. Rebolledo conceptualizó el tanato shower como una celebración colectiva de la vida. El especialista defendía que la muerte debiese ser un acto de libertad controlado por el paciente antes de perder la conciencia (El último viaje, 2024). Cineteca Nacional

Ariès, P. (1983). El hombre ante la muerte. Taurus. Según Ariès (1983), la sociedad moderna ha transformado la muerte en un tabú oculto en los hospitales. La medicalización de la muerte provocó la pérdida de los ritos tradicionales de despedida (Ariès, 1983).

La etimología de la palabra Autonomía: Real Academia Española. (s. f.). Autonomía. En Diccionario de la lengua española (Edición del Tricentenario). Recuperado el 23 de junio de 2026, de rae.es

Algunas consideraciones epidemiológicas acerca del Sarampión en Jalisco

Javier Eduardo García de Alba-García (1), Javier Eugenio García de Alba-Verduzco(2), Vylil Georgina García-Serrano (1).

(1) Sistema Universitario del Adulto Mayor. Universidad de Guadalajara; (2) Laboratorio de Sustentabilidad. Centro Universitario de Ciencias Biológicas y Agropecuarias

• Resumen

Introducción: El sarampión es una enfermedad viral aguda altamente contagiosa, causada por el virus Morbillivirus. Puede provocar complicaciones severas e irreversibles, así como la muerte. Para el artículo, los registros históricos de esta afección se remontan a 1804 con la Carta Pastoral de Don Juan Ruiz de Cabañas. A pesar de contar con una vacuna eficaz, el sarampión mantiene una alta morbilidad y mortalidad en el mundo. Actualmente, México enfrenta un escenario de riesgo inminente debido a una cadena de transmisión activa iniciada en la semana epidemiológica 5 del 2025 y en 2026 la epidemia no se ha logrado interrumpir. **Objetivo:** Comparar las epidemias de 1804 y 2025-26 en (Nueva Galicia y Jalisco, México) en la cual se muestran paralelismos, diferencias y algunas consideraciones epidemiológicas sobre ambas situaciones y recomendaciones al respecto. **Material y métodos:** Es un estudio descriptivo comparativo con respecto a la epidemia de sarampión 1804 en Jalisco y la epidemia actual 2025-26 en la misma entidad. **Resultados:** En ambas epidemias existe un común denominador: la pobreza y la etnicidad, por lo que hay una deuda histórica de los servicios de salud para vacunar y proteger a estas poblaciones. **Conclusiones:** La reaparición del sarampión y el surgimiento de epidemias no son accidentes biológicos, sino signos evidentes de la estructura socioeconómica y del sistema de salud. Superar esta crisis exige transformar la atención sanitaria a partir de la reconstrucción de la confianza social, la inclusión de enfoques y la consolidación de la atención primaria como una política de Estado prioritaria.

PALABRAS CLAVES: Sarampión, Epidemia 1804, Sarampión Epidemia 2025, Jalisco, México.

• Abstract

Introduction: Measles is a highly contagious, acute viral illness caused by the Morbillivirus virus. It can lead to severe and irreversible complications, as well as death. In Mexico, historical records of this disease date back to 1804 with the Pastoral Letter of Don Juan Ruiz de Cabañas. Despite having an effective vaccine, measles maintains high morbidity and mortality rates worldwide. Currently, Mexico faces an imminent risk scenario due to an active chain of transmission that began in epidemiological week 5 of 2025, and the epidemic has not been successfully interrupted in 2026. **Objective:** To compare the epidemics of 1804 and 2025-26 in (Nueva Galicia and Jalisco, Mexico), showcasing parallels, differences, certain epidemiological considerations regarding both situations, and relevant recommendations. **Material and methods:** This is a comparative descriptive study regarding the 1804 measles epidemic in Jalisco and the current 2025-26 epidemic in the same state. **Results:** A common denominator exists in both epidemics: poverty and ethnicity. Consequently, there remains a historical debt from health services to vaccinate and protect these populations. **Conclusions:** The reappearance of measles and the emergence of epidemics are not biological accidents, but rather clear signs of the socioeconomic structure and the health system. Overcoming this crisis requires transforming healthcare through the reconstruction of social trust, the inclusion of comprehensive approaches, and the consolidation of primary care as a priority State policy.

KEY WORDS: Measles, Measles epidemic 1804, Measles epidemic 2025, Jalisco, Mexico

• Introducción

Paleoepidemiología del sarampión.

El virus del sarampión surgió hace decenas de miles años, a raíz del desarrollo de la agricultura y ganadería, donde se produjo la domesticación de animales, así como el incremento de la densidad demográfica con grandes ciudades de la antigüedad, donde el microbio se diseminó y estableció para subsistir.

Se considera que el virus evolucionó de un ancestro zoonótico como la peste bovina o un virus relacionado con los rumiantes, que brincó la barrera animal- humano, después de la transición neolítica hace aproximadamente 2,500 años, lo cual lo ubica como una de las primeras infecciones universales padecidas por el hombre, de ahí que históricamente haya evolucionado para convertirse en enfermedad infantil.

El virus del sarampión pertenece a la familia Paramyxoviridae, género Morbillivirus, que ha evolucionado para reconocer los receptores humanos SLAM (CD150) y Nectina -4; como una estrategia de tropismo con dos puertas de entrada; además es serológicamente monotípico, pues una cepa proporciona inmunidad de por vida, contra los 24 serotipos reconocidos (la mayoría de los cuales ya no están en circulación), su número de reproducción básico, (RO) es alto pues oscila entre 9 y 18, lo cual favorece su fácil diseminación y reintroducción.

Lo anterior plantea que el sarampión es producido por un virus altamente contagioso, por vía aérea, pues ataca al 100% de los susceptibles que hayan estado en contacto con un enfermo en una habitación cerrada por 2 horas, y presenta un índice de complicaciones hasta del 30%, pues provoca un debilitamiento a largo plazo de sistema inmunitario que favorece la susceptibilidad a otros patógenos¹. O sea, el virus causa una inmunosupresión o amnesia inmunológica después de la infección en el huésped, al cual lo hace susceptible a otras afecciones, lo cual puede durar meses o años.

Los neonatos gozan de inmunidad temporal transmitida por la madre, hasta los 6 o 12 meses. Y en zonas endémicas los brotes epidémicos se suceden por acumulo de cohortes de susceptibles cada 2 o 5 años, situación que hace que la letalidad sea mayor en neonatos y preescolares, y aunque todos los grupos de edad pueden haberse afectados de acuerdo con su experiencia antigénica, esta circunstancia hace que el sarampión se considere una afección infantil universal.

Dada su contagiosidad, y su relación con la densidad demográfica, la migración, el transporte, la falta de vacunación, etc.; hacen que el virus del sarampión encuentre un flujo constante en nuevos huéspedes.

Cabe señalar que el sarampión provocó el distemper canino o moquillo, después de la domesticación del perro por el hombre, pero no puede haber infección de perro al hombre debido a una mutación antigénica específica, sin embargo, la vacuna del sarampión protege de manera cruzada, del moquillo a los cachorros caninos (incluye perros, zorros y mapaches). Y como dato particular, la familia de los Morbillivirus afecta a: Delfines, Ballenas. Ganado Bovino, Cabras, Focas, Leones y Tigres.

Respecto a la vacuna del sarampión, es una de las más seguras y eficaces que existen, y sirve de base para otras vacunas recombinantes para otras especies. Esta relación entre la vacuna del sarampión y la salud animal encaja en el concepto “One Health” para así comprender saltos y el pase universal de enfermedades a nivel planetario, que incumbe a más de la mitad de las infecciones humanas (60%) y de las enfermedades emergentes (75%). Algunos saltos provienen de animales “domésticos” o por convivencia, además de la invasión de hábitats, la deforestación, el cambio climático, y la venta de especies silvestres”, Las medidas para evitarlo incluyen:

1.- Vigilancia de lugares de gran interacción entre comunidades humanas y de fauna silvestre, donde el salto es posible.

- 2.- Monitoreo de mercados de vida silvestre.
- 3.- Vigilancia de especies con colonias en movimiento, vgr: murciélagos
- 4.- Centinelas genómicos, con secuenciaciones de nueva generación.
- 5.- Bibliotecas de los genomas de virus sospechosos
- 6.- Análisis sistemático de aguas residuales de ciudades, aeropuertos y centrales ferroviarias y de autobuses.
- 7.- Inteligencia artificial, con algoritmos para predecir futuros brotes.
- 8.- Vigilancia satelital de pérdida de la cubierta forestal y migraciones animales o invasiones humanas.
- 9.- Vigilancia de insectos y aves por el cambio climático
- 10.- Vigilancia y alertas zoonóticas en factorías de animales.
- 11.- Fabricación anticipada de vacunas por familias de virus
- 12.- Vigilancia de Reservorios: aves silvestres, aves de corral, ganado bovino, caprino y porcino, perros, gatos, murciélagos y roedores que pueden causar infecciones de ida y vuelta, transportarlas, contacto estrecho, nuevas cepas, mutaciones, vasos mezcladores, invasores urbanos, etc.

• Clínica

La primera descripción del sarampión la realizó el médico hebreo Allyehudi en el siglo VII, pero la primera descripción diferencial de la viruela, la realizó el médico persa Al Razi (Avicena) en 910 del siglo IX d.C. Para mediados del siglo XVII, Thomas Sydenham médico escocés lo diferencia de las enfermedades exantemáticas de su época; y Francis Home en 1758 plantea su prevención por escarificación, reconociendo su naturaleza infecciosa, pero no tiene éxito. La epidemiología de la enfermedad la describió el médico danés Peter Panun en relación al brote en las islas Faroe en 1846.

John F. Enders y Thomas C. Peebles lograron una vacuna de contra el sarampión en 1963, habiendo trabajado en ella desde 1954. Para 1968, Maurice Hillerman desarrollo una vacuna mejorada de la cepa Edmoston-Enders ².

La infección es siempre clínica, no hay portadores asintomáticos, su periodo de incubación persiste hasta 11 días, su transmisibilidad es durante el periodo pre-eruptivo catarral, para dar paso a la siguiente sintomatología, conjuntivitis, fiebre progresiva, enantema en la mucosa bucal desde el 2do o 3er día, exantema centrífugo, inicial en la región mastoidea; pápulas puntiformes en la mucosa oral (manchas de Koplik), que dura entre 4 y 7 días, con el exantema centrífugo y luego disminución de la fiebre y los síntomas generales a partir del 7o día. Sus complicaciones más frecuentes son diarrea aguda, otitis media, laringitis obstructiva y bronconeumonía que son también las principales causas de muerte.

Cabe señalar que el sarampión puede confundirse con otros padecimientos febriles exantemáticos en personas, como rubeola, escarlatina, roséola, 5ª enfermedad exantemática e infección por virus de Epstein-Barr. Los humanos son los únicos hospederos del virus ³.

Con base al diagnóstico clínico y laboratorio el sarampión puede detectarse de manera directa y principalmente mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en hisopos de garganta y orina y así lograr tener la siguiente clasificación epidemiológica.

Caso sospechoso/probable: exantema maculopapuloso que persiste más de tres días, con tos, coriza, fotofobia y conjuntivitis.

Caso compatible: sin antecedentes para confirmarlo o descartarlo.

Caso confirmado: con IGM, o PCR positivo o cultivo del virus o vínculo epidemiológico estrecho con caso confirmado.

Caso Descartado: Caso sospechoso que, tras pruebas de laboratorio negativas, se atribuye a

otra causa (como rubeola o dengue).

Contacto: persona con estrecho contacto durante periodo infeccioso, 5 días antes o después de la erupción.

Tasa de ataque secundario. En susceptibles más del 95%.

Factores asociados: desnutrición y edad.

La vacuna a dos dosis tiene una eficacia que oscila entre 95 a 99% (4).

En la *Guía práctica de vigilancia de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita en las Américas* (OPS) se tiene la siguiente **Proporción técnica** para su objetivación:

≥ 80% de los casos sospechosos deben tener una muestra de sangre adecuada.

≥ 80% de los resultados de laboratorio deben estar listos en un plazo de 4 días.

Tasa de descarte: En países que buscan eliminar el virus, la mayoría de los casos sospechosos (más del 90%) terminan siendo descartados (no confirmados).

Control vs Erradicación

En ambos casos se requiere una elevada cobertura vacunal, el control del sarampión implica la reducción de casos por debajo del cuartil 1 en un lugar y tiempo definidos; en cambio la erradicación requiere de la eliminación o nulificación de las vías de transmisión.

Actualmente se estima la incidencia mundial en 29 casos por un millón de habitantes, y se considera teóricamente que si se vacuna adecuadamente al 95% de los susceptibles, puede interrumpirse la transmisión, lo cual puede demostrarse mediante genotipificación (actualmente existen 24 genotipos, de los cuales circulan mundialmente cinco: B3, D4, D8, D9 y H1 (5,6,7).

Vislumbres sobre el Autismo (el fraude científico de Andrew Wakefield)

“En 1998 Andrew Wakefield y colegas publicaron en la revista *The Lancet* un grupo de 12 niños con autismo sugiriendo una relación causal con la vacuna tri-vírica (MMP) que habían recibido. La publicación generó un gran impacto mediático y de investigaciones pese el reducido número de pacientes, la falta de un grupo control y resultados opuestos a los de otras investigaciones. Muy pronto, 10 de los 12 autores cuestionaron la interpretación de los datos y, además, *The Lancet* denunció conflictos financieros de interés de Wakefield. El 11 de febrero del 2010 la revista reconoció que los resultados publicados eran falsos. Una reciente publicación poblacional en Dinamarca descarta la asociación entre la vacuna trivírica y el riesgo de autismo^{8,9,10}

Algo de Historia en México

El sarampión se introdujo a través de las expediciones colonizadoras de los españoles desde las Antillas, según Fray Toribio de Benavente: “en 1534, vino a Nueva España, un español herido de sarampión y de él saltó a los indios”. A partir de esos años, las epidemias fueron presentándose cíclicamente, hasta el control de su transmisión endémica en la segunda mitad del siglo XX, merced a las campañas intensivas de vacunación¹¹.

Durante los siglos XIX y XX el sarampión afectó a nuestro país, específicamente Chihuahua, Sonora, Yucatán y Campeche. Sobre todo, a la población infantil.

En el país, entre 1922 a 1930, en 8 años la frecuencia de defunciones aumentó de 1534 a 4868 defunciones. El sarampión, en México, ocupaba el cuarto lugar de morbilidad infantil en América.

Para 1934 se registraron 14,980 defunciones.

Las olas epidémicas se presentaban cada 2 años, hasta 1963 que empezó a aplicarse la vacuna, para 1973 se iniciaron las campañas de vacunación masiva, y en 1986 se organizó la fase intensiva

ampliada contra el sarampión. En 1978 se implantó la cartilla vacunación, para menores de 5 años, siendo el esquema: Polio, tuberculosis (BCG), difteria, tosferina y tétanos, así como sarampión, rubeola y parotiditis (paperas), reduciéndose la incidencia de sarampión a 5 x 100,000 habitantes.

Para 1985 la incidencia era 30 x 100,000 habitantes. En el año 2000 se introdujo la cepa asiática H1. En 2003 el sistema de vigilancia epidemiológica confirmó 44 casos y 64 en 2004. Para 2020 > de 100 casos. Para 2021 y 2022, en plena pandemia de COVID 19, reemerge el sarampión en Estados Unidos, Europa y México.

Antecedentes de la Epidemia de 1804

Una epidemia que se tiene documentada en la Nueva Galicia es la 1804, la cual, con base en los datos accesibles, presentamos para fines comparativos.

La situación de 1804 en la Nueva Galicia, o sea en la primera mitad del siglo XIX, se tenía como capital política y religiosa a la ciudad de Guadalajara, que tenía menos de 30,000 habitantes, la sociedad Novo gallega, socialmente se relacionaba por castas, las cuales se dividían principalmente en: españoles, criollos, mestizos e indios¹².

La medicina de esa época empezaba a despojarse de la tetralogía Hipócrates, Aristóteles, Galeno y Avicena (en cuyo Canon, venía la descripción del sarampión). La salud pública (salud física) por orden virreinal, era vigilada por el tribunal del Protomedicato de la Nueva España que se ocupaba de declarar epidemias y algunas medidas de higiene¹³.

Sin embargo, la situación de salud (espiritual) también era de incumbencia de las autoridades religiosas, o sea del obispo de Guadalajara, que en esa época era Don Juan Ruiz de Cabañas, mismo que ante la magnitud de la epidemia, emitió una carta pastoral solicitando información sobre “la peste de sarampión”, la pastoral se firmó en “AJOJUCAR” feligresía de Teocaltiche el 8 de mayo de 1804¹⁴.

Antecedentes de la Epidemia de 2025-26 en Jalisco

El sarampión en Jalisco aparentemente estaba controlado desde las campañas masivas de fines del siglo XX y principios del XXI,

Los datos presentados son los emitidos por la secretaria de salud, publicados en los medios masivos de información de Guadalajara, Jalisco,

Jalisco desde 1824, se declaró Estado libre federado de la República Mexicana, ha ido destacándose por su creciente crecimiento urbano de su zona metropolitana y el sector agrícola y de servicios, atrayendo migración permanente y temporal, favoreciendo la concentración de capital.

La atención médica se ha desarrollado sobre todo los segundos niveles y actualmente los terceros, a tal grado que es un factor de atracción para el occidente del país. El sector público ha crecido a un ritmo lento en comparación al privado.

• Metodología

Es un estudio descriptivo comparativo con respecto a la epidemia de sarampión en el estado de Jalisco de 1804 y la epidemia actual 2025-2026 en la misma entidad.

Se realizó un análisis documental a partir de los datos obtenidos de la Carta Pastoral de Don Juan Ruiz de Cabañas del Arzobispado para describir la morbimortalidad, mortalidad y las percepciones del sarampión por los tomadores de decisiones de la época (14).

Con respecto a la obtención de los datos cualitativos sobre las percepciones de los tomadores de decisiones de la epidemia de sarampión actual, se realizó una búsqueda hemerográfica a partir de periódicos y boletines locales y nacionales. Así como la revisión de ruedas de prensa para obtener declaraciones oficiales.

Para la descripción actual de morbilidad y mortalidad de la epidemia de sarampión en el estado de Jalisco, se revisó Boletín informativo de Secretaría de Salud por semana epidemiológica del año 2025

al 2026 de la Dirección General de Epidemiología y Situación Epidemiológica de Enfermedades Prevenibles por Vacunación.

• Resultados

Parroquias a las que se dirigió el Obispo Cabañas

Secretaria de Gobierno
Zapopan
Tala
Ahualulco
Ameca
Cocula
Tecolotlán
Tenamaxtlán
Ayutla
Ejutla
Autlán de la Grana
Cuautitlán
Villa de la Purificación
Mascota
Sn Sebastián
Tomatlán
Valle de <i>Vanderas</i>
Compostela

Texto de la carta pastoral

A los curas del derrotero del margen

Sobre Sarampión

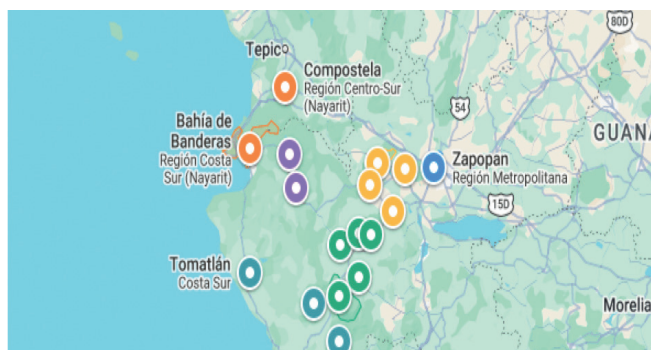
Trasladaran vosotros esta carta a su libro de gobierno y en el término de cuatro meses contados desde su fecha, me informaran cual es el número de personas que a su parecer y juicio hayan sido acometidas de la actual peste del sarampión en sus respectivas feligresías; dirán con vista de sus libros de entierros, cuantos han fallecido, si ya en la misma enfermedad, o ya en sus consecuencias y resultas; expresaran si la dicha es o no haya penetrado en algún rincón, pueblo , hacienda, rancho de sus feligresías, o bien por el buen temperamento que allí se disfrute o porque sus habitantes no tengan comunicación y trato con aquellas partes en donde pudieran ser infestados.

Y porque el resultado de estas y otras semejantes observaciones suele traer consigo algunos conocimientos importantes, cuidaran por igualmente de remitirme en el mes de enero y principio de todos los años, una razón individual y del número de matrimonios que en el discurso del año anterior se hayan celebrado en sus respectivas feligresías, del de los niños que se hayan bautizado, y del de las personas que hayan muerto: puesto que nada es muy fácil con una simple inspección de los libros parroquiales, los que en todas partes se supongo bien y puntualmente formados.

Dios guarde a vosotros muchos años. Hacienda de Ajojuar. Feligresía de Teocaltiche, mayo 8 de 1804.

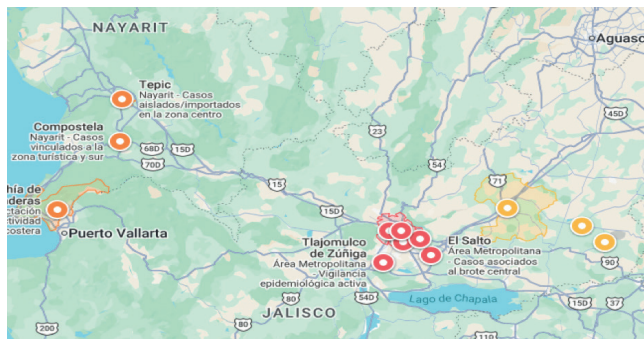
Juan Cruz. Obispo de Guadalajara.

Figura 1. Situación registrada en la Epidemia de 1804



Véase que los casos siguen las rutas del comercio de aquella época, camino real de Colima y la ruta hacia San Blas.

Figura 2. Situación registrada en la Epidemia de 2025-26



Obsérvese que la Zona metropolitana de Guadalajara concentra la mayoría de los casos, la región de los Altos y la de Puerto Vallarta en segundo término.

Cuadro 1. Cuadro comparativo de variables epidemiológicas.

Resultados de la epidemia de 1804	Resultados de la epidemia de 2025-2026	Observaciones
Las respuestas literales de los sacerdotes de las parroquias.	Las respuestas literales fueron las de los funcionarios públicos de salud o medios.	
MAGNITUD Tamazula: “el número de personas que fueron acometidas del contagio de sarampión...es el de 1200, y el de los que han fallecido, por sus consecuencias y resultados, es el de ochenta y siete. En mi concepto es una verdadera epidemia consecuente a la de las viruelas”. Tepatitlán: “más o menos el número de 3000 personas...parecen haber muerto...119 personas y 28 de las resultas”. Ramos: “han muerto.... en el distrito de este curato 223 niños y 12 adultos, de 20,000 personas, y 5000 de ellas...se infectaron”. Analco: “de 4,500, ... y a pocas o ninguna persona menor de 22 años haya dejado de padecer...”	MAGNITUD “A nivel nacional, la Ciudad de México se ubica en cuarto lugar en número de contagios, por debajo de Jalisco con 4 mil 653, Chihuahua, 4 mil 530; y Chiapas, con 843”. Fuente: Plataforma web oficial N+ Noticias. 12 marzo 2026 “En lo que va del año, en Jalisco se han confirmado 6 mil 529 casos de sarampión. El acumulado entre el año pasado y el actual es de 7 mil 265 casos y 5 defunciones, informó la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ), que recomienda completar los esquemas de vacunación contra la enfermedad”. Fuente: Periódico El Occidental, viernes, 26 de junio de 2026.	En el caso de la epidemia de 1804 en Tamazula, de 1,200 contagiados murieron 87 personas (letalidad del 7.25%); en Ramos, de 5,000 infectados murieron 235 personas (letalidad del 4.7%); en Tepatitlán, la mortalidad fue de 147 personas de 3,000 casos (letalidad del 4.9%). En la epidemia 2025-2026 en Jalisco se han presentado 7,265 casos acumulados y solo se registraron 5 defunciones, lo que representa una letalidad de 0.06%. La inferencia principal es que la vacuna del sarampión modificó el perfil epidemiológico de la enfermedad, es decir, que pasó de ser una enfermedad altamente mortal a ser una enfermedad con una letalidad considerablemente menor, prevenible y controlable. Sin embargo, el virus actual infectó a más personas en números absolutos debido entre otros factores a la movilidad y crecimiento demográfico por lo que el potencial de propagación es alto en Jalisco. Actualmente la probabilidad de contagio y muerte por sarampión debería ser casi nula, lo que obliga a las instituciones de salud a realizar vacunación masiva, oportuna y permanente.

Resultados de la epidemia de 1804	Resultados de la epidemia de 2025-2026	Observaciones
EXTENSIÓN (extensión territorial del brote) Sta. Ma, de las Charcas: “...no hubo rancho por pocos que fueren los que lo habitaran. en donde no fueren acometidos...máxime los párvulos”. Istlan: “...cerca de este mismo pueblo, y a orillas del rio grande, hay una población de más de 200 moradores, situada en la cima de muy elevados cerros, donde hasta la fecha no ha penetrado el contagio (...) Es coanvatido de vientos de oriente, cuando ceso de soplar (...) principio a dejarse de ver, haciendo después muchos estragos”. Tuxtepec: “En este curato solo se han escapado del sarampión los que en otros tiempos lo han padecido”.	EXTENSIÓN. “... el sarampión es una enfermedad grave, altamente contagiosa y prevenible, que pone en riesgo especialmente a niñas, niños y comunidades enteras cuando se baja la guardia. Fuente: Publicación de Secretaría de Salud Jalisco en página oficial de Facebook. 16 de enero del 2026 “La enfermedad puede ocasionar complicaciones (...) particularmente en menores de edad, personas con bajas defensas (inmunosuprimidas) y quienes no han sido vacunadas. Fuente: Periódico El OCCIDENTAL, viernes, 26 de junio de 2026 “El secretario de Salud Jalisco (SSJ) informó el jueves de la semana pasada que San Pedro Tlaquepaque y Tonalá son los municipios que, al corte más reciente, reportaban el mayor número de contagios de sarampión que se encontraban activos, con 143 y 83 enfermos respectivamente. Guadalajara se ubica en el tercer puesto con 56 contagios y El Salto en el cuarto lugar con 53”. Fuente: El Informador.MX. 9 de febrero del 2026	La epidemia de 1804 tuvo una dispersión topográfica generalizada tanto en zonas rurales como urbanas. El virus penetró de forma homogénea hasta los asentamientos más pequeños y lejanos (caso Charcas). Las barreras territoriales como ríos y montañas actuaron como límites temporales que aislaron momentáneamente a las poblaciones antes de que el virus infectara comunidades aisladas (caso Ixtlán). Por otra parte, la extensión territorial de la enfermedad estuvo limitada por la geografía de la inmunidad natural de personas que ya habían padecido la enfermedad (caso Tuxtepec), por lo que el virus se expandió por todo el espacio disponible hasta donde encontró individuos susceptibles, es decir, no inmunizados naturales. En el caso de la epidemia del 2025-2026, la extensión del territorio afectado no está delimitado por barreras topográficas y la enfermedad no se distribuye de manera homogénea en el estado de Jalisco, sino que tiene un eje de distribución por número de casos: Tlaquepaque (143), Tonalá (83) etc, que responde a tres situaciones específicas. La primera, aglomeración urbana, zonas comerciales y laborales de alta movilidad que permiten la diseminación del virus con una tasa de ataque tan elevada como el sarampión; la segunda, por propagación a través del contacto físico cotidiano en mercados, transporte y escuelas; y la tercera, el territorio condicionado por alta vulnerabilidad social, el riesgo se eleva en “menores de edad, personas inmunosuprimidas y no vacunados”, por lo tanto, la distribución del virus se expande a zonas o municipios en los que la cobertura de vacunación disminuyeron en años previos (situación por COVID), convirtiendo la falta de inmunidad en la esencia de la epidemia.

Resultados de la epidemia de 1804	Resultados de la epidemia de 2025-2026	Observaciones
GEOGRAFÍA y CLIMA Tecolotlán: “...debo decir que, aunque en este curato, se experimentan lugares, fríos, calientes y templados, no por eso dejó de entrar en ellos la epidemia del sarampión (...) observándose que en los temperantes fríos fue donde se cargó más su maleficencia”. Tonila: “por los vientos comunicados de unos lugares a otros porque a lo menos, en estos países no ha quedado lugar aun en los más cortos, remotos o escondidos que no lo hayan adolecido”.	GEOGRAFÍA Y CLIMA “...porque donde tenemos la presencia principal de contagio es en las escuelas”. Fuente: Agencia Quadratin, Guadalajara, Jal. 17 de febrero de 2026. https://jalisco.quadratin.com.mx/principal/salud-federal-confirma-primera-muerte-por-sarampion-en-jalisco-en-2026/ “Llegó hace 10 días, aproximadamente, una nueva ‘generación’ de jornaleros. Yo lo menciono de esta forma para explicar que ya se fueron los (trabajadores) que originaron probablemente el brote en Jalisco, y están llegando (nuevos jornaleros) de nuevo a los Altos de Jalisco; a Autlán y al Sur de Jalisco; al trabajo en la zafra en la zona de Valles de Jalisco y también a trabajar en berries alrededor del Lago de Chapala, y es en donde estamos poniendo muchísima atención”, afirmó el Secretario de Salud. Fuente: Periódico “EL INFORMADOR”. 24 de noviembre de 2025 - 13:06 hs	En 1804, el principal factor percibido de transmisión de la enfermedad era el ambiental “vientos comunicados” que trasladaban la enfermedad de un pueblo a otro, esta creencia se basa en la teoría de los humores, la cual explicaba que la salud dependía de líquidos corporales (humores), los cuales eran altamente sensibles a las condiciones climáticas y al aire que se respiraba. La medicina antigua de 1804 explicaba la transmisión del sarampión a través del aire y en esta época no se entendía la noción del contagio vivo (virus). Mientras que en la epidemia del 2025-2026, La dispersión de la enfermedad es focalizada y económica siguiendo rutas geográficas específicas de la “zafra” y la producción de “berries”. los factores principales son los sociodemográficos: la movilidad interna de los jornaleros agrícolas en ciertas épocas del año y las escuelas como centro de incremento y expansión de la enfermedad. La vulnerabilidad de las poblaciones ante la enfermedad está ligada a la renovación poblacional y falta de inmunidad, por lo que el riesgo se renueva constantemente con la llegada de nuevas generaciones de trabajadores (jornaleros) no vacunados y la interacción infantil con niños sin esquema completo de vacunación en las escuelas.

Resultados de la epidemia de 1804	Resultados de la epidemia de 2025-2026	Observaciones
COMPLICACIONES Tuxpan. “... haciéndose verificado que los más que murieron fueron de recaída y mal cuidado”. Ahuacatlán: “... yo opino que puede atribuirse (...) que son indios, están acostumbrados a vivir más expuestos a la intemperie del abrigo, pues sus casas siendo de cerca de cañas de maíz están totalmente sin abrigo”. Pihuamo: “... otros con las calenturas se han arrojado al agua y han conseguido sanar, otros han hecho lo mismo y han muerto y muchos se han agravado demasiado y han sufrido una larga enfermedad”. Juchipila: “... Como esta enfermedad se engendra de cólera [humor], como expresa en el catálogo de sus remedios el venerable Gregorio López”.	COMPLICACIONES La enfermedad puede ocasionar complicaciones graves como neumonía, encefalitis, daño neurológico permanente e incluso la muerte, particularmente en menores de edad, personas con bajas defensas (inmunosuprimidas) y quienes no han sido vacunadas. Fuente: Periódico El OCCIDENTAL, viernes, 26 de junio de 2026	El análisis epidemiológico de las complicaciones del sarampión de 1804 en Jalisco se encuentra una alta susceptibilidad biológica, social y ambiental. Las complicaciones del sarampión eran percibidas desde la perspectiva de la medicina antigua que estaba dominada por la teoría de la medicina humoral y textos religiosos como los de Gregorio López. En el caso Tuxpan “la recaída” no es que represente un nuevo contagio de sarampión, sino el desarrollo de probables infecciones secundarias que afecten vías respiratorias (neumonías) o encefalitis (daño neurológico). En el caso Ahuacatlán, se identifican los determinantes sociales de salud como etnicidad y vivienda precaria “son indios... casas de caña de maíz están totalmente sin abrigo”. El clima frío en un organismo ya comprometido inmunológicamente con el virus predisponía a complicaciones respiratorias. La fiebre alta es un signo de la fase prodrómica y exantemática que se presenta en el sarampión, ésta se complicaba incluso hasta llegar a morir por la terapéutica de la medicina antigua, como es el caso Pihuamo “con las calenturas se han arrojado al agua y han conseguido sanar (...) otros mueren”. Los que morían era por choque térmico. En la epidemia 2025-2026, se describieron las complicaciones como se observa en el dato empírico. La diferencia entre la epidemia de 1804 y la epidemia actual, consiste en que la medicina antigua basada en la teoría de los humores era iatrogénica, mientras que en la epidemia de siglo XXI ya existe vacuna, se siguen presentando muertes (aunque pocos, 5 casos) y complicaciones en no vacunados. El problema actual del sarampión ya no es una limitante de la ciencia médica, sino un desafío de acceso, cobertura y confianza social.

Resultados de la epidemia de 1804	Resultados de la epidemia de 2025-2026	Observaciones
POBREZA Y VULNERABILIDAD ÉTNICA. Ahuacatlán: “... yo opino que puede atribuirse...que son indios, están acostumbrados a vivir más expuestos a la intemperie del abrigo, pues sus casas siendo de cerca de cañas de maíz están totalmente sin abrigo”. Real del Catorce: “Se olvidaron de tomar aquellas precauciones (...) y hacerlo menos terrible y sensible a los pobres y por eso en estos infelices fue en los que la peste más se engrosó”. Jalostotitlán. “136 a causas del descuido tan profundo de los indios y la gente rural (...)”. Real del Catorce: “...la epidemia pasada de las viruelas...del invierno... la limpieza y aseo de las camas y cobijas de los enfermos pobres (...)”.	POBREZA Y VULNERABILIDAD ÉTNICA. “El secretario de Salud Jalisco (SSJ) informó el jueves de la semana pasada que San Pedro Tlaquepaque y Tonalá son los municipios que, al corte más reciente, reportaban el mayor número de contagios de sarampión que se encontraban activos, con 143 y 83 enfermos respectivamente. Guadalajara se ubica en el tercer puesto con 56 contagios y El Salto en el cuarto lugar con 53”. Fuente: El Informador.MX. 9 de febrero del 2026 “La enfermedad puede ocasionar complicaciones (...) particularmente en menores de edad, personas con bajas defensas (inmunosuprimidas) y quienes no han sido vacunadas. Fuente: Periódico El OCCIDENTAL, viernes, 26 de junio de 2026 “Llegó hace 10 días, aproximadamente, una nueva ‘generación’ de jornaleros (...) que originaron probablemente el brote en Jalisco, y están llegando (nuevos jornaleros) de nuevo (...)” Fuente: Periódico “El INFORMADOR”. 24 de noviembre de 2025	El indígena y el pobre del siglo XIX que padecía sarampión era más susceptible a complicaciones y muerte por desnutrición, pobreza y exclusión social. En el siglo XXI, los jornaleros agrícolas migrantes quienes frecuentemente pertenecen a comunidades indígenas de estados del sur del país enfrentan los mismos problemas de pobreza, desnutrición y exclusión social en los servicios de salud. Estos grupos carecen de esquemas de vacunación por el constante desplazamiento y la dificultad en el acceso, convirtiéndose en foco de susceptibilidad inmunológica. En 1804 se les atribuía la mortandad por sarampión a las poblaciones más vulnerables: “descuido tan profundo de los indios y la gente rural”, invisibilizando la desigualdad. Entonces se transita del descuido del pasado al descuido del presente; Tlaquepaque, Tonalá y la periferia de Guadalajara están considerados por la CONEVAL como los municipios más pobres en Jalisco que sumados a los campamentos temporales de jornaleros, replica el hacinamiento, la pobreza, desnutrición y la falta de vacunación por lo que son susceptibles a presentar más casos de padecimiento y muerte por sarampión. En ambas epidemias existe un común denominador: la pobreza y la etnicidad, por lo que hay una deuda histórica de los servicios de salud para vacunar y proteger a estas poblaciones.

Resultados de la epidemia de 1804	Resultados de la epidemia de 2025-2026	Observaciones
MEDIDAS Real del Catorce: “...la epidemia pasada de las viruelas (...) del invierno...la limpieza y aseo de las camas y cobijas de los enfermos pobres, su alimento ministrado a tiempo y la medicina aplicada (...) la inoculación, produjese buenos efectos. No así con la epidemia del sarampión (...) Se creyó con vulgaridad que era mal de muchachos y de ninguna consecuencia (...) Se olvidaron de tomar aquellas precauciones (...) y hacerlo menos terrible y sensible a los pobres y por eso en estos infelices fue en los que la peste más se engrosó”.	MEDIDAS “La vacuna contra el sarampión es segura, gratuita y está disponible para toda la población, sin importar si son o no derechohabientes (...) con cobertura en la Zona Metropolitana de Guadalajara y en municipios del interior. Fuente: Rueda de prensa de Secretaría de Salud Jalisco el 26 de enero. Instagram: sec.saludjalisco “Es muy importante también cumplir con este ordenamiento del Consejo Estatal de Salud Pública de utilizar cubrebocas a partir del día de hoy en los planteles de preescolar, primaria y secundaria, para evitar contagios”. Fuente: periódico El Informador 9 de febrero de 2026 “En Jalisco entre el 2025 y 2026 se han aplicado más de 3 millones 385 mil vacunas contra el sarampión y actualmente o se tienen grupos o planteles escolares en clases virtuales a causa de la enfermedad”. Fuente: Periódico El OCCIDENTAL, viernes, 26 de junio de 2026	En la epidemia de 1804 había una percepción errónea del riesgo y de las medidas de prevención, que probablemente fueron exitosas en otras epidemias (viruela y colera). No existió cuarentena, ni aislamiento. Por otra parte, el sarampión se concebía como una enfermedad de poca gravedad y sin complicaciones “Vulgaridad que era mal de muchachos y de ninguna consecuencia”. Las estrategias y acciones en la epidemia actual se basaron en campañas de vacunación masiva y universal, además de promover el uso de cubrebocas y virtualidad educativa como barrera física y de aislamiento. Es de importancia analizar y seguir los casos sospechosos porque permite realizar el cálculo de tasas reales y la velocidad de propagación.

Resultados de la epidemia de 1804	Resultados de la epidemia de 2025-2026	Observaciones
Y TRATAMIENTO/cuidados Real de Asientos: “... El Método más feliz, conque jóvenes se reestablecieron prontamente, fue el uso de aguas frescas y alimentos líquidos que según la Gaceta de México se les prescribió”. Guachinango: “... he visto que a niños que durante esta epidemia los han mantenido sin comunicación alguna con las demás gentes...” Santiago: “...su curación fue bañadas y dieta...” Tecalitlán: “...el corto número de los que fallecieron respecto a los que adolecieron esta epidemia lo atribuí a un sudor simple provocado por un alimento que los criollos llaman atole hecho de maíz...” Real de Pinos: “... A la gente culta que observo el método curativo que ordenó el protomedicato y mandó pregonara por bando el Excelentísimo Señor Virrey...tan solo murieron 11. [en un total de 281]”. Etzatlán: “...Infiero que la causa... consiste en la alteración de los humores de sujetos dispuestos proveniente de las repetidas lluvias de todos los meses anteriores...” Tabasco: “... el mal va es por la necesidad de buenos y sanos alimentos la falta de cultivo y civilización de estas pobres gentes...” Tequila: “... el enfermo se entrega a la comida y gustar especialmente la ciruela y la sandía...donde resulta indispensablemente que las úlceras interiores se inflaman...y contraen la gangrena en que aparece la recaída y mueren...”	No existe ningún medicamento antiviral aprobado para el sarampión. El manejo de la infección por sarampión implica la detección temprana y el tratamiento de las complicaciones, así como el aislamiento del paciente para prevenir la transmisión nosocomial y comunitaria (15).	A partir de los testimonios históricos de la epidemia de 1804 en Jalisco se describen los cuidados y el tratamiento que se le daba al enfermo de sarampión. El soporte hídrico y nutrición con el uso de “aguas frescas y alimentos líquidos” (Real de Asientos) y el “atole hecho de maíz” (Tecalitlán) aportaban hidratación y calorías de fácil digestión. En Tabasco se relaciona la mortalidad con “la necesidad de buenos y sanos alimentos”, para una persona desnutrida el sarampión era una enfermedad mortal. La fiebre era controlada por los baños y por el “sudor simple” como es el caso de las comunidades de Santiago y Tecalitlán. La medicina antigua se basaba en la teoría de los humores y desconocían el origen de la enfermedad, a pesar de que se desconocía la verdadera causa de la enfermedad, los cuidados guiados por el sentido común de los habitantes de las comunidades aportaban más a la recuperación del enfermo, que los tratamientos propios de la medicina humoral.

Cuadro 2. Parroquias con datos completos Sarampión 1804

Población	Habitantes	Casos	Defunciones	Morbilidad X 10.000	Mortalidad X 10.000	Letalidad X 100
San Cristóbal de la Barranca	800	150	3	1875.0	37.5	4.2
Tecalitlán	2200	1200	79	5454.5	359.0	6.5
Amacueca	2527	650	51	2572.2	201.8	7.8
Ramos	20000	5000	235	2500.0	117.5	4.7
Analco	4500	1200	56	2666.6	124.4	4.6
Real de Mezquital	850	531	7	6247.0	82.3	1.3
Etzatlán	5000	1000	50	2000.0	100.0	5.0
Burgo de San Cosme	5022	1200	110	2389.4	219.0	9.1
San Juan Bautista de Mezquitic	200	37	1	1850.0	50.0	2.7
	41,099	10,968	592	2,668.6	144.0	5.39

Nótese que las tasas de morbilidad oscilaron entre 1850 a 6247 casos por 10,00 habitantes, y que la mortalidad varía de 37.5 a 359 defunciones por 10,000 habitantes, y la letalidad de 2.7 a 9.1 por cien enfermos.

Cuadro 3. Parroquias que reportaron Sarampión 1804

Población	Casos	Grupo etario	Muertes Reportadas	CASTAS					
				Españoles		Mestizos y mulatos		Indios	
				Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Tonila			70	7	10	44	63	19	27
Ahualulco			40					40	100
San José de Gracia		Párvulos	121	21	17			100	83
		Adultos	23	2	9			21	91
Tuxpan	2500	Párvulos	183			28	15	155	85
		Párvulos	10	5	50			5	50
Ixtlahuacán de los Reyes	500							60	100
Cedral		Párvulos	12	120	100				
		Adultos	1	1	100				
Real del Catorce			12	12	100				
Altenango	2000		45					45	100

Población	Casos	Grupo etario	Muertes Reportadas	CASTAS					
				Españoles		Mestizos y mulatos		Indios	
				Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Total		Párvulos	316	83		28		255	
Por ciento			100	26.0		9		81	
Total		Adultos	34	8.				26	
Por ciento			100	23.0				77	
Total		Todos	577	60		72		445	
Por ciento			100	10.5		12		77	

Fuente: Antonio Ruíz Montoya. Tesis Recepcional. Facultad de Medicina. Universidad de Guadalajara. 1980

En general la proporción de defunciones entre: párvulos y adultos fue de $316/34 = 9.2$ a 1,

Indios y españoles fue de $445/60 = 7.4$ a 1, mientras que, de indios, y mestizos y mulatos fue de $445/72 = 6.1$ a 1; o sea los párvulos y los naturales resultaron mayormente afectados.

Cuadro 4. Estadísticas de Sarampión por Municipio (2025-2026)

Municipio	Población 2024	Casos Confirmados	Defunciones	Morbilidad por 100,000 habitantes	Mortalidad por 100,000 habitantes	Letalidad Por 100 defunciones	Observaciones
Guadalajara	1,401,984	1,602	1	114.26	0.71	0.06	Región Centro. Zona Metropolitana
Zapopan	1,514,642	1,148	1	75.79	0.66	0.08	Región Centro. Zona Metropolitana
Tlaquepaque	711,878	852	1	119.68	1.40	0.11	Región Centro. Zona Metropolitana
Tonalá	592,971	423	1	71.33	0.16	0.23	Región Centro. Zona Metropolitana
Tlajomulco	815,621	311	1	38.13	1.22	0.32	Región Centro. Zona Metropolitana
El Salto	244,484	251	0	102.66			Región Centro. Zona Metropolitana
Puerto Vallarta	312,234	184	0	58.93			Región Costa Sierra Occidental
Lagos de Moreno	179,352	45	0	25.09			Región Altos norte
Ocotlán	108,342	38	0	35.07			Región Ciénega
Tepatlán de Morelos	154,672	22	0	14.22			Región Altos sur
Poncitlán	56,128	17	0	30.28			Región Ciénega
Autlán de Navarro	66,742	15	0	22.47			Región Costa Sur
Zapotlán el Grande	119,742	12	0	10.02			Región sur
Arandas	81,245	8	1	9.84	1.23		Región Altos sur
Tala	102,154	7	0	6.85			Región Valles



Municipio	Población 2024	Casos Confirmados	Defunciones	Morbilidad por 100,000 habitantes	Mortalidad por 100,000 habitantes	Letalidad Por 100 defunciones	Observaciones
Ameca	62,542	6	0	9.59			Región Valles
San Juan de los Lagos	73,624	5	0	6.82			Región Altos norte
Ixtlahuacán de los Membrillos	67,969	4	0	5.88			Región Centro
Juanacatlán	32,852	4	0	1.21			Región Centro
Sayula	37,186	4	0	1.07			Región Lagunas
La Barca	67,937	4	0	0.58			Región Ciénega
Encarnación de Díaz	53,030	3	0	0.56			Región Altos norte
San Miguel el Alto	31,965	3	0	0.93			Región Altos sur
Zapotlanejo	64,806	3	0	0.46			Región Centro
Cocula	29,267	3	0	0.10			Región Valles
Villa Hidalgo	20,088	2	0				Región Altos norte
Jalostotlán	32,678	2	0	0.99			Región Altos sur
Atotonilco el Alto	64,009	2	0	0.31			Región Ciénega
Degollado	21,226	2	0	0.94			Región Altos sur
Etzatlán	20,011	2	0	0.99			Región Valles
Magdalena	23,145	2	0	0.86			Región Valles
San Marcos	3,791	1	0	0.26			Región Valles
Ahualulco de Mercado	23,630	1	0	0.42			Región Valles
Teuchitlán	9,608	1	0	0.10			Región Valles
San Martín Hidalgo	28,102	1	0	0.35			Región Valles
Mazamitla	14,043	1	0	0.07			Región Sureste
Tamazula de Gordiano	38,396	1	0	0.26			Región Sureste
Zacoalco de Torres	30,472	1	0	0.32			Región Lagunas
Acatlán de Juárez	25,250	1	0	0.39			Región Lagunas

Nótese que los casos se concentran en la zona metropolitana de Guadalajara, siguen las principales vías de comunicación del Estado y las regiones más prósperas.

• Discusión

Los datos presentados deben de tomarse como una orientación de las circunstancias prevalentes en la Nueva Galicia de 1804 y de Jalisco 2025-2026, no se pretende sean estadísticas representativas,

pero si una ayuda para establecer algunas similitudes y diferencias sobre las epidemias analizadas.

La Epidemia de 1804 en Jalisco, afectó de manera general a los neo gallegos en una alta proporción, fundamentalmente relacionada con la ausencia de personas que no habían experimentado la enfermedad anteriormente, su diseminación siguió las rutas de comercio de aquella época, las tasas de morbilidad oscilaron entre 6,247 y 1,750 afectados por 100,000 habitantes, la letalidad también fue alta desde 1.3 a 9.1 por 100 pacientes. Aunque se podría decir que fue una epidemia “natural”, las comillas las ponemos debido a que Rudolf Virchow, cuarenta y dos años después en 1846, afirmaba que todas las epidemias “son el resultado de circunstancias sociales” que permiten la diseminación de enfermedades, argumentaba que los factores causales más importantes, eran las ahora llamadas determinaciones sociales, o sea “las condiciones materiales de la vida cotidiana de la gente”, pero además criticaba la apatía de los funcionarios gubernamentales por ignorar que estas condiciones eran las causas básicas de la enfermedad, en esa ocasión se refería a la epidemia de tifo en el alta Silesia y posteriormente al brote de cólera en Berlín ¹⁶.

Más recientemente, Meneses Navarro en 2026 ¹⁷, señala que la vuelta del sarampión “revela fallas profundas y persistentes en el funcionamiento del sistema de salud y en la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la protección de la salud, como el resultado acumulado de una caída sostenida en la vacunación, del debilitamiento de los programas preventivos y de brechas estructurales en el acceso a los servicios de salud”.

Esta situación que afectó a los grupos sociales más desvalidos del país y del Estado, plantea entonces un defecto o contradicción estructural, no un hecho fortuito. Es el resultado de la unión entre los condicionantes sociales como la desigualdad: de generación, de etnia, de clase y generación ¹⁸, sinergizados por los determinantes sociales entendidos como: “las circunstancias en que nacen, crecen viven, trabajan, envejecen y mueren, así como los servicios de salud (OMS:2008), además de su historicidad y el ambiente”.

Si bien la edad juega un papel condicionante importante en la infección como se constata en la epidemia de 1804, 9 párvulos por cada adulto, en 2025-26, destaca la edad de exposición al virus, de acuerdo con su ciclicidad y acúmulo de susceptibles, o sea condicionantes biológicos y demográficos, las determinaciones sociales se evidencian claramente entre las tasas de mortalidad por castas (clases sociales) al ser los naturales los mayormente afectados de 7 a 6 veces más que los españoles, mestizos y mulatos.

Situación similar para 2025-2026 en donde las muertes afectaron mayormente a los jornaleros y habitantes de zonas marginales¹⁹, o sea históricamente siempre se ven afectados los grupos económica y socialmente más débiles.

Al efecto se plantea técnicamente establecer una estrategia integral, focalizada, territorializada y culturalmente pertinente, no intermitente ni fragmentada, lo cual no está mal en la forma, ya que esto solo modifica temporalmente el problema, pero no corrige su fondo estructural, o histórico de inequidad sanitaria, por lo que se requiere sea enfocado desde la más amplia perspectiva de la atención primaria, iniciando por reconocer a la salud poblacional, no tan solo como un derecho sino como una necesidad esencial humana (20,21), con el objetivo de satisfacerla y lograr el florecimiento humano, lo cual es más complejo, pues implica acciones de transdisciplinariedad y de intersectorialidad para enfrentar la desigualdad social, económica, cultural, política²², manifestada sanitariamente.

Debiéndonos apoyar en la atención primaria herramienta diseñada para corregir de fondo desigualdades en salud, cuidando aplicarla en el marco de una epistemología del sur ²³ y de una ética donde exista realmente la responsabilidad hacia el otro ²⁴ teniendo como objetivo final lograr una real mejora del modo de vida grupal, no del estilo de vida individual.

El anterior señalamiento debemos iniciar su aplicación en Jalisco en los municipios con poblaciones mayores a la cifra crítica de habitantes para que no perdure la prevalencia

del sarampión²⁵; mismos municipios de Jalisco (Zapopan con 1,476,491; Guadalajara 1,385,629; Tlajomulco 727,750; Tlaquepaque 687,127; Tonalá 569,913 y Puerto Vallarta 291,839 habitantes) que han concentrado más del 90% de los casos y que aún en junio de 2026 están reportando casos (26).

Paradójicamente, donde la letalidad desgraciadamente se relacionó con la inoportunidad de la atención, y la morbilidad con ausencia de vacunación en el brote de 2025-2026, por lo que la Zona Metropolitana de Guadalajara, se tipificó como zona de propagación comunitaria intensa, la cual puede enfrentarse aprovechando la inteligencia artificial para establecer registros compartidos, confiables y controles pertinentes, a nivel de todas las unidades operativas del sector salud.

Obviamente que la inmunización de bloqueo como en cualquier epidemia, debe ser intensiva, casa por casa, con brigadas móviles, registros nominales y ampliación de rangos de edad cuando sea necesario, para evitar nichos de susceptibles, necesita además del laboratorio de virología para tipificar los virus circulantes en las regiones del Estado.

Lo anterior plantea que se requiere invertir decidida y significativamente en una innovadora atención primaria, que actúe como eje transversal de acción, a todos los niveles de atención, instituciones, disciplinas, y sectores económicos, para lograr equidad para garantizar la salud de la población, lo cual implica un reto y desafío

que se inicia en el equipo de salud pública para extenderse a otros personajes afines de otros sectores y áreas.

Pues una epidemia constituye una señal de alerta que va mucho más allá de un simple evento epidemiológico. Su presencia y específicamente la reaparición del sarampión revela fallas profundas y persistentes en el funcionamiento del sistema de salud y grietas importantes en el tejido social del Estado al no garantizar el derecho a la protección de la salud, menos que la salud como necesidad humana esencial.

Sin embargo, ninguna estrategia será sostenible si no se reconstruye la confianza comunitaria evitando cualquier contradicción entre el ser y el hacer en salud pública.

En regiones indígenas, la comunicación en salud debe realizarse en diálogo diatópico, apoyándose en una epistemología del sur ²³, incluye pueblos originarios, en autoridades comunitarias, siempre desde marcos culturales comprensibles, por lo que se requiere el concurso de profesionales de las ciencias sociales y las humanidades orientados hacia la salud pública y el bienestar humano.

Evitar futuras epidemias implica priorizar a la atención primaria como política de Estado, invertir de manera decidida y sostenida en ella, considerando que la justicia sanitaria no es una circunstancia opcional, sino una condición indispensable para garantizar la salud de la población.

Cuadro 5. Comparativo Epidemias de Sarampión en Jalisco 1804- y 2025-2026.

Factores Determinantes			
	Nueva Galicia 1804	Jalisco 2025-26	Observaciones
Agente causal	Virus del Sarampión sin modificaciones en su virulencia y modo de transmisión	Virus del Sarampión con 200 años de resiliencia	Virus que no ha perdido su infectividad
Inmunidad poblacional	Nula	Inmunidad artificial, fallida, por caída de cobertura menor al 95% requerido	No hay inmunidad grupal
Grupos afectados	Todos los susceptibles	Menores de 10 años y jóvenes de 20 a 29 años	Sin experiencia antigénica y pobreza
Prevención	No existente	Cepa Edmoston- Enders de alta capacidad inmunogénica	Fallas de distribución, aceptación y aplicación
Factores Condicionantes			
Vías de importación	Rutas comerciales marino-terrestres de la época	Rutas de Migración interna, y externa. Bolsas de susceptibles	Nuevos cultivos de agave, aguacate y berries
Dispersión	Movimientos comerciales, militares y religiosos	Dinámicas migratorias internas y externas	Trabajadores golondrinos
Situaciones ambientales	Hacinamiento, desnutrición, hambruna y mala higiene	Defectos de acceso, desinformación, rechazo voluntario	Hacinamiento malnutrición
Infraestructura de salud	Hospital de caridad. Teoría Galénica	Red Nacional de Salud y Sistema de Vigilancia Epidemiológica	Fragmentación de la red
Impacto y Letalidad	Universal, todas las clases sociales y letalidad más alta en indígenas	Universal, grupos focalizados Letalidad baja	

Contacto: Lic. Vylil Georgina García Serrano:
 minea269@hotmail.com

• Bibliografía

1. Petrova VN, Sawatsky B, Han AX, Laksono BM, Walz L, Parker E, et al. Incomplete genetic reconstitution of B cell pools contributes to prolonged immunosuppression after measles. *Sci Immunol* [Internet]. 2019 [citado 2 jul 2026];4(41):eaay6125. Disponible en: <https://doi.org/10.1126/sciimmunol.aay61>
2. Matysiak-Klose D, Mankertz A, Holzmann H. The Epidemiology and Diagnosis of Measles: Special Aspects Relating to Low Incidence. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2024 [citado 2 jul 2026];121(26):875–881. Disponible en: doi.org
3. Kimura H, Shirabe K, Takeda M, Kobayashi M, Tsukagoshi H, Okayama K, et al. The association between documentation of koplik spots and laboratory diagnosis of measles and other rash diseases in a National Measles Surveillance Program in Japan. *Front Microbiol* [Internet]. 2019 [citado 2 jul 2026];10:269. Disponible en: doi.org
4. Di Pietrantonj C, Rivetti A, Marchione P, Debalini MG, Demicheli V. Vaccines for measles, mumps, rubella, and varicella in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Nov 22;11(11):CD004407. doi: 10.1002/14651858.CD004407.
5. World Health Organization. Eliminating measles and rubella in the WHO European region: integrated guidance for surveillance, outbreak response and verification of elimination [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 [citado 2026 Jul 2]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstreams/7cc02057-f2bc-40a9-bb64-962a4511441a/download>.
1. Williams D, Penedos A, Bankamp B, Anderson R, Hübschen J, Ben Mamou M, et al. Update: circulation of active genotypes of measles virus and recommendations for use of sequence analysis to monitor viral transmission. *Wkly Epidemiol Rec* [Internet]. 2022 Sep 30 [citado 2026 Jul 2];39(39):485–92. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstreams/69e3b7d2-25c5-4dc5-b0b3-464e8dc4bf57/download>.
2. Dixon MG, Ferrari M, Antoni S, Li X, Portnoy A, Lambert B, et al. Progress toward regional measles elimination - worldwide, 2000–2020 [Internet]. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021 Nov 12 [citado 2026 Jul 2];70(45):1563–1569. doi: 10.15585/mmwr.mm7045a1. PubMed PMID: 34758014; PubMed Central PMCID: PMC8580203.
3. Gay NJ, Hesketh LM, Morgan-Capner P, Miller E. Interpretation of serological surveillance data for measles using mathematical models: implications for vaccine strategy. *Epidemiol Infect*. 1995 Aug;115(1):139–56. doi: 10.1017/s0950268800058209. PubMed PMID: 7641827; PubMed Central PMCID: PMC2271572.
4. DeStefano F, Chen RT. Negative association between MMR and autism. *Lancet*. 1999 Jun 12;353(9169):1987–8. doi: 10.1016/S0140-6736(99)00160-9. PubMed PMID: 10376608.
5. Seefeld L, Horstkötter N, Müller U. Einstellungen, Wissen und Verhalten von Erwachsenen und Eltern gegenüber Impfungen: Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2021 zum Infektionsschutz. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2022. BZgA Forschungsbericht.
6. Molina del Villar A. Las epidemias en México. Ciudad de México: El Colegio de México; 2024. p. 316–319.
7. Pérez Verdía L. Historia particular del Estado de Jalisco. Tomo II, Capítulo 1. Guadalajara: Tipografía de la Escuela de Artes y Oficios del Estado; 1910.
8. Carrada Bravo T. Epidemiología histórica de la rabia. *Salud Pública Mex*. 1958;20(6):708.
9. Ruiz-Montoya A. Epidemiología histórica del sarampión en Jalisco [tesis de licenciatura]. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Facultad de Medicina; 1980.
10. Do LAH, Mulholland K. Measles 2025. *N Engl J Med*. 2025 Jun 25;393(24):2447–2458. doi:10.1056/NEJMra2504516.
11. Virchow RC. Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin. Vol. 2. Berlin, Germany: George Reimer; 1848. p. 143–332. For an English translation, see: Virchow RC. Collected Essays on Public Health and Epidemiology. Vol. 1. Rather LJ, editor. Boston, Mass: Science History Publications; 1985. p. 204–319.
12. Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte BE, Grimaldo-Quezada L. La reemergencia del sarampión en México: una alerta sobre las fallas estructurales del sistema de salud [Internet]. *Salud Publica Mex*. 2026 [citado 2026 Jul 2];68(2):191–193. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/17988> doi:10.21149/17988.
13. Krieger N. Medidas de racismo, sexismo, heterosexismo, binarismo de género para la investigación sobre equidad en salud de injusticia estructural al daño corporal: un análisis Ecosocial. *Annu Rev Public Health*. 2020; 41:37–62. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094017.

14. Fadic R, Repetto G. Sarampión: antecedentes históricos y situación actual. *Rev Chil Pediatr.* 2019;90(3):253-259. doi: 10.32641/rchped.v90i3.1231.
15. 20. García de Alba y Salcedo Rocha. Capítulo 2. Historia natural y social de la enfermedad. En Martínez. *La Salud del niño y del adolescente. El Manual Moderno.* 2012. Capítulo 2.
16. Max-Neef MA, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Barcelona: Icaria Editorial; 2006. 148 p.
17. Boltvinik J. Pobreza y florecimiento humano. Una perspectiva radical. México: Editorial Itaca, Universidad Autónoma de Zacatecas; 2020.
18. Sousa Santos B. Una epistemología del Sur: La reinención del conocimiento y la emancipación social. México, D.F.: Siglo XXI Editores; 2009.
19. Lévinas E. Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad. Guillot DE, traductor. 2a ed. Salamanca, España: Ediciones Sígueme; 2002.
20. Keeling MJ, Grenfell BT. Understanding the persistence of measles: reconciling theory, simulation and observation. *Proc R Soc Lond B Biol Sci.* 2002 Feb 22;269(1489):335-43.
21. Milenio 30 de junio

Pantallas y tecnología. Uso responsable en cada etapa de la vida

Emilio Emmanue Escobar-Cruz (1,2); Ulises Reyes-Gómez (2,3,4); Ricardo Valentín-Arzate (2,5); Idalia Hernández-Lira (2,6); Nora Patricia Sánchez-Chávez (2,7); Katy Lizeth Reyes-Hernández (2,8); Edgar Samuel Aguilar-Figueroa (9); Luis Jorge Matos-Alviso (10).

(1) Egresado por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO), Pediatra Hospital de Alta Especialidad del Niño Tabasqueño “Dr. Rodolfo Nieto Padrón” Hospital General de Paraíso, Tabasco. IMSS BIENESTAR. ORCID. 0009-0002-4543-4999; (2) Académicos por la Ciencia A.C.; (3) Académico Titular Academia Mexicana de Pediatría (ACAMEXPED) ORCID. 0009-0007-6264-2702; (4) Investigador Honorario de la Facultad de medicina y Enfermería Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca (UABJO);

(5) Infectólogo Pediatra Hospital de especialidades médicas de la Salud, San Luis Potosí. ORCID. 0009-0006-4907-7668; (6) Médico Familiar de la Unidad No. 9 del IMSS, Ciudad de México ORCID.0009-0001-4854-0327; (7) Investigador Titular, profesora tiempo completo Escuela de Enfermería UABJO ORCID. 0009-0001-0499-858X; (8) Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN Beneficencia Española, San Luis Potosí, México ORCID. 0009-0006-2209-2681; (9) Pediatra adscrito al servicio de pediatría IMSS Zapata, San Luis Potosí, México ORCID. 0009-0006-0108-8202; (10) Jefe de Pediatría, Hospital Regional del ISSSTE, Acapulco Guerrero, México, Orcid 0009-0006-0268-4452.

• Resumen

Es en el Siglo XX en que surgieron diversas tecnologías de la comunicación e información a través de textos, imágenes, videos y audios que han servido a la humanidad para compartir conocimientos y emociones, como parte del entorno cultural del hombre en búsqueda del progreso. Es a través de ellas, como la sociedad humana ha logrado interconectarse a través del planeta, lo que ha generado una intrincada y compleja red social a nivel mundial por medio de la cual puede difundirse, procesarse y resguardar un sinfín de datos necesarios para llevar a cabo todas las actividades del ser humano. La infancia y la adolescencia, como parte de las fases de la vida del hombre, ha sido permeada por dichos dispositivos, y ha sido tal la inmersión en ellos, que, si bien son utilizados con fines educativos, conectividad social e inclusive, para la realización de ejercicios físicos, también han llevado consigo una serie de daños a la salud física, emocional y cognitiva en ellos. Por todo ello esta revisión pretende mostrar los beneficios y los daños que tales tecnologías puedan ocasionar en estas etapas de la vida, de tal modo que los padres y cuidadores puedan utilizarlos obteniendo el mejor provecho de estos recursos, disminuyendo sus efectos nocivos.

Palabras clave: Abuso, dispositivos digitales, pros, prejuicios, tecnología, niños,

• Abstract

It was in the 20th century that various communication and information technologies emerged, using texts, images, videos, and audio to share knowledge and emotions, forming part of humanity's cultural environment in pursuit of progress. Through these technologies, human society has interconnected across the planet, generating an intricate and complex global social network through which countless data necessary for carrying out all human activities can be disseminated, processed, and safeguarded. Childhood and adolescence, as phases of human life, have been permeated by these devices, and the immersion in them has been so profound that, while they are used for educational purposes, social connectivity, and even physical exercise, they have also led to a series of negative impacts on the physical, emotional, and cognitive health of young people. Therefore, this review aims to show the benefits and potential harms of these technologies during these stages of life, so that parents and caregivers can use them to their fullest potential while minimizing their harmful effects.

Key words: Abuse, digital devices, pros, cons, technology, children

• Introducción

La tecnología forma un rasgo distintivo de la especie humana en búsqueda del progreso. La información y la comunicación son herramientas propias de nuestra especie, las cuales no solo fomentan el compartir emociones y estados de ánimo entre los individuos, sino también el difundir elementos culturales, artísticos y científicos que cimientan una mejora en la calidad de vida. En ellas es en donde la aquella ha jugado un rol importante, mediante el uso de medios y dispositivos (conocidos actualmente como tecnologías de la información y la comunicación) que permitan el procesamiento, el almacenaje y la transmisión y/o difusión de dichos elementos a través de sonidos, imágenes y videos.

La evolución histórica de tales medios y dispositivos ha sido tal, de elementos estáticos como los libros, los televisores y la radio a elementos portátiles y digitales como celulares, tabletas, laptops y, con el advenimiento del internet y las redes sociales, que los mismos han permeado no solo todas las actividades del ser humano que son llevadas a cabo por el sector de la población adulta (artísticas, económicas, culturales, laborales, etc.), sino también en la población infantil y adolescente, con algunos aspectos benéficos y otros no tanto, según su uso.

En la actualidad, los dispositivos y pantallas digitales son parte de una realidad en la que en diferentes entornos la infancia y la adolescencia a nivel mundial se han visto inmersas. Kabali y cols. reportaron en un estudio que incluyó a 350 niños menores de 4 años en una clínica minoritaria de bajos recursos, que la mitad de ellos tenían en sus hogares una televisión, y tres cuartas partes, un dispositivo móvil o tableta. Del total de los individuos incluidos en su estudio, se encontró que el 92.2% de niños menores de 1 año de edad ya había conocido o sido expuesto a algún dispositivo digital o pantalla¹.

En México, el 81.4% de la población de 6 años o más usa celular, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH)

2023. Ese año, el teléfono celular fue una de las tecnologías con mayor uso entre la población. Y la tendencia del uso de las mismas no parece disminuir, pues dicha población de 6 años o más en uso de telefonía celular pasó de 75.1 a 81.4%, lo que representó un incremento de 6.3 puntos porcentuales entre 2020 y 2023².

El ambiente cultural de la comunidad y emocional de la familia, su medio socioeconómico, las redes sociales, el tipo de contenido, el propósito del uso de estos dispositivos en niños y púberes, el tiempo compartido de los padres, otras actividades realizadas por ellos y los hijos de manera individual o compartida, así como otros fenómenos surgidos del uso de los mismos, tales como el ciberbullying, sexting, etc., pero, sobre todo, la etapa de la vida en la cual los niños y adolescentes se ven expuestos a este tipo de tecnología digital repercuten ampliamente en el neurodesarrollo de los mismos de una manera diversa en tantos aspectos como el adaptativo, lingüístico, intelectual y social. Un número alto de interrelaciones de estos elementos y factores ya mencionados darán como resultado el obtener la mayor cantidad de beneficios mediante el uso racional de estas nuevas tecnologías en niños y adolescentes supervisada y compartidas por los padres, o por el contrario una serie de fenómenos perjudiciales en grados variables en uno o más campos de su desarrollo neurológico, visual, psicológico, metabólico (el uso prolongado de estos dispositivos puede favorecer el sedentarismo) y esquelético (por posturas prolongadas y viciosas durante el uso de los mismos).

México es un país en donde ya muchas de las consecuencias en la población infantil y adolescente en las que una exposición indiscriminada y no supervisada del uso de tecnologías y pantallas digitales podría incrementarlas. Según la UNICEF, hasta septiembre de 2025, el 36.5% de escolares y el 40.4% de adolescentes presentan sobrepeso u obesidad, en parte por sedentarismo y además por la exposición a anuncios de alimentos ultraprocesados, muy probablemente a través de dispositivos digitales³.

Para 2024, aproximadamente 1 de cada 4 adolescentes (23-25%) usuarios de internet sufrió ciberacoso, siendo las mujeres más afectadas (25%) que los hombres (21.1%) en nuestro país⁴. A raíz del uso de tecnologías digitales se ha observado un incremento en la presencia de padecimientos oftalmológicos en niños como miopía, ojo seco o fatiga ocular en niños y adolescentes⁵⁻⁷.

Según la OMS, los jóvenes que sufren ciberacoso tienen 2 a 3 veces mayores probabilidades de cometer suicidio⁸. También se reporta una alza en cifras de entidades osteomusculares variadas como, xifosis, lordosis, tendinitis de Quervain (conocida por algunos como nintendinitis anteriormente o whatsappitis en la actualidad), text neck o dolor de cuello por textear, e incremento del riesgo de osteoporosis en edad adulta.^{9,10}

Es por ello que resulta de fundamental importancia se analicen, según las evidencias científicas disponibles lo más actualizadas de los pros y contras de la exposición de dispositivos y pantallas digitales en cada una de las etapas de la vida de la niñez y adolescencia, de forma tal nos permitan a los profesionales de la salud dar una apropiada asesoría a sus padres, tutores y cuidadores, para prevenir cualquier alteración de su desarrollo y evitar consecuencias nefastas como el suicidio, el acoso, obesidad, trastornos conductuales, entre muchos otros.

• Beneficios de las pantallas y tecnologías de la información y comunicación

Debido a que algunas habilidades cerebrales superiores como la interpretación de íconos e imágenes (comunicación preverbal) se desarrollan de manera más temprana en la infancia que la comprensión lectora (comunicación verbal), las pantallas y tecnologías de la información y comunicación visuales podrían ser recursos útiles en promover y ampliar capacidades fundamentales de alfabetización visual, tales como la representación de íconos, la orientación y la visualización del espacio, elementos indispensables en entornos con

características virtuales y digitales como lo son la mayoría en la actualidad¹¹.

Durante la cuarentena de la pandemia del COVID 19 entre los años 2019 a 2021, los dispositivos digitales permitieron la interacción entre padres de familia y niños en edad preescolar y escolar mediante el uso de chats, canciones y cuentos virtuales¹²; en un estudio realizado con 58 niños con edades promedio de 4 años por Gaudreau, King y cols., se logró comprobar que puede existir el mismo nivel de vocabulario y comprensión lectora a través de videochat así como por el método de lectura tradicional.¹³ Medios digitales pueden contribuir hacia una alfabetización y lenguaje tempranos, así como al desarrollo de juegos en niños de 2 a 4 años^{14,15}.

Existen reportes en donde medios digitales favorecen la interacción de la comunicación entre adultos y niños, elevando la capacidad de aprendizaje de estos últimos. Cuando estos recursos tecnológicos se combinan con una alta calidad de contenido, periodos sensibles de neurodesarrollo, intensidad de acción y secuencias ordenadas de estímulos visuales y auditivos, se pueden enseñar de manera eficaz nuevas palabras a niños de 2 años o más¹⁶. Las aplicaciones de lectura y libros electrónicos son capaces de generar alfabetización precoz cuando incluyen prácticas con fonemas y lecturas de cuentos, con reconocimiento de palabras y comprensión lectora¹⁷. Un estudio reciente evidencia que los juegos educativos en dispositivos digitales fomentan y conservan estable la atención en niños de entre 3 y 4 años de edad¹⁸.

Aun con todos estos beneficios que las tecnologías electrónicas de la información y comunicación pueden generar en el aprendizaje cuando de manera conjunta incluyen contenido de calidad educativa, hasta la fecha actual la evidencia señala que los niños, sobre todo en edad preescolar, aprenden de manera mucho más eficiente un mejor vocabulario y lenguaje mediante la interacción con adultos solidarios, la cual desempeña un rol trascendental, ya

que para que se lleven a cabo los procesos de interpretación, traducción y reflexión de lo aprendido, se necesita de la asesoría y el acompañamiento de un padre o cuidador, y del tiempo necesario para que se efectúen dichos procesos, lo cual sería imposible si se intentase alfabetizar únicamente mediante imágenes y sonidos ^{19,20}. Más aún, es importante que el contenido visual observado por niños en edades escolares y preadolescentes sean supervisados por tutores para garantizar su calidad educativa.

Por otra parte, se han pretendido utilizar tecnologías digitales como distractores en el área de urgencias pediátricas de unidades hospitalarias ante algunas intervenciones médicas para reducir el dolor o discomfort de los pacientes, con resultados benéficos discretos o modestos, en comparación con aquellas no digitales, las que según la evidencia disponible hasta ahora han resultado ser más efectivas ^{21,22}.

Es claro que las tecnologías digitales tienen efectos positivos en la niñez y adolescencia, pues facilitan el acceso a la información y al aprendizaje, fomentan la creatividad y la conectividad social. De igual manera, pueden mejorar habilidades de áreas cognitivas y de procesamiento de información, a la par que promueve la adquisición de una segunda lengua, así como también pueden ser utilizadas para la implementación de algunas actividades físicas como yoga, baile, ejercicios, etc., en el caso de algunos videojuegos y aplicaciones de dispositivos móviles. La inclusión de estas herramientas en las aulas intenta elevar la participación de los estudiantes y la retención de conocimientos mediante experiencias de aprendizaje interactivas y dinámicas, más allá de las convencionales. Además, se cultivan habilidades de alfabetización digital, preparando a los alumnos a un futuro donde estos recursos forman parte de la vida cotidiana, laboral y profesional ²³.

• **Consecuencias negativas del uso indiscriminado o inadecuado de las pantallas digitales y tecnologías de información y comunicación.**

El uso elevado y disponibilidad al alza de los dispositivos digitales y pantallas entre niños y adolescentes ha generado preocupación sobre sus efectos adversos en el comportamiento y salud de los mismos.

Algunas alteraciones conductuales tales como la formación de la identidad, regulación de emociones y trastornos de adaptación al entorno social, podrían estar asociados con el tiempo excesivo frente a las pantallas, así como por la calidad del contenido al que se exponen.

En niños y adolescentes se ha observado que el tiempo extenso frente a pantallas condiciona disminución en la duración del sueño, dificultades de atención, disminución en las competencias académicas y sociales y alteraciones conductuales, los que se reducen con un menor tiempo de exposición a la tecnología digital ²⁴. También existe una creciente angustia por altos riesgos de ciberacoso y ataques a la privacidad ²⁵.

En pacientes en edades prescolares y escolares, diversos estudios han arrojado resultados alarmantes. Los niños de estos grupos etarios con altos niveles de exposición a pantallas y tecnologías digitales han mostrado una tendencia cada vez mayor de conductas disruptivas, como agresión y desobediencia, con conductas inhibitorias cada vez más bajas, así como también un incremento en otras alteraciones como ansiedad y depresión ^{26,27}.

De igual manera, en un estudio llevado a cabo en El Reino Unido, se realizó un seguimiento a niños de 2 años de edad durante 1 año a los que se expuso liberalmente a pantallas digitales y se les evaluó a los 36 meses de edad, encontrando una disminución en las funciones ejecutivas (aquellas relacionadas con el autocontrol, memoria de trabajo y planificación de acciones que le permitirán al niño completar tareas), lo que a su vez repercutió en el lenguaje y adaptación social ²⁸.

Hutton y cols. reportaron alteraciones en la microestructura de la materia blanca a nivel encefálico encargada de respaldar el lenguaje y la alfabetización temprana en imágenes de resonancia magnética en 47 niños de 3 a 5 años de edad de unidades hospitalarias y centros médicos comunitarios de Estados Unidos con exposición a pantallas y tecnologías digitales con una duración de tiempo mayor a la recomendada por Academia Americana de Pediatría, lo que da mayor soporte a los daños ocasionados por estos dispositivos en la infancia temprana ²⁹.

De igual forma, se ha estudiado la correlación entre tiempo de exposición a pantallas, inicio de síntomas de trastorno de déficit de atención e hiperactividad y alteraciones estructurales cerebrales en niños de 9 a 10 años, y se halló que a mayor tiempo de uso de dispositivos digitales existe un alza de síntomas del trastorno aludido a 2 años y reducción en el espesor cortical del polo temporal derecho, circunvolución frontal superior izquierda y circunvolución frontal media rostral izquierda en imágenes por resonancia magnética, relacionadas con dicha patología ³⁰.

Una preocupación creciente relacionada con el contenido de los dispositivos digitales es cuando este se asocia a violencia, sobre todo cuando esta se expone a niños, ya que estos suelen tener tendencias de imitación. De hecho, las investigaciones recientes han mostrado que jugar videojuegos con este tipo de contenido produce comportamientos agresivos, desensibilización a la violencia en la vida real y una disminución del comportamiento prosocial.

Neurofisiológicamente, la exposición temprana y duradera a pantallas y dispositivos digitales, influye en la plasticidad cerebral, definida como la capacidad de formar y moldear redes neuronales, lo que le permite reorganizarse a lo largo de la vida. Esto le permite al cerebro adaptarse en respuesta a estímulos ambientales que incluye entradas complejas y de ritmo rápido basados en las interacciones con dichas tecnologías.

Esto influye en la regulación de neurotransmisores y síntesis y producción de factores neurotróficos,

tales como la dopamina y el glutamato, que son indispensables en circuitos neuronales visuales y cognitivos, los que a su vez son utilizados durante el uso de las pantallas y dispositivos digitales. Estas sustancias, principalmente la dopamina, se ha vinculado a circuitos de recompensa y placer, por lo que el uso constante de tecnologías digitales podría favorecer la aparición de conductas y comportamientos adictivos, afectando la capacidad cerebral de regular la atención y las funciones ejecutivas que se llevan a cabo en la corteza prefrontal, la que a su vez interviene en las tomas de decisiones ³¹.

Un hecho muy importante a considerar es que cuando se amalgaman contenidos violentos en dispositivos digitales, que dan como resultados comportamientos agresivos, así como habituación y desensibilización de la violencia con imitaciones en el entorno real, sumado a conductas adictivas como resultado del uso sostenido de dichas tecnologías, no cabe duda de que puedan ser usados estos elementos para manipular la conducta de niños y adolescentes para la realización de daños a terceros o su adhesión a bandas de crimen organizado, siendo estos últimos un verdadero flagelo social para México.

Guzmán y cols., reportaron en una cohorte de 3,734 niños observados en un periodo de 4 años con exposición a tecnologías digitales, que por cada hora de exposición a las mismas y por cada hora de reducción de sueño como resultado de dicha actividad, se incrementó el riesgo de sobrepeso y obesidad, lo que pone en evidencia un efecto nocivo más en la salud por el uso indiscriminado de pantallas. El comportamiento sedentario asociado con un tiempo excesivo frente a la pantalla se ha relacionado con la obesidad y otros problemas de salud.³²

Una revisión sistemática de 2020 en Obesity Reviews encontró una fuerte asociación entre el tiempo frente a la pantalla y la obesidad en niños y adolescentes. ³³ Otro estudio publicado en el Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism en 2022 relacionó el tiempo excesivo frente a

la pantalla con un mayor riesgo de síndrome metabólico en niños y adolescentes³⁴.

Otros de los muchos daños que los dispositivos digitales podrían ocasionar en la población preadolescente y adolescente a nivel mundial y que han sido descritos en la literatura médica se asocian a ciberacoso, aislamiento familiar, ansiedad o comportamientos similares a síndrome de abstinencia cuando “no se encuentran conectados en línea”, exposición a contenido pornográfico, robo de identidad. Estos últimos también se han asociado a un incremento en la tasa de secuestros, depresión y suicidios en este grupo etarios.³⁵

De igual manera, se han observado tendencias al alza de la asociación de videojuegos y juegos de azar en la población de menores de 18 años en Europa y Estados Unidos, en donde más del 80% de los estudiantes de 15-16 años en 37 países europeos participaron en juegos de apuestas en el 2024, y el 85% de los de 13-17 años en Norteamérica se identifican como apostadores, lo que implica a nivel global daños potenciales de adicción en los individuos y económicos en la familia, todo ello, pese a las restricciones legales propias de cada país al no cumplir la mayoría de edad³⁶.

A nivel ocular, la exposición prolongada de dispositivos digitales trae como consecuencia un incremento en el índice de casos de síndrome de ojo seco en el paciente pediátrico. En una revisión de estudios clínicos de la asociación de esta entidad oftalmológica y el uso de pantallas, se han encontrado datos interesantes. El 96,7% de los niños con enfermedad del ojo seco utilizaban teléfonos inteligentes en comparación con el 55,4% sin enfermedad del ojo seco. Los niños con enfermedad del ojo seco tuvieron un promedio de 3,18 horas de uso diario del teléfono inteligente, en comparación con 0,62 horas para aquellos sin enfermedad del ojo seco.

El uso de computadora también fue mayor en el grupo de enfermedad del ojo seco (1,10 horas) en comparación con el grupo de enfermedad del ojo no seco (0,76 horas). Todos estos datos ponen de relieve la dañina asociación de estas tecnologías

con esta enfermedad.³⁷ Huang y su equipo de trabajo, así como Harrington y cols, encontraron una fuerte asociación entre uso prolongado de pantallas digitales, edad precoz de exposición y astigmatismo y miopía, respectivamente, en niños en edades preescolares^{38,39}.

La luz azul de los dispositivos digitales, más aún cuando son utilizados en la noche, tienen efectos supresores en la secreción de melatonina, sustancia conocida como hormona del sueño, con efectos disruptivos de este proceso fisiológico⁴⁰.

De igual manera se han reportado alteraciones musculoesqueléticas por uso indiscriminado de dispositivos digitales, principalmente en adolescentes, en donde se han reportado aumento de dolor y alteraciones posturales a nivel de columna cervical, hombros y manos en este grupo de población⁴¹ Fig. 1.

• Conclusiones

Han sido descritos los beneficios, así como también la abrumadora recolección de datos de evidencia científica de los efectos adversos de los dispositivos y pantallas digitales en la infancia y adolescencia a nivel de su salud física y mental. Es claro, que es importante conocer estos elementos, para hacer algunas recomendaciones que nos permitan obtener el mejor provecho de estas herramientas tecnológicas de modo que favorezcan el progreso en estos grupos de población, para crear adultos sanos, que puedan continuar el uso adecuado de estos implementos a través de las siguientes generaciones, abatiendo además los daños que estos pudiesen condicionar.

Es por ello que se darán algunos consejos y tips para lograr estos objetivos, basados principalmente en las recomendaciones de la Sociedad Canadiense y la Academia Americana de Pediatría.

Recomendaciones para padres con niños de 2 a 10 años

Precisar límites en el uso de pantallas en lugares públicos y durante rutinas familiares,

como en las comidas. Los tiempos familiares son oportunidades privilegiadas y únicas para fomentar la convivencia social.

Seleccionar el contenido de fuentes no comerciales y de calidad para minorizar o anular la exposición a la publicidad, sobre todo aquellas que incluyan consumo de alimentos ultraprocesados, y sobre todo aquellos con contenido violento, de desnudez, apuestas, discriminación.

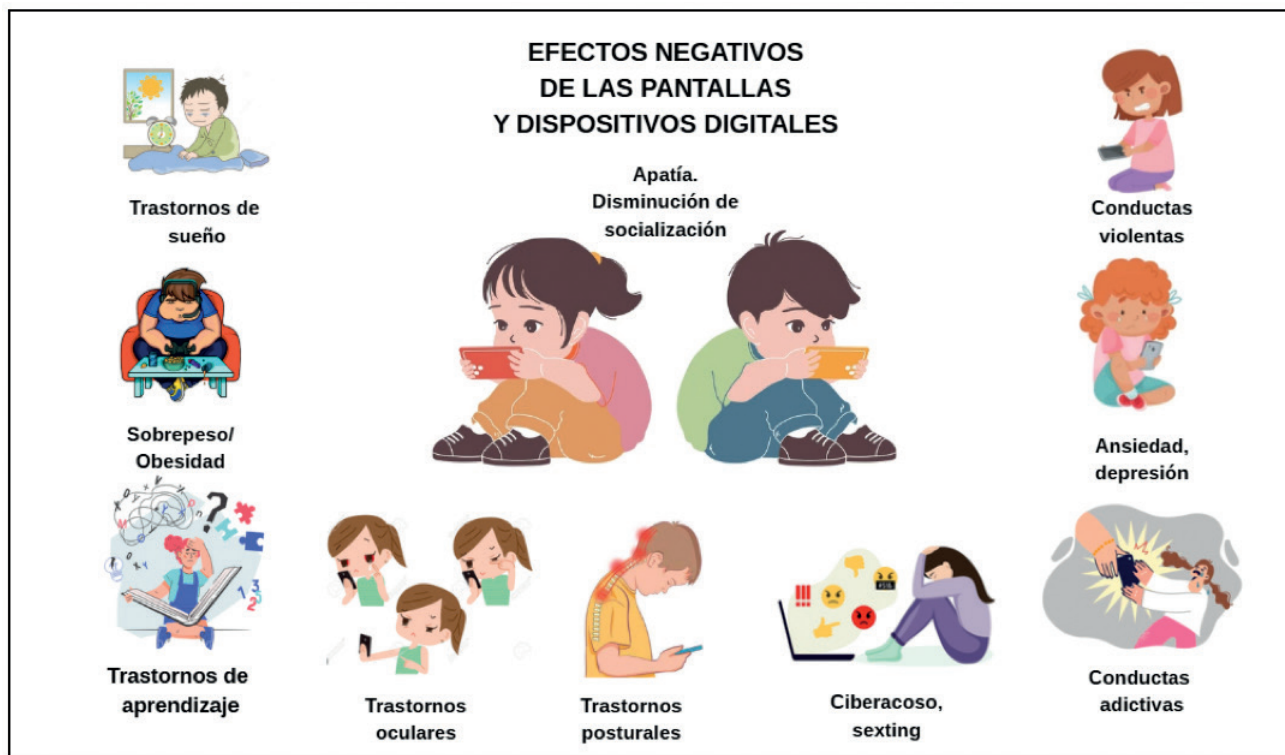
Prestar atención a los mensajes sobre género, imagen corporal, violencia, diversidad y cuestiones sociales a la hora de elegir contenidos, antes de mostrarles a los niños.

Utilizar los dispositivos digitales y pantallas con un propósito educativo y aprendizaje, para promover ejercicio físico o fomentar la creatividad, ayudándolos a reconocer y cuestionar mensajes publicitarios, estereotipos y otros contenidos

problemáticos, con la colaboración y supervisión de adultos solidarios; esto es, no entregar el dispositivo al niño para que este seleccione o se exponga a cualquier tipo de contenido al azar, mucho menos con la finalidad de autorregulación emocional (calmante del niño), decidiendo además cuándo usar los medios juntos y cuando apagar las pantallas cuando no estén en uso.

Promover este tipo de conductas sanas predicando con el ejemplo. Este es el mejor maestro para los niños, y sobre todo, formador de hábitos saludables en ellos y en los propios padres. Debe asegurarse de que los medios utilizados por los padres, en presencia o cercanía de niños estén libres de estereotipos, publicidad u otro contenido problemático. Los adultos deben fomentar y participar en actividades no relacionadas con las pantallas, como lectura compartida, juegos al aire libre, juegos de mesa sencillos y manualidades.

Fig. 1. Efectos negativos más comunes por el uso indiscriminado de dispositivos digitales y pantallas en la niñez y adolescencia



Fuente: Tomado de las referencias bibliográficas 24-41.

Priorizar las interacciones y actividades con los niños a través de la conversación, el juego y rutinas activas y saludables en la familia.

Animar a los hermanos mayores a ayudar en los encuentros digitales de los niños más pequeños y a mantener el uso de los medios digitales como una actividad familiar sociable.

No se recomienda el tiempo frente a la pantalla para niños menores de 2 años, aparte de chatear por video con adultos solidarios. No hay evidencia que respalde la introducción de tecnología a una edad temprana. Para niños de 2 a 5 años, limite el tiempo habitual o sedentario frente a la pantalla a aproximadamente 1 hora o menos por día. Asegurarse de que el tiempo sedentario frente a la pantalla no sea una parte rutinaria del cuidado infantil para niños menores de 5 años.

Evite el uso de dispositivos digitales y pantallas durante al menos 1 hora antes de acostarse, dado el potencial de efectos supresores de la melatonina, con posibles trastornos del sueño en los niños.

Recomendaciones para padres con niños mayores de 10 años

Hablar de manera proactiva con niños y adolescentes sobre comportamientos en línea aceptables e inaceptables.

Mantenerse presente y comprometido cuando se utilicen pantallas y, siempre que sea posible, vea conjuntamente y hable sobre el contenido que observan los niños y adolescentes.

Aprender sobre controles parentales y configuración de privacidad.

Obtener las contraseñas y la información de inicio de sesión de su hijo o adolescente para dispositivos y cuentas de redes sociales, para ayudar a garantizar la seguridad en línea y seguir perfiles y actividades en línea si surgen inquietudes.

Priorizar las rutinas diarias, como la interacción cara a cara, el sueño y la actividad física, en

lugar del uso de la pantalla, así como también las actividades de pantalla que sean educativas, activas o sociales sobre aquellas que sean pasivas o antisociales.

Ayudar a niños y adolescentes a elegir contenido apropiado para el desarrollo y a reconocer contenido o comportamientos problemáticos, siendo parte de la vida digital de sus hijos.

Ser modelo saludable para niños y adolescentes, revisando sus propios hábitos y planificando el tiempo para pasatiempos alternativos, juegos al aire libre y actividades.

Recordar a los adolescentes los peligros de enviar mensajes de texto o usar auriculares mientras conducen, caminan, trotan o andan en bicicleta.

Fomentar los horarios diarios de libres de pantallas, especialmente para comidas familiares y socialización.

Evitar las pantallas al menos 1 hora antes de acostarse, limitando el uso recreativo de pantallas en los dormitorios.

Recomendaciones para padres en ambos grupos de edades

Los padres deberán estar alertas ante cualquiera de estos signos, en los que deberán buscar ayuda de un profesional entrenado:

- Quejas sobre estar aburrido o infeliz sin acceso a la tecnología.
- Comportamiento de oposición en respuesta a los límites de tiempo de pantalla.
- Uso de la pantalla que interfiere con el sueño, la escuela o las interacciones cara a cara.
- Tiempo frente a la pantalla que interfiere con el juego fuera de línea, las actividades físicas o la socialización cara a cara.
- Emociones negativas después de interacciones en línea o videojuegos o al enviar mensajes de texto ⁴².

La Academia Americana de Pediatría tiene recomendaciones similares a la Sociedad Canadiense de Pediatría, en cuanto al contenido, a la participación y al rol de modelo de los padres que deben seguirse en cuanto al uso de tecnologías digitales. No obstante, dispone de pautas específicas con relación al tiempo de uso de dichas tecnologías, según la edad de los niños y adolescentes.

- Menores de 18 meses: Evitar pantallas, dado que no hay evidencia científica que sustente beneficios, excepto video llamadas con familiares.
- 18-24 meses: Introducir contenido de alta calidad, que privilegien secuencias visuales graduales, de modo que prevengan la hiperestimulación visual, con un rol colaborativo y solidario por parte de los padres.
- 2-5 años: Máximo 1 hora diaria de programas educativos de calidad, vistos con un adulto. El contenido debe estar enfocado a aprendizaje, evitando contenidos problemáticos.
- 6 años en adelante: Crear un plan familiar que establezca límites de tiempo y contenido (2 horas diarias como máximo de exposición), asegurando que no interfiera con sueño, ejercicio y otras actividades esenciales⁴³.

Contacto: Dr. Ulises Reyes Gómez

Unidad de Investigación en Pediatría, Instituto San Rafael, Anáhuac 460
Col. Tequisquiapan CP 78250 San Luis Potosí, México
Correo: reyes_gu@yahoo.com

• Referencias Bibliográficas

1. Kabali HK, Irigoyen MM, Nunez-Davis R, Budacki JG, Mohanty SH, Leister KP, Bonner RL Jr. Exposure and Use of Mobile Media Devices by Young Children. *Pediatrics*. 2015 Dec;136(6):1044-50. doi: 10.1542/peds.2015-2151. Epub 2015 Nov 2
2. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENDUTIH/ENDUTIH_23.pdf.
3. <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/el-indice-mundial-de-obesidad-supera-por-primera-vez-al-de-bajo-peso-entre-los#:~:text=El%20indice%20mundial%20de%20obesidad%20supera%20por,nacional%20si%20no%20se%20revierte%20esta%20tendencia>.
4. Módulo sobre CiberAcoso (MOCIBA). Disponible en <https://www.inegi.org.mx/programas/mociba/2024/>.
5. Bozzola E, Irrera M, Hellmann R, Crugliano S, Fortunato M. Media Device Use and Vision Disorders in the Pediatric Age: The State of the Art. *Children* (Basel). 2024 Nov 20;11(11):1408. doi:10.3390/children11111408.
6. Asimina Mataftsi, Aikaterini K. Seliniotaki, Stella Moutzouri, Efthymia Prousalis, Kianti R. Darusman, Adedayo O. Adio, Anna-Bettina Haidich, Ken K. Nischal. Digital eye strain in young screen users: A systematic review. *Preventive Medicine*. Elsevier. May 2023. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107493>.
7. https://www.mdlinx.com/article/a-new-childhood-epidemic-excessive-screen-times-link-to-eye-and-vision-issues/3FzB6vYgBoI28q6PkOQigW#LFC_Sources
8. Andrade B, Guadix I, Rial A y Suárez F. UNICEF España. Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades. 2021: [Fecha de acceso 8 sep 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/impacto-de-la-tecnologia-en-la-adolescencia>.
9. Ellis Sandoval N, Peña Martinez MI, Fernandez Cea AB, Hernandez Rincon EH. Effects on Prolonged Screen Time on Postural Health and Visual Health in Children and Adolescents: A Scoping Review. *Orthop Res Rev*. 2025 Nov 19;17:553-562. doi:10.2147/ORR.S519541.
10. Seyedahmadi M, Rostami J, Khalaghi K. The Relationship between Mobile Phone Addiction and Changes in Spinal Column Angles of Male High School Students with Endomorphic Body Type. *Int J Prev Med*. 2025 May 28;16:30. doi:10.4103/ijpvm.ijpvm_101_24.
11. Greenfield PM. Technology and informal education: what is taught, what is learned. *Science*. 2009 Jan 2;323(5910):69-71. doi:10.1126/science.1167190

12. Elias N, Lemish D. Parents' Social Uses of Mobile Phones in Public Places: The Case of Eateries in Two National Contexts. *International Journal of Communication*. 2021 Jan 1;15:2086-2104.

Disponible en <https://ijoc.org/index.php/ijoc/article/view/16916/3430>.
13. Gaudreau C, King YA, Dore RA, Puttre H, Nichols D, Hirsh-Pasek K, Golinkoff RM. Preschoolers Benefit Equally From Video Chat, Pseudo-Contingent Video, and Live Book Reading: Implications for Storytime During the Coronavirus Pandemic and Beyond. *Front Psychol*. 2020 Sep 3;11:2158. doi: 10.3389/fpsyg.2020.02158.
14. Deborah L. Linebarger, Sarah E. Vaala. Screen media and language development in infants and toddlers: An ecological perspective. *Developmental Review*. Elsevier. June 2010.
15. Gillen, Julia; Matsumoto, Mitsuko ; Aliagas, Christina; Bar-lev, Yehuda; Clark, A; Flewitt, Rosie; Jorge, Ana; Kumpulainen, Kristina; Morgada, M; Pacheco, Rui; Poveda, David; Sandberg, Helena; Sairanen, Heidi ; Scott, Fiona; Sjöberg, Ulrika; Sundin, Ebba; Tigane, Ilham; Tomé, Victor. A Day in the Digital Lives of Children Aged 0-3. Full report. DigiLitEY ISCH COST Action 1410 Working Group 1: Digital Literacy in Homes and Communities. ISBN: 978-0-902831-53-7. Disponible en https://lucris.lub.lu.se/ws/files/61897985/o_3sreport.pdf.
16. Courage ML, Frizzell LM, Walsh CS and Smith M (2021) Toddlers Using Tablets: They Engage, Play, and Learn. *Front. Psychol*. 12:564479. doi: 10.3389/fpsyg.2021.564479.
17. Courage ML, Frizzell LM, Walsh CS and Smith M (2021) Toddlers Using Tablets: They Engage, Play, and Learn. *Front. Psychol*. 12:564479. doi: 10.3389/fpsyg.2021.564479.
18. Liu, W., Tan, L., Huang, D., Chen, N., & Liu, F. (2021). When Preschoolers Use Tablets: The Effect of Educational Serious Games on Children's Attention Development. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 37(3), 234-248. <https://doi.org/10.1080/10447318.2020.1818999>.
19. Bozzola E, Spina G, Ruggiero M, Memo L, Agostiniani R, Bozzola M, Corsello G, Villani A. Media devices in pre-school children: the recommendations of the Italian pediatric society. *Ital J Pediatr*. 2018 Jun 14;44(1):69. doi: 10.1186/s13052-018-0508-7.
20. Shaw A. Read, speak, sing: Promoting early literacy in the health care setting. *Paediatr Child Health*. 2021 Apr 27;26(3):182-196. doi: 10.1093/pch/pxab005
21. Robinson N, De Lorenzo A, Howell S, et al. Pediatric Distraction Tools for Prehospital Care of Pain and Distress :A Systematic Review .*Pediatrics* .2023 ;152 (1): e2022059910.
22. Gates M, Hartling L, Shulhan-Kilroy J, MacGregor T, Guitard S, Wingert A, Featherstone R, Vandermeer B, Poonai N, Kircher J, Perry S, Graham TAD, Scott SD, Ali S. Digital Technology Distraction for Acute Pain in Children: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2020 Feb;145(2):e20191139. doi: 10.1542/peds.2019-1139.
23. Schiavo, Gianluca; Mana, Nadia; Mich, Ornella; Arici, M . *Tecnologie Digitali e DSA*. 2016. Iprase. Trento. Italia. Codigo ISBN 978-88-7702-422-0.

Disponible https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjOmp-bhPGRaxWuOkQIHRb4HQMqFnoECCEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.iprase.tn.it%2Fdocuments%2F20178%2F276212%2FTecnologie%2Bdigitali%2Be%2BDSA%2Fb640475b-8b26-4a97-b78d-a24a9a5673c9&usq=AOvVawOHjmjXLR007QNAHm_ZICFu&opi=89978449
24. Sanders W, Parent J, Forehand R, Sullivan AD, Jones DJ. Parental perceptions of technology and technology-focused parenting: Associations with youth screen time. *J Appl Dev Psychol*. 2016 May-Jun;44:28-38. doi: 10.1016/j.appdev.2016.02.005. Epub 2016 Mar 14.
25. Tremolada M, Incardona RM, Bonichini S, Taverna L. Use of Technological Devices in Children Aged 3-11 Years: Possible Effects on Sleep and Behavioral Difficulties. *Pediatric Reports*. 2025; 17(5):99. <https://doi.org/10.3390/pediatric17050099>.
26. Coyne SM, Shawcroft J, Gale M, Gentile DA, Etherington JT, Holmgren H, Stockdale L. Tantrums, toddlers and technology: Temperament, media emotion regulation, and problematic media use in early childhood. *Comput Human Behav*. 2021 Jul;120:106762. doi: 10.1016/j.chb.2021.106762. Epub 2021 Mar 1.
27. Tombeau Cost K, Korczak D, Charach A, Birken C, Maguire JL, Parkin PC, Szatmari P. Association of Parental and Contextual Stressors With Child Screen Exposure and Child Screen Exposure Combined With Feeding. *JAMA Netw Open*. 2020 Feb 5;3(2):e1920557. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.20557.
28. McHarg G, Ribner AD, Devine RT, Hughes C. Screen Time and Executive Function in Toddlerhood: A Longitudinal Study. *Front Psychol*. 2020 Oct 22;11:570392. doi: 10.3389/fpsyg.2020.570392.
29. Hutton JS, Dudley J, Horowitz-Kraus T, DeWitt T, Holanda SK. Asociaciones entre el uso de medios basados en pantallas y la integridad de la materia blanca cerebral en niños en edad preescolar.



- Pediatra JAMA. 2020;174(1):e193869. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3869.
30. Shou, Q., Yamashita, M. & Mizuno, Y. Association of screen time with attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and their development: the mediating role of brain structure. *Transl Psychiatry* 15, 447 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03672-1>.
31. Clemente-Suárez, V.J.; Beltrán-Velasco, A.I.; Herrero-Roldán, S.; Rodríguez-Besteiro, S.; Martínez-Guardado, I.; Martín-Rodríguez, A.; Tornero-Aguilera, J.F. Digital Device Usage and Childhood Cognitive Development: Exploring Effects on Cognitive Abilities. *Children* 2024, 11, 1299. <https://doi.org/10.3390/children11111299>.
32. Guzmán V, Lissner L, Arvidsson L, Hebestreit A, Solea A, Lauria F, Kaprio J, Reisch LA, Moreno L, Felső R, de Henauw S, Veidebaum T, Ahrens W, Hunsberger M; IDEFICS and I.Family consortium. Associations of Sleep Duration and Screen Time with Incidence of Overweight in European Children: The IDEFICS/I.Family Cohort. *Obes Facts*. 2022;15(1):55-61. doi: 10.1159/000519418. Epub 2021 Nov 1.
33. He, Y., Liu, K., Mu, M., & Fang, K. (2019). Screen time and childhood overweight/obesity: A systematic review and meta-analysis. *Child: Care, Health & Development*, 45(5), 744-753. <https://doi.org/10.1111/cch.12701>.
34. Jahangiry L, Aune D, Farhangi MA. Screen time and the risk of metabolic syndrome among children and adolescents: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2022 Nov;32(11):2483-2492. doi: 10.1016/j.numecd.2022.08.004. Epub 2022 Aug 14
35. Shychuk M, Joseph N, Thompson LA. Social Media Use in Children and Adolescents. *JAMA Pediatr*. 2022;176(7):730. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.1134.
36. Mosconi G, Bertuccio P, Cecconami L, Vecchio R, Benedetti E, Scalese M, Biagioni S, Gallus S, Molinaro S, Odone A. Gaming and gambling behaviours among Italian adolescents: a cross-sectional study. *Lancet Public Health*. 2026 Jan;11(1):e8-e16. doi: 10.1016/S2468-2667(25)00274-9. Epub 2025 Dec 11.
37. Al-Mohtaseb Z, Schachter S, Shen Lee B, Garlich J, Trattler W. The Relationship Between Dry Eye Disease and Digital Screen Use. *Clin Ophthalmol*. 2021 Sep 10;15:3811-3820. doi:10.2147/OPTH.S321591.
38. Huang, L.; Yang, G.-Y.; Schmid, K.L.; Chen, J.-Y.; Li, C.-G.; He, G.-H.; Ruan, Z.-L.; Chen, W.-Q. Screen Exposure during Early Life and the Increased Risk of Astigmatism among Preschool Children: Findings from Longhua Child Cohort Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 2216. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072216>.
39. Harrington SC, Stack J, O'Dwyer V. Risk factors associated with myopia in schoolchildren in Ireland. *Br J Ophthalmol*. 2019 Dec;103(12):1803-1809. doi: 10.1136/bjophthalmol-2018-313325. Epub 2019 Feb 11.
40. Wong NA, Bahmani H. A review of the current state of research on artificial blue light safety as it applies to digital devices. *Heliyon*. 2022 Aug 15;8(8):e10282. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e10282.
41. Alghadir AH, Gabr SA, Rizk AA, Alghadir T, Alghadir F, Iqbal A. Smartphone addiction and musculoskeletal associated disorders in university students: biomechanical measures and questionnaire survey analysis. *Eur J Med Res*. 2025 Apr 15;30(1):274. doi: 10.1186/s40001-025-02413-w.
42. Ponti, Michelle. Digital Health Task Force. Position Statement. Digital media: Promoting healthy screen use in school-aged children and adolescents. *Paediatr Child Health* 2019 24(6):402-408. Canadian Paediatric Society. Reaffirmed: Jul 4, 2025. doi: 10.1093/pch/pxz095. Disponible en <https://cps.ca/en/documents/position/digital-media>.
43. Yolanda (Linda) Reid Chassiakos, MD; Jenny Radesky, MD; Dimitri Christakis, MD; Megan A. Moreno, MD; Corinn Cross, MD; COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA; David Hill, MD; Nusheen Ameenuddin, MD; Jeffrey Hutchinson, MD; Alanna Levine, MD; Rhea Boyd, MD; Robert Mendelson, MD; Wendy Sue Swanson, MD. Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics* (2016) 138 (5): e20162593. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2593>.

La nefrología en la historia de la hipertensión arterial en Jalisco: una visión personal

JOSÉ Z. PARRA-CARRILLO

Nefrólogo, especialista en hipertensión arterial.

Director del Instituto de Investigación Cardiovascular de la Universidad de Guadalajara y Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, expresidente de la Sociedad Latinoamericana de Hipertensión.

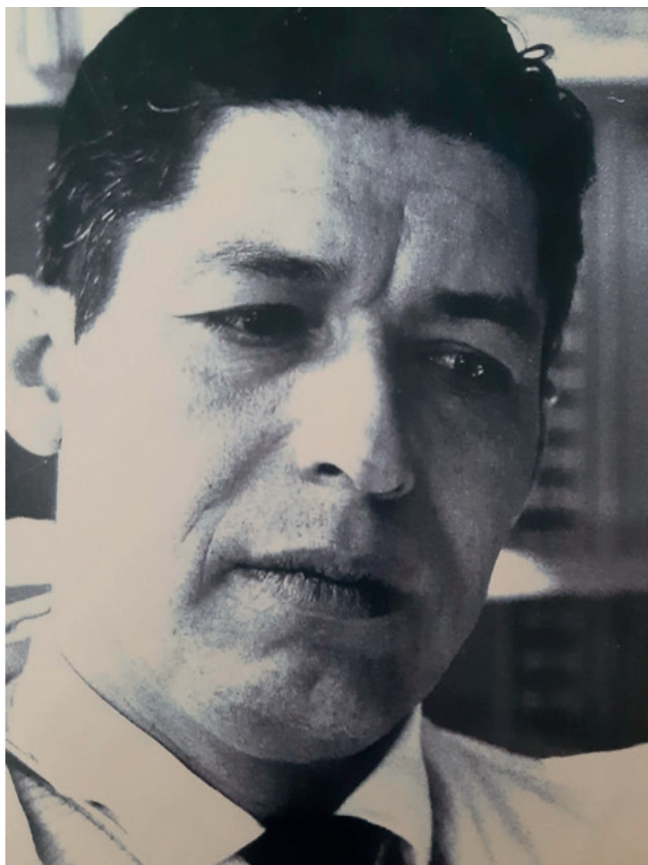


Desde la izquierda doctores: Oscar Souza, el maestro Carlos Palomera, seguido de los doctores Herman Villarreal, al centro Homer W. Smith el padre de la Nefrología, Vidal Sánchez, Manuel Torres Zamora y Emilio Exaire Murad. Atrás a la derecha, Regino Ronces Vivero y María Luisa Gutiérrez Vega la jefa del Laboratorio de Nefrología, el quinto hacia la izquierda Carlos Flores Flores, los otros no recuerdo sus nombres.

En Jalisco el primer nefrólogo fue el Dr. Carlos Palomera Velázquez. En 1945 ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, y se tituló como médico, cirujano y partero el 15 de diciembre de 1951, con la tesis "Flebotrombosis y tromboflebitis", la cual mereció su publicación. Su internado lo realizó en la Ciudad de México, en el Instituto Nacional de Cardiología, y se especializó en Nefrología, ahí fueron sus maestros los destacados médicos Arturo Rosenblueth y Hermann Villarreal.

Como catedrático de la Universidad de Guadalajara impartió Anatomía y Fisiología

Humanas en la Escuela de Enfermería, a partir del 17 de septiembre de 1952; Introducción a la Medicina como interino a partir del 1º de enero de 1961 y como titular desde del 27 de febrero de 1962; Medicina General Cardiovascular en la Facultad de Medicina a partir del 1º de enero de 1963; Anatomía, Fisiología e Higiene en la Escuela de Enfermería a partir del 7 de mayo de 1960; fue jefe del Departamento Médico de Materias Básicas de Enfermería y Obstetricia en la Escuela de Enfermería, desde del 22 de diciembre de 1961; y fue instructor de la Clínica de Cardiología en su especialidad de Nefrología, del 15 de marzo de 1957 al 20 de febrero de 1968.



Se desempeñó en los siguientes cargos universitarios: secretario de la Facultad de Medicina de agosto de 1956 a febrero de 1968; y director interino y miembro de la Comisión de Admisión de Alumnos, jefe de Nefrología y Enseñanza del Hospital Regional del IMSS, actual Hospital General número 45 Ayala.

En el Hospital Civil de Guadalajara fue promotor del laboratorio de investigación nefrológica, y de la bibliohemeroteca que actualmente lleva su nombre. Se le consideró como el primer nefrólogo reconocido en Jalisco; **introdujo en Guadalajara el proceso de diálisis**. Falleció en Guadalajara el 14 de noviembre de 1970, y fue velado en el repartidor del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. En 1976 fue declarado Hijo predilecto del municipio de Tequila, Jalisco, y se le dio su nombre a una calle de dicha población. *Referencia: Tomo quinto. Los universitarios contemporáneos, 1925 - 2017, Universidad de Guadalajara.*

El Dr. Palomera fue el promotor de la nefrología en Jalisco y sus primeros discípulos fueron los doctores: Carlos Flores Flores (RIP), Alfredo de la Huerta Robledo (RIP), Gilberto Hernández Álvarez (RIP) y el que éste escribe, en ese orden.

Tuve el privilegio de conocerlo en la época de mi internado de pregrado, 1965, en el Hospital Ayala del IMSS (entonces era el único hospital de tercer nivel en Guadalajara), los pacientes con hipertensión arterial, sobre todo severa o resistente, se enviaban al servicio de nefrología bajo la hipótesis de que los pacientes tuvieran daño renal como causante de la hipertensión. **Durante ese año y por ser de fuera de Guadalajara dejé de pagar casa de asistencia y me fui a vivir al hospital; por lo tanto, estaba disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.**



Javier Orozco y yo de internos de pregrado en el Ayala 1965, la cama me la apropié pues ahí viví todo el año, dejé la casa de asistencia y el hospital fue mi casa, solo salía un rato el domingo si no tenía guardia. Lo repetí en el internado de posgrado en 1968.

Usábamos medicamentos que ya no se utilizan en la actualidad, ni a las dosis actuales, como: pentolinio subcutáneo o hexametonio, rauwolfia intramuscular o intravenosa, también hidralazina intravenosa. Iniciaban los diuréticos a dosis muy elevadas como clortalidona 50 mg 1 a 3 veces al día, hidroclorotiazida igual, furosemida 80 a 240 mg diarios, prácticamente nunca usábamos espironolactona. Después usamos el diazóxido al que había que agregarle furosemide, no para

incrementar el efecto antihipertensivo, si no para disminuir el edema, pues por su efecto de severa vasodilatación producía intensa retención de sodio y agua.

Dado que yo estaba las 24 horas en el hospital, me tomó como su ayudante con sus pacientes nefrológicos e hipertensos, también en su consulta privada.

Los pacientes nefrópatas usualmente son hipertensos de difícil control, por eso utilizábamos medicamentos que los otros médicos no estaban acostumbrados a usar.

Al terminar el año del internado, entonces hacíamos seis meses de Servicio Social y seis meses de Servicio Hospitalario Complementario. El servicio social lo realicé en Tapalpa, Jal. y el hospitalario complementario en la Cruz Verde de Guadalajara que se encontraba donde es ahora la entrada de ambulancias del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. De tal manera que en ese tiempo si no tenía guardia seguía de ayudante del Maestro Palomera, en el horario que me necesitara.

En 1968, después de recibirme, inicié el internado rotatorio de posgrado, también en el Hospital Ayala y continué como ayudante del maestro Palomera, ya me dejaba más responsabilidad, no solo en el hospital; y me decía “en el hospital Guadalajara está internado tal paciente e inicia a dializarlo, o a otro, realízale una biopsia renal”. Aunque en forma informal durante dos años y medio fungí como su residente de nefrología, y digo informal por ser interno y porque en esa época en hospital solo había residentes de las cuatro especialidades básicas, pero no de sub-especialidades.

Es importante irme un poco atrás y mencionar que **los primeros cuatro años de la carrera, fui ayudante del Dr. Alfonso Topete Durán, quien fue el primer cirujano de Tórax y Cardiovascular, en Jalisco.** El primer año le ayudaba en las prácticas de

cirugía en perros y los siguientes tres en humanos y fui su ayudante, sobretodo, en su práctica privada. En esa época llegué a ayudarlo a hacer simpatectomías quirúrgicas en pacientes del Dr. Eduardo González Murguía, que no respondían al tratamiento farmacológico que entonces se tenía, con resultados bastante aceptables. Estuve tentado a ser cirujano cardiovascular hasta que conocí a mi maestro Palomera y me decidí por la nefrología.

Cuando terminé el internado de posgrado decidí continuar mi enseñanza en el Hospital General del CMN del IMSS en la ciudad de México, entonces el mejor hospital de especialidades en la república. Afortunadamente fui aceptado, primero como residente de medicina interna y luego de nefrología. En el Servicio de Nefrología había tres adscritos: el Dr. Emilio Exaire Murad, el jefe, y los doctores Manuel Torres Zamora y Regino Ronces Vivero. Tuve excelentes compañeros de mi generación de residentes de Nefrología (1970-72): Ma. Antonieta Schetino Maimone, Alejandro Treviño Becerra, Manuel Díaz de León Ponce, Nicolás Bañuelos Delgado, Rodolfo Zurita Carrillo, Ricardo Ortiz San Martín e Inocencio Mendoza Gómez.

En 1971, en el CMN del IMSS, con el apoyo del Dr. Manuel Torres Zamora iniciamos una clínica de hipertensión, independiente de la consulta de nefrología (por las tardes de 14 a 16 horas) exclusivamente para los casos problema de hipertensión de difícil control.

En 1972, en el Hospital Guadalajara del Ferrocarril del Pacífico repliqué el modelo de tener consulta separada para los pacientes de nefrología y la clínica de hipertensión.

En 1975-76 estuve en New York, N.Y. en el Hospital Presbiteriano de la Universidad de Columbia, como post doctoral research fellow in hypertension, el jefe Dr. John H. Larch se cambió a la Universidad de Cornell y tomó su lugar el Dr. Leslie Baer.

June 7, 1976

This certifies that DR. JOSE Z. PARRA CARRILLO was appointed a POSTDOCTORAL FELLOW in the Department of Medicine, Columbia University College of Physicians & Surgeons from July 1st, 1975 through June 30, 1976.

Dr. Parra Carrillo was working fulltime in the Hypertension Unit. His performance as a medical scholar was clearly above average and his clinical achievements were of high caliber. Altogether his professional accomplishments during his postdoctoral Fellowship were of superior quality and very successful.

Henry Aranow, Jr.

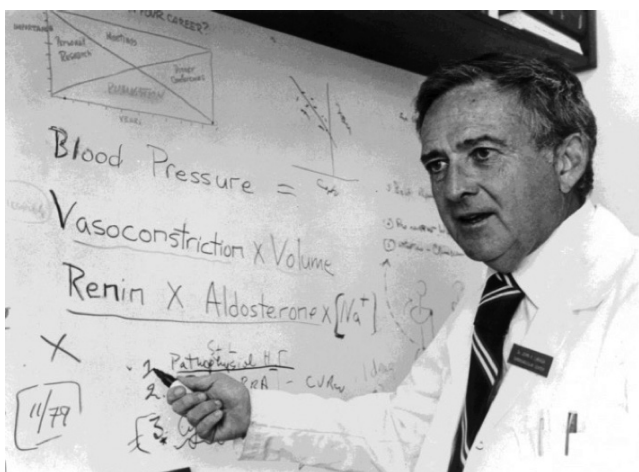
Henry Aranow, Jr.
Acting Chairman - Department of Medicine
Lambert Professor of Medicine

Leslie Baer

Leslie Baer, M.D.
Associate Professor of Medicine
Head of Hypertension Unit



Jean y Leslie Baer en el año 2000.



Dr. John H. Laragh, desarrollador del concepto del sistema renina angiotensina-aldosterona y su papel en la hipertensión arterial.



Hospital presbiteriano de la Universidad de Columbia, New York NY.

En 1979-1986, trabajé en el Hospital General de Occidente de Guadalajara (Zoquepan), ahí tenía la consulta de nefrología y en otro horario la clínica de hipertensión.

En la Universidad de Guadalajara y el Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, la Clínica de Hipertensión se inicia en mayo de 1988 y el 14 Junio de 1990, se le reconoce como Centro de Estudios de Hipertensión, por acuerdo 90/MB/0980/03/1920 de la Universidad de Guadalajara. Iniciamos el tener un centro de estudio e investigación de hipertensión con reconocimiento universitario, no solo hospitalario.

El 5 de Junio de 1999, por aprobación del Consejo General de la Universidad de Guadalajara (I/99/148, dictamen del 28 de Enero 1999 de comisiones), se acepta la creación del Instituto de Investigación Cardiovascular, cuyos objetivos son: desarrollar proyectos de investigación, formar recursos humanos altamente calificados y coordinar las actividades asistenciales en esta área, cooperando y asesorando a otras dependencias de la Universidad y de las Instituciones de Salud, cuando se lo requieran. Actualmente nuestro Instituto y Clínica de Hipertensión se conforma de la siguiente manera: cuenta con dos adscritos: el **Dr. Salvador Fonseca Reyes**, extraordinario internista y en mi opinión el que más ha trabajado y difundido sobre la necesidad del diagnóstico correcto de la hipertensión arterial; si no hay un diagnóstico correcto y exacto, el manejo puede ser erróneo; y el Dr. José Z. Parra Carrillo. El área física cuenta con dos consultorios, dos oficinas para los adscritos; un área para registro, colocación

e instrucciones de uso y cuidado, de equipos para automedición domiciliaria, automedición en consultorio y monitoreo ambulatorio de la presión arterial. El Instituto cumple con sus cuatro funciones sustantivas: Investigación sobre aspectos de hipertensión y riesgo cardiovascular; docencia, entre 60 y 100 alumnos por semestre y la rotación de @100 pasantes en los últimos 14 años; asistencia, aproximadamente 2500 consultas por año, exclusivamente de hipertensión y riesgo cardiovascular y, extensión, hasta el momento más de 190 publicaciones en revistas nacionales e internacionales, incluyendo la participación en prácticamente todas las guías nacionales y latinoamericanas de HTA hasta la fecha.



En 2004 siendo presidente de la LASH, iniciamos junto con la Universidad De Guadalajara, el reconocimiento de **los especialistas clínicos en hipertensión** en toda américa latina. Fueron poco más de 200 médicos que obtuvieron este reconocimiento por la Sociedad y la Universidad simultáneamente; primer reconocimiento con esta combinación en Latinoamérica, por haber cumplido con los requisitos curriculares, de actividad profesional y de docencia **para ser acreditados y que sirviera como credencial latinoamericana para el ejercicio de esta especialidad.**

El secretario de la LASH era el **Dr. Salvador Fonseca Reyes** y el Rector de la U.de G. mi buen amigo el

Lic. José Trinidad Padilla López, sin su apoyo no lo hubiésemos logrado.

Además, tengo el gusto y honor de ser:

- Revisor Editorial: Miembro del comité Editorial de Nefrología Mexicana.
- Revisor Editorial del: Journal of Hypertension.
- Revisor Editorial del: Central European Journal of Medicine.
- Revisor Editorial de: Cirugía y Cirujanos. Órgano de Difusión de la Academia Mexicana de Cirugía.
- Revisor Editorial: Clinical Medicine Research, sciencepg.
- Miembro del Comité Editorial de La Web de la Salud (<https://lawebdelasalud.com/>).

Contacto: Dr. José Z. Parra Carrillo

Email: jzparra5@gmail.com

jzparra@mail.hcg.udg.mx

Recuperando a Freire y a Habermas para la educación actual:

Un análisis desde la sociología crítica

Igor Martín Ramos-Herrera (1); María del Rosario Ruiz-Durán (2)

Profesor Investigador Titular Universidad de Guadalajara. Departamento de Salud Pública. ORCID: 0000-0002-9325-0660; (2) Profesor de Carrera Titular Universidad de Guadalajara. Departamento de Disciplinas Filosófico, Metodológico e Instrumentales.

• Resumen

Este ensayo revisa dos teorías de la educación: la pedagogía crítica y el cambio social transformador, propuestas por Paulo Freire y Jürgen Habermas respectivamente. Para ello, se usa como herramienta la mirada de los sociólogos Raymond Morrow y Carlos Alberto Torres a través de su obra “Reading Freire and Habermas. Critical pedagogy, and transformative social change”. Se analiza como estos sociólogos de la educación, realizaron un examen comparativo de dichas teorías, las cuales a pesar de provenir de campos disciplinarios tan distantes comparten la misma concepción de las ciencias humanas: la teoría del sujeto dialógico, la crisis de la sociedad moderna y la práctica educativa, a través del pensamiento y acción de las relaciones comunicativas intersubjetivas y del reconocimiento mutuo. Los sociólogos presentan también la teoría de la psicología crítica social y la comparan con el modelo de la teoría de la reproducción social de Bourdieu y Passeron. Por último, los autores presentan algunas consideraciones acerca de la contribución de esta obra al conocimiento sobre el tema y sus implicaciones con la realidad social y educativa actual.

Palabras clave: educación, teorías educativas, teoría crítica, Freire, Habermas.

• Abstract

In this essay, the authors review two educative theories: the critical pedagogy and the transforming social change, proposed by Paulo Freire, and Jürgen Habermas respectively. To achieve this, they take into account the view of the educative sociologists Raymond Morrow and Carlos Alberto Torres through their work called “Reading Freire and Habermas. Critical pedagogy, and transformative social change”. They cross-examined such theories, which in spite of coming from different disciplinary fields, share some human sciences conceptions: the theory of the dialogic subject, the modern society crisis, and the educational practice, through the thinking and action of the intersubjective communicative relationships and the mutual knowing. They also present the theory of the critical-social psychology and compare it with Bordieu and Passeron’s social reproduction model. Finally, the authors take into consideration the contribution of that work to the knowledge on the subject and its implications for the actual social and educational reality.

Keywords: education, educational theories, critical theory, Freire, Habermas.

En su obra, los sociólogos de la educación Morrow y Torres (2002), intentan comprender la relación existente entre la teoría social, la educación y la práctica educativa del siglo veinte al contrastar las similitudes disciplinares y diferencias de enfoque y estilo existentes entre las propuestas hechas por Paulo Freire y Jürgen Habermas.

Este trabajo comparativo se basa en encontrar la complementariedad de ambos teóricos al “ubicar el trabajo de Freire en el contexto de la teoría crítica contemporánea de Habermas e identificar las implicaciones pedagógicas de Habermas a través de Freire” (Morrow-Torres p. 14). Ellos encuentran que ambos autores trabajaron en principio sobre una teoría crítica del sujeto dialógico - porque rechazan aquella teoría de los sujetos que conocen al mundo desde un punto de vista individualista, asumiendo una postura de comunicación intersubjetiva para la formación de identidad e individualidad; y en desarrollo Dialógico - porque la formación de la identidad sólo puede crecer bajo condiciones óptimas de socialización, a pesar de los contextos culturales tan diferentes-.

La teoría crítica es un paradigma que se ha desarrollado a partir de la combinación de varios paradigmas alternativos, entre ellos: el marxismo, el feminismo, el materialismo y la investigación participativa. A través de ésta se puede apreciar que la realidad es histórica por naturaleza y que permanece virtual hasta que es confrontada con los valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género. Entonces se ve cristalizada en una serie de estructuras “reales”, es decir, naturales e inmutables (Guba & Lincoln, 1994).

La adscripción de Habermas -a pesar de existir una gran discusión al respecto-, es reconocida por Morrow y Torres como el representante contemporáneo más importante de la Teoría Crítica originada en la Escuela de Frankfurt en los años veinte. Sin embargo, debido a la naturaleza epistemológica de su *Teoría de la Acción Comunicativa* que se separa de las leyes marxistas de la historia, no es apropiado asignarlo a esta

corriente, más bien corresponde a la vertiente postfundamentalista (*postfoundationalist*). El término *teoría social crítica* es más apropiado para su pensamiento ya que no se adscribe a cualquiera de las sub-ramas de la teoría crítica como son la postmodernista, la postestructuralista o la combinación de ambas.

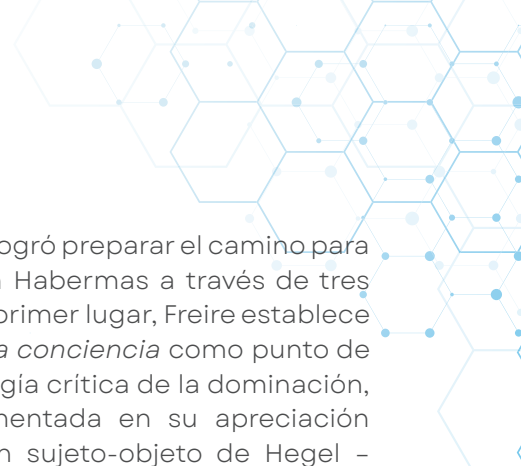
Por su parte, Freire es reconocido como uno de los principales teóricos de la educación de los adultos del tercer mundo. Su adscripción a la corriente de la *Teoría Crítica* es también cuestionada debido al enfoque muy específico que hace hacia la educación crítica, corriente teórica muy controversial llamada también *Pedagogía Crítica*.

A pesar de provenir de terrenos tan diferentes, ambos teóricos comparten una sola concepción de las ciencias humanas: las teorías del sujeto, la crisis de la sociedad moderna y la práctica educativa, a través de su pensamiento y acción de las relaciones comunicativas intersubjetivas del reconocimiento mutuo, es decir dialógicas; y que tomadas de manera conjunta, *sus aportaciones ofrecen un marco conjunto para su posterior desarrollo y radicalización a través de los trabajos de John Dewey respecto a la filosofía, la educación y la democracia, que dan lugar a muchas de las críticas más importantes de las reformas educativas de Norteamérica* (Morrow y Torres. p.3). *Esto podría suponerse pensando que Habermas ofreció a Freire argumentos suficientes para sustentar su posición, a la vez que Freire contribuyó con las prácticas concretas que requería Habermas respecto a sus preocupaciones políticas y pragmáticas.*

• Contemporáneos con ideas compartidas

Paulo Freire nació en Recife, Brasil el 19 de septiembre de 1921 y falleció en 1997, fue conocido por sus aportaciones a la pedagogía de las masas y Jürgen Habermas nació en Düsseldorf, Alemania el 18 de Junio de 1929, filósofo y sociólogo alemán conocido por sus trabajos en filosofía práctica.

Educación y Teoría Crítica Social son las preocupaciones de Freire y Habermas que analizan



Morrow y Torres a través de la presentación de cuatro líneas de análisis, las cuales conforman el marco de referencia de esta obra: 1) ambos comparten un juego de supuestos básicos o meta-teóricos que intentan mediar entre las posiciones positivista y subjetivista de la tradición marxista y de la teoría social general. Por lo que se les atribuye una posición de *hermenéutas críticos*, al basar sus investigaciones en los agentes sociales, así como el hecho de dar cuenta de los contextos sociales en los que se dan estas acciones; 2) ambos teóricos dan por supuesto la existencia de una *Teoría Social Crítica* que vincula educación, dominación social y reproducción cultural –lo cual sirve de pretexto para hacer la comparación con el modelo reproductivo de Bourdieu y Passeron (Bonal, 1998) que se comentará más adelante–, lo que no presupone que la reproducción social sea un proceso estático y determinista a través del cual la sociedad se replica a sí misma; 3) Freire y Habermas comparten una teoría del sujeto dialógico y desarrollador que describe fielmente su psicología social crítica, que se construye con relación a las posibilidades de desarrollo universales y que se truncan por las formas históricas de dominación pero que son potencialmente desafiadas a través de la crítica y la práctica, en particular por las *teorías de la Pedagogía Crítica de Freire* y la *Teoría de la Acción Comunicativa de Habermas*; y 4) la preocupación compartida de que se requiere de varias formas de alfabetización crítica para el desarrollo de la autonomía individual y la práctica colectiva, esto es, un entendimiento reflexivo y dialógico del aprendizaje que impacta directamente en los procesos educativos formales e informales.

Las teorías sociales de Freire y Habermas responden a las teorías desarrolladas por Hegel y Marx en cuanto que la base para su modelo compartido señala que la, “*convergencia fundamental de sus teorías sociales tratan de subordinar el enfrentamiento de la dialéctica amo-esclavo dentro de una teoría de la práctica como reconocimiento mutuo del diálogo comunicativo*” (Morrow y Torres, 2002, p. 25).

La práctica de Freire logró preparar el camino para su convergencia con Habermas a través de tres elementos clave. En primer lugar, Freire establece una *arqueología de la conciencia* como punto de partida de su psicología crítica de la dominación, la cual está fundamentada en su apreciación crítica de la relación sujeto-objeto de Hegel –entre otros temas– y a través del existencialismo, la fenomenología, los conceptos de la práctica de Marx y la Teoría de la Hegemonía de Gramsci; estas apreciaciones orientaron la trayectoria de Freire hacia la Escuela de Frankfurt. En segundo lugar, Freire logró reconstruir la dialéctica sujeto-objeto sin caer en el idealismo gracias a la *Hermenéutica Dialéctica* no-teológica de Eduardo Nicol, el cual reemplazó esa dialéctica con un reconocimiento de la interacción comunicativa sujeto-sujeto, tanto científica como social; esta posición coincidió con la *Hermenéutica Crítica* de Habermas. Su tercer influencia estratégica fue la publicación de su obra *Pedagogía del oprimido*, la cual recibió un gran aporte de rigor filosófico de la obra de Karel Kosik, *Dialéctica de lo concreto*, la que al parecer le ofreció una versión de la teoría de la práctica de Marx más compatible con su *Pedagogía Crítica*.

Por su parte, la filosofía de la conciencia de Habermas define casi por completo a la filosofía occidental cuyo objetivo principal es la teoría de la práctica de Marx. Bajo la influencia de diversas corrientes filosóficas, surgidas de los trabajos de Hegel, Gadamer, Mead y Wittgenstein, Habermas propone un cambio de paradigmas de la Teoría Social: de la filosofía de la conciencia individualista que dominó a la filosofía post-Kantiana, a la *Teoría de la Acción Comunicativa* reconstruida a partir de Hegel.

Finalmente, Freire interpreta la teoría de la práctica marxista a su manera y se acerca así al reconocimiento intersubjetivo de la propuesta de Habermas. Tal y como declaran Morrow y Torres:

Cuando se reconocen las consecuencias completas de la revisión de Hegel y Marx hecha por Freire, los detalles de la tesis de la complementariedad de Freire y Habermas caen en su lugar de forma rápida. Por lo

tanto, para ambos teóricos la clave para reconstruir la teoría Marxista de la práctica se encuentra en el proceso del aprendizaje dialógico que debería mediar entre las realidades de las necesidades humanas y la capacidad para reflexionar y actuar de forma liberadora. (Morrow-Torres, p. 27)

Por tal motivo, a pesar de la gran influencia que ejercieron estas tradiciones marxistas y alemanas en el pensamiento de Freire y Habermas, el resultado de sus pensamientos y prácticas fue una, Teoría dialógica del sujeto social que tiene sus fundamentos en una reformulación de las teorías críticas sociales precedentes.

La fundamentación meta-teórica de las propuestas de Freire y Habermas cae en el paradigma de la teoría crítica debido a su carácter abiertamente político como una forma de “investigación ideológicamente orientada” (Morrow-Torres p. 33). Ontológicamente, se asume el carácter de **Realismo Histórico** de sus propuestas, donde Freire formula tres tipos distintivos de relación en el paradigma sujeto-objeto: a) la relación sujeto-objeto, b) la relación sujeto-sujeto y c) la relación sujeto-sujeto con un objeto externo privilegiando a esta tercera al destacar que *“la comunicación entre los sujetos acerca de los objetos se establece por medio de la intersubjetividad”* (Morrow y Torres, p. 35). Las principales características de la propuesta de Freire sugieren una teoría de la práctica que remarca las dimensiones reflexivas y dialógicas de la acción, los orígenes de la dominación al deshumanizar la acción antidialógica y la creación de las posibilidades específicas para la especie de los humanos es parte de la falta de integridad de la naturaleza humana. Habermas por su lado, establece que su filosofía de la conciencia lleva a un nuevo paradigma de producción que no toma completamente los fundamentos intersubjetivos y lingüísticos de la práctica. Declara que se puede llegar a una teoría de la verdad, utilizando como base ontológica la integridad, la verdad, la sinceridad y el derecho; a los cuales denomina: *“reclamos de validez”*. Además señala que el trabajo y la interacción simbólica deben ser adecuadamente diferenciados; así como la

acción estratégica debe también ser diferenciada de la acción comunicativa a través de la estructura lingüística práctica, y los reclamos de validez pueden hacerse plausibles a través de los hallazgos de las ciencias reconstructivas.

Epistemológicamente Freire y Habermas destacan la prioridad del conocimiento como un proceso comunicativo en el que no existen conocedores privilegiados y donde el conocimiento se basa en la competencia de perspectivas, es decir: del diálogo. Lo anterior puede ser descrito como hermenéutica crítica. Las bases epistemológicas de la propuesta de Freire son la unidad sujeto-objeto y el diálogo sujeto-sujeto, la concientización como distanciamiento y la reapropiación reflexiva de la realidad, el diálogo sujeto-sujeto como medio para apropiarse del objeto externo y la comunicación como base para esta actividad. Por su parte, Habermas establece que la teoría de la argumentación y la acción comunicativa son las bases del conocimiento, el conocimiento crítico es emancipador, el consenso intersubjetivo dentro de las comunidades discursivas es necesario para lograr la verdad, y la racionalidad instrumental debe ser diferenciada de la comunicativa a fin de lograr el razonamiento.

Metodológicamente, Freire y Habermas reconocen a la Ciencia Social Crítica como una forma de estructuralismo interpretativo, dando prioridad al conocimiento adquirido a través de los agentes subordinados para mejorar la conciencia crítica. El énfasis se hace en la dialéctica de la estructura y el juego del análisis hermenéutico como naturaleza de las ciencias humanas; los métodos participativos como forma de obtención del conocimiento; y la relación entre los hechos y los valores como una investigación comprometida pero respetando la autonomía de la investigación.

Morrow y Torres describen en este análisis los temas que permiten comparar las teorías de Freire y Habermas, e identifican las principales teorías que confrontan sus trabajos, tales como la *Teoría de la Crisis* de la sociedad y la *Teoría del Desarrollo* que dan prioridad a las estructuras normativas sobre las estructuras de la racionalización; la *Teoría*

del sujeto democrático-dominado entendido como una forma de irracionalidad populista y la fragmentación de la conciencia generada por la colonización del mundo de vida, dando fuerza al poder administrativo y las relaciones de mercado; al modelo de la democratización fundamental y radical que no dan prioridad a la democracia y desafían la racionalización sistemática de las leyes. En resumen, ellos observan los diversos desenlaces de la modernidad como son el sujeto democrático dominado, la globalización como una forma de democratización radical y las teorías de la crisis que tienden a racionalizar de forma selectiva a los sujetos.

Freire y Habermas comparten una teoría común, la *Psicología Social Crítica*, que enfoca su trabajo en el análisis del sujeto en desarrollo. Sin embargo, no por eso se separan de sus teorías sobre la sociedad y la historia que permiten contrastarlas contra la Teoría de la Reproducción desarrollada por Bourdieu y Passeron o por la *Sociología de Clases de Bernstein* (Bonafant, op. cit.).

Las teorías de la reproducción se oponen a las teorías funcionalistas previas en cuanto asumen el conflicto generado en la realidad ante la falta de respuesta social ofrecida por las últimas, generando rupturas conceptuales que llevaron a insatisfacción y generación de teorías más acordes a las diferencias sociales jerárquicas que reproducían los sistemas educativos.

Esas teorías analizan a la sociedad como un todo y postulan que las sociedades tienden a sostener cierto equilibrio que mantiene el orden social. Al contrario, las teorías de Freire y Habermas rechazan los modelos marxistas clásicos basados en la dialéctica evolutiva y, más bien, se orientan a analizar “*el juego que se da entre la acción y la estructura; entre los agentes y los procesos sistémicos*” (Morrow y Torres, p. 67).

• Relación con las teorías de la reproducción social

Las teorías de la reproducción social y cultural se fundamentan en el hecho de que existen procesos de dominación tendientes a reproducir

las relaciones de poder de una generación a otra, aunque ante la complejidad de las diferencias sociales se requiere un proceso también complejo de reproducción donde aparentemente se ofrecen cambios que buscan mantener el orden social; la educación, entonces, sirve como medio de reproducción cultural a la vez que reproduce las diferencias sociales. Por su parte, la historia revela una batalla constante para la democratización y la realización de la autonomía individual muy por encima de la reproducción de las diferencias sociales, lo cual está estrechamente relacionado con la naturaleza del desarrollo de los sujetos humanos. Como indicaría el propio Freire “*La opción por lo tanto, está entre una “educación” para la “domesticación” alineada y una educación para la libertad. “Educación” para el hombre-objeto o educación para el hombre-sujeto*” (Freire, p. 26).

Por otra parte las teorías de la reproducción aseguran que las sociedades dominantes tienden a mantener su hegemonía y relaciones de poder a través de los procesos de colonización, con lo que coinciden Habermas con su racionalidad estratégica y Freire con su acción antidialógica. Tales procesos contribuyen a la irracionalidad de los sustentos reproductivos de las sociedades, identificadas por Bourdieu y Passeron, y contra las que se oponen la racionalización instrumental y la racionalización social que buscan la democratización y la individualidad, identificadas por Freire y Habermas.

Como punto central de las teorías de la reproducción se dice que cualquier formación social presenta procesos conflictuales e integradores originados por la dominación de clases y expresados por la imposición cultural, en el ámbito educativo esto representa que los contenidos y prácticas no son neutros. Por su parte, las teorías Freirianas y de Habermas, implican a un sujeto dialógico originado en la comunicación intersubjetiva, cuyas acciones no pueden reducirse a intereses individualistas.

La Psicología crítica social sugiere que la reconstrucción de los potenciales desarrolladores de los sujetos es una acción específica para

la humanización del proceso de aprendizaje, mientras que para Bourdieu y Passeron el proceso educativo ejerce actividades de dominación subyacentes a la aparente democracia de la educación que garantizan su eficacia para reproducir las diferencias de clases y eliminar cualquier resistencia a la inculcación de la cultura dominante. Para Freire, la dimensión negativa del desarrollo está reflejada en la acción antidialógica que ejerce la educación y que resulta en la “cultura del silencio” y la “violencia simbólica”, las cuales reflejan la internalización de las relaciones de dominación y que en última instancia restringen la realización de los potenciales desarrolladores, todo ello presume una *teoría del conflicto de la sociedad*. Bourdieu y Passeron, por su parte, explican que el sistema educativo no es ni totalmente independiente ni un reflejo exacto del sistema social al que se adscribe, más bien, dispone de cierto grado de autonomía, indispensable para lograr la reproducción social.

Habermas y Freire establecen la existencia de una propuesta emancipadora desde el proceso dialógico que lleva a la concientización y crítica de las realidades presentadas, las cuales sirven de marco para la resistencia a la dominación; mientras que la teoría de la reproducción establece que la autonomía relativa otorga legitimidad a la arbitrariedad cultural ya que aparentemente evitaría que el sistema educativo apareciera como un mecanismo de reproducción de las relaciones de clase, visto desde esa perspectiva, la propia relación de comunicación basada en la violencia simbólica garantiza la eficacia de la acción pedagógica, a través de la autoridad pedagógica.

Finalmente, Habermas y Freire establecen la necesidad de un punto de vista moral que justifique un discurso universal y la ética concreta de la comunicación a través de la concientización o de la reflexión ética. Por su parte, la teoría de la reproducción establece que existe una imposición educativa y cultural basada en la selección y diferenciación social de los individuos determinada por su origen en la escala social y que no confiere ningún atributo reflexivo o ético a

la forma en que se reproducen las formas sociales en la educación.

Entérminos usados por Habermas, “*las sociedades dependientes y dominantes se encuentran afligidas por la modernización selectiva y la colonización del mundo de vida*” (Morrow y Torres, p. 68). Lo cual de alguna manera toma los supuestos de las teorías de la reproducción y más allá de la aceptación de las condiciones impuestas a los sujetos “culturalizados” y establece que las formas de dominación social tienden a crear crisis y conflictos que llevan a rupturas con los modelos establecidos.

El hombre simple no capta las tareas propias de su época, le son presentadas por una elite que las interpreta y se las entrega en forma de receta, de prescripción a ser seguida...por eso sin tardanza, señálese la necesidad de una permanente actitud crítica, único medio por el cual el hombre realizara su vocación natural a integrarse, superando la actitud del simple ajuste o acomodamiento. (Freire, p.34-35)

Mientras que la Teoría de la Reproducción sostiene que la reproducción cultural es un reflejo de la reproducción social; se contrapone al acercamiento que imprimen Habermas y Freire a sus teorías, porque ellos insisten en llevar a la búsqueda de la identidad individual, la racionalización social y la democratización de las estructuras sociales y culturales a través de procesos de “iluminación” (enlighthouse).

La autoridad pedagógica de la que hablan Bourdieu y Passeron, se refiere a la capacidad que se le otorga a los educadores para imponer la cultura que más conviene a los intereses de clase. Otorgar mayor peso a la propia relación de comunicación y no al mensaje comunicado o al comunicador, garantiza la eficacia pedagógica, también llamada *violencia simbólica*.

Un punto clave para hacer la comparación con las teorías de Freire y Habermas, es que la Teoría de la Reproducción reconoce que “*la autoridad pedagógica confiere a los emisores la legitimidad necesaria para transmitir, imponer y controlar la*

recepción de sus mensajes... lo cual no significa tener autonomía pedagógica real” (Morrow y Torres, p.83). Esta declaración cierra los espacios para la lucha y el cambio educativo, ignorando completamente el hecho de que al presentarse esta situación se está sembrando la semilla de la búsqueda de homogeneidad cultural a través de la resistencia de los dominados. Freire reconoce esta limitante para los educadores y establece que los procesos de “iluminación” requieren que el educador liberador entienda que no es él quien propiamente “ilumina”, sino que es un agente que, junto con los educandos, lleva a los últimos al final del proceso. Habermas, a su vez, entiende esta situación y “*el reclamo de liderazgo y conocimiento exclusivo de los educadores, y se aferra al Paradigma de la Pedagogía Racional basada en los procesos de diálogo y crítica inherentes*” (Morrow y Torres, p. 175).

La contribución que Freire hace a las teorías de Habermas es más significativa que la que puede hacer este último en términos teóricos a las aportaciones de Freire. Sin embargo, una de las mayores contribuciones que hace Habermas es la reflexión sobre la esfera pública y los medios masivos que Freire toma como marco de referencia para su teoría democratizadora y su relación con los movimientos sociales. A su vez, Freire aporta a las teorías de Habermas varios temas como son la relación entre la ética y el diálogo, la dimensión moral del aprendizaje, el enfoque en la experiencia del reconocimiento mutuo como base para la crítica del cinismo postmodernista previo a la argumentación racional, el significado de la teología pública y de la liberación en contextos donde existe la resistencia a la colonización, la crítica al contenido utópico de la teoría crítica y el desafío al Eurocentrismo propias del postmodernismo. Temas, todos ellos, dejados en silencio por Habermas.

Finalmente, las teorías críticas de la educación han estado sujetas a diversos ataques por parte de distintas corrientes teóricas, entre ellas se destacan las limitantes que ofrecen sus aportes y su adscripción a determinada línea de pensamiento actual. Por ejemplo, se argumenta

que estos teóricos comparten una concepción postfundamentalista del sujeto comunicativo, lo cual los suscribe como post-fundamentalistas de la *Teoría Social Crítica*, de ahí su preocupación con la razón y la universalidad. Motivo por el cual Morrow y Torres lo denominan un post-fundamentalismo emancipador.

Además, los principios universales de la Teoría Social Crítica deben ser ubicados en cada contexto histórico específico para poder aplicar adecuadamente las críticas del postmodernismo. Por otra parte, la teoría crítica y el postmodernismo son complementarios en cuanto a sus principios de verdad, emancipación y derechos. Finalmente, las versiones de la Teoría Social Crítica sostenidas por Freire y Habermas se vinculan al centro y la periferia, a través de la relación pre-establecida de la teoría social Latinoamericana con la Escuela de Frankfurt a través de los orígenes de esta última.

• Conclusiones

Las aportaciones de las teorías de Freire y Habermas, se conjuntan en la declaración de Morrow y Torres al establecer que:

La premisa postfundamentalista que en última instancia une a Freire con Habermas, a pesar de todas sus aparentes diferencias, es que la verdad moral no puede ser otorgada por los “bailes idealistas de los intelectuales” dado que “todo lo que es posible hacer es reconstruir el Debería que ha migrado a la práctica por sí misma”.

Los esfuerzos de Habermas, se encaminan hacia una nueva teoría de la razón, que incluya asimismo la práctica, es decir una teoría que sea al mismo tiempo justificativa y explicativa, la emancipación constituye el desarrollo mismo de la razón, el interés emancipador está ligado a la autoreflexión que permite establecer modos de comunicación entre los hombres haciendo razonables las interpretaciones (Ferrater, p. 1542).

Según Julio Barreiro, Freire decía que “*la educación verdadera es praxis, reflexión y acción del hombre*

sobre su mundo para transformarlo” (Freire, p.7). Confirmándolo en la práctica cuando trabajando con campesinos, llegó a obtener resultados extraordinarios: en menos de 45 días, un iletrado aprendía a “decir y escribir su palabra”. Alcanzaba a ser el dueño de su propia voz (op.cit p.12).

Los educadores actuales podrían recuperar las ideas de estos dos teóricos para su práctica educativa, especialmente en un momento histórico en que se insiste en la importancia de la educación en competencias y dadas las implicaciones prácticas de estas teorías que parecen suscribirse en lo particular a la teoría social, la educación y la práctica educativa, pero que por sus contenidos filosóficos y meta-teóricos y su campo de acción se amplía hasta la política, la economía y las reflexiones sobre la lucha de poderes facticos; suponiendo que podría ser interesante una reconceptualización y probable aplicación de las mismas como un soporte para el diseño de las próximas políticas educativas de Estado.

Vale la pena recordar que “Entre junio de 1963 y marzo de 1964 [siguiendo el esquema de Freire] se organizaron cursos de capacitación, solamente en el estado de Guanabara según datos de Fransisco C. Weffort se inscribieron 6,000 personas, acudiendo a “Círculos de cultura”, a razón de 30 por cada círculo, abarcando cada curso una duración no mayor de 2 meses [Consiguiendo] en vísperas del golpe de estado [el 31 de marzo de 1964] un promedio de dos millones de alfabetizados en Brasil. Una campaña de alfabetización con proyecciones revolucionarias (Freire, p. 12).

Contacto:

Dr. Igor Martín Ramos Herrera

Profesor Investigador Titular
Universidad de Guadalajara. Departamento de Salud Pública.
Sierra Mojada 950, Puerta 2, Edificio N.
Tel. +52(33)1058-5200, ext. 33780
Email: iramos@cucs.udg.mx

Dra. María del Rosario Ruiz Duran

Profesor de Carrera Titular
Universidad de Guadalajara. Departamento de Disciplinas Filosófico, Metodológico e Instrumentales
Sierra Mojada 950, Puerta 3, Edificio N
Tel. +52(33)1058-5200, ext. 33697
Email: rosarioruiz001@yahoo.com

• Referencias

1. Bonal, X. (1998). Sociología de la educación. Una aproximación crítica a las corrientes contemporáneas (Vol. 37). Barcelona, Paidós.
2. Ferrater, M. J., (1994). Diccionario de Filosofía. Tomo II. Barcelona, Ariel.
3. Freire, P. (2002). Educación como práctica de la Libertad. 50ª edición. México, Siglo XXI.
4. Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research (pp. 105-117). London: SAGE.
5. Morrow, R. A. y Torres, C. A. (2002). Reading Freire and Habermas. Critical pedagogy and transformative social change. Nueva York: Teachers College Press.

Instrucciones para los autores en la Revista Para la Salud

La Revista Educativa **Para la Salud** es órgano oficial Trimensual del Sistema de Educación Continua para el Médico General y Familiar, que publica artículos en idiomas español e inglés. La revista tiene como objetivo el difundir resultados de investigación, información acerca de eventos y programas de promoción de la salud en general, al igual que brindar un reconocimiento a personajes destacados en el ejercicio de la salud pública, convirtiéndose en un vehículo para fortalecer el quehacer del Sector Salud, tanto de la medicina, como la enfermería, la odontología y profesiones afines de atención en salud, no solo de nuestro país México, queda abierta la invitación a Latinoamérica y resto de países del mundo.

A continuación, se describen las instrucciones para los investigadores que decidan someter trabajos para su publicación en la Revista Educativa **Para la Salud**:

a) Tipos de trabajos que se reciben

- **Artículos de comunicación científica** (de 15 a 20 páginas): Estos documentos presentan de manera detallada resultados originales e inéditos de investigación, teniéndose que estructurar de la siguiente manera: introducción, metodología, resultados y discusión. Dentro de las páginas deberán de considerarse el resumen en español e inglés, cuadros, imágenes y bibliografía.

- **Artículos de revisión de tema** (de 10 a 15 páginas): En este tipo de documentos, se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, así como de la revisión crítica de la literatura sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo.

- **Cartas al editor** (de 1 a 2 páginas): Descripción crítica y analítica de la posición del autor sobre los documentos publicados en la revista Para la SALUD, lo cual constituye un aporte importante para generar la reflexión y discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de dos meses posteriores a la publicación de un artículo. Se dará oportunidad a los autores para responder.

- **Casos clínicos** (de 5 a 10 páginas): Descripción de situaciones clínicas reales y de relevancia para la práctica médica del personal de salud en los tres niveles de atención.

- **Cultura Médica** (2 a 5 páginas): Documentos que buscan rescatar y valorar las manifestaciones culturales ligadas con aspectos de la salud.

Cuando se reciba un documento en cualquiera de sus modalidades, esto no implica que de manera obligada el Comité Editorial lo publique, pues el comité se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos o de hacer las modificaciones editoriales pertinentes.

b) Instrucciones para envío y sometimiento del artículo

Envío de documentos:

Enviar en archivo electrónico el documento original en Word, letra Arial o Times New Roman, tamaño 12 puntos, con una extensión máxima de 20 páginas (sin tener en cuenta tablas, gráficos y referencias bibliográficas) a 1.5 cm de espacio, tamaño carta con márgenes de 2.5 cm en cada lateral. Se admiten por artículo 35 referencias como máximo y mínimo 10, con excepción de

los artículos de revisión que se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica.

Los documentos se deberán de enviar en electrónico al correo revistaeducativa@paralasalud.com.mx junto con el documento a someter para posible publicación, se debe anexar una carta de sometimiento del artículo con la declaración de responsabilidad donde señale que el (los) autor (es) están aceptando que el artículo es original, que no ha sido enviado ni se someterá para su publicación a otra revista.

De igual manera, hacen constar los permisos para reproducir material sujeto a derechos de autor dentro del artículo, las fuentes de financiación de la investigación o publicación y cualquier otro conflicto de intereses que pueda existir por parte del autor o autores, especificando la transferencia de los derechos de autor a la Revista Educativa **Para la Salud** en caso de aceptarse su publicación.

Tomando en cuenta el número elevado de co-autores que se inscriben dentro de una publicación científica, se tendrá suficiente rigor en la evaluación de la contribución real de cada autor, señalando dentro de la carta de sometimiento del artículo, las contribuciones de cada uno de los autores, tal como fue aprobado por el International Committee of Medical Journal Editors, que reconoce la autoría basada en la contribución sustancial en relación con:

- El diseño y/o análisis e interpretación de datos
- La redacción del artículo o la revisión crítica de su contenido intelectual importante
- La aprobación final de la versión para ser publicada

Evaluación de documentos

Todos los documentos que se reciban, serán revisados de forma anónima por dos o tres personas expertas en el objeto de estudio y/o la metodología empleada. Se dará un promedio de dos semanas para la revisión por sus pares, pero de igual manera los tiempos de revisión dependen

de su disponibilidad. El Comité Editorial revisará las evaluaciones de los pares expertos y se tomará la decisión de aceptar el artículo, de reenviarlo al autor con modificaciones o rechazarlo.

Si el documento se acepta, pero con modificaciones, una vez que los autores envían la versión revisada de su artículo, el Comité Editorial procederá a revisar la nueva versión junto con la carta que deben enviar los autores, explicando los ajustes y modificaciones realizada a partir de las recomendaciones de los expertos.

Las recomendaciones en que no se esté de acuerdo, deben explicar los motivos detalladamente los autores. Se reservará el derecho de no publicar un documento si los autores no contestan a satisfacción los requerimientos planteados.

Una vez que haya sido aceptado el documento para su publicación, el Comité Editorial enviará un documento donde se manifieste la decisión editorial y se indicará el número en el que se publicará. La versión se enviará en formato PDF a los autores, con el fin de realizar una revisión general al artículo y devolver el mismo ya sea con ajustes pequeños o aprobado, dando como plazo 24 horas después del envío.

Presentación de los trabajos

Los artículos, deberán de contener los siguientes apartados, debidamente diferenciados y presentados en el siguiente orden:

Primera hoja:

Título: Lo más corto posible, sin interrogaciones ni exclamaciones y con carácter afirmativo, escribiéndolo en un máximo de 18 palabras.

Autores: Nombre completo de todos los autores en el orden de aparición en la publicación, su fecha de nacimiento, títulos académicos, dirección electrónica e información laboral institucional. Deberá de señalarse el autor a quien se dirija la correspondencia y se va a enviar los ejemplares

correspondientes a cada autor, con indicación de su dirección, teléfono, dirección electrónica o apartado postal.

Segunda hoja:

Resumen: Redactar un resumen estructurado con los siguientes subtítulos: objetivo, material y métodos, resultados y conclusiones. El resumen deberá de ser no mayor a 250 palabras, incluyendo la síntesis de cada uno de los elementos del artículo.

Se deberá de agregar de 3 a 5 palabras claves, que describan el contenido del documento, recomendándose normalizar las palabras claves que son aceptadas por bases de datos internacionales.

El resumen se deberá de presentar en idioma español y en inglés, al igual que las palabras clave.

Tercera hoja en adelante:

Introducción: Describir el desarrollo antecedente del problema u objeto de estudio y de una manera puntual, permita centrar el tema de estudio, indicando claramente las bases en que fundamenta el estudio, las razones que justifican su realización y el objetivo del estudio. La introducción debe redactarse enfatizando la necesidad del estudio, generando curiosidad en el lector.

Metodología: Esta sección detalla la forma de como se ha realizado el estudio. Debe de proporcionarse toda la información necesaria para que otros investigadores puedan replicar la investigación. Se debe de incluir la definición del tipo de estudio realizado, el objeto del trabajo, definición de la población, el tamaño y tipo de la muestra y forma de cálculo, el análisis estadístico utilizado, los procedimientos empleados, las marcas, modelos de equipos e insumos empleados.

Es importante agregar al final de este apartado, si la investigación fue aprobada por alguna comisión de investigación y ética, así como mencionar si

se obtuvo consentimiento informado por escrito por parte de las personas que participaron en la investigación.

Resultados: El objetivo de este apartado es presentar los resultados del análisis de los datos, mostrando si los datos obtenidos apoyan o no la hipótesis de la investigación, deben presentarse en una secuencia lógica, en textos apoyados en tablas y figuras que expresen claramente los resultados del estudio. No repetir en el texto todos los datos de las tablas y figuras, solo los más importantes.

Algunas consideraciones importantes para la redacción de resultados son: los resultados se presentan, pero no se interpretan, la presentación debe de ser concisa y han de presentarse de una sucesión lógica.

Discusión y conclusiones: En este apartado debe de destacarse los aspectos nuevos e importantes de las observaciones hechas, argumentando las conclusiones que de ellas se derivan. No deben repetirse en detalle los resultados que ha presentado en la sección anterior ni en la introducción, relacionando los obtenidos, con otros estudios relevantes sobre el tema, indicando las implicaciones de sus hallazgos y sus limitaciones. Deben de relacionarse las conclusiones con los objetivos del estudio, no haciendo suposiciones si no se ven apoyadas por los datos.

Agradecimientos: En este apartado se mencionan las personas o instituciones que han ayudado personal o materialmente en la elaboración del estudio, las personas que han atribuido al desarrollo del trabajo, pero cuya colaboración no justifica la autoría. Es necesario que se señale el tipo de colaboración.

Referencias bibliográficas

Las referencias se deben numerar, en secuencia, según su orden de aparición en el texto, por medio de números arábigos entre corchetes [], en texto plano, es decir, sin utilizar hipervínculos de notas al final. Cada referencia debe comenzar

con el apellido y luego las iniciales de todos los autores – sin signos de puntuación entre estos elementos – hasta un máximo de seis autores. Si son siete o más, deben citarse los seis primeros y luego la abreviatura et al. Si son varios autores, deben separarse con comas.

Se recomienda seguir de manera estricta, la guía esquemática de presentación de la *Norma Internacional Vancouver*.

Material gráfico: El material gráfico está constituido básicamente por tablas, cuadros y figuras. Todos deben estar anunciados o llamados en el texto, lo más cerca posible del punto en que deban insertarse. Los llamados en el texto se indican mediante la expresión tabla, mapa o figura, según el caso, seguida de su número correspondiente en arábigos. Las tablas y gráficos estarán contenidos dentro del archivo.

Las tablas deben llevar un título breve en la parte superior, a continuación del término tabla y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitan en la parte inferior. Se admiten como máximo seis tablas.

Las figuras pueden ser material ilustrativo diverso, como fotos, mapas, diagramas y esquemas. Deberán llevar un título lo más breve posible en la parte inferior, a continuación del término figura y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitan en la parte inferior, después del título.

Este material deberá enviarse tanto en el archivo electrónico fuente, como en Word o Power Point y en PDF, para que el diseñador tenga la oportunidad de adecuarlos a los espacios disponibles.

Los manuscritos deben ajustarse a los requerimientos del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, disponible en: ICMJE | Recommendations La versión oficial más reciente puede ser consultada en: www.icmje.org

Es necesario que todos los autores incluyan su identificador ORCID, éste se puede obtener en:

<https://orcid.org/register>.

Los artículos deberán enviarse a la revista educativa **Para la Salud**, a través de los siguientes correos:

revistaeducativa@paralasalud.com.mx

Dr. Carlos Belmont Martínez
Editor Médico

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias
Editor Médico Adjunto

Dra. Hilda Eugenia Zavaleta Alcántara
Co-Editora



27 al 29
Octubre
2026



XXVI CONGRESO INTERAMERICANO EN MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR WTC CIUDAD DE MEXICO



Programa sujeto a cambios

27
oct

09:00-09:45	Dolor abdominal en el anciano
09:45-10:30	Enfermedades reumatológicas. Soluciones diagnósticas y alternativas de tratamiento
10:30-11:00	INAUGURACIÓN
11:00-11:45	Nódulo tiroideo, Diagnóstico y tratamiento
11:45-12:30	Casos clínicos de dolor ortopédico y en medicina de primer contacto
12:30-13:15	Retos diagnósticos de enfermedades autoinmunes
13:15-14:00	RECESO VISITA AL ÁREA COMERCIAL
14:00-14:45	Manejo de hipertensión arterial en niños y adolescentes
14:45-15:15	El impacto de la obesidad en la salud cardiovascular
15:15-16:00	Enfermedad Vascular cerebral: Tratamiento oportuno

28
oct

09:00-09:45	Asma en la Infancia, EPOC en la edad adulta
09:45-10:30	Actualización en el abordaje del Síndrome Metabólico
10:30-11:15	ERGE, enfermedad ácido péptica y colon irritable: similitudes y diferencias de tratamiento
11:15-12:00	Embarazo de alto riesgo, identificación de señales de alarma, abordaje y criterios de referencia
12:00-12:45	Papel de los psicobióticos en el abordaje integral del Síndrome de Intestino Irritable
12:45-13:00	RECESO
13:00-13:45	Medicina del Adolescente
13:45-14:30	Trastornos neurocognitivos, detección temprana y manejo oportuno
14:30-15:15	Medicina del adolescente
15:15-16:00	Abordaje y tratamiento del Dolor músculo esquelético : Lumbalgia, Hombro

29
oct

09:00-09:55	Osteoporosis: Interpretación de la densitometría ósea y tratamiento actual. Lo que un médico familiar debe saber
09:55-10:50	Cistitis, uretritis y prostatitis: Su asociación con cáncer prostático
10:50-11:45	Problemas ano-rectales más frecuentes en consulta
11:45-12:35	Innovación en México de triple acción probiótica, prebiótica y protección inmunológica
12:35-13:00	RECESO
13:00-13:55	Parkinson...Más allá de fármacos
13:55-14:50	Depresión en las diferentes etapas de la vida. ¿Mismos riesgos? ¿Mismos tratamientos?
14:50-15:45	Medicina del adolescente
15:45-16:30	Lo Nuevo en el Manejo de la Diabetes Mellitus

Cuotas

Mes	Socios Activos	No socios
Julio	\$1,500.00	\$2,000.00
Agosto	\$2,000.00	\$2,500.00
Septiembre	\$2,500.00	\$3,000.00
Octubre previo al evento	\$3,000.00	\$3,500.00
Día del evento	\$3,000.00	\$4,000.00
Cuota estudiante		
Con credencial vigente previo al evento		
\$800.00		
Día del evento	\$1,000.00	

PAGO DE INSCRIPCIÓN

* Depositar la cantidad correspondiente en Número de **Cuenta:**
500 2953 8420
Clave Bancaria Estandarizada
(CLABE): **036 180 500 2953 8420 0**
Titular de Cuenta:
Academia Nacional de Medicina General y Familiar A.C.

* Enviar E-mail a **pagos@sistemed.com.mx**, adjuntando la ficha de depósito o transferencia correspondiente, indicando en asunto el concepto de pago.

* Como requisito indispensable deberá presentar el original al momento de registro al evento.

Hotel Sede



Tarifa en habitaciones
del 27-29 Octubre del 2026

Habitación estándar sencilla o doble **\$ 2,330.00 MN**

Incluye desayuno Elite (buffet + carta)

- ❖ Tarifa más 16% de IVA y 3.5% de ISH
- ❖ Tarifa por habitación por noche tarifa Incluye desayuno Elite para 1 o 2 adultos en restaurante Bistro según ocupación reservada
- ❖ Persona adicional \$750.00 MN más impuestos Hasta 2 menores de 12 años compartiendo la habitación, menor a partir de 12 años \$750 por noche más impuestos.
- ❖ 1 auto por habitación en el estacionamiento para hospedados en cortesía

Horarios de Entrada y Salida:

Entrada: 15:00 hrs

Salida: 13:00 hrs

En caso de requerir entradas anticipadas (Early Check In) o postergar alguna salida (Late Check Out) se hará el cargo de ½ renta o cargo completo según el horario de salida

PROCEDIMIENTO PARA RESERVACIONES

Las reservaciones deberán efectuarse vía telefónica directamente en el Hotel.

Central de Reservaciones

55 11 64 11 64 Ext. 3007

reservaciones@hoteldemexico.com

Todas las reservaciones deberán ser garantizadas con tarjeta de crédito, de lo contrario estarán vigentes hasta las 6 PM. El horario de atención es lunes a viernes de 09:00 a 18:00 hrs.; los sábados de 09:00 a 13:00 hrs.

INFORMES:

Colina de los Acónitos No. 1 Fracc. Boulevares, Naucalpan, Edo. de México, C.P. 53140

Tels. (55) 55 72 32 76, 55 72 66 24, 55 72 66 04, 53 93 71 07, 55 72 67 59

proximoseventos@paralasalud.com.mx

paralasalud.com.mx





Revista Educativa

ISSN 1405-4191

Para la Salud

Órgano Oficial de Difusión del Sistema de Educación
Continua para el Médico General y Familiar

INVITACION

A la comunidad de investigadores en general, para que envíen sus escritos para ser publicados en la Revista **PARA la SALUD**, en su Edición **239** del 2026.

Tipos de trabajos que se reciben:



Artículos originales (de 15 a 20 páginas).



Artículos de revisión (de 10 a 15 páginas).



Cartas al editor (de 1 a 2 páginas).



Casos clínicos (de 5 a 10 páginas).



Cultura Médica (2 a 5 páginas).



Historia de la medicina (5 a 7 páginas).

239

Año 2026

Cualquier duda, así como envío de escritos científicos para su evaluación y publicación, en el correo:

RevistaParalaSalud@outlook.com





*Ven y vive la
experiencia*

XVIII **Megacumbre** *Médica*

Acapulco



**MAYO
2027**

