

Año 1 | Vol. 1 | Número 4 | Septiembre 2026

EDINEEA

Revista Científica de Divulgación

EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y
ENFERMERÍA



Escuela de Enfermería de Apatzingán
Incorporada a la UMSNH



DIRECTORIO

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Dra. Yarábí Ávila González
Rectora

Dr. Javier Cervantes Rodríguez
Secretario General

Dr. Antonio Ramos Paz
Secretario Académico

Dr. Edgar Martínez Altamirano
Secretario administrativo

Dr. Miguel Ángel Villa Álvarez
Secretario de Difusión Cultural
y Extensión Universitaria

Jorge A. Manzo Méndez
Secretario Auxiliar

Dr. Jaime Espino Valencia
Coordinador de Investigación
Científica

Escuela de Enfermería de Apatzingán Incorporada a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

MSP. Ma. del Rocío Soria García
Directora

D. IPPI Nelson Isaí Osorio Lobos
Subdirector

MAH. Rosalba Acosta Rivera
Secretaria Académica

IGE. Selená Cerda Guillén
Secretaria Administrativa

MEMF. Armando Mendoza Barragán
Coord. de Atención Integral al
Estudiante

L.P. Itzel B. García Alcaraz
Coordinadora de Titulación y
Servicio Social

ENF. Vaneza Saavedra Silva
Servicios Escolares

Comité Editorial de la Escuela de Enfermería de Apatzingán

MAH Rosalba Acosta Rivera
Presidente

MEMF Armando Mendoza B.
Secretario

MSP Consuelo Martínez Gaytán
Vocal

MSP Herminia Alvarado Rivera
Vocal

MACH Ana María Aguirre Rincón
Vocal

MA Nicolás Aviña Castro
Vocal

MEAP Óscar E. Alcántar Carrillo
Vocal

IGE Selená Cerda Guillén
Representante del núcleo afectado

DCE Laura A. Calderón Morales
Vocal

CARTA EDITORIAL

Estimadas lectoras y estimados lectores:

Es un gusto presentar el **Número 4 de nuestra Revista Científica de Divulgación EDINEEA**, de la Escuela de Enfermería de Apatzingán, Incorporada a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; un espacio que busca acercar a estudiantes y profesionales a conocimientos, experiencias y reflexiones que contribuyan a fortalecer la atención y el cuidado de la salud.

En esta edición hemos querido ofrecer un recorrido que parte de la **atención clínica, continúa con la prevención y concluye con una mirada histórica y cultural de la salud**. Abrimos este número con la participación del **Dr. Pavel Loeza Magaña**, médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, quien aborda la discapacidad y la rehabilitación desde una perspectiva centrada en la funcionalidad, la autonomía y la inclusión. Su aportación nos recuerda que rehabilitar significa acompañar a la persona para recuperar, en la medida de lo posible, su participación en la vida cotidiana. Continuamos con el trabajo de la **MSP. Consuelo Martínez Gaytán**, dedicado a la vacunación materna contra el virus respiratorio sincitial, un tema de gran relevancia para la prevención y la protección de la salud materno-infantil. Finalmente, cerramos esta edición con el artículo de la **Dra. Laura Angélica Calderón Morales**, quien nos invita a mirar hacia la historia de la medicina tradicional a través del estudio del temazcal y su relación con la cosmovisión mesoamericana y el mundo purépecha. Una reflexión que nos recuerda que comprender la salud también implica reconocer los saberes, las prácticas y la cultura de los pueblos.

La diversidad de estos trabajos refleja una convicción: **la Enfermería se construye desde diferentes saberes y disciplinas, pero tiene siempre como centro a la persona y su bienestar**.

Agradecemos a cada uno de los autores por compartir sus conocimientos y experiencia, y a nuestros lectores por hacer posible que este proyecto continúe creciendo.

Esperamos que este número sea una invitación a aprender, cuestionar, reflexionar y seguir construyendo una Enfermería comprometida con el conocimiento, la prevención, la inclusión y el cuidado humano.

Atentamente

Dra. Laura Angélica Calderón Morales

Docente de la Escuela de Enfermería de Apatzingán

¿Qué es un médico especialista en rehabilitación y qué es la atención a la discapacidad?**Pavel Loeza Magaña***Medicina Física y Rehabilitación,
Centro Médico Nacional 20 de noviembre,
Ciudad de México*ORCID: 0000-0002-5013-8353
doctor.pavel@hotmail.com**Introducción**

La medicina de rehabilitación, es una especialidad cuyo objetivo es atender a las personas con alguna discapacidad, temporal o permanente. La discapacidad es una condición de salud donde la funcionalidad en las actividades cotidianas se encuentra limitada, y la participación en las actividades sociales y regulares se encuentra restringida (Gutenbrunner et al., 2011).

¿Qué es rehabilitación?

La rehabilitación comprende toda un área de ciencias afines, donde confluyen la medicina (fisiatría), la terapia física, la terapia ocupacional, la terapia del lenguaje, la enfermería, la psicología, ingenierías, etcétera, con el fin de ayudar a la persona que experimente una discapacidad, a ser incluida en las actividades (Gutenbrunner et al., 2011).

En este tenor, Cochrane Rehabilitación define a la Medicina de Rehabilitación como (Meyer et al., 2020):

La especialidad médica responsable de la prevención, diagnóstico médico, tratamiento y la gestión de la rehabilitación de personas de todas las edades con condiciones de salud discapacitantes y sus comorbilidades, abordando específicamente sus deficiencias y limitaciones de actividad, para facilitar su funcionamiento físico y cognitivo (incluido el comportamiento), la participación (incluida la calidad de vida) y la modificación de factores personales y ambientales. Por ello, y por el trabajo en equipo multiprofesional propio de la Medicina Física y Rehabilitación, el número de instrumentos de resultado en nuestra especialidad es incluso superior al de otras especialidades médicas denominadas “orgánicas”.

Mientras que, al proceso de rehabilitación como (Battel et al., 2024):

Un proceso colaborativo multimodal, centrado en la persona (Intervención general) que incluye intervenciones dirigidas a la “capacidad” de una persona (abordando estructuras, funciones y actividades corporales/ participación) y/o factores contextuales relacionados con el desempeño (específicos de la intervención), con el objetivo de “optimizar” el “funcionamiento” (resultado) de “personas con condiciones de salud que actualmente experimentan discapacidad o que

probablemente experimenten discapacidad, o personas con discapacidad” (Población).

Por lo tanto, el médico especialista en Medicina de Rehabilitación, es aquél que tiene formación en el tratamiento de la discapacidad, con comprensión en área como neuromuscular, osteoarticular, cognitiva, biomecánico y psicológico-ergonómico. Si bien, entiende la patología de órganos y sistemas, y conoce el tratamiento primario, su abordaje no será dirigido a la enfermedad en sí, sino a las limitaciones de autonomía y participación de la Persona, respecto de su entorno físico, familiar, laboral y social; buscando no la curación de una enfermedad, sino la mayor recuperación posible de funciones y capacidades (Loeza Magaña, 2024).

Discapacidad y Rehabilitación.

Para esto, se debe comprender que la relación entre discapacidad y rehabilitación es de tipo Objetivista: donde el objeto determina al sujeto: la razón de ser de la rehabilitación es la discapacidad misma. Sin discapacidad, no hay motivo para tener rehabilitación; y el objeto de estudio de las ciencias de la rehabilitación será la inclusión; en la que se favorezca que una persona participe en la cotidianidad; por lo tanto, la discapacidad está influenciada por factores cognitivos, afectivos y comportamentales, y no solamente por lo biológico; no representa necesariamente una inferioridad natural, sino una minoría social y muchas veces una restricción determinada por factores sociales (como el uso de escaleras para llegar a un punto elevado) que impiden funcionar adecuadamente (Loeza Magaña, 2024).

El médico especialista en Medicina de Rehabilitación entonces, estudia la discapacidad y los fenómenos que la rodean, trata pacientes de todas las edades, su punto de enfoque es la función y no la enfermedad, trata la discapacidad, el dolor, trabaja en conjunto con otros especialistas y ciencias afines, establece tratamientos dirigidos e individualizados, y trata a la persona y no a una región o problema (American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation [AAPM&R], n.d.). Puede participar en la medicina preventiva, en los tres niveles de atención: promoción de la salud y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, y limitación de secuelas (Loeza Magaña, 2014); además, realiza estudios de electromiografía, intervencionismo ecoguiado,

tratamiento de la espasticidad, prescripción de ortesis y prótesis, asesoría de la discapacidad y consultorías médico – legales; áreas como medicina regenerativa, manejo del dolor y la fisiología clínica del ejercicio son emergentes, pero otras, como rehabilitación neurológica, pediátrica o cardíaca, han sido ampliamente desarrolladas a lo largo de la historia de la especialidad (Gutenbrunner et al., 2011).

Se debe entender, de la misma forma, que la medicina de rehabilitación, no es una subespecialidad de especialidades basadas en órganos, y aunque haya rehabilitación “cardíaca”, “pulmonar”, “oncológica” y otras, en sí, son términos engañosos, ya que no es ser especialista en esas enfermedades de órganos específicos, sino en la discapacidad originada por trastornos de este aparato o sistema (Loeza Magaña, 2024).

La medicina de rehabilitación tampoco es “complementaria”, “holística” ni “alternativa”, es parte de la medicina científica y tiene procedimientos demostrados mediante la investigación; tampoco es “dar terapias”, sino establecer el programa más adecuado, centrado en la persona, con objetivos claros (Loeza Magaña, 2024).

Conclusión.

La medicina de rehabilitación es una especialidad médica que pretende estudiar y tratar a las personas con discapacidad, con el objetivo final de la inclusión. La Rehabilitación como tal, conlleva la actuación de múltiples disciplinas que atenderán áreas específicas de la discapacidad, y ayudarán a la mejoría de la funcionalidad.

Las áreas médicas y paramédicas deben conocer este marco contextual, para poder referenciar a una persona con discapacidad, al especialista adecuando, para su tratamiento específico en cuanto a limitaciones de la actividad y restricciones en la participación.

Referencias

- American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. (n.d.). *What is a physiatrist?* Retrieved August 11, 2026, from <https://www.aapmr.org/about-physiatry/about-physical-medicine-rehabilitation/what-is-physiatry>
- Battel, I., Arienti, C., Levack, W., Kiekens, C., & Negrini, S. (2024). The new rehabilitation definition for research purposes could improve rehabilitation description in Cochrane systematic reviews. *Cochrane Evidence Synthesis and Methods*, 2, 2(9), e70000. <https://doi.org/10.1002/cesm.70000>
- Gutenbrunner, C., Lemoine, F., Yelnik, A., Joseph, P.-A., de Korvin, G., Neumann, V., & Delarque, A. (2011). The field of competence of the specialist in physical and rehabilitation medicine (PRM). *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54, 54(5), 298–318. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2011.05.01>
- Loeza Magaña, P. (2014). La medicina de rehabilitación como elemento del primer nivel de prevención: Propuesta de «rehabilitación preventiva». *Rehabilitación*, 48, 48(3), 135–137. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2014.03.004>
- Loeza Magaña, P. (2024). Reflexiones epistemológicas sobre discapacidad, fisiatría y rehabilitación. *Investigación en Discapacidad*, 10, 10(2), 101–104. <https://doi.org/10.35366/116869>
- Meyer, T., Kiekens, C., Selb, M., Posthumus, E., & Negrini, S. (2020). Toward a new definition of rehabilitation for research purposes: A comparative analysis of current definitions. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56, 56(5), 672–681. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.20.06610-1>

Virus sincitial respiratorio en el embarazo: impacto de la vacunación materna en la salud infantil a corto y largo plazo.**MSP. Consuelo Martínez Gaytán**

consuelo.martinez.gaytan@umich.mx

Resumen

El virus respiratorio sincitial (VRS) constituye uno de los principales agentes causales de infección respiratoria aguda en la población infantil, especialmente durante los primeros meses de vida, etapa caracterizada por una mayor vulnerabilidad inmunológica y respiratoria. La infección puede ocasionar bronquiolitis, neumonía, insuficiencia respiratoria y hospitalización. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce al VRS como una causa importante de enfermedad respiratoria grave durante la primera infancia y señala que la inmunización materna constituye una de las principales estrategias disponibles para proteger a los lactantes pequeños (World Health Organization [WHO], 2025a, 2025b).

La vacunación materna representa una estrategia innovadora de prevención debido a que permite que la mujer embarazada desarrolle anticuerpos neutralizantes que posteriormente atraviesan la placenta y proporcionan protección pasiva al recién nacido durante los primeros meses de vida. La evidencia obtenida mediante ensayos clínicos demuestra que la vacuna bivalente basada en la proteína F en prefusión (RSVpreF) reduce significativamente la enfermedad grave por VRS en los lactantes (Kampmann et al., 2023).

El objetivo de este artículo es analizar la importancia de la vacunación contra el VRS durante el embarazo y discutir su posible impacto sobre la salud infantil a corto y largo plazo, la utilización de los servicios de salud y la carga económica y social asociada a la infección. Aunque la protección directa demostrada actualmente se concentra principalmente en los primeros seis meses de vida, existe interés científico en determinar si la reducción de infecciones graves durante la primera infancia podría disminuir posteriormente los episodios recurrentes de sibilancias y asma. Sin embargo, esta última posibilidad todavía no puede considerarse un beneficio causal demostrado de la vacunación.

Palabras clave: virus respiratorio sincitial, embarazo, vacunación materna, recién nacido, bronquiolitis, inmunidad pasiva, salud infantil, prevención.

Introducción

El virus respiratorio sincitial (VRS) es un virus respiratorio de ARN que representa una causa importante de infección de las vías respiratorias superiores e inferiores. Aunque puede producir cuadros similares al resfriado común, en los lactantes pequeños puede evolucionar hacia bronquiolitis, neumonía y enfermedad respiratoria grave. Los

lactantes pequeños presentan un riesgo particularmente elevado de complicaciones debido a la inmadurez de su sistema inmunitario y a las características anatómicas de sus vías respiratorias (WHO, 2025a).

La vulnerabilidad durante los primeros meses de vida convierte al VRS en un importante problema de salud pública. La enfermedad grave puede ocasionar dificultad respiratoria, hipoxemia, necesidad de oxígeno, ingreso hospitalario y, en los casos más graves, cuidados intensivos. Asimismo, la infección por VRS durante los primeros años de vida se ha relacionado con episodios posteriores de sibilancias recurrentes y otros problemas respiratorios; sin embargo, la relación causal entre la infección y estos desenlaces a largo plazo continúa siendo objeto de investigación (WHO, 2025a).

Ante esta situación, la vacunación durante el embarazo representa un cambio importante en la estrategia preventiva. En lugar de esperar a que el recién nacido desarrolle su propia respuesta inmunitaria, la vacunación materna aprovecha la transferencia fisiológica de inmunoglobulinas, principalmente IgG, a través de la placenta. De esta manera, los anticuerpos generados por la madre pueden proporcionar protección pasiva al lactante durante el periodo de mayor vulnerabilidad. La OMS reconoce actualmente dos estrategias principales para proteger a los lactantes frente al VRS: la vacunación materna y la administración de anticuerpos monoclonales de acción prolongada al recién nacido. La inmunización materna se recomienda durante el tercer trimestre en la mayoría de los contextos, con el propósito de favorecer la transferencia de anticuerpos al feto antes del nacimiento (WHO, 2025a, 2025b).

La evidencia clínica disponible demuestra que el principal beneficio de la vacunación materna se concentra en el corto plazo. El ensayo clínico MATISSE demostró que la vacuna RSVpreF redujo la enfermedad grave de las vías respiratorias inferiores asociada con VRS en 81.8 % durante los primeros 90 días de vida y en 69.4 % durante los primeros 180 días de vida (Kampmann et al., 2023). Posteriormente, estudios de vida real publicados en 2026 han confirmado una reducción importante del riesgo de hospitalización por VRS en lactantes de madres vacunadas, aunque la protección disminuye conforme aumenta la edad del niño (Jabagi et al., 2026; Rick et al., 2026).

Respecto de los efectos a largo plazo, existe interés en determinar si la prevención de infecciones graves

durante la primera infancia podría modificar la aparición posterior de sibilancias recurrentes o asma. No obstante, actualmente no existe evidencia suficiente para afirmar que la vacunación materna contra el VRS prevenga directamente estos desenlaces respiratorios a largo plazo. Por ello, este posible beneficio debe considerarse una hipótesis científicamente plausible, pero todavía no demostrada.

Desarrollo

VRS durante el embarazo y riesgo para el recién nacido.

La infección por VRS puede afectar a la mujer embarazada y producir una infección respiratoria de intensidad variable. Sin embargo, desde la perspectiva de salud pública, una de las principales preocupaciones es la elevada susceptibilidad del recién nacido a desarrollar enfermedad grave. El riesgo es particularmente importante durante los primeros meses de vida. La inmadurez de la respuesta inmunitaria del lactante y el pequeño calibre de sus vías respiratorias favorecen el desarrollo de obstrucción bronquiolar, dificultad respiratoria y alteraciones del intercambio gaseoso. Por esta razón, la prevención de la infección grave durante este periodo constituye un objetivo prioritario.

La vacunación materna permite utilizar el sistema inmunitario de la madre como mecanismo indirecto de protección del recién nacido. Después de la vacunación, la mujer desarrolla anticuerpos específicos contra el VRS. Durante las últimas semanas de gestación, las inmunoglobulinas maternas pueden atravesar la placenta mediante mecanismos de transporte activo y alcanzar la circulación fetal. Después del nacimiento, estos anticuerpos pueden proporcionar protección pasiva al lactante (WHO, 2025a). El mecanismo puede resumirse de la siguiente manera:

Vacunación materna → producción de anticuerpos → transferencia placentaria → nacimiento → anticuerpos maternos circulantes en el lactante → disminución del riesgo de enfermedad grave por VRS. La OMS señala que la inmunización materna debe realizarse durante el tercer trimestre. En la mayoría de los contextos, la recomendación internacional contempla la vacunación a partir de las 28 semanas de gestación, aunque la ventana específica puede variar de acuerdo con las recomendaciones nacionales, la disponibilidad del producto y la epidemiología local (WHO, 2025b).

Historia del descubrimiento del VRS

La historia del VRS comenzó en 1956, cuando Robert E. Blount Jr., James A. Morris y Robert E. Savage identificaron un agente citopatógeno en chimpancés que presentaban síntomas respiratorios. El agente fue denominado inicialmente *chimpanzee coryza agent* (CCA) (Blount et al., 1956). Posteriormente, en 1957, Robert M. Chanock, Bernard Roizman y Richard Myers aislaron un virus relacionado con el CCA a partir de lactantes con enfermedad respiratoria. Estos

investigadores contribuyeron a demostrar la relación del virus con las infecciones respiratorias infantiles y establecieron las bases para su reconocimiento como un importante patógeno humano (Chanock et al., 1957). El microorganismo recibió posteriormente el nombre de virus respiratorio sincitial debido a una característica microscópica de la infección: la formación de sincitios, estructuras celulares multinucleadas originadas por la fusión de células infectadas. Por lo tanto, el descubrimiento del VRS debe entenderse como un proceso científico colectivo y no como el resultado del trabajo de un único investigador (Barr et al., 2025).

Desarrollo de la vacuna basada en la proteína F en prefusión

El desarrollo de la vacuna basada en la proteína F en prefusión constituye un avance relevante porque utiliza el conocimiento estructural del VRS para estimular una respuesta de anticuerpos neutralizantes y, en el caso de la vacunación durante el embarazo, favorecer la transferencia transplacentaria de anticuerpos al feto. La evidencia clínica respalda que la vacuna RSVpreF puede reducir la enfermedad respiratoria grave por VRS en los lactantes, por lo que representa una estrategia preventiva con potencial para disminuir hospitalizaciones y complicaciones durante los primeros meses de vida (Langedijk & Bont, 2023; Simões et al., 2022). Sin embargo, este beneficio no debe interpretarse como una eliminación del riesgo, ya que la protección transferida es temporal y su efectividad puede disminuir conforme aumenta la edad del lactante. Desde una perspectiva crítica, la principal limitación no se encuentra únicamente en la tecnología de la vacuna, sino en la posibilidad de convertir su eficacia demostrada en un beneficio real para toda la población. Factores como la cobertura de vacunación durante el embarazo, el acceso oportuno a los servicios, la aceptación de las gestantes, la disponibilidad del biológico y la correcta aplicación de las recomendaciones pueden modificar considerablemente su impacto.

En agosto de 2023, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó Abrysvo como la primera vacuna indicada durante el embarazo específicamente para reducir el riesgo de enfermedad de las vías respiratorias inferiores y enfermedad grave por VRS en lactantes desde el nacimiento hasta los seis meses de edad (U.S. Food and Drug Administration [FDA], 2023). En Estados Unidos, la indicación contempla una dosis única entre las 32 y 36 semanas de gestación. Esta ventana busca proporcionar tiempo suficiente para la generación y transferencia de anticuerpos antes del nacimiento (FDA, 2023).

Importancia de la vacunación materna

La vacunación materna representa un cambio conceptual en la prevención de enfermedades infecciosas. En lugar de depender exclusivamente de la respuesta inmunitaria del recién nacido, se utiliza la respuesta inmunitaria de la madre para proporcionar

protección durante los primeros meses de vida. La OMS recomienda la vacunación materna contra el VRS durante el tercer trimestre y señala que debe existir suficiente tiempo entre la vacunación y el nacimiento para favorecer la transferencia de anticuerpos al feto (WHO, 2025). La ventana exacta de administración debe interpretarse de acuerdo con las recomendaciones de cada país.

Impacto clínico de la vacunación

La evidencia clínica demuestra que el principal beneficio de la vacunación materna consiste en reducir la enfermedad respiratoria grave y las hospitalizaciones por VRS durante los primeros meses de vida. Los resultados indican que la vacunación materna puede proporcionar una protección significativa durante el periodo en que el lactante presenta mayor vulnerabilidad. Entre los principales beneficios esperados se encuentran:

- reducción de la enfermedad respiratoria grave por VRS;
- reducción de hospitalizaciones;
- menor necesidad de atención en unidades de cuidados intensivos;
- disminución de la necesidad de oxígeno y soporte ventilatorio;
- menor utilización de servicios de urgencias;
- disminución de la carga asistencial para los sistemas de salud

La evidencia de vida real publicada en 2026 respalda estos resultados. En un estudio poblacional realizado en Francia, Jabagi et al. (2026) encontraron una efectividad de 50 % de la inmunización materna frente a la hospitalización por infección de las vías respiratorias inferiores asociada al VRS. La protección fue mayor durante los primeros días de vida y disminuyó progresivamente durante el seguimiento.

De manera similar, Rick et al. (2026), en un estudio de casos y controles realizado en Estados Unidos, estimaron una protección de aproximadamente 68 % frente a la hospitalización por enfermedad respiratoria aguda asociada al VRS y de 69 % frente a enfermedad de las vías respiratorias inferiores asociada al VRS en lactantes de 90 días o menos. Sin embargo, las estimaciones de efectividad pueden variar según la población, la cobertura de vacunación, la circulación viral, la edad del lactante y otros factores epidemiológicos.

Impacto potencial a largo plazo

La infección grave por VRS durante la primera infancia se ha asociado con un mayor riesgo posterior de sibilancias recurrentes, episodios respiratorios y asma. La OMS reconoce que las infecciones de las vías respiratorias inferiores por VRS durante los primeros años de vida pueden relacionarse con consecuencias respiratorias posteriores (WHO, 2025). Sin embargo, debe establecerse una diferencia entre asociación

epidemiológica y efecto causal de la vacunación. El hecho de que los niños que presentan infección grave por VRS tengan posteriormente mayor frecuencia de sibilancias no significa necesariamente que evitar la infección mediante vacunación vaya a prevenir el asma. Por este motivo, actualmente no debe afirmarse que la vacunación materna contra el VRS previene el asma. Lo que sí puede plantearse es que la reducción de infecciones graves durante una etapa crítica del desarrollo pulmonar podría tener consecuencias favorables a largo plazo.

Situación de Michoacán y pertinencia para Apatzingán

En Michoacán, la Secretaría de Salud del Estado informó en mayo de 2026 que la vacuna contra el VRS se encuentra disponible de manera gratuita para mujeres embarazadas entre las semanas 32 y 36 de gestación. La estrategia tiene como objetivo disminuir el riesgo de enfermedad respiratoria grave en los recién nacidos mediante la transferencia placentaria de anticuerpos maternos. Asimismo, durante la Semana Nacional de Vacunación 2026 se informó sobre la incorporación de la vacuna contra el VRS para personas embarazadas entre las semanas 32 y 36 de gestación (SSM, 2026). Apatzingán posee especial relevancia para este análisis debido a que constituye la sede de la Jurisdicción Sanitaria No. 7. La información oficial de la SSM identifica a esta jurisdicción como una de las estructuras territoriales responsables de la atención sanitaria regional. La pertinencia de desarrollar estrategias específicas en esta región se relaciona con la existencia de una red de unidades de atención primaria y hospitales que pueden participar en la identificación de mujeres embarazadas, vacunación durante el control prenatal, seguimiento neonatal y vigilancia de hospitalizaciones por enfermedades respiratorias.

No obstante, existe una importante brecha de información. Actualmente no se dispone públicamente de una serie epidemiológica suficientemente detallada que permita establecer con precisión la incidencia, hospitalización y mortalidad específicamente atribuibles al VRS en Apatzingán.

Conclusiones

La vacunación materna contra el virus respiratorio sincitial constituye una estrategia preventiva con evidencia sólida de eficacia para reducir la enfermedad respiratoria grave asociada al VRS durante los primeros meses de vida. El principal beneficio demostrado actualmente corresponde al corto plazo, especialmente durante los primeros seis meses de vida. La protección disminuye progresivamente con la edad del lactante, lo que coincide con el descenso de los anticuerpos maternos transferidos durante el embarazo. En relación con los efectos a largo plazo, la posibilidad de que la prevención de infecciones graves por VRS disminuya posteriormente. Sin embargo, todavía no existe evidencia suficiente para considerar que la vacunación materna prevenga directamente estos desenlaces.

En Michoacán, la disponibilidad gratuita de la vacuna para mujeres embarazadas entre las semanas 32 y 36 de gestación representa una oportunidad para fortalecer las acciones de prevención de enfermedad respiratoria grave durante la primera infancia (SSM, 2026a). Para Apatzingán, como sede de la Jurisdicción Sanitaria No. 7, el principal reto consiste en generar evidencia epidemiológica local que permita evaluar cobertura, efectividad, seguridad y repercusión sobre la utilización de los servicios de salud. Actualmente no existen datos públicos suficientes para establecer con precisión la incidencia de VRS, las hospitalizaciones o la mortalidad atribuible al virus exclusivamente en Apatzingán. Por ello, la reducción de la mortalidad debe considerarse un objetivo potencial de la estrategia, pero no como un efecto directamente demostrado en la población local.

- Beate , Kampmann; Ph.D, Shabir; A, Madhi., MB.; B., Ch.,; Ph. D.,; Lona Munjal., MD; Eric., AF, Simoes.,; Barabara, A. Pahud; M.D., MPH, Conrado Llapur., MD, , Jeffery Baker MD.; (05 de Abril de 2023). Vacuna bivalente prefusión F durante el embarazo para prevenir la enfermedad por VRS en lactantes. The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDIC, págs. ; 388 : 1451 - 1464.
- Food and Drug, Administration ;. (August 21). FDA aprueba la primera vacuna para personas embarazadas y prevenir el virus respiratorio sincitial (VRS). US, Department of Health and Human Services.
- Jabagi, , M-J.,; Bertrand., M. Gabet., ; A., Tréluyer., , L., ; Kolla, E.,, Rachas.,; A., , Oliè, V; Zureik., , M.; (20 de Junio de 2026). Maternal RSVpreF Immunisation Against Infant RSV Hospitalisation: Nationwide Population-Based Effectiveness and Durability Study. Boulevard Anatole France, pag. 67.
- McLellan., Jason S.; Chen, M, Joyce; Mallika Stewart-, Jones.,; G, B., Yang, Y.,; Baoshan, Zhang; Graepel., K.W., Kumar; A., Moin., S.,; (13 de agosto de 2023). Diseño basado en la estructura de una vacuna de glicoproteína de fusión contra el virus sincitial respiratorio. Sicienc, págs. págs. 592 - 598.
- Secretaria de , Salud de Michoacán;. (8 de mayo de 2026). Semana Nacional de vacunación. secretaria de salud.
- World Health, Organization ;. (19 de December de 2025). Respiratory syncytial virus (VRS). World Health Organization.

Referencias

- Barr, F, E., , et al.;. (2025). The story behind the science On the discovery of respiratory syncytial virus.

“EL TEMAZCAL EN LA COSMOVISIÓN MESOAMERICANA Y LA EVIDENCIA HISTÓRICA EN EL MUNDO PURÉPECHA”

Dra. Laura Angélica Calderón Morales
laura.angelica.calderon.morales@umich.mx

Resumen

Introducción: El temazcal constituye una práctica relevante de la medicina tradicional y la cosmovisión mesoamericana, con funciones higiénicas, terapéuticas, rituales y sociales documentadas en diversas sociedades. Sin embargo, la evidencia histórica y arqueológica sobre su presencia en el ámbito purépecha es limitada, particularmente en relación con el antiguo Hospital de La Concepción de Tiripetío. **Objetivo:** Analizar el papel del temazcal en la cosmovisión mesoamericana y evaluar críticamente la evidencia histórica disponible sobre su presencia en el mundo purépecha, mediante la revisión de fuentes documentales, lingüísticas, arqueológicas e historiográficas. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica narrativa con enfoque historiográfico, integrando fuentes primarias y secundarias de historia, arqueología, antropología, lingüística y medicina tradicional. El análisis se organizó en cuatro categorías: evidencia documental, lingüística, arqueológica e interpretaciones historiográficas. Como elemento complementario se incorporó un testimonio de memoria institucional del Exconvento de Tiripetío. **Resultados:** La evidencia revisada confirma la amplia difusión del temazcal en Mesoamérica y su diversidad funcional según los contextos culturales. En el ámbito purépecha, la Relación de Michoacán y el Diccionario de la lengua tarasca documentan referencias al baño, los baños calientes y prácticas relacionadas con el sahúmade; sin embargo, estas fuentes no permiten demostrar que dichos espacios correspondieran a temazcales con características arquitectónicas equivalentes a los identificados en otras regiones mesoamericanas. En el caso de Tiripetío, no se identificó evidencia documental o arqueológica publicada que confirme de manera concluyente la existencia de un temazcal en el antiguo asentamiento o en el Hospital de La Concepción. **Conclusiones:** La evidencia disponible permite reconocer la importancia cultural de las prácticas de baño y calor en el mundo purépecha, pero la existencia de un temazcal en Tiripetío debe considerarse una hipótesis abierta y no demostrada. El estudio destaca la necesidad de diferenciar entre evidencia, inferencia e hipótesis y propone fortalecer la investigación interdisciplinaria entre historia, arqueología, lingüística, antropología y ciencias de la salud. Desde Enfermería, el conocimiento crítico de estas prácticas contribuye a

una comprensión intercultural de los procesos históricos de cuidado y medicina tradicional.

Palabras clave

Temazcal; medicina tradicional; cultura purépecha; Tiripetío; historia de la medicina; cosmovisión mesoamericana; enfermería intercultural

Introducción

El temazcal constituye una manifestación relevante de la medicina tradicional y la cosmovisión mesoamericana, al integrar prácticas de higiene, atención terapéutica, purificación ritual y renovación física y espiritual. Su presencia ha sido documentada en diversos contextos históricos y arqueológicos de Mesoamérica, donde el baño de vapor se vinculó con prácticas médicas, rituales y sociales que adquirieron características particulares según cada sociedad (Alcina Franch, 2000; Ciudad Ruiz et al., 1980; Romero Contreras, 2001). Sin embargo, el conocimiento sobre su presencia y significado en el ámbito purépecha es considerablemente más limitado, particularmente en lo referente a evidencias históricas y arqueológicas.

Uno de los principales vacíos identificados corresponde a la frecuente afirmación de la existencia de un temazcal en el antiguo

hospital indígena de Tiripetío, atribuida al contexto colonial del siglo XVI. La revisión realizada en las fuentes documentales y

arqueológicas consultadas no ha permitido identificar evidencia publicada que confirme de manera explícita dicha afirmación. Asimismo, un testimonio contemporáneo obtenido de una trabajadora del Exconvento de Tiripetío señala la ausencia de registros escritos o tradición oral institucional que refieran la existencia de un temazcal en el recinto. Este testimonio se considera únicamente un elemento contextual y no una prueba histórica.

En consecuencia, la investigación plantea la necesidad de distinguir entre hechos documentados, interpretaciones académicas, inferencias y tradición oral, mediante la revisión crítica de fuentes históricas, evidencia arqueológica, información lingüística del purépecha antiguo y literatura especializada. Esta aproximación permitirá delimitar el conocimiento actualmente disponible sobre el temazcal en el territorio purépecha y evitar la reproducción de

afirmaciones cuya evidencia histórica aún no ha sido demostrada.

Objetivos

El objetivo general de este artículo es analizar el papel del temazcal en la cosmovisión mesoamericana y evaluar críticamente la evidencia histórica disponible sobre su presencia en el mundo purépecha, mediante la revisión de fuentes documentales, lingüísticas, arqueológicas e historiográficas.

De manera específica, se busca comprender el significado ritual, simbólico y terapéutico del temazcal, examinar las referencias del siglo XVI relacionadas con el baño de vapor en el ámbito purépecha, revisar la evidencia arqueológica disponible y valorar críticamente la información existente sobre su posible presencia en Tiripetío. Asimismo, se pretende distinguir entre evidencia documental, arqueológica, memoria institucional e interpretaciones historiográficas, identificar los principales vacíos de conocimiento y proponer futuras líneas de investigación.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa con enfoque historiográfico, orientada al análisis crítico de las evidencias documentales, lingüísticas y arqueológicas relacionadas con el temazcal en la cosmovisión mesoamericana y su posible presencia en el mundo purépecha. Se integraron aportaciones de historia, arqueología, antropología, etnografía y lingüística, siguiendo los principios del método histórico: heurística, crítica documental, interpretación y síntesis historiográfica.

La búsqueda documental incluyó fuentes primarias y secundarias en español e inglés, consultadas en Google Scholar, SciELO, Redalyc, Dialnet, JSTOR, bibliotecas digitales universitarias y repositorios del INAH. Se consideraron publicaciones sobre temazcal, cosmovisión indígena, medicina tradicional, cultura purépecha, arqueología del occidente de México y documentación colonial de los siglos XVI y XVII.

Entre las fuentes primarias se analizaron la Relación de Michoacán (Alcalá, 2000), el Diccionario de la lengua tarasca de fray Maturino Gilberti, publicado originalmente en 1559 (Gilberti, 1901), las Relaciones Geográficas de la Nueva España y crónicas franciscanas y agustinas. Las fuentes secundarias incluyeron estudios arqueológicos, antropológicos, históricos y etnohistóricos relacionados con el temazcal y la cultura purépecha.

La información fue organizada en cuatro categorías analíticas: evidencia documental, evidencia lingüística, evidencia arqueológica e interpretaciones historiográficas. Posteriormente, estas categorías fueron contrastadas para identificar coincidencias, discrepancias y vacíos de conocimiento, evitando extrapolar evidencias de otras culturas mesoamericanas al contexto purépecha sin respaldo específico.

Como fuente complementaria se incorporó una entrevista no estructurada a una trabajadora del Exconvento de Tiripetío, utilizada como testimonio de memoria institucional y no como evidencia histórica concluyente. Finalmente, se distinguieron los hechos documentados, las evidencias arqueológicas y lingüísticas, la memoria institucional y las hipótesis historiográficas, con el propósito de mantener una interpretación crítica y acorde con el alcance de las fuentes disponibles.

Marco conceptual e histórico

El temazcal constituye una práctica ancestral de la medicina tradicional mesoamericana, cuya presencia arqueológica se remonta a periodos tempranos de la historia mesoamericana y que continuó desarrollándose durante los periodos Clásico y Posclásico. Su presencia en diversas regiones de Mesoamérica evidencia su amplia difusión y adaptación cultural. Más que un espacio destinado al aseo, funcionó en distintos contextos como una institución relacionada con prácticas higiénicas, terapéuticas, rituales y sociales, incluyendo la atención de procesos relacionados con el embarazo y el puerperio (Alcina Franch, 2000; Ciudad Ruiz et al., 1980; Matarredona Desantes, 2014).

Desde la cosmovisión mesoamericana, el temazcal puede comprenderse como un espacio de transformación y recuperación del equilibrio entre cuerpo, espíritu y naturaleza. La interacción del agua, fuego, tierra y aire dentro del recinto adquirió significados relacionados con la regeneración y la purificación. Diversas interpretaciones antropológicas han relacionado además el espacio cerrado y cálido del temazcal con procesos simbólicos de transformación, renovación y regeneración (Alcina Franch, 2000; Romero Contreras, 2001).

En el ámbito de la medicina tradicional, el temazcal se empleó para diversos padecimientos y procesos de recuperación, mediante la combinación del calor húmedo, el vapor y el uso de plantas medicinales. Estas prácticas podían integrarse en sistemas terapéuticos en los que participaban especialistas tradicionales, como parteras y curanderos, articulando conocimientos corporales, botánicos y rituales (Alcina Franch, 1994, 2000).

Su dimensión religiosa también se manifestó en la asociación con determinadas deidades. Entre los mexicas destacan Toci o Teteo Innan y Temazcalteci, vinculadas con la medicina, las parteras y el baño de vapor (Sahagún, 2000). En el área maya, determinadas deidades han sido relacionadas con la medicina, fertilidad, parto y otros aspectos de la vida corporal; sin embargo, estas asociaciones no permiten establecer automáticamente la existencia de una deidad protectora específica del temazcal en todas las culturas mesoamericanas.

Para el mundo purépecha, las fuentes permiten reconocer divinidades como Cuerauáperi, Curicaueri y

Xarátanga, relacionadas con diferentes aspectos de la organización religiosa y cosmológica. Sin embargo, la evidencia disponible no permite establecer una asociación directa entre estas deidades y el temazcal (Alcalá, 2000). Esta diferenciación resulta fundamental para evitar trasladar al contexto purépecha modelos religiosos documentados en otras culturas mesoamericanas sin evidencia específica.

Evidencia arqueológica del temazcal en Mesoamérica

La evidencia arqueológica demuestra que el temazcal fue una práctica ampliamente difundida en Mesoamérica desde periodos tempranos, con continuidad durante los periodos Clásico y Posclásico. Se han identificado estructuras asociadas con baños de vapor en diversos sitios de Mesoamérica, tanto en contextos domésticos como ceremoniales y palaciegos. Esta diversidad evidencia que la práctica adquirió funciones higiénicas, terapéuticas, rituales y sociales de acuerdo con cada contexto cultural (Ciudad Ruiz et al., 1980; Alcina Franch, 2000; Matarredona Desantes, 2014). En el área maya, por ejemplo, se han documentado estructuras destinadas al baño de vapor en sitios como Palenque, donde se ha estudiado su función ritual y de purificación, así como en otros asentamientos de la región maya (Child, 2007; Matarredona Desantes, 2014). La evidencia arqueológica permite reconocer que estos espacios podían integrarse tanto en conjuntos ceremoniales como en ámbitos relacionados con la vida cotidiana.

Aunque existen variaciones arquitectónicas regionales, los temazcales arqueológicamente documentados suelen presentar recintos pequeños y cerrados, contruidos con piedra, adobe o mampostería, con sistemas destinados a producir y conservar calor y vapor mediante piedras calentadas y agua. Algunas estructuras cuentan con drenajes, pisos impermeabilizados y bancas interiores, y pueden encontrarse tanto en espacios domésticos como en conjuntos ceremoniales o palaciegos (Ciudad Ruiz et al., 1980; Matarredona Desantes, 2014).

La distribución de la evidencia es heterogénea. Mientras que el Altiplano Central, Oaxaca y el área maya cuentan con un registro arqueológico considerable, el Occidente de México y particularmente el territorio purépecha presentan importantes vacíos de investigación. La existencia de referencias documentales y lingüísticas relacionadas con el baño no permite, por sí misma, establecer una distribución arqueológica comparable con la documentada en otras áreas mesoamericanas.

Esta situación adquiere especial relevancia en el caso de Tiripetío, donde la revisión realizada para este estudio no ha identificado evidencia arqueológica publicada que confirme de manera concluyente la existencia de un temazcal, ya sea en el asentamiento prehispánico o en el conjunto conventual colonial. Sin embargo, esta ausencia no permite afirmar que la

práctica no haya existido, sino que establece un límite para lo que actualmente puede sostenerse con evidencia arqueológica.

En términos históricos, el temazcal mantuvo su presencia después de la conquista y continuó siendo utilizado en diversas comunidades indígenas, particularmente en prácticas relacionadas con la medicina tradicional, el embarazo, el puerperio y otros procesos terapéuticos. La continuidad y transformación de esta práctica durante el periodo colonial han sido analizadas desde una perspectiva de adaptación cultural (Alcina Franch, 2000; Ruiz Somavilla, 2011).

Para el campo de Enfermería, este antecedente resulta relevante al permitir reconocer el baño de vapor como parte de los sistemas tradicionales de atención y comprender la importancia de integrar una perspectiva histórica y cultural en el análisis de las prácticas de salud.

El temazcal en la tradición purépecha

La evidencia sobre el temazcal en la tradición purépecha es más limitada que la disponible para otras sociedades mesoamericanas. Las principales referencias proceden de fuentes documentales y lingüísticas del siglo XVI, particularmente de la Relación de Michoacán y del Diccionario de la lengua tarasca de fray Maturino Gilberti (Alcalá, 2000; Gilberti, 1901). Esta situación requiere una interpretación crítica que diferencie los datos documentados de las inferencias y de las hipótesis historiográficas.

La Relación de Michoacán constituye una fuente fundamental para el conocimiento de la sociedad purépecha y registra referencias a espacios destinados al baño. Entre ellas destaca el término Paquihurínguequa, interpretado como «asiento de mis baños», así como la mención de la construcción de un baño y un juego de pelota en un espacio relacionado con la deidad Xarátanga (Alcalá, 2000). Estos datos evidencian que el baño formaba parte del conocimiento y de la organización cultural purépecha durante el siglo XVI. Sin embargo, la fuente no describe las características arquitectónicas, el funcionamiento ni la finalidad específica de estos baños. Por ello, no permite determinar de manera concluyente que correspondieran a temazcales en el sentido arquitectónico documentado en otras regiones mesoamericanas.

La asociación del baño con Xarátanga resulta relevante desde una perspectiva histórico-religiosa, pero tampoco existe evidencia documental suficiente para establecer que esta deidad fuera una protectora del temazcal (Alcalá, 2000). De igual manera, aunque la proximidad entre el baño y el juego de pelota podría sugerir una posible relación ritual, la ausencia de información adicional impide considerarla como una conclusión histórica.

La evidencia disponible permite establecer que la sociedad purépecha conoció y utilizó espacios

destinados al baño, pero persisten interrogantes respecto a su naturaleza, arquitectura, funciones terapéuticas o rituales y posible equivalencia con los temazcales documentados en otras culturas mesoamericanas. Particularmente, no se dispone de evidencia documental o arqueológica publicada que permita identificar de manera concluyente un temazcal en Tiripetío.

Evidencia lingüística del temazcal en la tradición purépecha

La evidencia lingüística constituye una fuente fundamental para aproximarse a las prácticas culturales del pueblo purépecha durante el siglo XVI. En este contexto, el Diccionario de la lengua tarasca de fray Maturino Gilberti, publicado originalmente en 1559, representa un testimonio lexicográfico de gran relevancia, al conservar vocablos utilizados por hablantes indígenas pocas décadas después de la conquista (Gilberti, 1901). Su revisión permite identificar un campo semántico relacionado con el baño, el calor y el sahúmade, aunque no proporciona información suficiente para reconstruir directamente la arquitectura del temazcal.

Entre los términos señalados destacan Huringueua, traducido como «baño»; Huringueni, asociado con «tomar baños calientes»; y Huringureni, relacionado con «sahumar o perfumarse» (Gilberti, 1901). En conjunto, estas voces evidencian que el baño y las prácticas relacionadas con el calor constituían conceptos reconocibles dentro de la lengua purépecha del siglo XVI. La semejanza entre los términos sugiere además un campo conceptual común vinculado con prácticas corporales, higiénicas, terapéuticas o rituales.

Particular interés presenta Huringueni, debido a su referencia explícita a los baños calientes, elemento que guarda correspondencia con uno de los principios fundamentales del baño de vapor. Sin embargo, esta información no permite establecer por sí sola que dichos baños fueran temazcales, ni determinar cómo se producía el calor, cuáles eran las características de los espacios utilizados o qué funciones específicas desempeñaban (Gilberti, 1901).

Por su parte, Huringureni, relacionado con el sahúmade o perfumado, introduce una posible dimensión terapéutica y ritual. No obstante, la fuente lingüística no establece de manera explícita una relación entre este término y el temazcal, por lo que dicha conexión debe considerarse una interpretación y no una conclusión histórica definitiva.

En términos historiográficos, el análisis del vocabulario registrado por Gilberti fortalece la evidencia de que el baño y los baños calientes formaban parte del universo cultural purépecha del siglo XVI, pero no permite demostrar de manera concluyente la existencia de un temazcal con características equivalentes a los documentados

arqueológicamente en otras regiones mesoamericanas (Gilberti, 1901).

Análisis filológico

El análisis filológico comparativo evidencia que, aunque el baño de vapor estuvo presente en diversas tradiciones mesoamericanas, cada sociedad desarrolló formas lingüísticas particulares para conceptualizar esta práctica. En la tradición náhuatl, el término temazcalli se relaciona etimológicamente con el espacio destinado al baño de vapor; esta concepción se encuentra documentada dentro de la tradición nahua y en las fuentes coloniales que describen sus prácticas médicas y rituales (Sahagún, 2000).

En el caso purépecha, el Diccionario de la lengua tarasca de Gilberti registra los vocablos Huringueua, Huringueni y Huringureni, relacionados respectivamente con el baño, los baños calientes y el sahúmade o perfumado (Gilberti, 1901). Estos términos proporcionan evidencia lingüística sólida de prácticas relacionadas con el baño y el uso del calor, pero no documentan un vocablo equivalente a temazcalli que pueda traducirse literalmente como «casa del vapor». Por ello, el análisis lingüístico por sí solo no permite establecer que los espacios referidos correspondieran a un temazcal como estructura arquitectónica.

En las lenguas mayas, la situación es diferente: existe amplia evidencia arqueológica de baños de vapor, pero la diversidad lingüística y cultural de la región impide asumir necesariamente la existencia de un único término panmaya equivalente a temazcalli (Child, 2007; Matarredona Desantes, 2014).

El Hospital de La Concepción de Tiripetío: obra hospitalaria agustiniana y continuidad de las prácticas asistenciales indígenas

El Hospital de La Concepción de Tiripetío constituye un referente significativo para comprender el desarrollo de la asistencia sanitaria indígena durante los primeros años de la Nueva España. La revisión historiográfica permite establecer que su fundación estuvo vinculada con la labor de los agustinos fray Diego de Chávez y fray Juan de San Román, con la participación del encomendero don Juan de Alvarado. El hospital formó parte de un proyecto más amplio de organización de la población de Tiripetío, que comprendió también el convento, la escuela y otros espacios destinados a la vida comunitaria (Muriel, 1990; Neri-Vela et al., 2025).



Figura 2. El Hospital de La Concepción, Tiripetío. Imagen fotográfica del conjunto histórico del sitio.

Desde esta perspectiva, el Hospital de La Concepción no debe interpretarse únicamente como un establecimiento destinado al tratamiento de enfermedades. Su funcionamiento integró diversas prácticas asistenciales, entre ellas la atención de enfermos, hospedaje de peregrinos, alimentación, limpieza, asistencia religiosa y participación comunitaria. La atención sanitaria era proporcionada por los religiosos con apoyo de médicos indígenas, mientras que la población participaba en distintas actividades relacionadas con el sostenimiento y funcionamiento de la institución (Muriel, 1990).

Un elemento particularmente relevante para el estudio del temazcal es la infraestructura relacionada con el agua. La documentación historiográfica refiere la construcción de una red mediante acequias y cañerías que permitía conducir el agua hacia diferentes espacios de Tiripetío, entre ellos el hospital y el convento. Asimismo, se describe el hospital como un establecimiento de dimensiones considerables, con corredores, enfermería, cocinas, patio y disponibilidad permanente de agua. La atención de los enfermos incluía, además, el suministro de ropa limpia, alimentación y cuidado de las condiciones de higiene (Muriel, 1990; Neri-Vela et al., 2025).

La presencia de esta infraestructura resulta relevante porque permite reconocer que el agua, la higiene y el cuidado corporal formaban parte de la organización asistencial del hospital. Sin embargo, desde una perspectiva historiográfica rigurosa, estos elementos no deben interpretarse como evidencia de la existencia de un temazcal. Las fuentes revisadas no describen una estructura de baño de vapor ni establecen una relación explícita entre las pilas, fuentes o sistemas hidráulicos del hospital y dicha práctica (Muriel, 1990; Neri-Vela et al., 2025).



Figura 2. Placa del Convento de Tiripetío, Michoacán. Fuente: Muriel, 1990.

El caso de Tiripetío debe situarse, además, dentro de un proceso más amplio de desarrollo de la asistencia hospitalaria indígena en Michoacán. Durante los siglos XVI y XVII coexistieron diferentes experiencias promovidas por franciscanos, agustinos y el clero secular. En este contexto, los hospitales michoacanos conservaron características particulares, al mantenerse como organizaciones indígenas tuteladas por instituciones religiosas, con una participación significativa de las propias comunidades en su funcionamiento (Muriel, 1990; Neri-Vela et al., 2025).

Esta precisión resulta fundamental para diferenciar la experiencia de Tiripetío de la desarrollada por fray

Juan de San Miguel. La documentación revisada sitúa a este último dentro de la tradición hospitalaria franciscana, particularmente relacionada con Uruapan, mientras que Tiripetío corresponde a la tradición hospitalaria agustiniana. Ambas experiencias forman parte del desarrollo de la asistencia indígena en Michoacán, pero no deben confundirse ni atribuirse a un mismo fundador (Muriel, 1990; Neri-Vela et al., 2025).

En relación con el temazcal, esta distinción permite formular una interpretación más prudente. El contexto histórico demuestra la continuidad de prácticas indígenas relacionadas con la higiene, el cuidado corporal y las terapias tradicionales durante el periodo colonial; asimismo, la importancia del agua dentro de la infraestructura de Tiripetío hace pertinente investigar las posibles relaciones entre las prácticas asistenciales indígenas y las nuevas instituciones hospitalarias. No obstante, la documentación analizada no permite demostrar que dentro del Hospital de La Concepción de Tiripetío existiera un temazcal.

Por tanto, la posible presencia del temazcal en Tiripetío debe mantenerse como una hipótesis abierta, pero no demostrada. Esta postura permite evitar tanto la afirmación de una práctica para la cual no existe evidencia suficiente como la negación absoluta de su posible existencia. La ausencia de una referencia documental o arqueológica identificada hasta el momento debe entenderse como una limitación del conocimiento disponible y como un estímulo para futuras investigaciones.

Conclusión

La presente revisión permite establecer que el temazcal constituye una práctica de profunda relevancia dentro de la medicina tradicional y la cosmovisión mesoamericana, al integrar dimensiones higiénicas, terapéuticas, rituales y sociales. La evidencia arqueológica e histórica demuestra su amplia distribución y continuidad en diversas sociedades mesoamericanas; sin embargo, también evidencia que sus formas, funciones y significados no fueron homogéneos, por lo que su interpretación debe realizarse atendiendo a las particularidades de cada contexto cultural.

En el caso del pueblo purépecha, la evidencia documental y lingüística permite afirmar que el baño y las prácticas relacionadas con el calor formaban parte de su universo cultural durante el siglo XVI. Las referencias de la Relación de Michoacán y los vocablos registrados por fray Maturino Gilberti —particularmente Huringuequa, Huringueni y Huringureni— constituyen elementos relevantes para reconocer la existencia de prácticas vinculadas con el baño, los baños calientes y el sahúmade. No obstante, estas evidencias no permiten demostrar por sí mismas la existencia de un temazcal como estructura arquitectónica equivalente a los documentados en otras regiones de Mesoamérica.

Respecto a Tiripetío, la revisión realizada no identificó evidencia documental o arqueológica publicada que permita confirmar de manera concluyente la existencia de un temazcal en el antiguo asentamiento o en el Hospital de La Concepción. La infraestructura hidráulica y las prácticas de higiene documentadas en el hospital demuestran la importancia del agua, el cuidado corporal y la asistencia sanitaria dentro de la organización hospitalaria agustiniana, pero no constituyen evidencia de un baño de vapor. Asimismo, resulta necesario mantener la distinción histórica entre la obra hospitalaria agustiniana de Tiripetío y la tradición franciscana asociada con fray Juan de San Miguel.

Por ello, la posible existencia de un temazcal en Tiripetío debe permanecer como una hipótesis abierta, pero no demostrada. Esta postura no implica negar su posible existencia, sino reconocer los límites de la evidencia actualmente disponible y evitar convertir una inferencia o una tradición historiográfica en un hecho histórico. Uno de los principales aportes del presente trabajo consiste en establecer una diferenciación metodológica entre evidencia, inferencia e hipótesis, indispensable para el estudio riguroso de la medicina tradicional y de la historia de la salud en los pueblos originarios.

Desde la perspectiva de Enfermería, el estudio del temazcal adquiere especial relevancia porque permite reconocer que las prácticas de cuidado y atención de la salud poseen raíces históricas y culturales que deben ser comprendidas dentro de su propio contexto. El conocimiento de estas tradiciones favorece una aproximación intercultural al cuidado, respetuosa de los saberes comunitarios, pero sustentada en la valoración crítica de la evidencia y en la seguridad de las personas.

Referencias

- Alcalá, J. de. (2000). Relación de Michoacán (M. Franco Mendoza, Coord.; C. Martínez Ibáñez & C. Molina Ruiz, Paleografía). El Colegio de Michoacán; Gobierno del Estado de Michoacán.
- Alcina Franch, J. (1994). Plantas medicinales para el "temazcal" mexicano. *Estudios de Cultura Náhuatl*, 24, 15–26. <https://nahuatl.historicas.unam.mx/index.php/ecn/article/view/78191>
- Alcina Franch, J. (2000). Temazcalli: Higiene, terapéutica, obstetricia y ritual en el Nuevo Mundo. Escuela de Estudios Hispano-Americanos, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Child, M. B. (2007). Ritual purification and the ancient Maya sweatbath at Palenque. En D. B. Marken (Ed.), *Palenque: Recent investigations at the Classic Maya center* (pp. 233–264). AltaMira Press.
- Ciudad Ruiz, A., Alcina Franch, J., & Iglesias Ponce de León, M. J. (1980). El "temazcal" en Mesoamérica: Evolución, forma y función. *Revista Española de Antropología Americana*, 10, 93–132. <https://revistas.ucm.es/index.php/REAA/article/view/REAA8080110093A>
- Gilberti, M. (1901). *Diccionario de la lengua tarasca ó de Michoacán* (A. Peñafiel, Ed.). Tipografía de la Oficina Impresora de Estampillas. (Trabajo original publicado en 1559).
- Matarredona Desantes, N. (2014). La arquitectura del baño de vapor en la cultura maya. *Estudios de Cultura Maya*, 44, 11–40. <https://doi.org/10.19130/iifl.ecm.2014.44.117>
- Muriel, J. (1990). *Hospitales de la Nueva España. Tomo I: Fundaciones del siglo XVI*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas; Cruz Roja Mexicana.
- Neri-Vela, R., Sánchez-Fernández, L. V., Carrillo-Esper, R., & Rodríguez-Virgen, F. A. (2025). Las órdenes religiosas hospitalarias en la Nueva España del siglo XVII. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 48(4), 270–279. <https://doi.org/10.35366/121405>
- Romero Contreras, A. T. (2001). Visiones sobre el temazcal mesoamericano: Un elemento cultural polifacético. *Ciencia Ergo Sum*, 8(2), 133–144.
- Ruiz Somavilla, M. J. (2011). El temazcal mesoamericano: Un modelo de adaptación cultural. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.62198>
- Sahagún, B. de. (2000). *Historia general de las cosas de Nueva España*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

REVISTA EdInEEA (EDUCACIÓN INVESTIGACIÓN EEA),

Digital. Año 1, Vol. 1, Núm. 4 septiembre 2026, es

una publicación Trimestral Editada por la Escuela de Enfermería de Apatzingán, Incorporada a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, con domicilio en la calle Cananea número 60 de la Colonia aviación, CP 60640 en la Ciudad de Apatzingán, Michoacán; Teléfono 4535341879,

licenfermeriaapatzingan@gmail.com,

www.enfermeriaumich.com.mx, Editor responsable de publicación

comité editorial. Fecha de última actualización 01 de septiembre del 2026. Reserva de derechos al uso exclusivo Núm 04-2025-101317140300-102. ISSN en trámite, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura de la Escuela de Enfermería de Apatzingán. Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

CERTIFICADO

Dirección de Reservas de Derechos

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 173, 174, 175 y 189 de la Ley Federal del Derecho de Autor, 70 y 77 de su Reglamento, el Instituto Nacional del Derecho de Autor otorga la presente:

RESERVA DE DERECHOS AL USO EXCLUSIVO

RESERVA: 04-2025-101317140300-102
TÍTULO: EDINEEA (EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN EEA)
GÉNERO: PUBLICACIONES PERIÓDICAS
ESPECIE: REVISTA
TITULAR: ESCUELA DE ENFERMERIA DE APATZINGÁN, MICHOACÁN, A.C. 100%
DOMICILIO: CANEANA N° 60
AVIACIÓN
APATZINGÁN CP. 60640
MICHOACÁN DE OCAMPO, MEXICO

El presente certificado tendrá una vigencia de un año, contados a partir de la fecha de expedición, y podrá ser renovado por periodos sucesivos iguales, previa comprobación fehaciente del uso de la reserva de derechos, que el interesado presente a este Instituto dentro del plazo comprendido desde un mes antes, hasta un mes posterior al día de su vencimiento. En caso de no renovarse en los términos señalados, la reserva de derechos caducará, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 185, 186 y 191 de la Ley Federal del Derecho de Autor y 79 de su Reglamento.

Con fundamento en los artículos 176, 179, 182, fracción II, 183 fracción I, 184, fracción I y 188, fracción I, inciso a), de la Ley Federal del Derecho de Autor, la Reserva de Derechos al Uso Exclusivo que ampara el presente certificado deberá ser utilizada tal y como le sea otorgada por esta autoridad, sin sufrir cambios que pudieran presentar identidad o semejanza que cause confusión con otra previamente otorgada, toda vez que durante su vigencia podrá ser objeto de cancelación, o bien, al momento de solicitar su renovación la misma será negada.

Ciudad de México, 13 de octubre de 2025

DIRECTOR DE RESERVAS DE DERECHOS

ALBERTO ARENAS BADILLO

DIRECCIÓN DE
RESERVAS DE DERECHOS



CULTURA
SECRETARÍA DE CULTURA



INDAUTOR
INSTITUTO NACIONAL DEL DERECHO DE AUTOR