



Revista Pensamiento Científico Latinoamericano

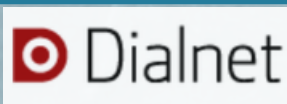
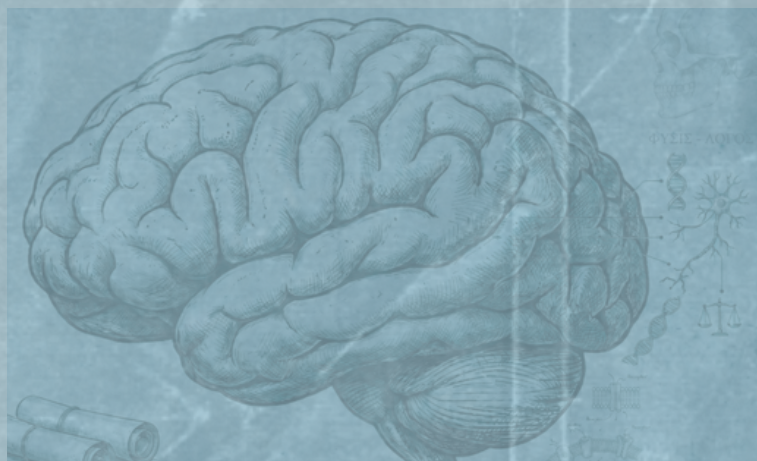
Versión Online: ISSN 2953-6413
Versión Impresa: ISSN 2953-6405

VOLUMEN 5 , NO.9

AÑO 2026
REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR

"Horizontes Multidisciplinares: Avances en la Salud Integral, Innovación Educativa y Transformación Social"

- CARCINOMA BASOCELULAR PERIOcular CON AFECTACIÓN ORBITARIA EXTENSA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO OFTALMOLÓGICO
- COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL EN MUJERES DE EDAD MEDIANA: FACTORES ASOCIADOS, ESCALA CLAVIEN-DINDO
- VALOR DIAGNÓSTICO DE LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA EN INFERTILIDAD
- INFECCIONES COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN TUBÁRICA EN LA INFERTILIDAD
- PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN EL CLIMATERIO
- CARCINOMA BASOCELULAR ULCERADO EN ADULTO MAYOR: IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA PRESERVACIÓN FUNCIONAL. REPORTE DE UN CASO
- UNA REVISIÓN HISTORIOGRÁFICA DE LA OBESIDAD DESDE LA MEDICINA Y LA CULTURA
- COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIAL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN GRUPOS ESPECÍFICOS. POLICLÍNICO "LUIS CARBÓ"
- CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y CITOLÓGICA DE LA SEQUEDAD VAGINAL EN LA MUJER DE LA EDAD MEDIANA
- ATAXIA ESPINOCEREBELOSA TIPO II, EN CUBA: AVANCES EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS
- INTEGRACIÓN DEL DISEÑO UNIVERSAL PARA EL APRENDIZAJE (DUA) EN LA FORMACIÓN DE DOCENTES DE EDUCACIÓN BÁSICA: ESTRATEGIAS PARA LA DOCENCIA UNIVERSITARIA INCLUSIVA
- DISEÑO DE ACCIONES COMUNITARIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR
- APLICACIÓN DE MODELO PEDAGÓGICO PARA LA FORMACIÓN MÉDICA SOBRE CULTURA DEL ENVEJECIMIENTO Y LONGEVIDAD
- DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y MEJORA CONTINUA EN INGENIERÍA INDUSTRIAL: DISEÑO DE MESA BIMANUAL CON MECANISMO INTEGRADO
- ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA EN ARQUITECTURA: RESULTADOS PRELIMINARES EN LOS CONTEXTOS MUNDIAL, LATINOAMERICANO Y NACIONAL
- LA NOTIFICACIÓN PERSONAL EN EL MARCO DE LA LEY 2213 DE 2022: UNA REVISIÓN CRÍTICA DE LA IMPLEMENTACIÓN Y DESAFÍOS FUTUROS EN EL DERECHO PROCESAL
- MOVIMIENTO CON SENTIDO: YOGA, EJERCICIO FÍSICO Y BIENESTAR MENTAL EN UNIVERSITARIOS
- PRIMEROS AUXILIOS PSICOPEDAGÓGICOS: UN ENFOQUE PREVENTIVO Y ORIENTADOR
- PROTOCOLO DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (PAP) PARA EDUCADORES EN ENTORNOS DE CRISIS DEL CANTÓN DURÁN
- EL AMOR COMO FORMA Y PRAXIS DEL CONOCIMIENTO: CRÍTICA A LA DESHUMANIZACIÓN ACTUAL DEL MUNDO
- ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES DE MEDICINA
- ESTUDIANTES CON DESEMPEÑO ESTUDIANTIL EXITOSO Y ESTILO DE APRENDIZAJE PREFERENTE





**CARCINOMA BASOCELULAR PERIOCCULAR CON AFECTACIÓN
ORBITARIA EXTENSA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO
OFTALMOLÓGICO**

**PERIOCCULAR BASAL CELL CARCINOMA WITH EXTENSIVE ORBITAL
INVOLVEMENT: DESCRIPTION OF AN OPHTHALMOLOGICAL CLINICAL
CASE**

Dra. Yamileidy Figueredo de Garaycoa

Obten: Doctora en Ciencias de la Educación.

M.Sc. Gerencia en Salud Pública.

Especialista en Oftalmología

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7555-8799>

Fecha de presentación: enero/ 2026

Fecha de aceptación: abril/ 2026

Fecha de publicación: junio/ 2026

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Figueredo de Garaycoa, Y. (2026). Carcinoma basocelular periocular con afectación orbitaria extensa: Descripción de un caso clínico oftalmológico. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 1-12.

RESUMEN

El carcinoma basocelular periocular constituye la neoplasia maligna más frecuente de los anexos oculares y se caracteriza por crecimiento lento, comportamiento localmente invasivo y baja capacidad metastásica. Aunque generalmente presenta evolución favorable cuando es diagnosticado tempranamente, las formas avanzadas pueden ocasionar destrucción tisular extensa, invasión orbitaria y severo compromiso funcional ocular. **Objetivo:** Presentar un caso clínico oftalmológico de carcinoma basocelular periocular avanzado con afectación orbitaria extensa e invasión perineural en un paciente adulto mayor. **Presentación de caso:** Paciente masculino de aproximadamente 70 años de edad, con antecedente de exposición solar crónica y lesión periocular derecha de larga evolución, quien acudió al servicio de oftalmología por aumento progresivo de volumen, ulceración extensa, deformidad facial y deterioro funcional ocular. Al examen físico se evidenció lesión tumoral ulcerada con destrucción severa de los párpados y compromiso orbitario avanzado. El estudio histopatológico reportó proliferación neoplásica constituida por nidos y cordones de células basaloideas con núcleos hiperclomáticos, compatibles con carcinoma basocelular infiltrativo con invasión perineural. Debido al avanzado estadio tumoral y extensa afectación anatómica, el paciente no fue candidato a tratamiento quirúrgico curativo, indicándose únicamente manejo sintomático y paliativo. **Conclusiones:** El



carcinoma basocelular periocular avanzado puede producir destrucción orbitaria extensa y compromiso funcional irreversible cuando el diagnóstico y tratamiento son tardíos. El cuadro clínico, junto con los hallazgos histopatológicos de patrón infiltrativo e invasión perineural, permitió establecer el diagnóstico definitivo y orientar la conducta terapéutica. La identificación temprana y el abordaje multidisciplinario continúan siendo fundamentales para disminuir la morbilidad asociada a esta enfermedad.

Palabras clave: carcinoma basocelular; invasión orbitaria; invasión perineural; neoplasias perioculares; oftalmología oncológica.

SUMMARY

Periocular basal cell carcinoma is the most common malignant neoplasm of the ocular adnexa and is characterized by slow growth, locally invasive behavior, and low metastatic potential. Although it generally has a favorable outcome when diagnosed early, advanced forms may lead to extensive tissue destruction, orbital invasion, and severe ocular functional impairment. Objective: To present an ophthalmologic clinical case of advanced periocular basal cell carcinoma with extensive orbital involvement and perineural invasion in an elderly patient. Case presentation: A male patient approximately 70 years old, with a history of chronic sun exposure and a long-standing right periocular lesion, presented to the ophthalmology service due to progressive enlargement, extensive ulceration, facial deformity, and progressive ocular functional deterioration. Physical examination revealed an ulcerated tumor lesion with severe eyelid destruction and advanced orbital involvement. Histopathological examination demonstrated neoplastic proliferation composed of nests and cords of basaloid cells with hyperchromatic nuclei, consistent with infiltrative basal cell carcinoma with perineural invasion. Due to the advanced tumor stage and extensive anatomical involvement, the patient was not considered a candidate for curative surgical treatment, and only symptomatic and palliative management was indicated. Conclusions: Advanced periocular basal cell carcinoma may produce extensive orbital destruction and irreversible functional impairment when diagnosis and treatment are delayed. The clinical presentation, together with histopathological findings of infiltrative pattern and perineural invasion, allowed definitive diagnosis and therapeutic decision-making. Early identification and multidisciplinary management remain essential to reduce the morbidity associated with this disease.



Keywords: basal cell carcinoma; orbital invasion; perineural invasion; periocular neoplasms; ocular oncology.

INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos perioculares representan un importante problema de salud en oftalmología debido a su capacidad de producir alteraciones funcionales, compromiso estético facial y afectación de estructuras oculares profundas. Entre estas neoplasias, el carcinoma basocelular constituye la entidad más frecuente y se caracteriza por un comportamiento predominantemente local, con crecimiento progresivo e infiltración tisular variable según el subtipo histológico y el tiempo de evolución.

La región periocular posee características anatómicas particulares que favorecen la extensión tumoral hacia estructuras adyacentes, especialmente cuando el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas. El compromiso orbitario secundario al carcinoma basocelular es una complicación poco frecuente, pero clínicamente relevante, debido a la elevada morbilidad ocular y la complejidad terapéutica que representa. En estos casos, la destrucción de tejidos perioculares, la infiltración profunda y la afectación funcional ocular pueden limitar considerablemente las opciones de tratamiento curativo.

Además, el desarrollo de lesiones cancerosas perioculares avanzadas suele relacionarse con múltiples factores, entre ellos exposición solar crónica, edad avanzada, condiciones socioeconómicas desfavorables y retraso en la atención especializada. Estas circunstancias favorecen la progresión tumoral y aumentan el riesgo de invasión local extensa, incluyendo compromiso perineural y orbitario.

Desde el punto de vista diagnóstico, la correlación entre la evaluación clínica, los estudios histopatológicos y las técnicas de imagen resulta fundamental para determinar la extensión de la enfermedad y orientar el manejo terapéutico. Asimismo, el abordaje multidisciplinario adquiere especial importancia en lesiones localmente avanzadas, donde frecuentemente se requiere la participación conjunta de oftalmología, oncología y cirugía reconstructiva.

El presente artículo expone un caso clínico oftalmológico de carcinoma basocelular periocular con afectación orbitaria extensa e invasión perineural en un paciente adulto mayor, resaltando



sus manifestaciones clínicas, hallazgos anatomopatológicos y las limitaciones terapéuticas derivadas del avanzado estadio tumoral.

DESARROLLO

El carcinoma basocelular (CBC) constituye la neoplasia maligna cutánea más frecuente a nivel mundial y representa aproximadamente el 80% de los cánceres de piel no melanoma.⁽¹⁾ Su aparición se relaciona principalmente con la exposición crónica a radiación ultravioleta, edad avanzada, fototipos claros e inmunosupresión.⁽²⁾ Además, aunque presenta bajo potencial metastásico, posee un comportamiento localmente invasivo capaz de ocasionar importante destrucción tisular cuando no es diagnosticado y tratado oportunamente.⁽³⁾

En este contexto, la región periocular representa una de las localizaciones más frecuentes del carcinoma basocelular en cabeza y cuello, correspondiendo entre el 5 % y el 10 % de todos los tumores cutáneos palpebrales.⁽⁴⁾ El párpado inferior y el canto medial constituyen las áreas anatómicas más afectadas debido a su mayor exposición solar y complejidad estructural.⁽⁵⁾ Desde la perspectiva oftalmológica, estas lesiones adquieren especial relevancia por el riesgo de compromiso funcional ocular, invasión orbitaria y alteraciones estéticas severas.⁽⁶⁾

Asimismo, el carcinoma basocelular periocular suele presentar en sus etapas iniciales un crecimiento lento y manifestaciones clínicas inespecíficas, situación que favorece retrasos diagnósticos y terapéuticos.⁽⁷⁾ A medida que la enfermedad progresa, puede producir destrucción palpebral extensa, infiltración de tejidos profundos y afectación de las estructuras anexas oculares.⁽⁸⁾ En consecuencia, la invasión orbitaria representa una complicación poco frecuente, pero potencialmente devastadora, asociada a elevada morbilidad y necesidad de procedimientos quirúrgicos radicales.⁽⁹⁾

Por otra parte, el diagnóstico temprano y el abordaje multidisciplinario resultan fundamentales para disminuir las complicaciones funcionales y mejorar el pronóstico visual y oncológico de estos pacientes.⁽¹⁰⁾ Los avances en cirugía oculoplástica, técnicas reconstructivas e imagenología orbitaria han permitido optimizar el manejo terapéutico de lesiones perioculares avanzadas.⁽¹¹⁾ Sin embargo, los carcinomas basocelulares gigantes o con extensa invasión orbitaria continúan representando un importante desafío diagnóstico y terapéutico para la oftalmología oncológica.⁽¹²⁾



Debido a lo anteriormente expuesto, los casos avanzados de carcinoma basocelular periocular poseen gran relevancia clínica y académica por su agresividad local y repercusión funcional ocular. La documentación científica de estas lesiones permite ampliar el conocimiento sobre sus manifestaciones clínicas, comportamiento biológico y alternativas terapéuticas disponibles.

En tal sentido, el objetivo del presente artículo es presentar un caso clínico oftalmológico de carcinoma basocelular periocular avanzado con compromiso orbitario extenso, destacando sus características clínicas, abordaje diagnóstico y manejo terapéutico.

Asimismo, la estadificación tumoral constituye un elemento fundamental para determinar la extensión de la enfermedad, establecer el pronóstico y orientar la conducta terapéutica en pacientes con carcinoma basocelular periocular avanzado. La American Joint Committee on Cancer (AJCC), en su octava edición, establece el sistema TNM como método de referencia para la clasificación de tumores palpebrales, considerando el tamaño tumoral, profundidad de invasión, compromiso orbitario, afectación ganglionar regional y presencia de metástasis a distancia.⁽¹³⁾ Según este sistema, las lesiones con invasión de estructuras orbitarias, erosión ósea o infiltración profunda de tejidos periorculares corresponden a estadios localmente avanzados, particularmente categorías T4, asociadas a peor pronóstico funcional y mayor complejidad terapéutica.⁽¹⁴⁾

De igual manera, Finger et al. señalaron que la correlación clínico-radiológica e histopatológica resulta indispensable para una adecuada estadificación del carcinoma basocelular periocular, especialmente en casos con sospecha de invasión orbitaria o compromiso perineural.⁽¹⁵⁾ En este contexto, estudios de imagen como la tomografía computarizada contrastada y la resonancia magnética permiten determinar con mayor precisión la extensión tumoral, infiltración de tejidos blandos, compromiso óseo y afectación de estructuras profundas orbitarias.⁽¹⁶⁾ La correcta clasificación tumoral permite individualizar el manejo terapéutico y definir la posibilidad de tratamientos conservadores, cirugía radical o manejo paliativo en casos irresecables.⁽¹⁷⁾

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 78 años de edad, procedente de zona rural con antecedente de exposición solar crónica durante actividades laborales al aire libre. Acudió al servicio de oftalmología por presentar aumento progresivo de volumen en región periocular izquierda, asociado a ulceración



extensa, dolor local, secreción serohemática intermitente, deformidad facial y deterioro funcional ocular progresivo. El paciente refirió lesión periocular derecha de más de 15 años de evolución, con crecimiento progresivo, sin recibir evaluación oftalmológica ni tratamiento especializado oportuno. No se documentaron antecedentes oncológicos previos ni enfermedades sistémicas de relevancia clínica.

Al examen físico oftalmológico, se evidenció una lesión tumoral ulcerada de gran tamaño localizada en la región periocular izquierda, con destrucción extensa de los párpados superior e inferior y pérdida importante de la arquitectura anatómica periocular. La lesión presentaba bordes irregulares, áreas necróticas, friable y abundante tejido costroso, acompañándose de infiltración profunda de tejidos blandos faciales y marcada deformidad anatómica periocular.

Asimismo, se observó compromiso orbitario severo con exposición de estructuras profundas y marcada deformidad facial ipsilateral. Clínicamente se evidenció limitación funcional ocular secundaria a la extensa invasión local. Debido al avanzado estado de la lesión y la importante destrucción anatómica periocular, no fue posible realizar una evaluación funcional oftalmológica completa, incluyendo determinación precisa de agudeza visual, motilidad ocular y fondo de ojo. La conjuntiva y estructuras perioculares remanentes mostraban una importante reacción inflamatoria local secundaria al proceso tumoral avanzado como se observa en la imagen (*ver fig. 1*).



Fig.1. Lesión ulcerada periocular izquierda compatible con carcinoma basocelular avanzado con extensa destrucción palpebral y compromiso orbitario severo.

Debido al avanzado compromiso local y al deterioro general de las estructuras orbitarias, se solicitó tomografía computarizada (TC) contrastada de órbitas y macizo facial para valorar la extensión tumoral y el grado de invasión orbitaria.



La tomografía evidenció una lesión expansiva e infiltrativa localizada en la región periocular izquierda, de contornos irregulares y comportamiento agresivo, con extensa destrucción de tejidos blandos palpebrales y compromiso de la cavidad orbitaria ipsilateral. Se observó infiltración difusa de la grasa extraconal e intraconal, con pérdida de los planos anatómicos normales y desplazamiento del globo ocular. Asimismo, se identificó compromiso de músculos extraoculares y erosión ósea focal de las paredes orbitarias mediales e inferiores, sin evidencia de extensión intracraneal en el estudio realizado.

El estudio histopatológico de la biopsia incisional evidenció proliferación neoplásica constituida por nidos y cordones de células basaloides con núcleos hipercromáticos, escaso citoplasma y disposición periférica en empalizada, hallazgos compatibles con carcinoma basocelular infiltrativo. Asimismo, se identificaron áreas de infiltración profunda del estroma y compromiso perineural tumoral, asociado a importante invasión local de tejidos perioculares. No se observaron características histológicas sugestivas de diferenciación escamosa. Los hallazgos anatomopatológicos confirmaron el diagnóstico de carcinoma basocelular periocular avanzado con comportamiento localmente agresivo.

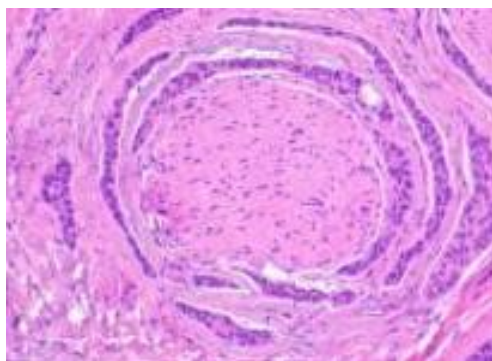


Fig.2. La histología Compromiso perineural tumoral evidenciado, proliferación tumoral formada por nidos y cordones de células basaloides con núcleos hipercromáticos, dispuestos en la dermis subyacente, hallazgos sugestivos de crecimiento infiltrativo tumoral compatible con carcinoma basocelular infiltrativo.

De acuerdo con los hallazgos clínicos, histopatológicos e imagenológicos obtenidos, la lesión fue compatible con carcinoma basocelular periocular localmente avanzado con extensa invasión orbitaria. Considerando el compromiso profundo de estructuras perioculares, infiltración de tejidos orbitarios y erosión ósea focal evidenciada en la tomografía computarizada contrastada, el tumor fue clasificado clínicamente como: cT4aN0M0.



La categoría T4a correspondió a invasión de estructuras orbitarias y tejidos adyacentes profundos; N0 indicó ausencia de adenopatías regionales clínicamente evidentes y M0 ausencia de metástasis a distancia documentadas durante la evaluación inicial.

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular periocular constituye la neoplasia maligna más frecuente de los anexos oculares y, aunque generalmente presenta crecimiento lento y bajo potencial metastásico, puede desarrollar comportamiento localmente agresivo cuando el diagnóstico y tratamiento son tardíos.⁽¹⁸⁾ La invasión orbitaria representa una complicación poco frecuente, pero clínicamente significativa, asociada a elevada morbilidad funcional y complejidad terapéutica.⁽¹⁹⁾

Diversos estudios han señalado que la frecuencia del compromiso orbitario en el carcinoma basocelular periocular oscila entre 1,6 % y 5,5 % de los casos, observándose principalmente en tumores recurrentes, lesiones de larga evolución y pacientes con acceso limitado a atención médica especializada.⁽²⁰⁾ En el presente caso, el extenso compromiso orbitario y la destrucción anatómica periocular probablemente estuvieron relacionados con el tiempo prolongado de evolución tumoral y la ausencia de intervención terapéutica temprana.

Asimismo, la localización anatómica desempeña un papel importante en la progresión tumoral. El canto medial y las regiones perioculares profundas han sido descritos como sitios de mayor riesgo para invasión orbitaria debido a la menor resistencia de los planos tisulares y la proximidad a estructuras anatómicas orbitarias.⁽²¹⁾ De manera similar, los subtipos histológicos infiltrativos y morfeiformes se asocian con mayor capacidad invasiva, recurrencia local y extensión perineural.⁽²²⁾ En este paciente, el estudio histopatológico evidenció patrón infiltrativo con invasión perineural, hallazgo reconocido como marcador de agresividad biológica y peor pronóstico oncológico.⁽²³⁾

Por otra parte, múltiples autores han señalado que el retraso diagnóstico continúa siendo uno de los principales factores asociados al desarrollo de carcinomas basocelulares gigantes y localmente avanzados.⁽²⁴⁾ Las manifestaciones iniciales suelen ser inespecíficas y de crecimiento lento, lo que favorece que muchos pacientes subestimen la lesión o retrasen la búsqueda de atención médica.⁽²⁵⁾ Esta situación resulta particularmente relevante en



poblaciones rurales y pacientes con exposición solar crónica, como ocurrió en el presente caso clínico.

En relación con la evaluación diagnóstica, las técnicas de imagen, especialmente la tomografía computarizada y la resonancia magnética, poseen gran importancia para determinar la extensión tumoral, compromiso de estructuras orbitarias profundas e infiltración ósea o perineural.⁽²⁶⁾ Estos estudios permiten planificar adecuadamente el manejo quirúrgico y establecer el pronóstico funcional del paciente. Sin embargo, en casos extremadamente avanzados, como el aquí descrito, las posibilidades terapéuticas pueden verse considerablemente limitadas debido al extenso daño anatómico y la irresecabilidad tumoral.

El tratamiento del carcinoma basocelular periocular depende de la localización, tamaño tumoral, profundidad de invasión y compromiso orbitario.⁽²⁷⁾ La cirugía con control histológico de márgenes continúa siendo el tratamiento de elección en lesiones localizadas.⁽²⁸⁾ No obstante, en presencia de invasión orbitaria extensa pueden requerirse procedimientos radicales como exenteración orbitaria, asociados en algunos casos a radioterapia o terapias dirigidas con inhibidores de la vía Hedgehog, como vismodegib.^(29,30) A pesar de los avances terapéuticos recientes, algunos pacientes con enfermedad muy avanzada o deterioro clínico significativo únicamente pueden recibir manejo paliativo y sintomático, tal como ocurrió en el presente caso.

Desde el punto de vista pronóstico, la invasión perineural y el compromiso orbitario se consideran factores asociados a mayor recurrencia tumoral, progresión local y deterioro funcional irreversible.⁽³¹⁾ Además, estas formas avanzadas ocasionan importante impacto psicológico, estético y social, afectando significativamente la calidad de vida de los pacientes.⁽³²⁾

El presente caso posee relevancia oftalmológica debido a la magnitud de la destrucción periocular y la extensa afectación orbitaria observada. La documentación de este tipo de lesiones contribuye a reforzar la importancia del diagnóstico precoz, seguimiento oportuno y abordaje multidisciplinario en pacientes con tumores perioculares sospechosos, especialmente en poblaciones con factores de riesgo y acceso limitado a servicios especializados.

CONCLUSIONES

- El carcinoma basocelular periocular constituye una neoplasia cutánea de



comportamiento predominantemente local, cuya evolución prolongada y ausencia de tratamiento oportuno pueden favorecer destrucción tisular extensa e invasión orbitaria severa. La presencia de compromiso perineural e infiltración profunda representa un hallazgo histopatológico asociado a mayor agresividad tumoral y peor pronóstico funcional.

- El cuadro clínico observado en el presente caso, junto con los hallazgos histopatológicos compatibles con carcinoma basocelular infiltrativo con invasión perineural, permitió establecer el diagnóstico definitivo de enfermedad localmente avanzada con afectación orbitaria extensa. La magnitud del compromiso anatómico imposibilitó la realización de tratamiento quirúrgico curativo, por lo que únicamente fue posible instaurar manejo sintomático y paliativo orientado al control clínico y mejora de la calidad de vida del paciente.
- Este caso resalta la importancia del diagnóstico precoz, seguimiento especializado y abordaje multidisciplinario en pacientes con lesiones perioculares sospechosas, especialmente en poblaciones con exposición solar crónica y acceso limitado a servicios oftalmológicos. La documentación de formas avanzadas de carcinoma basocelular periocular contribuye a fortalecer el reconocimiento temprano de esta enfermedad y sus potenciales complicaciones orbitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- NCCN. (2024). *Basal Cell Skin Cancer (Version 2.2024)*. National Comprehensive Cancer Network. <https://www.nccn.org>
- 2- Lear, J. T., Smith, H. V., Heagerty, A. H., Strange, R. C., & Fryer, A. A. (2007). *Basal cell carcinoma*. *BMJ*, 334(7583), 351–354.
- 3- Rubin, A. I., Chen, E. H., & Ratner, D. (2005). *Basal-cell carcinoma*. *New England Journal of Medicine*, 353(21), 2262–2269.
- 4- Cakir, B., & Adamson, P. (2018). Periocular basal cell carcinoma: clinical features and management. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*, 34(5), 394–401.
- 5- Cook, B. E., & Bartley, G. B. (2001). Treatment options and future prospects for the management of eyelid malignancies. *Ophthalmology Clinics of North America*, 14(1), 179–200.



- 6- Deprez, M., & Uffer, S. (2009). Clinicopathological features of eyelid skin tumors: a retrospective study. *Journal of Cutaneous Pathology*, 36(3), 348–355.
- 7- Miller, S. J. (1995). Biology of basal cell carcinoma (Part I). *Journal of the American Academy of Dermatology*, 33(1), 1–10.
- 8- Wong, J. S., & Albert, D. M. (2004). Periocular basal cell carcinoma with orbital invasion. *Ophthalmology*, 111(1), 123–129.
- 9- Faris, M. M., & McNab, A. A. (2010). Orbital invasion by periocular basal cell carcinoma. *Orbit*, 29(5), 270–276.
- 10- Shields, J. A., & Shields, C. L. (2016). *Eyelid, Conjunctival, and Orbital Tumors: An Atlas and Textbook*. Wolters Kluwer.
- 11- Harvey, J. T., & Anderson, R. L. (2013). Advances in oculoplastic reconstruction after tumor excision. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*, 29(3), 165–172.
- 12- Kakkassery, V., & Haug, R. (2015). Management of advanced periocular basal cell carcinoma: challenges and outcomes. *Orbit*, 34(6), 321–328.
- 13- Madge SN, Khine AA, Thaller VT, Davis G, Malhotra R, Selva D. Change in management of periocular basal cell carcinoma over 17 years. *Orbit*. 2010;29(4):196-198.
- 14- Leibovitch I, McNab A, Sullivan T, Davis G, Selva D. Orbital invasion by periocular basal cell carcinoma. *Ophthalmology*. 2005;112(4):717-723.
- 15- Sun MT, Wu A, Figueira E, Huilgol SC, Selva D. Management of periocular basal cell carcinoma. *Clin Exp Ophthalmol*. 2015;43(7):650-661.
- 16- Allali J, D'Hermies F, Renard G. Basal cell carcinomas of the eyelids. *Ophthalmologica*. 2005;219(2):57-71.
- 17- Amin MB, Edge SB, Greene FL, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK, et al. *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York: Springer; 2017.
- 18- Esmaeli B, Nasser QJ, Cruz H, Vagefi MR. Orbital invasion in periocular basal cell carcinoma: classification and clinical implications. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2016;32(4):241-245.
- 19- Finger PT, Milner MS, McCormick SA. Topical chemotherapy for eyelid and conjunctival malignancies: indications and outcomes. *Surv Ophthalmol*. 2008;53(1):47-60.
- 20- Rootman J. *Diseases of the Orbit: A Multidisciplinary Approach*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.



- 21- Bichakjian CK, Olencki T, Aasi SZ, Alam M, Andersen JS, Berg D, et al. Basal cell skin cancer, version 1.2016: Clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016;14(5):574-597.
- 22- Sexton M, Jones DB, Maloney ME. Histologic pattern analysis of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 1990;23(6):1118-1126.
- 23- Garcia-Serra A, Hinerman RW, Mendenhall WM, et al. Carcinoma of the skin with perineural invasion. *Head Neck*. 2003;25(12):1027-1033.
- 24- Archontaki M, Stavrianos SD, Korkolis DP, et al. Giant basal cell carcinoma: clinicopathological analysis of 51 cases. *Anticancer Res*. 2009;29(7):2655-2663.
- 25- Betti R, Radaelli G, Bombonato C, Crosti C, Menni S. Anatomic location and histopathologic subtype of basal cell carcinomas. *Dermatol Surg*. 2010;36(4):419-424.
- 26- Rootman J. *Diseases of the Orbit: A Multidisciplinary Approach*. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- 27- Bichakjian CK, Olencki T, Aasi SZ, et al. Basal cell skin cancer guidelines. *J Natl Compr Canc Netw*. 2016;14(5):574-597.
- 28- Mosterd K, Krekels GA, Nieman FH, et al. Surgical excision versus Mohs micrographic surgery for primary basal-cell carcinoma. *Lancet Oncol*. 2008;9(12):1149-1156.
- 29- Sekulic A, Migden MR, Oro AE, et al. Efficacy and safety of vismodegib in advanced basal-cell carcinoma. *N Engl J Med*. 2012;366(23):2171-2179.
- 30- Sagiv O, Thakar SD, Kandl TJ, et al. Vismodegib as eye-sparing treatment for locally advanced periocular basal cell carcinoma. *Br J Ophthalmol*. 2019;103(6):775-779.
- 31- Mendenhall WM, Amdur RJ, Hinerman RW, Cogeneta AB. Skin cancer of the head and neck with perineural invasion. *Am J Clin Oncol*. 2007;30(1):93-96.
- 32- Kornek T, Augustin M. Quality of life in patients with periocular basal cell carcinoma. *Ophthalmologe*. 2013;110(4):364-368.



COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL EN
MUJERES DE EDAD MEDIANA: FACTORES ASOCIADOS, ESCALA CLAVIEN-
DINDO

COMPLICATIONS OF TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY IN MIDDLE-
AGED WOMEN: ASSOCIATED FACTORS, CLAVIEN-DINDO SCALE

Autores:

Fecha de presentación:	febrero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/ 2026

Dr. Rodolfo Valentín Martínez Camilo, M.Sc.

Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado.

ORCID: [0000-0002-4371-4039](https://orcid.org/0000-0002-4371-4039)

E-Mail: valentin.mtnez@infomed.sld.cu

Dra. Laura Arletys Camacho Rodríguez

Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia

ORCID: [0009-0001-7141-6674](https://orcid.org/0009-0001-7141-6674)

E-Mail: laurarletys@gmail.com

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Martínez Camilo V. & Camacho Rodríguez L. (2026) Complicaciones de la histerectomía total abdominal en mujeres de edad mediana: factores asociados, escala clavién-dindo. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 13-27.

RESUMEN

Introducción: La histerectomía total abdominal (HTA) constituye uno de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos más frecuentemente realizados en el mundo, siendo la vía abdominal la ruta quirúrgica empleada. Esta intervención se indica principalmente en mujeres de edad mediana, es decir, aquellas que se encuentran en el rango etario de 40 a 59 años, quienes con mayor frecuencia presentan patologías benignas como leiomiomas uterinos, adenomiosis, etc. Si bien la HTA ofrece solución definitiva a numerosas afecciones ginecológicas, conlleva un espectro de complicaciones que pueden comprometer significativamente la calidad de vida de las pacientes. El **objetivo** de este estudio es determinar, según la clasificación de Clavien Dindo, qué factores se asociaron y qué tipo de complicaciones presentaron las mujeres. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en el Hospital Docente-Ginecobstétrico de Guanabacoa, en



La Habana, durante el periodo de Marzo del 2025 a Marzo del 2026. La muestra estuvo constituida por 136 mujeres de la edad mediana, operadas de histerectomía abdominal, que presentaron alguna complicación en el posoperatorio. **Resultados:** La mayor concentración de pacientes fue 46 años, lo que representa el 33,8%. El predominio de pacientes premenopáusicas fue de 120 mujeres, que representó el 88,3%. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente, con 50 pacientes, lo que representa el 36,7%. El mioma uterino representó la principal indicación quirúrgica, con 62 mujeres para un 45,6%. La mayoría de las pacientes no presentó complicaciones o presentó complicaciones leves, según la clasificación de Clavien-Dindo. **Conclusiones:** La histerectomía por patología benigna sigue siendo el procedimiento predominante, con un bajo índice de complicaciones mayores.

Palabras claves: histerectomía abdominal; mujer de edad mediana; escala Clavien– Dindo.

ABSTRACT

Introduction: Total abdominal hysterectomy (TAH) is one of the most frequently performed gynecological surgical procedures worldwide, with the abdominal route being the commonly used surgical approach. This intervention is mainly indicated in middle-aged women, that is, those in the age range of 40 to 59 years, who more frequently present benign pathologies such as uterine leiomyomas, adenomyosis, etc. Although TAH provides a definitive solution to numerous gynecological conditions, it entails a spectrum of complications that can significantly affect patients' quality of life. The **objective** of this study is to determine, according to the Clavien-Dindo classification, which factors were associated and what types of complications the women presented. **Method:** A descriptive, retrospective, cross-sectional study was conducted at the Guanabacoa Teaching Gyneco-Obstetric Hospital in Havana, during the period from March 2025 to March 2026. The sample consisted of 136 middle-aged women who underwent abdominal hysterectomy and presented some postoperative complication. **Results:** The highest concentration of patients was at 46 years, representing 33.8%. The predominance of premenopausal patients was 120 women, representing 88.3%. Arterial hypertension was the most frequent comorbidity, with 50 patients (36.7%). Uterine fibroid was the main surgical indication, with 62 women (45.6%). Most patients did not present complications or present mild complications according to the Clavien-Dindo



classification. **Conclusions:** Hysterectomy for benign pathology remains the predominant procedure, with a low rate of major complications.

Keywords: Abdominal Hysterectomy, Middle aged woman, Clavien-Dindo classification.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía total abdominal (HTA) constituye uno de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos más frecuentemente realizados en el mundo. En Estados Unidos se efectúan aproximadamente 600,000 histerectomías al año, siendo la vía abdominal la ruta quirúrgica empleada en cerca del 35 al 55% de los casos (1,2). Esta intervención se indica principalmente en mujeres de edad mediana, es decir, aquellas que se encuentran en el rango etario de 40 a 59 años, quienes con mayor frecuencia presentan patologías benignas como leiomiomas uterinos, Adenomiosis, hemorragia uterina anormal, endometriosis etc. La edad media de las pacientes sometidas a este procedimiento oscila entre los 48 y 52 años, lo que refleja la estrecha asociación entre la histerectomía y el período peri menopáusico (3,4). Si bien la HTA ofrece solución definitiva a numerosas afecciones ginecológicas, conlleva un espectro de complicaciones que pueden comprometer significativamente la calidad de vida de las pacientes, por lo que su conocimiento resulta indispensable para el adecuado manejo clínico y la consejería preoperatoria.

Asimismo, la comorbilidad preoperatoria, particularmente la diabetes mellitus , la hipertensión arterial y otras se reconocen como factores de riesgo independientes para el desarrollo de complicaciones mayores en mujeres de edad mediana sometidas a HTA (5,6).

La indicación quirúrgica constituye otra variable determinante en el perfil de complicaciones de la HTA. La revisión Cochrane de Pickett et al. (7) señala que la vía abdominal sigue siendo de primera elección en casos de útero de gran tamaño, endometriosis situaciones clínicas que de por sí conllevan mayor riesgo quirúrgico. Mamik *et al.* (8) demostraron que las histerectomías realizadas por úteros benignos de gran tamaño presentan tasas de complicaciones significativamente mayores que las indicadas por úteros de tamaño normal. La identificación sistemática de las comorbilidades y la indicación quirúrgica permite estratificar el riesgo preoperatorio y optimizar la consejería y el manejo perioperatorio en mujeres de edad mediana, población que concentra la mayor proporción de HTA electivas por



causa benigna. El presente trabajo tiene como objetivo describir y analizar las principales complicaciones de la HTA en mujeres de edad mediana, con énfasis en su clasificación mediante la escala de Clavien-Dindo.

Complicaciones, según la Clasificación de Clavien-Dindo, en la Histerectomía Total Abdominal

La Clasificación de Clavien-Dindo (CCD) representa el sistema estandarizado de referencia para la graduación objetiva y reproducible de las complicaciones quirúrgicas. Propuesta originalmente en 1992 y actualizada por Dindo, Demartines y Clavien en 2004, su validez fue corroborada en una cohorte de 6,336 pacientes (9). Su principio fundamental radica en categorizar las complicaciones según el tipo de intervención terapéutica requerida, estableciendo siete grados de severidad: I, II, IIIa, IIIb, IVa, IVb y V. Su aplicación en ginecología permite comparaciones objetivas entre centros, técnicas quirúrgicas y poblaciones de pacientes, constituyendo una herramienta indispensable para la mejora continua de la calidad asistencial en la HTA (10,11).

En el contexto de la HTA en mujeres de edad mediana, la aplicación de la CCD ha permitido objetivar que la mayoría de las complicaciones corresponden a grados I y II (complicaciones menores). Guarnizo-Orellana y Guerrero-Cevallos (12) documentaron que las complicaciones Clavien-Dindo grado I y II en HTA incluyen principalmente fiebre posoperatoria, infecciones del tracto urinario, infecciones de herida quirúrgica y anemia que requiere transfusión, con una incidencia global de complicaciones de hasta el 11.7% para la vía abdominal. Sinha et al. (13) evidenciaron que la HTA presenta tasas de complicaciones significativamente mayores que la histerectomía laparoscópica en todos los grados de la CCD, siendo la laparotomía un factor independiente de riesgo con una razón de momios ajustada de 1.73 (IC 95%: 1.30–2.29). Hare et al. (14) demostraron además que otros determinantes —como la comorbilidad asociada el momento de la menopausia y otros— se asocian de forma significativa con complicaciones Clavien-Dindo $\geq$ II en mujeres sometidas a histerectomía, lo que subraya la necesidad de una evaluación integral preoperatoria que incorpore variables sociodemográficas.

Las complicaciones de grado III (que requieren reintervención) en la HTA abarcan, dehiscencia de herida quirúrgica principalmente. Velázquez-Moctezuma et al. Reportaron que



las complicaciones Clavien-Dindo $\geq$ III en histerectomías electivas por causa benigna oscilan entre el 2% y el 4% (16). Las complicaciones de grado IV, con riesgo vital y necesidad de UCI, son infrecuentes. Bruno et al. (15) identificaron como predictores independientes de complicaciones $\geq$ grado II en la CCD la vía laparotomía, factores todos prevalentes en las mujeres de edad mediana que constituyen la población mayoritariamente intervenida mediante HTA. La Tabla 1 resume las complicaciones más frecuentes de la HTA en mujeres de edad mediana organizadas por grado de la CCD.

Complicaciones de la histerectomía total abdominal, según la Clasificación de Clavien-Dindo, en mujeres de edad mediana

- I. Desviación del curso posoperatorio normal sin necesidad de tratamiento farmacológico, quirúrgico, endoscópico o radiológico. Fiebre leve ($<38.5^{\circ}\text{C}$), náuseas/vómitos auto limitados, íleo posoperatorio transitorio, seroma superficial sin drenaje, retención urinaria de resolución espontánea, dolor controlado con analgésicos no opioides.
- II. Requiere tratamiento farmacológico, transfusiones sanguíneas o nutrición parenteral total. Infección del tracto urinario con antibióticos, infección del manguito vaginal tratada médicamente, infección superficial de herida con antibioterapia, anemia posoperatoria con transfusión ($\text{Hb} < 8 \text{ g/dL}$), trombosis venosa profunda con anticoagulación.
- III. Requiere intervención quirúrgica, endoscópica o radiológica sin anestesia general. Hematoma de manguito vaginal con drenaje ambulatorio, dehiscencia parcial de herida con desbridamiento local, absceso de cúpula vaginal con drenaje guiado por imagen, linfocele con drenaje percutáneo.
- III. b. Requiere intervención quirúrgica, endoscópica o radiológica bajo anestesia general. Lesión vesical o ureteral no identificada intraoperatoriamente con reparación diferida, fístula vesicovaginal con cirugía reconstructiva, hemorragia tardía con laparotomía exploradora, dehiscencia total del manguito con evisceración intestinal.
- IV. a. Complicación con riesgo vital; requiere UCI con disfunción de un solo órgano. Sepsis grave de origen pélvico con afectación de un órgano (insuficiencia renal aguda, CID), choque hemorrágico controlado con necesidad de UCI, embolia pulmonar masiva con compromiso hemodinámico.
- IV. b.- Complicación con riesgo vital; requiere UCI con disfunción multiorgánica. Choque séptico de origen ginecológico con fallo multiorgánico, hemorragia masiva con



inestabilidad hemodinámica grave, peritonitis fecal secundaria a lesión intestinal inadvertida.

- V. Muerte de la paciente. Mortalidad perioperatoria en HTA por causa benigna ($<0.1\%$): muerte por complicaciones tromboembólicas, fallo multiorgánico o eventos cardiovasculares graves.

Fuente: Elaboración propia con base en Dindo. Guarnizo-Orellana y Guerrero-Cevallos (16), y Bruno et al. (17). HTA: histerectomía total abdominal; UCI: unidad de cuidados intensivos; CID: coagulación intravascular diseminada.

El objetivo del trabajo es caracterizar a las mujeres de edad mediana que fueron operadas de histerectomía total abdominal y presentaron alguna complicación en el postoperatorio.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el Hospital Docente-Ginecobstétrico, de Guanabacoa, en La Habana, durante el periodo de Marzo del 2025 a Marzo del 2026. La muestra estuvo constituida por 136 mujeres de la edad mediana, operadas de histerectomía abdominal y que presentaron alguna complicación en el posoperatorio.

Criterios de inclusión: Mujeres de la edad mediana operadas de histerectomía total abdominal que presentaron alguna complicación.

Criterio de exclusión: Las pacientes de la edad mediana operadas de histerectomía total abdominal que no presentaron complicación.

Las variables estudiadas fueron: edad, momento de la menstruación, comorbilidad, indicación quirúrgica, complicación, según clasificación de Clavien-Dindo. Toda la información fue recolectada del expediente clínico, presente en los archivos del hospital. Los datos fueron procesados mediante el cálculo porcentual; se organizó la información en tablas y se realizó el análisis estadístico de los resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1:
“Grupo de Edades”



EDAD	n	%
40-44	36	26.5
45-49	46	33.8
50-54	38	28.0
55-59	16	11.7
TOTAL	136	100

Fuente: Historias Clínicas

La mayor concentración de pacientes fue 46 años lo que representa el 33.8% lo que concuerda con lo reportado en la literatura internacional, donde la histerectomía se realiza predominantemente en mujeres en la quinta década de la vida, coincidiendo con el pico de incidencia de patología uterina benigna sintomática.(18)

Análisis estadístico — (ver tabla 1). Distribución por grupos de edad

1. Estadísticos descriptivos

El análisis descriptivo de las 136 pacientes (método de datos agrupados) mostró: **media = 48,25 años, mediana = 48,48 años, moda = 47,78 años, DE = 4,88 años**, varianza = 23,81 y coeficiente de variación (CV) = 10,11%. La proximidad entre los tres promedios indica distribución aproximadamente simétrica con leve asimetría positiva. El $CV < 15\%$ refleja homogeneidad etaria dentro de la muestra.

2. Prueba Chi-cuadrado de bondad de ajuste

Bajo la hipótesis nula de distribución uniforme (34 casos por grupo): $\chi^2 = 14,35$; $gl = 3$; $p = 0,0025$. Se rechaza H_0 : la distribución no es uniforme. La concentración de casos en el grupo 45–49 es **estadísticamente significativa** y no atribuible al azar.

3. Análisis de tendencia

La distribución mostró un patrón en campana asimétrica con pico en 45–49 ($n=46$; 33,8%) y descenso progresivo hacia 55–59 ($n=16$; 11,7%). Correlación de Pearson: $r = -0,69$; Spearman: $\rho = -0,40$. Ambos coeficientes confirman tendencia decreciente a partir del grupo modal. Los grupos 40–54 concentran el 88,2% de los casos.



Nota: Estadísticos por método de datos agrupados (puntos medios de intervalo). Chi-cuadrado con frecuencias esperadas uniformes ($n/k=34$). Nivel $\alpha=0,05$. Software: Python 3 (NumPy, SciPy).

Tabla 2:
“Momento de la menopausia”

Menopausia	n	%
Si	16	11.7
No	120	88.3
Total	136	100

El predominio de pacientes premenopáusicas fue de 120 mujeres que representó el 88,3% lo observado en este estudio es consistente con reportes que señalan que la mayoría de las hysterectomías se realizan antes de la menopausia, especialmente cuando las indicaciones están relacionadas con miomatosis o Adenomiosis. (19)

Análisis estadístico — (ver tabla 2). Momento de la menopausia

1. Estadísticos descriptivos y proporciones

La muestra mostró marcada asimetría: 120 premenopáusicas (88,2%) frente a 16 menopáusicas (11,8%), con razón **7,5:1**. IC 95% para proporción premenopáusica (Wilson): **[0,817 – 0,926]**. El odds de complicar siendo premenopáusica vs menopáusica fue **OR = 7,50**, indicando una mayor exposición quirúrgica de este subgrupo relacionada con la mayor prevalencia de patología benigna uterina antes de la menopausia.

2. Prueba Chi-cuadrado de bondad de ajuste

Comparando la distribución observada frente a proporciones esperadas iguales (50%/50%): $\chi^2 = 79,53$; $gl = 1$; $p < 0,001$. Se rechaza H_0 de forma contundente: la concentración de complicaciones en mujeres premenopáusicas es **altamente significativa**. Este hallazgo es coherente con la mayor demanda quirúrgica por miomatosis y adenomiosis antes de la menopausia.



3. Relevancia clínica

El resultado justifica que los protocolos de vigilancia posoperatoria intensificada se orienten preferentemente hacia las mujeres premenopáusicas. Para estudios futuros se recomienda calcular el OR ajustado mediante regresión logística incorporando edad, comorbilidad e indicación quirúrgica como covariables.

Nota: IC 95% por método de Wilson. Chi-cuadrado con distribución esperada 50/50. Nivel $\alpha=0,05$.

Tabla 3:
“Comorbilidad”

Comorbilidad	N	%
Diabetes Mellitus	6	4.5
HTA	50	36.7
N/S	46	33.8
Otras	34	25
Total	136	100

La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente con 50 pacientes lo que representa el 36,7%, hallazgo similar al descrito en grandes series quirúrgicas ginecológicas. La coexistencia de comorbilidades cardiovasculares es habitual en este grupo etario y puede influir en el riesgo quirúrgico, aunque en este estudio no se asoció a un aumento de complicaciones graves.(20)

Análisis estadístico —(ver tabla 3). Comorbilidad

1. Estadísticos descriptivos

La HTA fue la comorbilidad dominante (n=50; 36,7%), IC 95%: **[0,291 – 0,451]**. Le siguió el grupo sin comorbilidad documentada (N/S: n=46; 33,8%), “Otras” (n=34; 25,0%) y Diabetes Mellitus (n=6; 4,4%). Las comorbilidades cardiovasculares combinadas (HTA+DM) afectaron a **56 pacientes (41,2%)**.



2. Prueba Chi-cuadrado de bondad de ajuste

Con frecuencia esperada uniforme de 34 casos por categoría: $\chi^2 = 34,82$; $gl = 3$; $p < 0,001$. Se rechaza H_0 : la distribución de comorbilidades es **significativamente no uniforme**, con predominio estadísticamente demostrado de la HTA.

3. Residuos estandarizados

El análisis de residuos ($|z| > 1,96$ = desviación significativa) mostró: DM: $z = -4,80$ (**infrarrepresentada**); HTA: $z = +2,74$ (**sobrerrepresentada**); N/S: $z = +2,06$ (significativa); Otras: $z = 0,00$. La baja prevalencia de DM puede reflejar sesgos de registro en los expedientes o genuina menor prevalencia en este grupo, lo que limita el análisis del impacto de esta comorbilidad y constituye una línea de investigación futura.

Nota: IC 95% por método de Wilson. Residuos estandarizados: $(O-E)/\sqrt{E}$. Nivel $\alpha = 0,05$.

Tabla 4:
“Indicación Quirúrgica”

Indicación Quirúrgica	n	%
Mioma	62	45.6
Adenomiosis	22	16.2
Neoplasia Endometrial	19	13.9
Neoplasia Cervical	14	10,4
Otras	19	13.9
Total	136	100

El mioma uterino representó la principal indicación quirúrgica, con 62 mujeres para un 45,6% en concordancia con múltiples estudios que la señalan como la causa más frecuente de histerectomía a nivel mundial. La Adenomiosis ocupó el segundo lugar, lo cual coincide con literatura reciente que destaca su diagnóstico preoperatorio y su confirmación definitiva tras el análisis histopatológico. Las indicaciones oncológicas representaron un menor porcentaje, acorde con poblaciones similares.(21)

Análisis estadístico — (ver tabla 4). Indicación quirúrgica



1. Estadísticos descriptivos

El mioma fue la indicación principal (n=62; 45,6%), IC 95%: [0,375 – 0,540]. Seguida de adenomiosis (n=22; 16,2%), neoplasia endometrial y otras (n=19 c/u; 14,0%) y neoplasia cervical (n=14; 10,3%). Las indicaciones benignas concentraron **103 casos (75,7%)**; las oncológicas, **33 casos (24,3%)**.

2. Prueba Chi-cuadrado de bondad de ajuste

Con frecuencia esperada uniforme de 27,2 casos por categoría: $\chi^2 = 56,87$; gl = 4; p < 0,001. Se rechaza H_0 con alta significación: la distribución de indicaciones es **profundamente no uniforme**, dominada por el mioma uterino.

3. Residuos estandarizados

Mioma: $z=+6,67$ (**única categoría con sobrerrepresentación altamente significativa**). Neoplasia cervical: $z=-2,53$ (**infrarrepresentada**). Adenomiosis, neoplasia endometrial y otras: sin desviación individual significativa. El mioma es la entidad que más expone a HTA y sus complicaciones en mujeres de edad mediana, mientras las indicaciones oncológicas, aunque presentes, son minoritarias.

Nota: IC 95% por método de Wilson. Frecuencias esperadas uniformes (n/k=27,2). Nivel $\alpha=0,05$.

Tabla 5:
“**Complicaciones Clavien-Dindo**”

Complicaciones	N	%
I	34	25
II	32	23.5
IIIa	09	6.6
IIIb	03	2.2
IVa	n/s	-
IVb	n/s	-
V	n/s	-
Total	136	100



La mayoría de las pacientes no presentó complicaciones o presentó complicaciones leves según la clasificación de Clavien-Dindo. Este perfil de seguridad es comparable con lo descrito en la literatura, donde las complicaciones mayores (grado III o superior) suelen ser poco frecuentes. La ausencia de complicaciones grado IV o mortalidad refuerza la seguridad del procedimiento en esta población. (22)

Análisis estadístico — (ver tabla 5). Complicaciones, según clasificación de Clavien-Dindo

1. Estadísticos descriptivos

De las 136 pacientes operadas, 78 (57,4%) presentaron alguna complicación. Las complicaciones menores (grados I+II) representaron **84,6% (n=66)** del total complicadas, IC 95%: [0,750–0,910]. Las mayores ($\geq$ IIIa): **12 casos (15,4% de las complicadas; 8,8% del total)**, IC 95% sobre total: [0,051–0,148]. No se registraron complicaciones grado IV ni mortalidad (grado V).

2. Prueba Chi-cuadrado de bondad de ajuste

Sobre los grados con casos (I–IIIb; n=78), con frecuencia esperada uniforme de 19,5: $\chi^2 = 38,41$; gl = 3; p < 0,001. Se rechaza H_0 : la concentración en los grados menores es **estadísticamente significativa** y no aleatoria.

3. Residuos estandarizados y análisis de tendencia

Grado I: z=+3,28 (sobrerrepresentado). Grado II: z=+2,83 (sobrerrepresentado). Grado IIIa: z=–2,38 (infrarrepresentado). Grado IIIb: z=–3,74 (**altamente infrarrepresentado**). La correlación de Spearman entre grado ordinal y frecuencia fue $\rho = -1,00$ (p < 0,001): tendencia decreciente perfecta. A mayor gravedad, menor frecuencia de presentación, lo que confirma el **buen perfil de seguridad** de la HTA en patología benigna en esta población.

Nota: IC 95% por método de Wilson. Chi-cuadrado sobre grados I–IIIb (n=78). Spearman con scores ordinales 1–4. Nivel $\alpha=0,05$.



CONCLUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio son concordantes con la literatura internacional y confirman que la histerectomía por patología benigna sigue siendo el procedimiento predominante, con un bajo índice de complicaciones mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gorina Y, Elgaddal N, Weeks JD. Hysterectomy among women age 18 and older: United States, 2021. NCHS Data Brief. 2024;(494):1-8. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db494.htm>
2. Madueke-Laveaux OS, Elsharoud A, Al-Hendy A. What We Know about the Long-Term Risks of Hysterectomy for Benign Indication-A Systematic Review. J Clin Med [Internet]. 2021;10(22):5335. doi: 10.3390/jcm10225335. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8622061/>
3. Ibrahimou B, Burchfield S, Sun N, Bursac Z, Kondracki AJ, Salihu H, et al. Unplanned hysterectomy: a comprehensive analysis of race, ethnicity, sociodemographic factors, pregnancy complications, and cardiovascular disease risk factors. Ethn Health [Internet]. 2024;29(1):62-76. doi: 10.1080/13557858.2023.2249273. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10841735/>
4. Brennand EA, Scime NV, Huang B, McDonagh Hull P. Education level is associated with the occurrence and timing of hysterectomy: a cohort study of Canadian women. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2024;103(11):2211-2220. doi: 10.1111/aogs.14959. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39223035/>
5. Madhvani K, Fernandez Garcia S, Fernandez-Felix BM, Zamora J, Carpenter T, Khan KS. Predicting major complications in patients undergoing laparoscopic and open hysterectomy for benign indications. CMAJ [Internet]. 2022;194(38):E1306-E1317. doi: 10.1503/cmaj.220095. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9529570/>



6. Almonla A, Alhazmi Y, Alosaimi S, Alsulami M, Alzahrani A, Alharbi A, et al. Impact of Prior Abdominal Surgery on Total Laparoscopic Hysterectomy vs Total Abdominal Hysterectomy: A Retrospective Cohort Study. *Cureus* [Internet]. 2025;17(2):e79151. doi: 10.7759/cureus.79151. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/331399-impact-of-prior-abdominal-surgery-on-total-laparoscopic-hysterectomy-vs-total-abdominal-hysterectomy-a-retrospective-cohort-study.pdf>
7. Pickett CM, Seeratan DD, Mol BWJ, Nieboer TE, Johnson N, Bonestroo T, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2023;2023(8):CD003677. doi: 10.1002/14651858.CD003677.pub6. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10464658/>
8. Mamik MM, Kim-Fine S, Yang L, Sharma V, Gala R, Aschkenazi S, et al. Hysterectomy Techniques and Outcomes for Benign Large Uteri: A Systematic Review. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2024;144(1):40-52. doi: 9.1097/AOG.0000000000005598. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38754116/>
9. Guarnizo-Orellana LA, Guerrero-Cevallos ER. Complicaciones intra y post operatorias de las histerectomías: laparoscópica, abdominal y vaginal en mujeres adultas. *MQRInvestigar* [Internet]. 2023;7(3):2915-2948. doi: 11.56048/MQR20225.7.3.2023.2915-2948. Disponible en: <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.2915-2948>
10. Kantarci S, İnan AH, Töz E, Bolukbasi M, Kanmaz AG. Analysis of Hysterectomy Trends in the Last 5 Years at a Tertiary Center. *Gynecol Minim Invasive Ther* [Internet]. 2023;12(3):135-140. doi: 10.4103/GMIT.GMIT_3_23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37807992/>
11. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* [Internet]. 2004;240(2):205-213. doi: 10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1360123/>



12. Sinha S, Kumari P, Sinha R. Surgical morbidity of laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy: a retrospective overview. *Gynecol Minim Invasive Ther* [Internet]. 2023;12(3):161-165. doi: 10.4103/GMIT.GMIT_107_22. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10553594/>
13. Bruno M, Legge F, Gentile C, Carone V, Stabile G, Di Leo F, et al. Risk assessment model for complications in minimally invasive hysterectomy: a pilot study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023;20(1):234. doi: 10.3390/ijerph20010234. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9819802/>
14. Buderath P, Kimmig R, Dominowski L, Mach P. Hysterectomy in benign conditions: a 20-year single-center retrospective on the development of surgical techniques. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2023;307(3):807-812. doi: 10.1007/s00404-022-06821-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36301346/>
15. Hare AM, Tappy E, Schaffer JI, Kossel K, Gaigbe-Togbe B, Kapadia A, et al. Effects of Social Determinants of Health and Social Support on Surgical Outcomes Among Patients Undergoing Hysterectomy (SOCOVID study): Clavien-Dindo grade analysis. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2025;145(1):115-123. doi: 10.1097/AOG.0000000000005771. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39481111/>
16. Wright JD, et al. Hysterectomy practice patterns in the United States. *Obstet Gynecol*. 2013;122(2):233-241. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23969797/>
17. Stewart EA. Uterine fibroids. *Lancet*. 2015;357(9252):293-298. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25686550/>
18. Abbott JA. Adenomyosis and abnormal uterine bleeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2017;40:68-81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28038984/>
19. Nieboer TE, et al. Surgical approach to hysterectomy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;3:CD003677. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19588344/>
20. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications. *Ann Surg*. 2004;240(2):205-213. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15273542/>





VALOR DIAGNÓSTICO DE LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA EN INFERTILIDAD

DIAGNOSTIC VALUE OF HYSTEROSALPINGOGRAPHY IN INFERTILITY

Autores:

Fecha de presentación:	marzo/ 2026
Fecha de aceptación:	mayo/ 2026
Fecha de publicación:	junio/ 2026

Dra. Dianenmy Fernández Baro

Dra. en Medicina. Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Profesora instructora. Facultad “Miguel Enríquez”. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7141-1665>

Dra. Nayra Ferrer Zulueta

Dra. en Medicina. Especialista de 1er. grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora asistente. Facultad “Miguel Enríquez”. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0964-5329>

Dra. Nersy De La Caridad Valdés Hernández

Dra. en Medicina. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Auxiliar. Facultad “Miguel Enríquez”. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0006-3862-5825>

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Fernández Baro, D., Ferrer Zulueta, N. & Valdés Hernández, N. (2026) Valor diagnóstico de la histerosalpingografía en infertilidad. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 28-41.

RESUMEN

Introducción: La HSG es una de las técnicas más usadas en la evaluación de la paciente infértil, tiene un papel principal en la valoración de las trompas y permite evaluar la cavidad uterina de manera indirecta, juega un rol importante en el estudio de las tubas, ya que además de ser un procedimiento diagnóstico se le ha utilizado como método terapéutico en la repermeabilización selectiva: Este es un estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en Hospital Docente Materno



de Guanabacoa. **Material y método:** Se estudiaron 253 pacientes que acudieron a realizarse la histerosalpingografía durante Enero/2019- Enero/2024. Para la recolección de los casos se diseñó una ficha en la cual se registraron los **resultados:** de la HSG realizadas, se estudiaron 196 pacientes que eran las que estaban inscritas en el centro. Se hallaron 71 mujeres con ambas trompas permeables o sin obstrucción tubaria que, con obstrucción unilateral 112 y con obstrucción bilateral 24 féminas. Dentro de los hallazgos en las HSG estuvieron: hidrosalpinx unilateral, bilateral y los miomas submucosos .Se demostró que después de la aplicación de MNT, Técnicas de psicología y uso de Laparoscopia se obtuvo mayor repermeabilización de las trompas así como número de embarazos. **Conclusiones:** A pesar del advenimiento de nuevas tecnologías, la HSG sigue siendo una prueba de gran valor diagnóstico sencillo, eficiente y de bajo costo, que permite identificar patologías tubarias, así como de la cavidad endometrial, anexial y alteraciones de la morfología uterina.

Palabras claves: diagnóstico; histerosalpingografía; infertilidad.

ABSTRACT:

HSG is one of the most widely used techniques in the evaluation of infertile patients. Play a key role in assesing the fallopian tubes and alows an indirected evaluation of the uterine cavity. It has an important role in the study of the tubes since in addition to being a diagnostic procedure, it has also been used therapeutically for selective tubal recanalaization. This is a descriptive, retrospective study carried out at the maternal teaching of Guanabacoa, Havana, Cuba. **Material and methods:** a total of 235 patients who underwent hysterosalpingraphy between January/2019 to January/2024 were studied. For data collection, a form was designed to record the HSG results. Among the HSGs performed, 196 patients were enrolled in the center. Seventy-one women had both tubes paten (no tubal obstruction),112 had unilateral obstruction, and 24 had bilateral obstruction. Findings in the HSGs included unilateral and bilateral hydrosalpinx, as well as submucosal fibroids. It was demostrated that after the application of natural medical therapies (MNT), psychological techniques,and laparoscopic surgery, there was greater tubal, recanalization and a higher number of pregnancies. **Conclusions:** Despite the advent of new



technologies, HSG remains a highly valuable diagnostic test- simple, efficient and low cost- that allows identification of tubal pathologies, as well as abnormalities of the endometrial cavity, adnexa, and uterine morphology.

Keywords: diagnostic; hysterosalpingography; infertility,

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el estudio de la pareja infértil, aprobado por las diferentes sociedades consiste: evaluación clínica, ultrasonido transvaginal (USTV), histerosalpingografía (HSG), espermograma y estudios hormonales. ^(1,2)

En vista del aumento reportado de patologías uterinas encontradas en paciente infértil, la valoración de la cavidad uterina actualmente es fundamental en la paciente con infertilidad. Anormalidades en la misma, no solo contribuyen a la incapacidad para concebir un embarazo, sino que se asocian también con pérdidas gestacionales recurrentes y partos pretérminos. Las alteraciones uterinas se dividen en: congénitas, como las anomalías de los conductos de Müller (hipoplasia o agenesia, útero unicornio, didelfo, septado o arcuato) y adquiridas (endometriosis, pólipos, miomas, infecciones, sinequias). ^(3,4)

La HSG tiene un papel principal en la valoración de las trompas y permite evaluar la cavidad uterina de manera indirecta. Las primeras descripciones de los oviductos datan de 1561, con las publicaciones de las observaciones anatómicas por Gabriele Fallopius, en Modena, Italia.

La primera histerosalpingografía se realizó 15 años después del descubrimiento de los Rayos X por William C. Roentgen. La histerosalpingografía se define como la introducción en el útero, trompas y cavidad abdominal, en forma sucesiva, de una sustancia opaca (compuesto yodado no iónico (5,6). En la actualidad, la histerosalpingografía está indicada para la valoración de la cavidad uterina y sus contornos, siendo su principal indicación la demostración de permeabilidad de las trompas uterinas en pacientes diagnosticadas con infertilidad y en algunos casos patología



anexial, utilizando fluoroscopia, Rayos X y administración de medios de contraste para opacificar la cavidad y delimitar sus contornos. ^(7,8)

Otras indicaciones son la evaluación de la cavidad uterina por la presencia de sinequias, pólipos endometriales, abortos recurrentes, presencia de miomas submucosos y en pacientes en quienes tienen el antecedente de ligadura de las tubas y solicitan reperiabilización. ^(9,10)

La histerosalpingografía juega un rol importante en el estudio de las tubas. En algunos centros hospitalarios como el nuestro, se le ha empleado como método terapéutico para la reperiabilización de las tubas en casos de obstrucción proximal, realizando el estudio un mes después de la HSG diagnóstica. ^(11,12)

DESARROLLO

a) Metodología empleada

Se realizó estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal a pacientes del sexo femenino, con edades entre los 20 y 40 años, con diagnóstico de Infertilidad y anomalías uterinas y/o anexiales y que acudieron al Servicio de Infertilidad en el Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa en el periodo comprendido de Enero 2019 a Enero 2024.

Se excluyeron las pacientes fuera del rango de edad y aquellas que acudieron con datos de cervicovaginitis, menstruación o metrorragia, con procesos inflamatorios y en las cuales no se pudo canalizar el orificio cervical externo.

La prueba se realizó a todas las pacientes entre los días 7 a 10 del ciclo menstrual, en sala de Rayos X .

Una vez confirmado el diagnóstico de Obstrucción Tubárica, en un primer ciclo se aplicaron técnicas acupunturales durante tres meses, dos veces por semana, en los policlínicos de Guanabacoa (*J. Antonio Mella, Machaco y Andrés Ortiz*). Tratamiento Acupuntural: Bazo 6, Riñón 13, Ren 4 muxibustión. Bazo 4, tonificación según la manipulación establecida .Estomago 30, Estómago 25, electroestimulación utilizando onda 2, por 10 minutos y onda 3 por 10 minutos a baja frecuencia.



Logrando, así, en muchos casos, la permeabilidad de la trompa en la obstrucción bilateral se mantuvo la aplicación de Acupuntura simultánea a otras técnicas de psicología con valoración y aplicación de Laparoscopia.

Además, se propuso otra terapéutica: **Faloscopias**. (desobstrucción por Histerospias, o salpingolisis o RAAT) según el caso .Finalmente en ambos casos con obtención de la permeabilidad tubaria se realizó el proceso de Inseminación Homóloga, mensualmente, durante un año.

b) RESULTADOS

El total de las HSG realizadas durante esos años (2018-2021) fue de 253 ,de ellas 60 ambulatorias procedentes de varios municipios entre ellos Habana del Este y 196 pacientes que estaban inscritas en nuestro centro.(véase *Tabla 1*) El rango de edad que predominó fue de 30-39^a ,esto coincide con varias literaturas que plantean que cuando se llega a esa edad y espontáneamente no logran salir embarazadas o el producto de la concepción no llega al termino es que acuden a consulta de Infertilidad. Además de la tendencia actual de posponer el embarazo por interés profesional o desarrollo laboral. La declinación de la fertilidad femenina comienza a los 30 años y se hace más pronunciada a los 40. La posibilidad de un embarazo a esta edad es del 50% del de las mujeres más jóvenes, mientras que la incidencia de abortos espontáneos se duplica o triplica. ^(13,14)

Fundamentalmente el efecto negativo que tiene la edad sobre el óvulo es que lo hace ineficaz para completar la primera división meiótica normal y tal vez comenzar en forma adecuada la segunda meiosis.(15) Además de la calidad del óvulo, la edad también afecta la cantidad de folículos disponibles para la ovulación. La obstrucción puede ser uni o bilateral, localizarse en cualquier segmento de la tuba y las pacientes con 40 años o más de edad, lógicamente tienen más probabilidades de haber tenido eventos infecciosos.



Tabla 1:

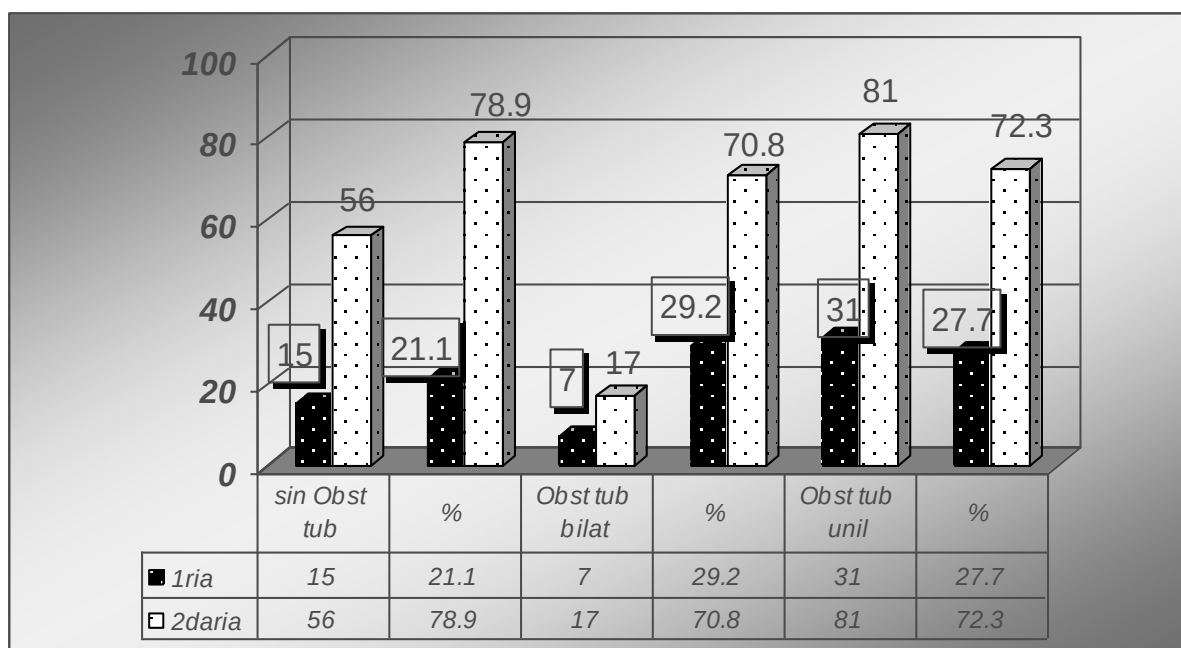
“Histerosalpingografías realizadas durante enero 2019 - enero 2024, en el Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa”

RANGO DE EDADES	HSG REALIZADAS				TOTAL	%
	Inscritas	%	Ambulatorias	%		
20-29a	47	23.9	18	30	62	24.5
30-39a	134	68.4	35	58.3	169	66.7
40a	15	7.65	7	11.6	22	8.69
TOTAL	196	100	60	100	253	100

Fuente: Datos tomados de la revisión bibliográfica.

Gráfico 1:

“Relación entre infertilidad y hallazgos en HSG”



Fuente: historia clínica.



En el *Gráfico 1* (Relación existente entre tipo de Infertilidad y hallazgos de la HSG) se observa un incremento en la Infertilidad 2daria, es decir mujeres con historia de embarazos anteriores que con posterioridad no logran concebir. También se constata la Obstrucción tubárica unilateral como la más frecuente en este estudio. Coincidiendo así con varias literaturas que plantean la mayor frecuencia de la Infertilidad 2daria en las mujeres infértiles.

Ha sido planteado anteriormente que dentro de los objetivos de la HSG es definir el tamaño y la forma de la cavidad uterina, puede revelar anormalidades del desarrollo (útero unicorne, bicorne o septado) o adquiridas (pólipos endometriales, miomas submucosos o sinequias), con potenciales consecuencias reproductivas.⁽¹⁶⁾ También determina la permeabilidad de las Trompas de Falopio, pudiendo identificar oclusiones proximales o distales, demostrar una salpingitis ístmica nodosa, revelar detalles anatómicos de las trompas y sugerir la presencia de fimosis fímbrica o adherencias peritubarias cuando la salida del medio de contraste se retarda o queda loculado, respectivamente. Por otra parte, existen estudios en los que se ha demostrado una tasa de hasta un 30% de embarazo espontáneo en los tres siguientes meses, posterior a la realización de una HSG, en parejas en las que no se ha encontrado otra causa de infertilidad por lo que estaría justificado un manejo expectante durante ese periodo.⁽¹⁷⁾

Con respecto a los hallazgos en las HSG (véase *Tabla 2*) los principales fueron hidrosalpinx unilateral con un 62.6 %, seguida del hidrosalpinx bilateral con un 13.8% y miomas submucosos respectivamente con un 8.62%.⁽¹⁸⁾ Al parecer, el hidrosalpinx no tiene un efecto embriotóxico directo en humanos; sin embargo, impide el desarrollo embrionario adecuado in vitro, probablemente secundario a sus deficiencias en nutrientes; así mismo, se ha mencionado como probable mecanismo etiopatogénico la alteración de la receptividad por anomalías en el desarrollo y diferenciación endometrial y el barrido mecánico del blastocisto.⁽¹⁹⁾ También se han mencionado alteraciones espermáticas secundarias al fluido de hidrosalpinx, como disminución de la movilidad y probables alteraciones acrosómicas. La oclusión distal por infección puede generar la formación de hidrosalpinx, esta afección requiere mención específica dado que se



encuentra bien caracterizado su papel en la infertilidad y el efecto benéfico generado por la resolución de la misma .Las opciones de tratamiento disponibles incluyen drenaje, salpingostomía, ligadura proximal y salpingectomía.⁽²⁰⁾

Tabla 2.
“Hallazgos en HSG”

HALLAZGOS	No. DE PACIENTES	%
obstrucción Tubárica unilateral	3	1.7
Hidrosalpinx unilateral	109	62.6
Hidrosalpinx bilateral	24	13.8
Útero Bicorne	2	1.15
útero doble	2	1.15
Trompas cortas	6	3.44
Trompas largas	10	5.74
Mioma submucoso	15	8.62
Útero arcuato	-	-
Útero septado	-	-
Sinequias	1	0.57
Polipos	2	1.15
TOTAL	174	100

Fuente: historias clínicas.

En cuanto a los tratamientos aplicados a los casos con Obstrucción Tubárica (como se presenta en el Gráfico 2) se pudo constatar que del total de 112 pacientes con Obstrucción Tubárica Unilateral se demostró mayor permeabilidad en los casos del uso simultaneo de MNT y biomedicina con un total de 45 pacientes , seguidas de la aplicación de Laparoscopia con un

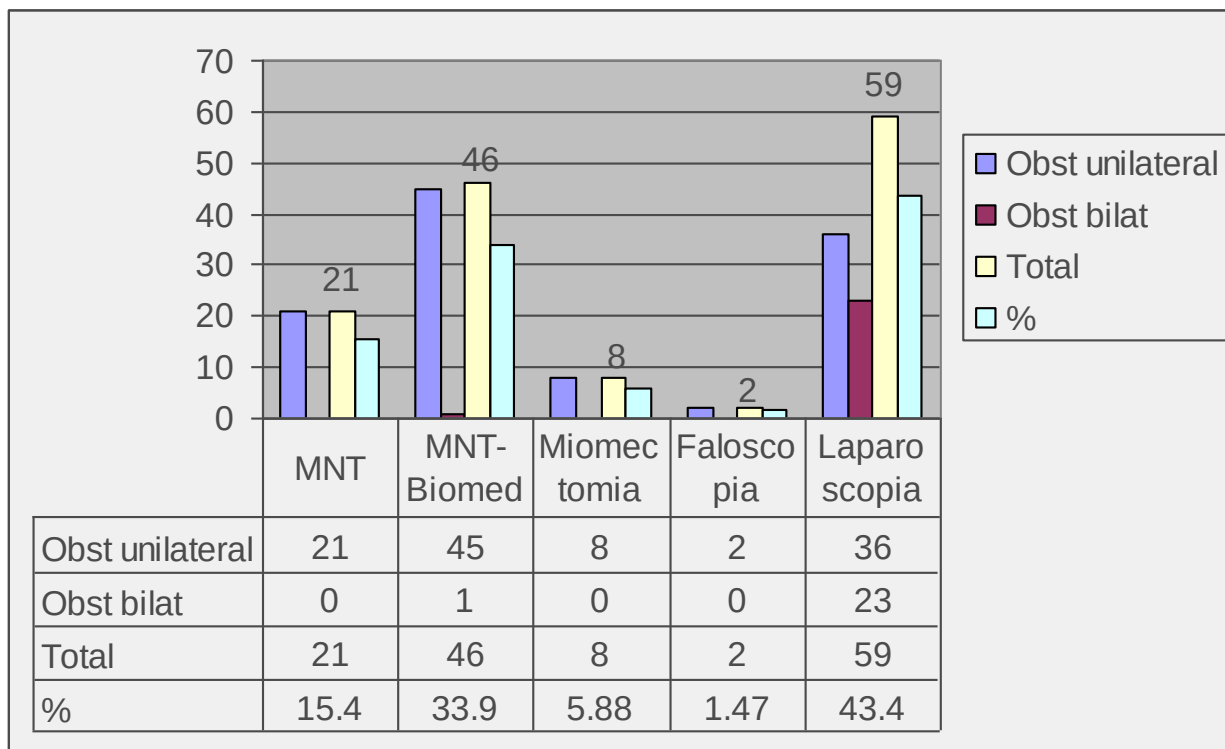


total de 36. Mientras que de las 24 mujeres con Obstrucción Bilateral la gran mayoría solucionó por la técnica de laparoscopia con un total de 23 pacientes. Con respecto a este tema no existen muchas literaturas, pero lo que es en la práctica se ha demostrado que la Acupuntura es un método complejo de balance de energías bioeléctricas del cuerpo humano que llega a nuestros días por misiones científicas, desarrollándose múltiples técnicas con resultados demostrables. Desde el Jarabe de Güira hasta las siembras de catgut o la localización de diferentes puntos del cuerpo (ya descritas). La acupuntura, la moxibustión, la digitopuntura y la psicorrelajación son antiguos métodos chinos usados para el tratamiento y prevención de enfermedades, estos métodos son tan antiguos y efectivos como cualquier otra técnica usada en el mundo actual ^(21,22). Estas han sido practicadas en la cultura oriental del planeta en forma continua por más de cinco mil años, pueden ser utilizados en diferentes causas de infertilidad como son amenorrea, síndrome premenstrual, endometriosis, obstrucción tubaria y desequilibrios hormonales⁽²³⁾. Un tratamiento adecuado puede llegar a corregir el problema inclusive devolver la capacidad reproductiva a la paciente, por lo que el entrenamiento adecuado del acupunturista es esencial para la obtención de los resultados esperados.

La Laparoscopia, como método diagnóstico y terapéutico, generalmente se utiliza en pacientes sin causa identificable de infertilidad en las que tratamientos como la inducción de ovulación con inseminación intrauterina no han dado resultado. (24) También se utiliza directamente cuando existe la sospecha de patología susceptible de ser resuelta por este método (oclusión tubaria, adherencias peritubarias, endometriomas)(25). La visualización directa de la cavidad pelviana y de la anatomía reproductiva es el único método disponible para el diagnóstico específico de factores tubarios y peritoneales no diagnosticables por otras técnicas y su resolución microquirúrgica. En nuestra Consulta de Infertilidad las pacientes eran remitidas a los Hospitales de Hijas de Galicia y América Areas para realización de este proceder (26).

Gráfico 2:

“Tratamientos aplicados a las pacientes con Obstrucción Tubárica”



Fuente : Tratamientos realizados.

Tabla3:

“Nacimientos durante Enero 2016-2021”

Año	Parto eutócico	Cesárea	No. de nacimientos por Infertilidad	%
2019	10	8	18	9.42
2020	11	5	16	8.37
2021	25	9	34	17.8
2022	28	12	40	20.9
2023	29	15	44	23.0
2024	27	12	39	20.4
TOTAL	130	61	191	100

Fuente: historias clínicas.



Los resultados fueron alentadores (aparecen en la anterior *Tabla 3*) a pesar de que el estudio comprendido era del 2019-2024 quisimos incluir en esta tabla a partir del año 2019 mostrándose así un incremento de nacimientos ya que existió un total de 191 y específicamente en el periodo estudiado 157 nacimientos independientemente de la técnica (Inseminación homologa o de forma espontanea) aplicada durante este estudio.⁽²⁷⁾

CONCLUSIONES

La histerosalpingografía es un método de imagen diagnóstico y terapéutico de gran valor en el estudio de la Infertilidad. Demostrando que el grupo etario de mujeres infértiles (30-39a) presentaron mayor incidencia en este estudio, cuyo seguimiento y conducta (MNT-Biomedicina y Laparoscopia) estuvieron apoyados en este proceder.

La Infertilidad secundaria continúa siendo más frecuente, junto a la Obstrucción Unilateral, en las féminas que acudieron a la consulta de Infertilidad durante el periodo enero 2019-enero-2024. Además, dentro de los principales hallazgos de la HSG, se encontraron Hidrosalpinx unilateral, Hidrosalpinx bilateral y los Miomas submucosos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Broeze KA, Opmeer BC, Van Geloven N, Coppus SF, Collins JA, Den Hartog JE, et al. (2020) Are patient characteristics associated with the accuracy of hysterosalpingography in diagnosing tubal pathology? An individual patient data meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 17:293-300.
2. De Felice C, Rech F, Marini A, Stagnitti A, Valente F, Cipolla V...et al. (2020) Magnetic resonance hysterosalpingography in the evaluation of tubal patency in infertile women: an observational study. *Clin Exp Obstet Gynecol*; 39:83-8.
3. Ma L, Wu G, Wang Y, Zhang Y, Wang J, Li L. et al. (2021). Fallo pianto tubal patency diagnosed by magnetic resonance hysterosalpingography. *J Reprod Med*. 57:435-40.



4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. ACOG Committee Opinion. No. 734. *Obstet Gynecol.* 2018; 131:124–129
5. American College of Radiology (ACR). *ACR Practice Parameter for the Performance of Hysterosalpingography*. Amended [Internet].2014. [citado 2023 Jul 12]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.acr.org/-/media/ACR/Files/Practice-Parameters/HSG.pdf?la=en>.
6. Gambone JC. (2021) Gynecologic procedures, imaging studies and surgery. In: Hacker NF, Gambone JC, Hobel JC, eds. *Hacker and Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology*. 6 ed. Philadelphia: Elsevier; :356–368.
7. Gambone JC, Rodi IA. Infertility and assisted reproductive technologies. In:Hacker NF, Gambone JC, Hobel JC, eds.(2021) *Hacker and Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology*. 6ed. Philadelphia: Elsevier; :395–405.
8. Lindsay JT, Vitirikas RK. Evaluation and treatment of infertility. (2020) *Am Fam Physician.* ;91(5):308–314
9. Saunders RD, Shwayder JM, Nakajima ST. (2022) Current methods of tubal patency assessment. *Fertil Steril* ;**95**:2171–9.
10. Socolov D, Boian I, Boiculese L, Tamba B, Anghelache-Lupascu I, Socolov R.(2022) Comparison of the pain experienced by infertile women under going hysterosalpingo contrast sonography or radiographic hysterosalpingography. *Int J Gynaecol Obstet*; **111**:256–9.
11. Ahmad G, Attarbashi S, O'Flynn H, Watson AJ. (2023). Pain relief in office gynaecology: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* ; **155**:3–13.
12. Ahmad F, Torbatil L, Athbari F. (2023) Appearance of uterine scar due to previous cesarean section on Hysterosalpingography: Various shapes, locations and sizes. *IJR* ;10(2):1-8.
13. Jaúregui RA, Fuentes JA.(2017) Estado actual de la clasificación, diagnóstico y tratamiento de las malformaciones müllerianas. *Ginecología y Obstetricia Mexicana* ; 81:34-46.



14. Rotenberg O, Renz M, Reimers L, Doulaveris G, Gebb J... et al. (2015) Simultaneous endometrial aspiration and sonohysterography for the evaluation of endometrial pathology in women aged 50 years and older. *Obstet Gynecol.* ; 125(2):414–423.
15. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Gherzi D, Liberati A, Petticrew M...et al. (2015) Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P): elaboration and explanation. *BMJ* 2015; 349: 647.
16. Rajesh H, Lim SL, Yu SL. (2017) Hysterosalpingo-foam sonography: patient selection and perspectives. *Int J Womens Health*;9:23–32.
17. Briceag I, Costache A, Purcarea VL, Cergan R, Dumitru M, Briceag I, et al. (2015) Current management of tubal infertility: from hysterosalpingography to ultrasonography and surgery. *J Med Life* 2015; 8:157–9.
18. Luciano DE, Exacoustos C, Luciano AA.(2017) Contrast ultrasonography for tubal patency. *J Minim Invasive Gynecol*; 21:994–8.
19. Simpson WL, Beitia LG, Mester J. (2006) Histerosalpingography:a reemerging study *RadioGraphics*; 26: 419-31.
20. The practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Salpingectomy for hidrosalpinx prior to in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2006;86(4):200-201.
21. Ospina DS. (2012)Uso de la acupuntura en el tratamiento de la infertilidad [Internet]. Tesis en opción al Título de Máster en Medicina Alternativa. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. **[Internet]**. [citado 12 Feb 2015]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8862/1/598659.2012.pdf>
22. Siterman S, Eltes F, Schechter L,Maimon Y, Lederman H, Bartoov B. (2009). Success of acupuncture treatment in patients with initially low sperm output is associated with a decrease in scrotal skin temperature. *Asian Journal of Andrology* [Internet]. Jan [citado 21 Feb 2017]; 11(2): [aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.nature.com/aja/journal/v11/n2/full/aja20084a.html>



- 23 Management of hidrosalpinx before or during in vitro fertilization-embryo transfer: a national postal survey in France. *Fertil Steril* 2006;86(4):1013-1016.
- 24 Rodgers A, Wang J, Zhang Y, Holden, Berryhill B.(2016) Association of tubal factor infertility with elevated antibodies to Chlamydia Trachomatis caseinolytic protease P. *Am J Obstet Gynecol* ;203:1- 8.
- 25 Li L, Xu B, Chen Q, Sun X. (2010). Effects of hidrosalpinx on pinopodes, leukaemia inhibitory factor, integrin B3 and MUC1 expression in the peri-implantation endometrium. *Eur J ObstetGynecol* ; 151:171-175.
- 26 Mijatovic V, Veersema S, Emanuel M, Schats R, Hompes P. (2017). Essure hysteroscopic tubal occlusion device for the treatment of hidrosalpinx prior to in vitro fertilization- embryo transfer in patients with a contraindication for laparoscopy. *Fertil Steril* ;93(4):1338-1342.
- 27 Schippert C, Bassler C, Soergel P, Hille U, Hollwitz B. (2016). Reconstructive, organ-preserving microsurgery in tubal infertility: still an alternative to in vitro fertilization. *Fertil Steril*; 93(4):1359-1361.



INFECCIONES COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN TUBÁRICA
EN LA INFERTILIDAD

INFECTIONS AS A CAUSE OF TUBAL OBSTRUCTION IN INFERTILITY

Autores:

Fecha de presentación:	enero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/ 2026

Dianenmy Fernández Baro

Dra. en Medicina. Especialista de primer grado en medicina general integral.

Profesora instructora. Facultad “Miguel Enríquez”. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. CUBA.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7141-1665>

Nayra Ferrer Zulueta

Dra. en Medicina. Especialista de 1er. grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora asistente Facultad “Miguel Enríquez”. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. CUBA.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0964-5329>

Nersy de la Caridad Valdés Hernández

Dra. en Medicina. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Auxiliar. Facultad “Miguel Enríquez”. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. CUBA.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3862-5825>

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Fernández Baro, D., Ferrer Zulueta, N. & Valdés Hernández, N. (2026). Infecciones como causa de obstrucción tubárica en la infertilidad 5(9), 42-57.

RESUMEN

Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, realizado en Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa. **Objetivo:** Determinar las principales infecciones que causan la obstrucción tubárica en mujeres con infertilidad, establecer relación entre el tipo de Infertilidad y enumerar medios diagnósticos. **Material y método:** Se estudiaron 142 pacientes que acudieron a



la Consulta de Infertilidad con Obstrucción Tubárica durante el periodo de Junio 2020 a-Junio 2023. Para la recolección de los casos se diseñó una ficha en la cual se registraron los resultados

obtenidos además de realizar encuestas. **Conclusiones:** Las Infecciones de Trasmisión sexual y la Enfermedades Inflamatorias pélvicas agudas fueron los principales factores epidemiológicos hallados, siendo el exudado vaginal con cultivo y el test de Chlamydia los complementarios de mayor positividad. Quedó demostrada la relación entre Infertilidad secundaria y Obstrucción tubárica unilateral, en estos casos.

Palabras clave: infertilidad; infecciones; obstrucción tubárica

ABSTRACT

A descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out at the Gyneco-Obstetric Teaching Hospital of Guanabacoa. **Objective:** To determine the main infections that cause tubal obstruction in women with infertility, to establish a relationship between the type of Infertility and to enumerate diagnostic means. **Material and method:** A total of 142 patients attended the Consultation on Infertility with Tubal Obstruction during the period of June/ 2020 – June/ 2023. For the collection of cases, a file was designed in which the results obtained were recorded in addition to conducting surveys. **Conclusions:** Sexual Transmission Infections and Acute Pelvic Inflammatory Diseases were the main epidemiological factors found, being the vaginal exudate with culture and the Chlamydia test the complementary ones of greater positivity. The frequent relationship was demonstrated between Secondary infertility and unilateral tubal obstruction.

Keywords: diagnostic; chlamydia; infertility; obstruction

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos inmemoriales la humanidad ha enfrentado un problema, que si bien no constituye un hecho patológico grave o mortal por sus implicaciones, sobre todo de orden psíquico y social, sí es un problema de importancia capital para los encargados de estudiarlos, resolverlos y para las parejas que lo padecen. Este problema es la Infertilidad. ⁽¹⁾



La infertilidad significa incapacidad para tener hijos, pero con posibilidad de embarazo, que por una u otra razón no llega al término. Por lo tanto, una mujer infértil será aquella que quede embarazada, pero no llega a tener hijos, mientras que la estéril no consigue el embarazo.

Infertilidad primaria. La mujer nunca concibió a pesar de la cohabitación y exposición al embarazo por un periodo de 1 año.

Infertilidad secundaria. La mujer concibió con anterioridad, pero no logra embarazo con posterioridad, a pesar de la cohabitación y la exposición al embarazo por un periodo de un año. ⁽²⁾

Las principales causas prevenibles de infertilidad son las que se derivan de las infecciones de transmisión sexual (ITS) siendo a su vez un importante problema de Salud Pública por su magnitud, complicaciones y secuelas. ⁽⁵⁾

Estos son algunos de los agentes responsables de las infecciones de transmisión sexual.

Bacterias

Neisseria gonorrhoeae, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, *Klebsiella granulomatis*, *Ureoplasma urealyticum*

Virus

Virus herpes 1 y 2, Virus del papiloma, Virus de la hepatitis A, B y C, Virus de la inmunodeficiencia humana 1 y 2, Poxvirus (molusco contagioso)

Parásitos

Trichomona vaginalis, *Sarcoptes scabiei*, *Phthirus pubis*

Dado que estas infecciones generalizadas y fácilmente transmitidas son a menudo "silenciosas" o asintomáticas, es crucial proceder activamente a la detección de estas ITS en particular en las personas que tienen una vida sexual activa. De otro modo, pocas mujeres se darán cuenta de que tienen una infección que pone en peligro su fertilidad antes de tratar de quedar embarazadas y no poder lograrlo. ⁽³⁾



Algunas de las causas de Infertilidad:

- Alteraciones de la implantación
- Alteraciones en el transporte del cigoto y preembrión (factor tubárico).
- Alteraciones en el proceso de implantación (uterino, ovárico, inmunológicos).

Todo lo referente a este tema es de gran interés por eso se decide ser más específicos en nuestro centro Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa para la caracterización de la Obstrucción tubárica causada por Infecciones de transmisión sexual conscientes de la importancia de esta investigación, pues una vez identificados estos factores o causas se pueden trazar diferentes estrategias para prevenirlas y así interactuar una vez más con la sociedad haciéndola participe.^(4,5)

DESARROLLO

METODOLOGÍA EMPLEADA

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal de las pacientes que acudieron a consulta de Infertilidad en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa durante el periodo comprendido entre el 1^{ro} Junio/2013 al 1^{ro} de Abril/2015 para identificar las principales infecciones que causan Obstrucción tubárica.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de estudio estuvo constituido por 246 mujeres que acudieron a consulta de Infertilidad durante el periodo estudiado. En todo momento es respetado el anonimato de las mujeres que accedieron a participar en el estudio.

La muestra estuvo constituida por las 142 pacientes a las que se le diagnosticó Infertilidad de causa tubárica infecciosa obstructiva.



CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes femeninas cuyas causas de Infertilidad estén relacionadas al factor Obstrucción de origen infeccioso.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres a las que se le había realizado esterilización quirúrgica (Salpingectomias).
- Pacientes que no se realizaron Histerosalpingografía.
- Infértiles por otros factores o factor obstructivo de causa no infecciosa
- Las que no dieron su consentimiento informado.
- Las que llevaron tratamiento antimicrobiano oral o vaginal una semana previo al momento de la toma de muestra.
- Sangramiento vaginal.
- Relaciones sexuales tres días antes de la toma de muestra.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se realizó un estudio a 142 mujeres con diagnóstico de Obstrucción tubárica que acudieron a consulta de infertilidad en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa. Se estima que aproximadamente 685 000 personas contraen diariamente alguna de estas infecciones.

Tabla 1.

Factores epidemiológicos que favorecen la Obstrucción tubárica. Consulta de Infertilidad del Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa. 2018-2021

Factores de riesgos de Obstrucción tubárica	No.	%
Hábito de fumar	5	3.5
Abortos habituales	3	2.1



EIPA (enfermedad inflamatoria pélvica)	30	21.1
ITS (infección de transmisión sexual)	53	37.3
Embarazo ectópico	11	7.7
Cirugía previa sobre las trompas	8	5.6
HPV (virus del papiloma humano)	21	14.7
Anticoncepción	5	3.5
Número de parejas sexuales	6	4.2
Total	142	100

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 1, se exponen los factores epidemiológicos que favorecen la Obstrucción tubárica encontrándose las ITS y EIPA como las principales causas para un total de 53 y 30 casos que representa un 37.3 % y 21.1% respectivamente, o sea, entre los dos más del 58%.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen una epidemia en todo el mundo. Todos los años se reportan alrededor de 250 000 000 de casos nuevos y sus consecuencias son devastadoras. Existe consenso en que esta es la causa de infertilidad de mayor complejidad y pronóstico reservado en sus resultados. ⁽⁶⁾

En la actualidad, algunas de las infecciones de declaración obligatoria (sífilis, gonorrea) son de menor incidencia, por ser detectadas y tratadas tempranamente con antibióticos, pero han sido reemplazadas por otras nuevas (Chlamydia, Micoplasma y ciertos virus) que constituyen la segunda generación de organismos sexualmente transmitidos, más difíciles de identificar, tratar y controlar, con consecuencias fatales en la función reproductiva de hombres y mujeres. ⁽⁷⁾

Otros autores también plantean que se conoce que la enfermedad inflamatoria pélvica es una de las condiciones patológicas más importantes que causan daño permanente en las trompas de



Falopio, aproximadamente 15% de las mujeres tendrán como resultado la adhesión peritubal o la obstrucción tubárica; desafortunadamente, muchos de los casos de EPI por *C. trachomatis* son asintomáticos y la sola manifestación clínica es la Infertilidad tubárica.^(8.)

Tabla 2.

Distribución de la edad y su relación con los hallazgos en Histerosalpingografía

Edad	Total N= 142 (%)	Obstrucción Unilateral N= 109 (%)	Obstrucción Bilateral N= 33 (%)	P
20-29	22 (15.4)	16(14.6)	6(18.1)	0.854
30-39	87 (61.2)	68(62.3)	19(57.5)	
> 40	33 (23.2)	25 (22.9)	8(24.2)	

En la tabla 2, se observa que el rango de edades que predominó fue entre 30 y 39 años, en cuanto al tipo de Obstrucción Tubárica, la unilateral fue la que mayor porcentaje aportó en este grupo etario con 68 pacientes para un 62.3% de un total de 109 que presentaron Obstrucción Unilateral. Con una significación estadística de 0.854, no existiendo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Estos resultados corresponden con la literatura revisada (Kelly-Weeder)⁽⁹⁾ que señala la edad avanzada es causa de infertilidad femenina consecuente a la tendencia actual de posponer el embarazo por deseos de superación, desarrollo laboral y profesional de la mujer, este factor persiste en nuestra población. Siendo uno de los más importantes al evaluar una pareja con problemas de fertilidad.

El deseo de quedar embarazada a los 40 años no solo implica una baja posibilidad de éxito, sino también un aumento del riesgo de presentar hipertensión, preeclampsia y diabetes, al igual que anomalías cromosómicas fetales y pérdidas del embarazo. La declinación de la fertilidad femenina comienza a los 30 años y se hace más pronunciada a los 40.



La obstrucción puede ser uni o bilateral, localizarse en cualquier segmento de la tuba ⁽¹⁰⁾. La Obstrucción tubárica distal está generalmente asociada con adherencias, mientras que las oclusiones proximales habitualmente están relacionadas con focos de endometriosis intramurales o con crecimiento invasor de las lesiones peritoneales: ⁽⁸³⁾

En los estudios realizados a las pacientes tuvo mayor incidencia la Obstrucción Unilateral, no coincidiendo con algunos estudios de autores que plantean que la bilateral es más frecuente. También cuando la obstrucción compromete la porción ampular puede producirse secundariamente un Hidrosalpinx debido a la dilatación de dicha porción⁽¹¹⁾

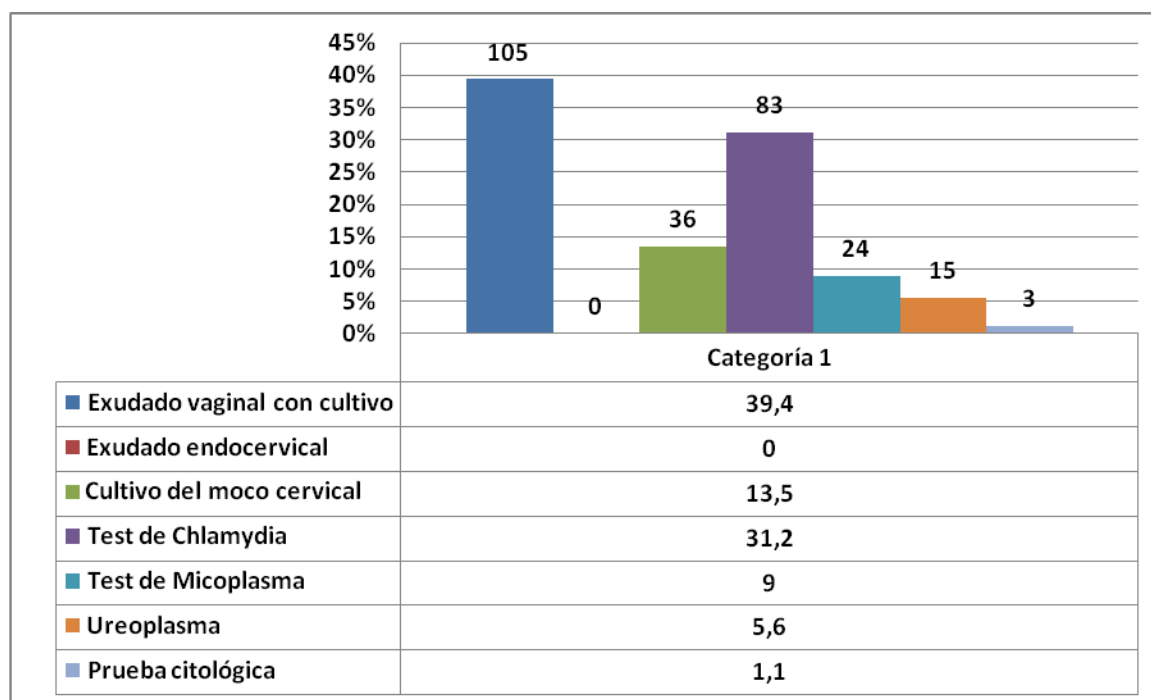


Fig. 1. Positividad de los complementarios realizados en las pacientes con Obstrucción tubárica.

Aunque el protocolo para la evaluación de la infertilidad en diferentes Instituciones puede variar entre una clínica y otra, la mayoría de las clínicas de infertilidad incluyen como parte de la evaluación inicial de las enfermedades de transmisión sexual, pruebas para la detección de infecciones por Chlamydia trachomatis, Ureoplasma urelyticum, Micoplasma hominis o la



Neisseria gonorrhoeae los cuales pudiesen estar interfiriendo con la alteración de la capacidad reproductiva; mediante la toma de muestras del tracto genital para cultivos y pruebas moleculares, o séricas para la detección de anticuerpos contra éstos gérmenes.⁽¹²⁾

En la figura 1 se demuestra que durante ese periodo de estudio el exudado vaginal con cultivo y el test de *Chlamydia* fueron los que mayor positividad aportaron un total de 105 y 83 casos, o sea, 39.4% y 31.2%, respectivamente, 71.5% del total de los casos. Pese a lo que plantean otras literaturas, en el presente estudio no se encontró positividad en el exudado endocervical.

En nuestro caso, en el exudado vaginal, se aislaron gérmenes como la *Cándida*, *Trichomona* y causantes de Vaginosiis Bacteriana, además de aislar la *Chlamydia* en el test.⁽¹³⁾ Coincidimos con algunos autores, como Urbina, que plantea que los microorganismos más frecuentes en exudados vaginales en mujeres con leucorrea son *Candidas*, seguida de Vaginosiis bacteriana y *M. hominis*. Por su parte Duque de Estrada en su estudio en mujeres infértiles haya una mayor frecuencia a *Ureaplasma spp.*, Vaginosiis bacteriana y *Candida pp.*⁽¹⁴⁾

En la identificación de gérmenes más frecuentes (figura 2), encontramos un total de 237 Infecciones en las 142 mujeres, debiéndose esto a la concomitancia de varios gérmenes en la misma paciente. En la figura aparece en primer lugar la *Chlamydia* con un total de 83 para un 35%, seguida de la Vaginosiis Bacteriana con 48 casos para un 20.3%. La Candidiasis apareció en un 16%, en este estudio.

Coincidiendo con varios autores que plantean la concomitancia de *Chlamydia trachomatis* con otras infecciones del tracto genital inferior (*Trichomonas vaginalis* (*T vaginalis*), *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis*)⁽¹⁵⁾ y señalan que ocurre debido a reinfecciones, cambios de pareja y no uso de medios de protección.

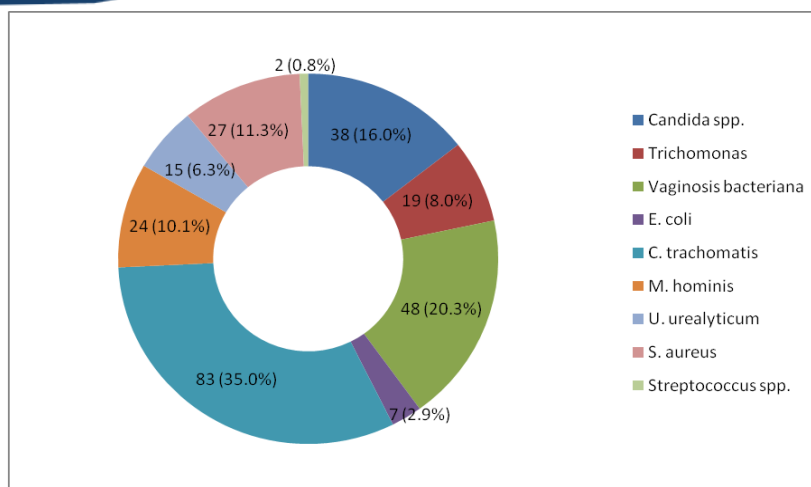


Fig. 2. Tipo de infecciones diagnosticadas en las pacientes con Obstrucción tubárica

Se halló mayor relación entre la presencia de *T. vaginalis* con *Candida* sp. y agentes causantes de vaginosis bacteriana en el sexo femenino. Al respecto algunos autores han planteado que este protozoo se ve asociado muy frecuentemente con otros microorganismos que provocan ITS y llegan a referir que pueden facilitar la transmisión del VIH, para lo cual se ha dicho que puede constituir un elemento transportador de algunos otros agentes virales.

Otros autores coinciden, al referir que son los agentes causales de Vaginosis bacteriana, *Candida* sp, y *T. vaginalis*, los agentes microbiológicos patógenos más comunes del tracto genital, de igual forma se puede plantear que todos estos microorganismos de una u otra manera, están muy relacionados con los mismos factores de riesgo que condicionan la aparición de *T. vaginalis*.⁽¹⁶⁾

Así mismo, la Chlamydiasis es una infección que frecuentemente se acompaña de otras enfermedades como la blenorragia. Las ITS más comunes en las mujeres sexualmente activas, tanto con síntomas del tracto genital bajo como sin ellos, incluyen: *Chlamydia trachomatis* (10 % a 25 %), blenorragias por *Neisseria* (3 % a 18 %), entre otras.⁽¹⁷⁾

Algunos autores notifican infección concomitante con *Ureaplasma urealyticum* y *Micoplasma hominis*.^(18,19) Yu P y otros, en un estudio en parejas infértiles reportan la presencia de la



identificación de *C. trachomatis* y *U. Urealyticum* respectivamente, concluyen que estos microorganismos fueron factores causales de infertilidad⁽²⁰⁾. Rodríguez-Hernández reporta a *U. urealyticum* en 23,5 % de mujeres infértiles, además, relaciona la presencia de este microorganismo con la infertilidad.⁽²¹⁾

Las chlamydias pueden producir diversos cuadros clínicos, como uretritis, cervicitis, enfermedad pélvica inflamatoria, epididimitis y proctitis. En la mujer produce cervicitis que es la infección más frecuente que se presenta. Sin embargo alrededor del 80% de las mujeres infectadas cursan como asintomáticas, el resto presenta evidencias clínicas como flujo vaginal, dolor pélvico o abdominal, sangrado o disuria.⁽²²⁾

Tabla 3.

Relación entre tipo de Infertilidad y Obstrucción tubárica

Tipo de Infertilidad	Total N= 142 (%)	Obstrucción Unilateral N= 109(%)	Obstrucción Bilateral N= 33 (%)	P
Primaria	39 (27.4)	27(24.7)	12 (36.4)	0.279
Secundaria	103 (72.5)	82 (75.2)	21(63.7)	

En la Tabla 3 donde se establece la relación entre el tipo de infertilidad y Obstrucción tubárica se observa un predominio de la infertilidad secundaria y a su vez de la Obstrucción tubárica unilateral con un total de 82 pacientes para un 75.2%. Con una significación estadística de 0.279 no existiendo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Esto coincide con lo planteado por Lampic, donde se señala que es mucho más frecuente en los estudios de Infertilidad de la pareja, la Infertilidad secundaria.⁽²³⁾

Se evidencia en este estudio, una vez más, que la Infertilidad primaria está relacionada con mayor frecuencia a factores ováricos u hormonales, mientras que la Infertilidad secundaria es generalmente el resultado del estilo de vida de la paciente, haciéndose manifiesto de que en la



mayor parte de los casos hablamos de disminución de la fertilidad al tratarse de Obstrucción unilateral y no de Esterilidad absoluta.

Tabla 4.

Relación entre positividad de la Chlamydia y Obstrucción tubárica

Resultado del test tipo	Total N= 142 (%)	Obstrucción Unilateral N= 109 (%)	Obstrucción Bilateral N= 33 (%)	P
Chlamydia(+)	83 (58.4)	71 (65.1)	12 (36.3)	0.004
Chlamydia(-)	59 (41.5)	38 (34.8)	21 (63.6)	

En cuanto a la relación de Infección causada por *C.trachomatis* con daño tubárico (Tabla 4) nuestros resultados demostraron que encontramos 83 pacientes de las 142 con Test de Chlamydia positivo ya sea Obstrucción Tubárica Unilateral o Bilateral para un 58.4%, con una significación estadística de 0.004 mostrando una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

También Ortiz y Cols describen la infección por *Chlamydia trachomatis* como la causa más importante de infertilidad y esta es reconocida como un factor predisponente para el desarrollo de infertilidad tubárica y se ha sugerido que las probabilidades están aumentadas con cada episodio infeccioso; y asociada a la severidad de la infección.^(24,25)

En Cuba, la naturaleza predominantemente asintomática de la infección por esta bacteria y la escasa cobertura diagnóstica existente, contribuyen a la propagación de esta infección, con el consecuente impacto económico y social que supone el tratamiento de sus secuelas; por lo tanto, se hace necesario el reconocimiento de los factores causales para su prevención y control.⁽²⁶⁾

CONCLUSIONES

- Las Infecciones de Trasmisión sexual y las Enfermedades Inflamatorias pélvicas agudas fueron los principales factores epidemiológicos hallados, siendo el Exudado vaginal con cultivo y el Test de Chlamydia los complementarios de mayor positividad.



- Quedó demostrada la frecuente relación entre Infertilidad secundaria y Obstrucción tubárica unilateral entre las mujeres atendidas en el Hospital “*Miguel Enríquez*”, perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [Salama S](#), [Muratorio C](#), [Torre A](#), [Paillusson B](#), [Wainer R](#). Estudio de la pareja infértil. (2014) Tratado de medicina [Internet] [citado 9 Dic 2021]; 15 (2): [Aprox 8 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1636541011710224>
2. Quinónez CEM, Ríos ChaDI, Ramírez JD, Soto-De León SC, Camargo M, Del Río-Ospina L... et al. (2020) Chlamydia trachomatis frequency in a cohort of HPV-infected Colombian women. En: Meyers C, Quinónez CEM. PLoS ONE. España: Editorial Interamericana; 147-9
3. Hoffmann B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham FG. Infecciones ginecológicas. (2020) En: Ginecología de Williams. 2 ed. México: McGraw-Hill; 49-84
4. CDC STD (2018) Guidelines and Recommendations j National Prevention Information Network. Centers for Disease Control and Prevention. [Internet] [citado 9 sept 2020]: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://npin.cdc.gov/pages/cdc-std-guidelines-and-recommendations>
5. Independent panel report to the: Review of Post-18 Education and Funding. Sexually transmitted infections and screening for chlamydia in England [Internet] 2019 [citado 12 Dic 2021]: [Aprox. 25 p.]. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/713962/hpr2018_AA-STIs_v5.pdf
6. Witkin SS, Minis E, Athanasiou A, Leizer J, Linhares IM. (2021) Chlamydia trachomatis: the Persistent Pathogen. Clin Vaccine Immunol; 24 (10):203–17.



7. Sexually Transmitted Diseases. Congenital Syphilis. [Internet] 2017 [citado 4 enero 2022]: [Aprox. 25 p.]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/congenital.htm>
8. Wiesenfeld HC. (2021) Screening for Chlamydia trachomatis infections in women. N Engl J Med.; 376:765.
9. Kelly WS, O'Connor A. (2019) Modifiable risk factors for impaired fertility in women: what nurse practitioners need to know. J Am Acad Nurse Pract.; 18:268-76.
10. Koskas M, Mergui J, Yazbeck C, Uzan S, Nizard J. (2022) Office hysteroscopy for infertility: A Series of 557 Consecutives Cases. Obstet Gynecol Int. 16:80- 96.
11. Socolov D, Boian I, Boiculese L, Tamba B. (2021) Comparison of the pain experienced by infertile women undergoing hysterosalpingo contrastsonography or radiographic hysterosalpingography. Int J GynecolObstet; 45:32-6
12. Rodgers AK, Wang J, Zhang Y, Holden A, Berryhill B, Budrys NM...et al. (2022) Association of tubal factor infertility with elevated antibodies to Chlamydia trachomatis caseinolytic protease P. Am J Obstet Gynecol ;203:497-499.
13. Urbina MT, Medina R, Muñoz G, Sánchez V, BenjamínI, Lerner J.(2021) Infección por Chlamydia trachomatis. Rev Obstet Ginecol Venez ; 70:90-6
14. Duque de Estrada SMM.(2021) Aislamiento e identificación de Ureaplasma spp y Mycoplasma hominis en muestras endocervicales de pacientes infértiles [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad Comandante Manuel Fajardo .
15. American College of Obstetrics and Gynecology: Chlamydia, Gonorrhea, and Syphilis. [Internet] 2021 [citado 15 feb 2018]: [Aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Chlamydia-Gonorrheaand-Syphilis>.
16. Frontela NM, Rodríguez MY, Verdejas VOL, Valdés MFJ. (2006) Infección por Chlamydia trachomatis en mujeres cubanas en edad reproductiva. Rev Cubana Endocrinol [Internet] [citado 17 abril 2020]; 17(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en <http://scihelo.sld.cu/scielo.php?S1561-29532006000200001>



17. Zhou Y, Xu XL, Wang CP, Zhou M, Zeng XH. (2022) Detection and the antibiotic susceptibility analysis of mycoplasma and chlamydia in urogenital tract infections of 327 cases patients with tubal infertility. *Zhonghua Shi Yan He Lin Chuang Bing Du Xue Za Zhi*; 25:201-4.
18. Summary table of measures, productlines and changes: Chlamydia screening in women. National Committee for Quality Assurance [Internet] 2018 [citado 17 Jun 2020]: [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.ncqa.org/hedis/measures/>
19. Yu P. (2019) Research in the relationship between Chlamydia trachomatis and Ureaplasma and infertility; 23(1): 67-9
20. Costoya A, Morales F, Borda P, Vargas R, Fuhrer J, Salgado N... et al. (2020) Mycoplasma teceae species are not found in Fallopian tubes of women with tubo-peritoneal infertility. *Braz J Infect Dis* 2020; 16:273-8.
21. Tang L, Chen J, Zhou Z, Yu P, Yang Z, Zhong G. (2019) Chlamydia-secreted protease CPAF degrades host antimicrobial peptides. *Microbes Infect.* ; 17: 402-09.
22. Ramírez IC. (2020) Prevalencia de la infección cervicovaginal por Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum en pacientes ginecológicas del Instituto Nacional de Perinatología. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*. Enero-Marzo 2020; 24(1):1-4.
23. Lampic C, Svanberg AS, Karlstrom P, Tyden T. (2020) Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Hum Reprod* 21:558-64.
24. Cols J, Hotton A, Zawitz C, Kessler H. (2014) Opt-out screening for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in female detainees at Cook County jail in Chicago, IL. *Sex Transm Dis*. [Internet] 2014 [citado 17 Jun 2023]; 41(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/OLQ.000000000000106>.
25. Ortiz RCE, Hechavarría CCE, Ley Ng M, Álvarez MG, Hernández OY. (2010) Estudio de Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum y Mycoplasma hominis en pacientes infértiles y abortadoras habituales. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet] 2010 [citado 9



sept 2022]; 36(4): [aprox. 5 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

26. Chlamydia and gonorrhea: screening. final update summary: chlamydia and gonorrhea: screening - US Preventive Services Task Force. [Internet] 2018 [citado 9 sept 2022]: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/chlamydia-and-gonorrhea-screening>.



PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS EN EL CLIMATERIO

CLIMATERY AND PELVIC ORGAN PROLAPSE

Autores:

Fecha de presentación: enero/ 2026

Fecha de aceptación: abril/ 2026

Fecha de publicación: junio/ 2026

Dra. Yoliary Teresa Murlot Morales (M.Sc)

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Profesora auxiliar. Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa

Facultad “Miguel Enríquez” Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9010-0184>

Dr. Rodolfo Valentín Martínez Camilo (M.Sc)

Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor auxiliar.

Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa

Facultad “Miguel Enríquez” Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4371-4033>

E-mail valentin.mtnez@infomed.sld.cu

Dra. Yordanka Gámez Londres

Especialista en Ginecología y obstetricia. Profesora asistente.

Facultad “Miguel Enríquez” Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8430-8370>

Dra. Laura Arlety Camacho Rodríguez

Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa.

Facultad “Miguel Enríquez” Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7141-6674>

Dra. Sucet Cabrera Alfonso (M.Sc)

Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor asistente.

Facultad “Miguel Enríquez” Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3255-3834>

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Martínez Camilo, R., Gámez Londres, N., Camacho Rodríguez, L. & Cabrera Alfonso, S. (2026). Prolapso de órganos pélvicos en el climaterio. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 58-67.



RESUMEN

Introducción: con el término menopausia, perimenopausia o climaterio se hace referencia a una etapa de la vida de la mujer que viene marcada por el cese de las menstruaciones periódicas que la han acompañado desde la menarquía. Las afecciones más frecuentes de esta etapa son los trastornos del suelo pélvico con variaciones personales en las disfunciones que trae aparejado que atentan contra la calidad de vida de la mujer. **Objetivo:** analizar variables relacionadas con pacientes diagnosticadas con prolapso de órganos pélvico durante el periodo del climaterio. **Métodos:** Es un estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal en la consulta de Climaterio que se ofrece en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa, La Habana, Cuba, durante once meses. La muestra estuvo integrada por 70 pacientes a las que se les recogió información sobre variables analizadas (edad, índice de masa corporal, número de embarazos, partos transpélvicos, disfunciones del suelo pélvico y severidad de las mismas) que se presentan en tablas de distribución de frecuencia. **Resultados:** como factores de riesgos más importante se encontraron que el número de embarazos fue mayor de 3 con 35 casos para un 50%, la presencia de 2 y 3 partos con 54 féminas para un (77,1%) y estos por vía transpélvica, además los prolapso de órganos pélvicos que predominaron en nuestro estudio fueron el cistocele mediano con 17 mujeres para un (53,1%) y el rectocele mediano con 46,2% (12 féminas). **Conclusión:** El cistocele y el rectocele mediano fueron los principales prolapsos de órganos pélvicos.

Palabras clave: climaterio; prolapso de órganos pélvicos

ABSTRACT

Menopause, perimenopause, or climacteric refer to a stage in a woman's life marked by the cessation of regular menstruation that has been present since menarche. The most frequent conditions during this stage are pelvic floor disorders, with individual variations in the dysfunctions they cause, which negatively impact a woman's quality of life. **Objective:** To analyze variables related to patients diagnosed with pelvic organ prolapse during the climacteric period. **Methods:** This is a prospective, descriptive, cross-sectional study conducted in the Climacteric Clinic at the Guanabacoa Gynecological and Obstetrical



Teaching Hospital in Havana, Cuba, over an eleven-month period. The sample consisted of 70 patients from whom information was collected on the analyzed variables (age, body mass index, number of pregnancies, transpelvic deliveries, pelvic floor dysfunctions, and their severity), which are presented in frequency distribution tables. **Results:** The most significant risk factors found were having more than 3 pregnancies (35 cases, 50%), having 2 or 3 deliveries (54 women, 77.1%), and transpelvic deliveries. The predominant pelvic organ prolapses in our study were medium cystocele (17 women, 53.1%) and medium rectocele (46.2%, 12 women). **Conclusion:** Cystocele and medium rectocele were the main types of pelvic organ prolapse.

Keywords: menopause; pelvic organ prolapse

INTRODUCCIÓN

Con el término *menopausia*, *perimenopausia* o *climaterio* se hace referencia a una etapa de la vida de la mujer que viene marcada por el cese de las menstruaciones periódicas que la han acompañado desde la menarquía, hecho que viene determinado por la disminución de la producción hormonal de los ovarios como consecuencia del agotamiento folicular. Este momento supone, pues, un cambio drástico en el equilibrio hormonal de la mujer, que deriva en una serie de cambios físicos y psíquicos, a la vez que se le unen otras situaciones ligadas al envejecimiento y a la aparición potencial de enfermedades. Además, estos cambios pueden derivar en la aparición de síntomas que pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida de la mujer y pueden motivar adaptaciones en sus estilos de vida que afecten a esferas tan determinantes como la de la autoimagen, las relaciones de pareja y familiares o las expectativas laborales. ⁽¹⁾

El Prolapso Genital Femenino (PGF) se ha observado durante mucho tiempo en seres humanos, el primer informe data del 1500 a. C. en el Papiro de Ebers, el médico griego Sorano de Efesio fue el primero que realizó una histerectomía vaginal. PGF es la protrusión de los órganos pélvicos (vejiga, útero, cúpula y recto) en el canal vaginal. El aumento de la expectativa de vida ha determinado un aumento de la incidencia del PGF. ⁽²⁾



Las disfunciones del suelo pélvico y sus consecuencias sociales y sanitarias constituyen hoy en día un problema de primera magnitud en salud pública, por su elevado coste y por su gran repercusión sobre la calidad de vida de las mujeres que las padecen.⁽³⁾

El prolapso de órganos pélvicos es un trastorno con signos y síntomas específicos que deteriora la función normal y reduce la calidad de vida. Sus *signos* comprenden descenso de uno o más de los siguientes: pared vaginal anterior, pared vaginal posterior, útero y cuello uterino, cúpula vaginal después de una histerectomía o perineo (Haylen, 2010). Sus *síntomas* incluyen abultamiento vaginal, presión pélvica y necesidad de contención o uso de los dedos. La contención es la reducción del prolapso con la mano para mejorar los síntomas y la introducción de los dedos en recto o vagina ayuda a la evacuación de las heces fecales. Para que el prolapso de los órganos pélvicos se considere una enfermedad, los síntomas se deben atribuir al descenso de los órganos pélvicos en grado tal que la reducción quirúrgica o no quirúrgica alivia los síntomas, restablece la función y mejora la calidad de la vida.^(4, 5) Por lo anterior nos motivamos a realizar esta investigación con el Objetivo de analizar determinadas variables en las mujeres diagnosticadas con prolapso de órganos pélvicos durante el periodo del climaterio.

DESARROLLO

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo de corte transversal en la consulta de climaterio del policlínico Andrés Ortiz de Guanabacoa, La Habana, Cuba, durante el periodo de once meses. La población y muestra estuvo constituida por 70 mujeres que fueron atendidas en la consulta por sintomatología del síndrome climaterio.

La información fue obtenida a partir de la entrevista a cada paciente y de la revisión de lo registrado en la Historia clínica personal. Esos datos se recogieron en un registro confeccionado al efecto con el sistema SPSS versión 25, que contenía las variables; sociodemográficas, reproductivas y el tipo de prolapso de los órganos pélvico, los mismos se procesaron aplicando el método porcentual y los resultados obtenidos fueron llevados a tablas de distribución de frecuencia para su análisis y discusión.



El grupo de edades de más significación de la investigación es el observado en la tabla 1 donde predominó las mujeres comprendidas entre 40-55 años de ellas 34 fueron premenopausicas para un 97,1% y 30 menopáusicas para un 85,7%.

Tabla 1:

“Distribución de los Grupos de Edades Según el Estado Menopáusico.(N=70)”

<i>Edad</i>	<i>Premenopausicas</i>	<i>Postmenopausicas</i>
40-55	34 (97,1)	30 (85,7)
>55	1 (2,9)	05 (14,3)

Fuente: base de datos de la investigación

Con relación al IMC (tabla 2) que presentaron las féminas del estudio, el más significativo fue el normopeso (18,5-25,0) 39 mujeres, para un 55,7%.

Tabla 2:

“Distribución de los Grupos de Índice de Masa Corporal”

<i>IMC (en Kg/m²)</i>	<i>Cantidad</i>	<i>%</i>
<18,5	0	0,0
18,5 - 25,0	39	55,7
>25,0– 29,9	19	27,1
>30	12	17,1

Fuente: base de datos de la investigación. IMC: índice de masa corporal.

El prolapso del órgano pélvico se caracteriza por varios factores de riesgo pero en nuestro estudio -representado por la tabla 3- el más significativo fue el haber tenido entre 2 y 3 partos con 33 casos para un 47,1%.

Tabla 3

“Distribución del Número de Embarazos”

<i>Embarazos</i>	<i>Cantidad</i>	<i>%</i>
0 - 1	2	2,9
2 - 3	33	47,1
>3	35	50,0
>30	12	17,1

Fuente: base de datos de la investigación.



En las pacientes con prolapso de órganos pélvico el tipo de parto que predominó (según recoge la tabla 4) fue el transpelviano siendo el dato más significativo el haber tenido entre 2 y 3 partos con 54 enfermas para un 77,1%.

Tabla 4
“Distribución del Número de Partos Transpelvianos”

Partos transpelvianos	Cantidad	%
0 - 1	10	14,3
2 - 3	54	77,1
>3	6	8,6

Fuente: base de datos de la investigación

En la tabla 5 aparecen las disfunciones pélvicas recogidas de todos los casos que tuvieron prolapso de órganos pélvicos donde el cistocele fue el que más se relacionó con la entidad con 32 caso para un 45,7 % de las pacientes estudiadas.

Tabla 5
“Tipos de Disfunción del Suelo Pélvico”

Disfunción de suelo pélvico	Cantidad	%
Uretrocele	10	14,3
Cistocele	32	45,7
Rectocele	26	37,1
Enterocelo	0	0,0
Prolapso uterino	8	11,4
Prolapso de cúpula vaginal	0	00
Incontinencia urinaria	13	18,6
Incontinencia fecal	0	0,0

Fuente: base de datos de la investigación

Al analizar la tabla 6, es posible observar la distribución porcentual de la severidad del tipo de prolapso de órganos pélvicos de las mujeres investigadas predominando el cistocele mediano con 17 féminas para un 35,1%.



Tabla 6
“Severidad de la Disfunción del Suelo Pélvico”

Severidad	Cantidad	%
Cistocele (n=32)		
Pequeño	10	31,3
Mediano	17	53,1
Grande	5	15,6
Rectocele (n=26)		
Pequeño	6	23,1
Mediano	12	46,2
Grande	8	30,8
Incontinencia urinaria (n=13)		
Esfuerzo	9	69,2
Espontánea	4	30,8

Fuente: base de datos de la investigación

Desde estos resultados obtenidos y datos cuantitativos presentados es necesario realizar los siguientes comentarios. En los resultados de la tabla 1, la edad premenopáusica es el período en que predomina la aparición del prolapso genital, esto se produce en parte como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y sostén de los órganos pélvicos frecuente en la mujer climatérica. ⁽⁶⁾

Esto implica que las mujeres de esta etapa pierden calidad de vida. Al compararlo con otros autores ⁽⁷⁾ se puede apreciar que el promedio de edad es de 57,6 años lo que sitúa a las mujeres de este estudio en Posmenopausia resultado distinto al nuestro.

En este estudio, el resultado en cuanto al peso materno no fue significativo porque el mayor porcentaje fue ocupado por el normopeso, esto significa que a pesar que en esta etapa de la vida hay una tendencia al sobre peso y la obesidad esto no es un factor de riesgo para el prolapso de órganos pélvicos, resultados parecido a los nuestro fue reportado por Rodríguez A. ⁽⁸⁾ que plantea en su estudio que la obesidad sólo ocupó 22.8% y que no represento un factor de riesgo para el prolapso de órganos pélvicos, sin embargo la obesidad es un factor de riesgo para la incontinencia urinaria de esfuerzo según fue reportado por la sociedad española de ginecología y obstetricia. ⁽⁹⁾



Es perceptible el aumento en el número de embarazos puede inducir a nuestros resultados en que las féminas que tuvieron más de tres embarazos presentaron un porcentaje mayor de prolapsos de órganos pélvico esto es debido a que el piso pélvico funciona como un conjunto de músculos, ligamentos y fascias que, interrelacionados entre sí, ayudan al soporte y a la continencia de los órganos pélvicos.

Durante la gestación aparecen cambios en todos los sistemas corporales, denominados cambios fisiológicos del embarazo como son: Reducción del soporte pélvico por aumento en la elasticidad, disminución del colágeno total y aumento de los glucosaminoglicanos, compresión del nervio pudiendo, aumento de la presión en diferentes fascículos del piso pélvico, etc. ^(10,11)

Este artículo presenta el parto vaginal como uno de los factores de riesgo en la producción del cistocele, está claramente establecido que el riesgo relativo de prolapso genital aumenta en forma significativa con el número de partos vaginales. Los mecanismos fisiopatológicos involucrados para estas noxas se conocen que interesan el terreno vascular, muscular, nervioso y hasta el estado hormonal endocrino, todos susceptibles de ser dañados durante un parto por vía vaginal.

En la población del estudio WHI, el nivel de instrucción básico y el mayor número de partos vaginales fueron un buen predictor para prolapsos estadio II -este nivel está compuesto por el tercio medio de la vagina, específicamente el tabique recto vaginal y fascia pubocervical, daño a este nivel producirá prolapsos en el compartimento anterior (cistocele)- por otra parte el riesgo relativo se duplicaba cuando la segunda fase del trabajo de parto era mayor a 90 minutos y aumentaba a 3,5 veces cuando se prolongaba sobre los 160 minutos. ⁽¹²⁻¹⁵⁾

El cistocele es la diastasis de los ligamentos pubocervicales, con la herniación del piso vesical, son expresiones del proceso de envejecimiento y no consecuencias del déficit estrogénico. ⁽¹⁶⁾ Además de ser la alteración más frecuente encontrada en otros estudios, como el de Borges. ^(17, 18)



En este estudio, el cistocele mediano fue el más significativo. Esto puede estar asociado al número de embarazos y de partos, no así a la obesidad ni a la Posmenopausia como plantean otros autores (Y. El Harrech) como factores de riesgo en sus estudios. ⁽¹⁹⁾

Otros estudios como (José Grande) encontraron un 39,1 % de casos con cistocele mediano. y (Humberto Hott A.) 31,4%, como se puede apreciar el cistocele mediano se relaciona con otros autores, aunque el cistocele pequeño es asintomático no así el mediano y el grande lo que puede justificar la solicitud del ginecólogo por estas mujeres. ^(20, 21)

CONCLUSIONES

El cistocele y el rectocele mediano fueron los principales prolapsos de órganos pélvicos encontrados en las mujeres climatéricas de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. C. Castelo Branco. Ginecología. Capitulo pubertad y Menopausia. ED Elsevier España. 5, 94-118. 2014.
2. Franklin J. Espiade de la Hoz. Factores de riesgo asociado con el Prolapso genital femenino: estudio caso y control. Urol colomb. 2015; 24(1): 12-18.
3. Wagner TH, Hu TW. Economic costs of urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1998; 9(3): 127-128.
4. Bárbara L. Hoffam. Prolapso de órganos pélvico, Ginecología de William. ED. McGraw-Hill interamericana, 2014.
5. Progresos de obstetricia y ginecología, 2015-04-01, Volumen 58, Número 4, Pages 205-208, Copyright © 2014 SEGO. Prolapso genital (actualizado junio 2013)
6. Protocolos SEGO. Prolapso genital. Prog Obstet Ginecol. 2015; 58(4): 205-208.
7. Espitia de la Hoz F.J. Factores de riesgos asociados con prolaps genital femenino: Estudio de casos y control. Urol Colomb. 2015; 24(1): 12-18.
8. Rodríguez Adams. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. Rev Cub de Ginecol y Obstet 2014; 40(1):119-135
9. PROTOCOLOS SEGO, Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (actualizado junio 2013) Prog Obstet Ginecol. 2015; 58(5):252—256
10. González D, C. Embarazo, trauma obstétrico y sus efectos sobre el piso pélvico. Revisión de la literatura. MEDICINA U.P.B. 2014, 33(2): 129-137



11. Pérez-Martínez C, Vargas-Díaz IB. Utilidad de la perineometría para evaluar la incontinencia urinaria de esfuerzo. Rev Mex Urol. 2010; 70(1):2-5.
12. DAVID COHEN S. PROLAPSO GENITAL FEMENINO: LO QUE DEBERÍA SABER rev. Med. Clin.condes-2013; 24(2): 202-209.
13. De Lancey JOL. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction. Achievable goals for improved prevention and treatment. Am J Obstet Gynecol 2005; 192:1488-95.
14. Valsky DV, et al. Fetal head circumference and length of second stage of labor are risk factors for levator ani muscle injury, diagnosed by 3-dimensional transperineal ultrasound in primiparous women. Am J Obstet Gynecol 2009; 201(1): 91.e1-91.e7
15. Delgado G A, Ovies B. Cirugía sobre el suelo pélvico y su impacto en sexualidad. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(4)558-565
16. Martínez J. C. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014; 40(1):102-118 CLIN. CONDES - 2013; 24(2) 202-209] [REV. MED. CLIN. CONDES – 15.
17. René Borges SandrinoI, Reparación de los prolapsos de los órganos pélvicos con bandas de polipropileno preobturador. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; 30(1). 2010. 65-75.
18. Beecham CT. Classification of the vaginal relaxation. Am J Obstet Gynecol 1980; 36: 957
19. Y. El Harrech, Resultados a los tres años de la reparación de un cistocele transvaginal con malla de propileno usando una técnica sin tensión, actas urol esp. 2010; 34(1):82-87
20. Grande J. Colpopexia anterior con uretro suspensión con monoprótesis sintética en el tratamiento simultáneo del cistocele y la incontinencia urinaria. Rev Med Hered 21, 2010; 84-90
21. Humberto Hott A. REPARACIÓN DE PROLAPSO VAGINAL ANTERIOR CON MALLA DE PROLENE. REV CHIL OBSTET GINECOL 2007; 72(2):120-124.



**CARCINOMA BASOCELULAR ULCERADO EN ADULTO MAYOR:
IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA PRESERVACIÓN
FUNCIONAL. REPORTE DE UN CASO**

**ULCERATED BASAL CELL CARCINOMA IN AN OLDER ADULT: IMPORTANCE
OF SURGICAL TREATMENT IN FUNCTIONAL PRESERVATION. A CASE
REPORT**

Dr. Alexander Soto Bermúdez

Doctor en Ciencias de la Educación.

M.Sc. Gerencia en Salud Pública.

Especialista en Dermatología.

Coordinador Regional de Dermatología Sanitaria del Estado Aragua, Venezuela.

Hospital Civil Maracay

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3481-0362>

Fecha de presentación: marzo/ 2026

Fecha de aceptación: abril/ 2026

Fecha de publicación: junio/2026

Odt. Kariannys Figueroa de Soto

Odontóloga General. Rehabilitación Protésica. Hospital Civil Maracay

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5824-6749>

Dra. Yamileidy Figueredo de Garaycoa

Obten: Doctora en Ciencias de la Educación.

M.Sc. Gerencia en Salud Pública.

Especialista en Oftalmología

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7555-8799>

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Soto Bermúdez A., Figueroa de Soto K. & Figueredo de Garaycoa Y. (2026) Carcinoma basocelular ulcerado en adulto mayor: importancia del tratamiento quirúrgico en la preservación funcional. Reporte de un caso. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 68-81.

RESUMEN

El carcinoma basocelular constituye la neoplasia cutánea maligna más frecuente de la población adulta mayor y, aunque presenta bajo potencial metastásico, puede ocasionar importante destrucción local y compromiso funcional cuando el diagnóstico y tratamiento son tardíos. Las lesiones localizadas en la región perioral representan un desafío reconstructivo debido a la participación de esta zona en funciones esenciales estomatognáticas como alimentación, fonación y continencia oral. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de carcinoma basocelular ulcerado en comisura labial tratado quirúrgicamente en un paciente geriátrico. **Presentación de caso:** Paciente masculino de 95 años de edad con antecedente de exposición solar crónica y



lesión ulcerada de larga evolución en comisura labial izquierda. Acudió por crecimiento progresivo, dolor, sangrado recurrente y dificultad para la alimentación debido al sangrado durante la apertura bucal. El estudio histopatológico confirmó carcinoma basocelular ulcerado de patrón infiltrativo. A pesar de la edad avanzada, se decidió realizar tratamiento quirúrgico bajo anestesia local tipo anestesia de campo, efectuándose resección tumoral y reconstrucción inmediata mediante colgajos locales. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con adecuada cicatrización, mejoría funcional y recuperación progresiva de la dinámica oral.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico reconstructivo puede ser una alternativa segura y eficaz en pacientes geriátricos cuidadosamente seleccionados. La edad cronológica no debe constituir una contraindicación absoluta cuando existe posibilidad de preservar la funcionalidad y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: adulto mayor; calidad de vida; carcinoma basocelular; cirugía dermatológica; preservación funcional.

SUMMARY

Basal cell carcinoma is the most common malignant skin neoplasm in the older adult population and, although it has low metastatic potential, it may cause significant local destruction and functional impairment when diagnosis and treatment are delayed. Lesions located in the perioral region represent a reconstructive challenge due to the involvement of this area in essential stomatognathic functions such as feeding, speech, and oral continence. **Objective:** To present a clinical case of ulcerated basal cell carcinoma of the labial commissure surgically treated in a geriatric patient. **Case presentation:** A 95-year-old male patient with a history of chronic sun exposure and a long-standing ulcerated lesion located at the left labial commissure presented with progressive growth, pain, recurrent bleeding, and difficulty eating due to bleeding during mouth opening. Histopathological examination confirmed ulcerated infiltrative basal cell carcinoma. Despite the patient's advanced age, surgical treatment under local field block anesthesia was performed, including tumor resection and immediate reconstruction using local flaps. Postoperative evolution was satisfactory, with adequate healing, functional improvement, and progressive recovery of oral dynamics. **Conclusions:** Reconstructive surgical treatment may represent a safe and effective alternative in carefully selected geriatric patients. Chronological age should not be considered an absolute contraindication when there is potential



to preserve functionality and improve quality of life.

Keywords: aged; basal cell carcinoma; dermatologic surgery; functional preservation; quality of life.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma basocelular constituye la neoplasia cutánea maligna más frecuente en la población adulta mayor y se caracteriza por un crecimiento lento, comportamiento localmente invasivo y escasa capacidad metastásica. A pesar de su baja mortalidad, las lesiones de larga evolución pueden ocasionar destrucción progresiva de tejidos blandos, alteraciones funcionales y deformidades estéticas significativas, especialmente cuando comprometen regiones anatómicas complejas de la cara como la comisura labial y el área perioral.

La región peribucal posee una importante relevancia funcional debido a su participación en procesos esenciales estomatognáticos como la alimentación, articulación del lenguaje, continencia oral y expresión facial. En consecuencia, las lesiones tumorales localizadas en esta zona pueden generar limitaciones importantes en la calidad de vida del paciente, particularmente en adultos mayores con deterioro funcional progresivo y retraso en la atención médica especializada. Asimismo, la exposición solar crónica, el envejecimiento cutáneo y las barreras de acceso a servicios de salud continúan siendo factores asociados al desarrollo de carcinomas cutáneos avanzados en esta población.

Aunque el tratamiento quirúrgico continúa considerándose la principal alternativa terapéutica para el carcinoma basocelular, en pacientes geriátricos frecuentemente predominan conductas conservadoras o exclusivamente paliativas debido a la edad avanzada, comorbilidades y percepción limitada del beneficio terapéutico. Sin embargo, esta visión puede subestimar el impacto funcional, psicológico y social que producen las lesiones ulceradas extensas, las cuales afectan de manera significativa la autonomía, interacción social y bienestar general del paciente.

Desde el punto de vista reconstructivo, el manejo quirúrgico de tumores periorales representa un desafío técnico debido a la necesidad de lograr resección oncológica adecuada preservando simultáneamente la funcionalidad y armonía facial. Por ello, la planificación individualizada y el abordaje multidisciplinario adquieren especial importancia en lesiones avanzadas localizadas



en zonas anatómicas de alta complejidad funcional y estética.

DESARROLLO

El carcinoma basocelular (CBC) constituye la neoplasia cutánea maligna más frecuente a nivel mundial y representa aproximadamente el 70–80 % de los cánceres de piel no melanoma.⁽¹⁾ Su desarrollo se relaciona principalmente con exposición solar crónica, envejecimiento cutáneo, fototipos claros, inmunosupresión y daño actínico acumulativo.⁽²⁾ Aunque presenta escasa capacidad metastásica, posee comportamiento localmente invasivo y potencial destructivo significativo cuando el diagnóstico y tratamiento se realizan en etapas avanzadas.⁽³⁾

La región facial representa la localización anatómica más frecuente del carcinoma basocelular debido a su exposición continua a radiación ultravioleta. Dentro de estas áreas, la región perioral y la comisura labial poseen especial importancia clínica por su complejidad anatómica y participación en funciones esenciales como alimentación, articulación del lenguaje, continencia oral y expresión facial.⁽⁴⁾ Las lesiones avanzadas localizadas en esta región pueden ocasionar deformidad estética importante, limitación funcional progresiva y deterioro significativo de la calidad de vida del paciente.⁽⁵⁾

Desde el punto de vista clínico, el carcinoma basocelular puede manifestarse como lesiones nodulares, pigmentadas, superficiales o ulceradas. Las formas ulceradas e infiltrativas suelen presentar crecimiento progresivo, destrucción local de tejidos blandos y mayor compromiso funcional, especialmente en lesiones de larga evolución.⁽⁶⁾ Histológicamente, los subtipos infiltrativo, micronodular y morfeiforme se asocian con mayor agresividad local y mayor riesgo de recurrencia tumoral.⁽⁷⁾

En adultos mayores, el manejo terapéutico de los tumores cutáneos malignos continúa representando un desafío clínico importante. Frecuentemente, factores como edad avanzada, presencia de comorbilidades, fragilidad funcional y limitaciones socioeconómicas condicionan retrasos diagnósticos o decisiones terapéuticas conservadoras.⁽⁸⁾ En muchos casos, esto favorece la progresión tumoral y aumenta la posibilidad de lesiones localmente avanzadas con compromiso funcional severo.⁽⁹⁾



Sin embargo, diversos autores han señalado que la edad cronológica por sí sola no debe constituir un criterio absoluto para limitar tratamientos quirúrgicos potencialmente curativos.⁽¹⁰⁾ La presencia de lesiones ulceradas dolorosas, sangrado recurrente, alteraciones funcionales y repercusión psicológica significativa justifica la valoración individualizada del paciente geriátrico, considerando no solo la supervivencia, sino también la preservación funcional y calidad de vida.⁽¹¹⁾

La cirugía continúa siendo el tratamiento de elección para el carcinoma basocelular debido a sus elevadas tasas de curación y adecuado control oncológico local.⁽¹²⁾ En lesiones localizadas en áreas faciales funcionalmente complejas, el abordaje reconstructivo adquiere especial relevancia, ya que además de garantizar márgenes quirúrgicos adecuados, debe procurar la restauración anatómica y funcional de las estructuras comprometidas.⁽¹³⁾

En este contexto, las técnicas reconstructivas mediante colgajos locales permiten obtener resultados favorables en defectos periorales posteriores a resección tumoral, favoreciendo adecuada continencia oral, movilidad labial y recuperación estética facial.⁽¹⁴⁾ La selección del método reconstructivo depende del tamaño del defecto, profundidad de invasión, estructuras anatómicas involucradas y condiciones generales del paciente.⁽¹⁵⁾

Asimismo, el abordaje multidisciplinario entre cirugía dermatológica, oncología, odontología y anatomía patológica resulta fundamental para optimizar el tratamiento y seguimiento de pacientes con carcinoma basocelular avanzado.⁽¹⁶⁾ La correlación clínico-histopatológica permite establecer el grado de invasión tumoral, evaluar factores pronósticos y definir estrategias terapéuticas individualizadas orientadas a preservar la funcionalidad y disminuir la morbilidad asociada a la enfermedad.⁽¹⁷⁾

De igual manera, la clasificación tumoral constituye un elemento fundamental para establecer la extensión clínica de la enfermedad, determinar factores pronósticos y orientar la conducta terapéutica en pacientes con carcinoma basocelular avanzado. La American Joint Committee on Cancer (AJCC), en su octava edición, establece el sistema TNM como método de referencia para la clasificación de tumores cutáneos de cabeza y cuello, considerando variables como tamaño tumoral, profundidad de invasión, compromiso de estructuras anatómicas adyacentes, afectación ganglionar regional y presencia de metástasis a distancia.⁽¹⁸⁾



En lesiones localizadas en la región perioral y comisural, la valoración funcional adquiere especial importancia debido a la participación de estas estructuras en procesos esenciales como alimentación, fonación y continencia oral. En este contexto, elementos clínicos como limitación para la apertura bucal, sangrado recurrente asociado a la alimentación, infiltración local y alteración progresiva de la dinámica oral pueden constituir criterios relevantes para definir la gravedad funcional del caso y establecer indicación de tratamiento quirúrgico reconstructivo.^(19,20)

Conviene señalar que, la adecuada correlación clínico-histopatológica permite individualizar el manejo terapéutico y definir estrategias orientadas no solo al control oncológico, sino también a la preservación funcional y calidad de vida, especialmente en pacientes geriátricos con lesiones localmente avanzadas.⁽²¹⁾

Debido a lo anteriormente expuesto, los carcinomas basocelulares ulcerados localizados en comisura labial representan lesiones de alta relevancia clínica por su repercusión funcional y estética, particularmente en pacientes adultos mayores. La documentación de casos tratados quirúrgicamente con intención reconstructiva y funcional contribuye a reforzar la importancia del tratamiento activo en geriatría y el impacto positivo que puede tener sobre la calidad de vida del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 95 años de edad, procedente de área rural, con antecedente de exposición solar crónica relacionada con actividades agrícolas durante gran parte de su vida. Acudió al servicio de cirugía dermatológica por presentar lesión ulcerada localizada en la comisura labial izquierda, de aproximadamente 8 años de evolución, caracterizada por crecimiento progresivo, episodios recurrentes de sangrado, dolor local y alteración funcional progresiva de la región perioral. El paciente refirió incremento acelerado del tamaño de la lesión durante los últimos meses, acompañado de secreción serohemática intermitente y limitación para la apertura oral. Asimismo, manifestó dificultad importante para la alimentación, debido a que al intentar abrir la boca se producía sangrado frecuente de la lesión asociado a dolor local. No presentaba antecedentes oncológicos previos ni inmunosupresión conocida.



Al examen físico se observó una lesión ulcerada infiltrativa de aproximadamente 5 x 4 cm localizada en la comisura labial izquierda con extensión hacia la región peribucal adyacente. La lesión presentaba bordes irregulares sobreelevados, áreas costrosas, tejido friable y zonas de necrosis superficial, asociándose a importante deformidad anatómica local. Asimismo, se evidenció compromiso parcial del bermellón labial y retracción tisular perilesional con limitación funcional de la dinámica oral.

La piel circundante mostraba cambios compatibles con fotodaño crónico, incluyendo elastosis solar y múltiples áreas de queratosis actínica. No se identificaron adenopatías cervicales palpables ni signos clínicos sugestivos de metástasis regional. Se realizó biopsia incisional de la lesión, cuyo estudio histopatológico reportó proliferación tumoral constituida por nidos de células basaloides con disposición periférica en empalizada, compatibles con carcinoma basocelular ulcerado de patrón infiltrativo. Con base en estos hallazgos, el caso fue clasificado clínicamente como T2N0M0 (*ver fig. 1*).



Fig. 1. Lesión ulcerada infiltrativa localizada en comisura labial izquierda compatible con carcinoma basocelular avanzado, asociada a deformidad anatómica perioral y compromiso funcional de la dinámica oral.

Posteriormente, el paciente fue valorado por el equipo multidisciplinario, decidiéndose tratamiento quirúrgico con intención curativa y reconstructiva, considerando el impacto funcional y la repercusión en la calidad de vida pese a su edad avanzada. A pesar de tratarse de un paciente de 95 años, se decidió realizar intervención quirúrgica bajo anestesia local tipo anestesia de campo, debido a sus adecuadas condiciones clínicas generales y funcionales.



Durante la valoración preoperatoria se documentó antecedente familiar de longevidad, identificándose familiares directos con edades comprendidas entre 100 y 108 años. Estos elementos fueron considerados relevantes para individualizar la conducta terapéutica y evitar un manejo exclusivamente paliativo basado únicamente en la edad cronológica del paciente.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Bajo anestesia de campo y previa asepsia y antisepsia de la región perioral y tercio superior de la cara anterolateral derecha del cuello, se realizó resección quirúrgica completa de la lesión tumoral con márgenes clínicos de seguridad. El procedimiento permitió la exéresis total del tejido ulcerado e infiltrativo comprometido, incluyendo áreas pericomisurales y tejido cutáneo adyacente afectado.

Posteriormente, se efectuó reconstrucción inmediata del defecto quirúrgico mediante movilización de colgajos locales y cierre por planos, procurando preservar la continuidad anatómica de la comisura labial, la continencia oral y la funcionalidad perioral. Debido a la localización anatómica y al tamaño del defecto resultante, el procedimiento reconstructivo requirió adecuada redistribución tisular para disminuir la tensión local y favorecer un resultado funcional satisfactorio.

El paciente toleró adecuadamente el procedimiento quirúrgico sin complicaciones transoperatorias, manteniendo estabilidad hemodinámica durante todo el acto operatorio. El manejo bajo anestesia de campo permitió evitar riesgos asociados a anestesia general en el contexto de edad geriátrica extrema (*ver fig. 2*).



Fig. 2. Postoperatorio mediato posterior a resección quirúrgica de carcinoma basocelular ulcerado en comisura labial izquierda y reconstrucción mediante colgajos locales.



EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA

La evolución postoperatoria transcurrió de manera satisfactoria, sin complicaciones infecciosas ni signos de necrosis de los colgajos utilizados para la reconstrucción. Durante los controles posteriores se evidenció adecuada cicatrización de la herida quirúrgica, con buena integración tisular y adecuada viabilidad de los tejidos reconstruidos.

A las 3 semanas del procedimiento, el paciente presentó mejoría significativa de la dinámica oral y recuperación funcional progresiva de la región perioral. Asimismo, refirió desaparición del sangrado asociado a la apertura bucal y mejor tolerancia a la alimentación, logrando reincorporarse progresivamente a sus actividades cotidianas.

Desde el punto de vista reconstructivo, se observó adecuada preservación de la continencia oral, mejoría de la simetría facial y resultado estético favorable considerando la extensión inicial de la lesión y la complejidad anatómica del defecto quirúrgico. No se evidenciaron signos clínicos de recurrencia tumoral temprana durante el seguimiento inicial (*ver fig. 3*).



Fig. 3. Evolución postoperatoria a las 4 semanas de la resección quirúrgica de carcinoma basocelular ulcerado y reconstrucción de la comisura labial izquierda, observándose adecuada cicatrización.

DISCUSIÓN



El presente caso demuestra que el tratamiento quirúrgico con intención curativa y reconstructiva puede constituir una alternativa terapéutica válida y segura incluso en pacientes con edad geriátrica extrema, siempre que exista una valoración integral de las condiciones clínicas, funcionales y sociales del individuo. Tradicionalmente, muchos pacientes adultos mayores con tumores cutáneos avanzados son manejados mediante conductas conservadoras o exclusivamente paliativas debido al temor de complicaciones quirúrgicas y a la sobrevaloración de la edad cronológica como criterio limitante. Sin embargo, diversos estudios han señalado que la edad biológica, el estado funcional y la calidad de vida poseen mayor relevancia clínica que la edad cronológica aislada al momento de establecer estrategias terapéuticas en oncología cutánea y cirugía reconstructiva.^(22–24)

En el presente paciente, la lesión tumoral condicionaba importante deterioro funcional debido a la limitación para la apertura bucal, sangrado recurrente durante la alimentación y compromiso progresivo de la dinámica oral. Estas alteraciones repercutían directamente sobre la nutrición, la interacción social y el bienestar general del paciente, elementos que justificaron la indicación de tratamiento activo pese a tratarse de un adulto mayor de 95 años. La decisión quirúrgica se sustentó además en las adecuadas condiciones funcionales generales del paciente y en la ausencia de comorbilidades descompensadas que contraindicasen el procedimiento.

La resección oncológica seguida de reconstrucción inmediata permitió no solo el adecuado control local de la enfermedad, sino también la restauración funcional de la región perioral. La evolución postoperatoria evidenció mejoría significativa en la apertura oral, desaparición del sangrado asociado a la alimentación y adecuada continencia labial, resultados que coinciden con lo descrito en la literatura respecto a los beneficios funcionales de la reconstrucción perioral tras resección de tumores cutáneos faciales avanzados.^(25–28) Asimismo, el manejo bajo anestesia local tipo anestesia de campo permitió disminuir riesgos anestésicos asociados a procedimientos de mayor complejidad en pacientes longevos, demostrando que determinadas intervenciones reconstructivas pueden realizarse de manera segura mediante técnicas menos invasivas cuidadosamente planificadas.

Desde el punto de vista reconstructivo, los defectos quirúrgicos localizados en comisura labial representan un importante desafío debido a la necesidad de preservar la movilidad, simetría y continencia oral. La utilización de colgajos locales permitió redistribuir adecuadamente los



tejidos y obtener resultados funcionales y estéticos satisfactorios, favoreciendo la recuperación progresiva del paciente y disminuyendo el impacto psicológico asociado a las deformidades faciales severas. Estos aspectos adquieren especial relevancia en adultos mayores, quienes frecuentemente presentan mayor vulnerabilidad emocional y riesgo de aislamiento social secundario a lesiones faciales desfigurantes.^(29–31)

Otro aspecto relevante del caso fue la individualización de la conducta terapéutica. Durante la valoración preoperatoria se documentaron antecedentes familiares de longevidad, con familiares directos que alcanzaron edades superiores a los 100 años, elemento que, junto con las adecuadas condiciones funcionales del paciente, fue considerado en la toma de decisiones. Este enfoque permitió evitar conductas terapéuticas limitadas exclusivamente por la edad cronológica y reforzó la necesidad de una valoración geriátrica más integral y personalizada.

Desde una perspectiva integral, este caso resalta la importancia de que el manejo del carcinoma basocelular avanzado en pacientes geriátricos sea realizado desde la multidisciplinariedad, ética y centrada en la preservación funcional y calidad de vida. La evidencia actual sugiere que la edad avanzada no debe considerarse una contraindicación absoluta para procedimientos quirúrgicos reconstructivos, sino un factor que debe contextualizarse dentro de una evaluación clínica individualizada orientada al beneficio real del paciente.^(32–34)

CONCLUSIONES

El carcinoma basocelular ulcerado localizado en la región perioral puede ocasionar importante deterioro funcional, compromiso estético y afectación significativa de la calidad de vida, especialmente en pacientes adultos mayores con lesiones de larga evolución. La limitación para la alimentación, el sangrado recurrente y la alteración progresiva de la dinámica oral observados en el presente caso evidencian el impacto funcional que este tipo de neoplasias puede generar cuando el tratamiento se retrasa.

El manejo quirúrgico con intención curativa y reconstructiva realizado en este paciente de 95 años permitió obtener adecuado control local de la enfermedad, restauración funcional de la región perioral y evolución postoperatoria satisfactoria. La utilización de anestesia local tipo anestesia de campo y técnicas reconstructivas mediante colgajos locales constituyó una



alternativa terapéutica segura y eficaz, permitiendo preservar la continencia oral y mejorar las condiciones funcionales del paciente.

Asimismo, este caso resalta la importancia de individualizar la conducta terapéutica en pacientes geriátricos, considerando no solo la edad cronológica, sino también el estado funcional, condiciones clínicas generales y repercusión de la enfermedad sobre la calidad de vida. La edad avanzada no debe considerarse una contraindicación absoluta para procedimientos quirúrgicos reconstructivos cuando existen posibilidades razonables de beneficio funcional y mejoría integral del paciente.

En este contexto, la documentación de casos clínicos como el presente contribuye a fortalecer la necesidad de un abordaje multidisciplinario, ético y centrado en la persona en el tratamiento del carcinoma basocelular avanzado en adultos mayores, promoviendo estrategias terapéuticas orientadas no únicamente al control oncológico, sino también a la preservación de la funcionalidad y dignidad del paciente geriátrico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Rubin AI, Chen EH, Ratner D. *Basal-cell carcinoma*. N Engl J Med. 2005;353(21):2262-2269.
- 2- Lear JT, Smith AG. *Basal cell carcinoma*. Postgrad Med J. 1997;73(866):538-542.
- 3- Cameron MC, Lee E, Hibler BP, et al. *Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations*. J Am Acad Dermatol. 2019;80(2):303-317.
- 4- Wollina U. *Basal cell carcinoma of the head and neck: an update on diagnosis and treatment*. Dermatol Ther (Heidelb). 2020;10(5):919-937.
- 5- Sexton M, Jones DB, Maloney ME. *Histologic pattern analysis of basal cell carcinoma. Study of a series of 1039 consecutive neoplasms*. J Am Acad Dermatol. 1990;23(6 Pt 1):1118-1126.
- 6- Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. *Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype*. Br J Dermatol. 2002;147(1):41-47.



- 7- Thornton JF, Griffin JR, Constantine FC. *Functional reconstruction of the perioral region*. Clin Plast Surg. 2009;36(3):477-494.
- 8- Baker SR. *Principles of nasal and perioral reconstruction*. 2nd ed. New York: Springer; 2011.
- 9- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). *Basal Cell Skin Cancer*. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 2.2024.
- 10- Mosterd K, Krekels GA, Nieman FH, et al. *Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for primary and recurrent basal-cell carcinoma of the face: a prospective randomised controlled trial with 5-years' follow-up*. Lancet Oncol. 2008;9(12):1149-1156.
- 11- Karapandzic M. *Reconstruction of lip defects by local arterial flaps*. Br J Plast Surg. 1974;27(1):93-97.
- 12- Extermann M, Aapro M, Bernabei R, et al. *Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients*. Crit Rev Oncol Hematol. 2005;55(3):241-252.
- 13- Wildiers H, Heeren P, Puts M, et al. *International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer*. J Clin Oncol. 2014;32(24):2595-2603.
- 14- Mazzola RF, Lupo G. *Reconstruction of the oral commissure and lips*. Clin Plast Surg. 1984;11(4):663-681.
- 15- Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al. *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York: Springer; 2017.
- 16- Bichakjian CK, Olencki T, Aasi SZ, et al. *Basal cell skin cancer, version 1.2016*, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2016;14(5):574-597.
- 17- Rogers HW, Weinstock MA, Feldman SR, Coldiron BM. *Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer in the United States*. Arch Dermatol. 2010;146(3):283-287.
- 18- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology*. 4th ed. St. Louis: Elsevier; 2016.
- 19- Zitelli JA. *The bilobed flap for nasal reconstruction*. Arch Dermatol. 1989;125(7):957-959.
- 20- Baker SR. *Local flaps in facial reconstruction*. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.



- 21- Moncrieff MD, Thompson JF, Stretch JR, et al. *Principles of reconstruction following excision of cutaneous malignancy of the face*. ANZ J Surg. 2006;76(4):286-292.
- 22- Balducci L, Extermann M. *Management of cancer in the older person: a practical approach*. Oncologist. 2000;5(3):224-237.
- 23- Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, et al. *Practical assessment and management of vulnerabilities in older patients receiving chemotherapy*. J Clin Oncol. 2018;36(22):2326-2347.
- 24- Puts MT, Hardt J, Monette J, et al. *Use of geriatric assessment for older adults in the oncology setting: a systematic review*. J Natl Cancer Inst. 2012;104(15):1133-1163.
- 25- Futran ND, Haller JR. *Considerations for reconstruction of the lips and perioral region*. Facial Plast Surg Clin North Am. 2005;13(4):465-476.
- 26- Ethunandan M, Macpherson DW, Santhanam V. *Lip reconstruction after tumour ablation*. Br J Oral Maxillofac Surg. 2007;45(1):14-19.
- 27- Jabaley ME, Orcutt TW, Clement RL. *Applications of the Karapandzic principle to lip reconstruction after tumour resection*. Am J Surg. 1976;132(4):529-532.
- 28- Closmann JJ, Pogrel MA, Schmidt BL. *Reconstruction of perioral defects following resection of cutaneous malignancy*. J Oral Maxillofac Surg. 2006;64(3):367-374.
- 29- Kornek T, Augustin M. *Quality of life in patients with nonmelanoma skin cancer*. Hautarzt. 2013;64(10):742-748.
- 30- Chen JT, Kempton SJ, Rao VK. *The economics of skin cancer: an analysis of Medicare payment data*. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2016;4(9):e868.
- 31- Alam M, Ratner D. *Cutaneous squamous-cell carcinoma*. N Engl J Med. 2001;344(13):975-983.
- 32- Wedding U, Honecker F, Bokemeyer C, et al. *Tolerance to chemotherapy in elderly patients with cancer*. Cancer Control. 2007;14(1):44-56.
- 33- Audisio RA, Pope D, Ramesh HS, et al. *Shall we operate? Preoperative assessment in elderly cancer patients*. Crit Rev Oncol Hematol. 2008;65(2):156-163.
- 34- Extermann M. *Interaction between comorbidity and cancer*. Cancer Control. 2007;14(1):13-22.



UNA REVISIÓN HISTORIOGRÁFICA DE LA OBESIDAD DESDE LA MEDICINA
Y LA CULTURA

A HISTORIOGRAPHIC REVIEW OF OBESITY FROM THE MEDICINE
AND THE CULTURE

Autoras:

Fecha de presentación:	febrero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/ 2026

Liudmila Bauta Arnaud¹

Especialista de Primer Grado en Histología. Profesora Asistente.

Facultad de Ciencias Médicas “Julio Trigo López”.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9603-5374>

E-Mail: arnaomirta@gmail.com

Tamara Valdés Pérez

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3880-0113>

E-Mail: tamaravaldezperez96@gmail.com

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Bauta Arnaud, L. & Valdés Pérez, T. (2026). Una revisión historiográfica de la obesidad desde la medicina y la cultura. *Revista Pensamiento Científico Latinoamericano*, 5(9), 81-97.

RESUMEN

Introducción: la obesidad es una condición presente a lo largo de la historia, aunque su percepción y prevalencia varían de forma significativa en diferentes épocas y culturas.

Objetivo: realizar una revisión historiográfica de la obesidad desde la medicina y la cultura.

Método: se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos como PubMed, Scopus, JSTOR y bibliotecas digitales, seleccionando artículos académicos centrados en la historia de la obesidad, publicados entre 2000 y 2024. **Resultados:** la historiografía de la obesidad puede organizarse en cuatro ejes: las concepciones pre-médicas del exceso de peso como signo de prosperidad (Edad Media-siglo XVIII); la patologización decimonónica del cuerpo grueso mediante la estadística y la medicalización; la consolidación de la “epidemia de obesidad” en el siglo XX y el surgimiento de enfoques críticos como los *Fat Studies* y la historiografía feminista que cuestionan los fundamentos de la categoría “obesidad”. La historiografía revela



una tensión persistente entre narrativas internalistas (centradas en avances médicos) y externalistas (atentas a determinantes culturales y económicos), así como una creciente conciencia sobre la carga moral y racial implícita en la clasificación de los cuerpos.

Conclusión: la obesidad no es un hecho biológico neutro, sino una categoría históricamente contingente. Futuras investigaciones deberían explorar perspectivas no occidentales, la historia de la obesidad infantil y las experiencias de los sujetos obesos desde una óptica no patologizante.

Palabras clave: Estudios críticos; *Fat Studies*; gordura; historiografía médica; obesidad.

ABSTRACT

Introduction: Obesity has been a condition present throughout history, although its perception and prevalence have varied significantly across different eras and cultures. **Objective:** carry out a historiographic review of obesity from medicine and culture. **Method:** A systematic search was conducted in databases as PubMed, Scopus, JSTOR and digital libraries, selecting academic articles focused on the history of obesity, published between 2000 and 2024. **Results:** The historiography of obesity can be organized into four axes: pre-medical conceptions of excess weight as a sign of prosperity (Middle Ages–18th century); the 19th-century pathologization of the fat body through statistics and medicalization; the consolidation of the "obesity epidemic" in the 20th century; and the emergence of critical approaches such as Fat Studies and feminist historiography that question the foundations of the category "obesity." The historiography reveals a persistent tension between internal narratives (focused on medical advances) and externalist ones (attentive to cultural and economic determinants), as well as a growing awareness of the moral and racial burden implicit in the classification of bodies. **Conclusion:** Obesity is not a neutral biological fact, but a historically contingent category. Future research should explore non-Western perspectives, the history of childhood obesity, and the experiences of obese subjects from a non-pathologizing perspective.

Keywords: Obesity; Medical historiography; Fatness; Critical studies; *Fat Studies*



INTRODUCCIÓN

En la antigüedad, el exceso de peso se asociaba a prosperidad y estatus social en civilizaciones como Egipto, Grecia y Roma, donde la disponibilidad de alimentos era un privilegio. ⁽¹⁻⁵⁾ Sin embargo, Hipócrates ya reconocía sus riesgos para la salud. ⁽⁶⁻¹⁰⁾ La obesidad constituye uno de los problemas de salud pública más apremiante del siglo XXI. La Organización Mundial de Salud la califica como “epidemia global” y su prevalencia no cesa de aumentar en todos los países del mundo. Lo que hoy se presenta como un hecho biológico incuestionable (la obesidad como enfermedad que requiere intervención médica) es en realidad una categoría cargada de significados culturales, morales y sociales que experimentan profundas transformaciones a lo largo de los siglos. ⁽¹¹⁾

Georges Vigarello afirma que la historia de la gordura es la historia de una condena y de sus transformaciones, determinadas por dimensiones culturales y prejuicios sociales, pero también reconoce la historicidad de las dificultades concretas del obeso, la considera “una desgracia que agrava la imposición de nuevas normas y la creciente atención al sufrimiento psicológico” ⁽¹⁾. Esta doble dimensión (la construcción cultural del estigma y la experiencia vivida del cuerpo graso) constituye el núcleo de la historiografía sobre la obesidad. ⁽¹²⁻¹⁵⁾

El objetivo de esta revisión bibliográfica es sistematizar la producción académica sobre la historia de la obesidad, con el propósito de identificar los enfoques predominantes y las principales corrientes historiográficas que abordan este problema de salud, ya que existen diversos criterios sobre el reconocimiento de esta como enfermedad o factor de riesgo a lo largo de la historia, así como en sus causas y consecuencias. Se presta especial atención a la tensión entre los ensayos médicos tradicionales y las perspectivas críticas emergentes, así como a las dimensiones de género, “raza” y clase que atraviesa la historia de esta entidad.

MÉTODOS

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scopus, JSTOR, Isis Bibliography of History of Science y el catálogo de la Library of Congress, complementada con la consulta de repositorios institucionales y editoriales académicas especializadas en historia de la medicina. Los términos de búsqueda incluyeron combinaciones de:



obesity/history, fatness history, historia de la obesidad, gordura historia, medicalization obesity, *Fat Studies* e historiografía médica. ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Se consultan monografías y artículos académicos publicados entre 2000 y 2024; trabajos centrados en la historia de la obesidad, la gordura o el peso corporal; publicaciones en español, inglés, francés y/o portugués; estudios que abordan dimensiones históricas, culturales o epistemológicas del fenómeno. Se excluyen trabajos clínicos o epidemiológicos sin perspectivas histórica, así como, aquellos centrados en intervenciones terapéuticas modernas.

DESARROLLO

La literatura revisada permite organizar la producción historiográfica en cuatro grandes ejes temáticos. Estos no deben entenderse como compartimentos estancos sino como dimensiones interrelacionadas de un mismo campo de estudio.

De la Edad Media al siglo XVIII: el exceso de peso antes de la medicalización. Los primeros trabajos construyen las percepciones de la corpulencia en las sociedades preindustriales, antes de que la medicina moderna constituyera la obesidad como entidad nosológica. En esta larga etapa, la obesidad fue un signo de estatus, prosperidad y salud, aunque no exento de ambivalencia. ^{(4), (6)}

La obra de referencia en este ámbito es *Las metamorfosis de la grasa: historia de la obesidad de la Edad Media al siglo XX* de Georges Vigarello. ^{(1), (8)} Este investigador muestra como en la Edad Media, cuando el fantasma del hambre acechaba a la mayoría de la población, las anatomías carnosas constituían una señal inequívoca de riqueza y poder. Los abundantes banquetes de la nobleza no solo satisfacían la gula, sino que funcionaban como manifestaciones de dominio, existía la máxima “*quien come abundantemente domina a otros*”. ⁽⁴⁾ Personajes como Guillermo el Conquistador, Luis el Gordo o Enrique VIII ejemplifican esta asociación entre corpulencia y majestuosidad.

La literatura del periodo refleja esta valoración positiva. Los *Carmina Burana* (siglos XII-XIII) celebran a los clérigos de prominente barriga, mientras que el *Roman de la Rose* asocia la delgadez con la avaricia y la tristeza, representadas por figuras tan endeble que parecían estar



muertas de hambre. En el Renacimiento, Rabelais rehabilita con humor la atracción por las comilonas en su *Gargantúa*, erigiendo el abdomen en piedra angular de la invención literaria.

Sin embargo, esta valoración positiva no fue unánime. La tradición cristiana, desde San Agustín y Gregorio I, condenaban la gula como pecado capital, ejerciendo un control sobre la dieta especialmente durante la cuaresma. En el siglo XVI, católicos y protestantes reprochaban su voracidad. Lutero fue criticado por su creciente corpulencia, mientras que él denunciaba a los monjes como holgazanes, panzudos, verdaderos toneles de Baco.

La medicina hipocrático-galénica, por su parte, advertía contra los riesgos de la gordura inmoderada, atribuyéndola al exceso de humores (agua, gases o flemas) y proponiendo como remedio sangrías, purgantes y sustancias astringentes como el vinagre. Pero estos riesgos se entendían en términos de desequilibrio humoral, no como una enfermedad específica con entidad propia.

Vigarello sitúa en los finales de la edad media el inicio de transformaciones significativas del cuerpo femenino al cual se le exigía mayor sutileza completamente distinto al masculino. En Francia, solo a finales del siglo XIII comenzó a considerarse bella la cintura estrecha y una anchura de pecho razonable. ⁽⁸⁾ Esta diferenciación de género en los ideales corporales se intensificará en los siglos posteriores.

El siglo XIX constituye un punto de inflexión crucial en la historia de la obesidad. Diversos estudios analizan cómo a lo largo de esta centena, la gordura experimentó un proceso de patologización que la transformó de adjetivo descriptivo a entidad nosológica propia. ^{(5), (7)}

En este contexto, Annemarie Jutel, en su influyente artículo “*The emergence of overweight as a disease entity*”, argumenta que el cambio se fundamenta en dos fenómenos convergentes. El primero es la creencia en la neutralidad de la cuantificación y la objetividad que la medición aporta a la descripción cualitativa. El segundo es la importancia creciente atribuida a la apariencia normativa en salud. ⁽⁵⁾

Jutel demuestra, mediante un análisis de contenido de artículos indexados en PubMed, un incremento significativo en las referencias al término “overweight” y más importante aún, un



cambio en su uso: de signo o síntoma subordinado a otras enfermedades, a entidades clínicas independiente susceptible de diagnóstico, tratamiento y prevención.

Este proceso de cuantificación tiene sus raíces en la antropometría del siglo XIX. La determinación de caracteres físicos objetivos y la creación de estándares normativos fueron preocupaciones centrales de ciencias como la frenología, la fisonomía y la antropología física, que pretendían inferir carácter, criminalidad o pureza racial a partir de las dimensiones corporales. ⁽⁵⁾ La obra de Adolphe Quetelet, creador del índice que luego se conocería como Índice de Masa Corporal (IMC), fue fundamental en este proceso, aunque su objetivo inicial no era médico sino estadístico: establecer las características del “hombre medio”. ⁽⁹⁾

De forma paralela, la industria aseguradora desempeño un papel crucial en la medicación del peso. Como documenta Sabrina Strings, las compañías de seguros de vida elaboraron las primeras “tablas de peso estándar” basadas en pólizas de asegurados (blancos, varones y de clase media) para determinar riesgos financieros. Fueron adoptadas por la comunidad médica con resistencia y transformada en indicadores de salud en 1951 publicado en *JAMA* por Armstrong, Dublin y otros ejecutivos de la Metropolitan Life Insurance Company; estos definieron la obesidad como un 20% por encima del peso ideal establecido por las tablas de la aseguradora, sentando las bases para la definición contemporánea. ⁽³⁾

Kristen Hardy, en su capítulo “The Enfleshment of Difference”, analiza cómo este proceso de medicalización estuvo generalizado. La biomedicina decimonónica definió ciertos cuerpos como anormales o patológicos basándose en concepciones de clase, “raza” y género. ⁽⁷⁾ Los cuerpos femeninos fueron sometidos a un escrutinio particular y la gordura femenina comenzó a ser patologizada mucho antes que la masculina. Los reformadores sociales de la Progresiva Era, como Ella Adelia Fletcher, Cesare Lombroso y Guglielmo Ferrero, establecieron vínculos entre la gordura y la criminalidad, la prostitución y la degeneración moral, siempre en conexión con ideas sobre “raza” y clase.

La historiografía del siglo XX explora la evolución de las teorías etiológicas sobre la obesidad y la consolidación de su estatus como problema de salud pública prioritario. Tres grandes paradigmas se suceden a lo largo de este siglo: el endocrinológico, el psicológico y el



epidemiológico-nutricional. En las primeras décadas del siglo, las teorías endocrinas fueron populares. La obesidad se atribuyó a disfunciones glandulares (tiroides, hipófisis, gónadas) y los tratamientos incluían extractos hormonales. Esta concepción, aunque hoy superada en su formulación original, dejó como legado la idea de que la obesidad podía tener causas orgánicas profundas más allá del simple desequilibrio calórico.⁽⁸⁾

A partir de la década de 1940, la influencia del psicoanálisis y la psicología clínica desplazó parcialmente la atención hacia factores emocionales y de personalidad. A finales del siglo XIX, Manuel Leven inauguró una larga tradición de tratados donde se asociaba la obesidad con la neurosis.

En la primera mitad del siglo XX la obesidad se interpreta como síntoma de conflictos inconscientes, como conducta compensatoria o como expresión de una personalidad oral. Esta perspectiva psicológica, aunque criticada por su tendencia a culpabilizar al paciente, contribuyó a mantener la obesidad dentro del ámbito de la patología individual.

La segunda mitad del siglo XX asiste a una transformación radical: la obesidad deja de ser un problema individual para convertirse en una epidemia global. Jutel documenta que los organismos internacionales adoptan un lenguaje epidemiológico: la Organización Mundial de la Salud habla de epidemia de sobre peso, los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) listan el sobrepeso como enfermedad o condición y lo sitúan como objeto de estudio epidemiológico. Esta transformación tiene consecuencias profundas: ya no se piensa en tratar individuos enfermos, sino de intervenir sobre poblaciones en riesgo.⁽⁵⁾

Varios factores confluyen en esta redefinición como la industrialización alimentaria, el aumento del sedentarismo y la globalización de patrones dietéticos accidentales; son invocados como causas. Pero también operan factores discursivos e institucionales: la creación de guías clínicas nacionales para el tratamiento del sobrepeso (NIH, 1998), la inclusión de objetivos de reducción de peso en los programas de salud pública (*Healthy People 2000*) y la creciente implicación de la industria farmacéutica en el desarrollo de fármacos antiobesidad.

Mientras la obesidad se constituye como epidemia, emerge una paradoja social señalada por Vigarello “el impacto de la obesidad es inversamente proporcional al nivel de ingresos



familiares”. Lo cual altera el esquema burgués que considera la obesidad específica de las clases dominantes. La gordura, que durante siglos había sido marcador de estatus privilegiado, se convierte ahora en estigma de pobreza en las sociedades opulentas. ⁽⁸⁾

El último gran eje historiográfico está constituido por las aproximaciones críticas que, desde finales del siglo XX cuestionan los fundamentos mismos de la categoría “obesidad” y proponen marcos alternativos para comprender la gordura. Los *Fat Studies* (estudios críticos sobre gordura) emergen en Estados Unidos en la década de 1970 como brazo académico de un movimiento social de liberación gorda. Cat Pausé, en su introducción a este campo, distingue cuatro tipos de aproximaciones al cuerpo graso: ⁽²⁾

1. La investigación clásica sobre obesidad, que patologiza la gordura y busca prevenirla, tratarla o curarla, entendiéndola como desviación o enfermedad.
2. Los estudios críticos sobre obesidad, que cuestionan las bases epistemológicas, ontológicas y metodológicas de la investigación tradicional, exponiendo sus falacias y presupuestos
3. Los estudios del peso, que analizan el estigma y la discriminación, pero lo hacen desde una compasión conservadora que no cuestiona radicalmente el marco patologizante.
4. Los *Fat Studies* propiamente dicho, centran su atención en el cuerpo gordo y las experiencias vividas por personas gordas, desde una perspectiva activista que busca garantizar sus derechos civiles.

Pausé defiende que estos constituyen el espacio más apropiado para el estudio del cuerpo gordo. No parten de la premisa de que la gordura es un problema por erradicar, sino que exploran las experiencias, significados y políticas de la corporalidad grasa. ⁽²⁾

Un hito fundamental en esta corriente crítica es la obra de Sabrina Strings, *Feshing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia* (2019). Strings demuestra que la fobia a la grasa tiene raíces raciales profundas, que se remontan al menos al siglo XVIII. Científicos como Georges-Louis Leclerc, Conde de Buffon, asociaban la gordura con mujeres de color (chinas, africanas), estableciendo una vinculación entre corporalidad no-blanca y exceso que sería posteriormente “cientificada” por el movimiento eugenésico de finales del XIX y principios del XX. ⁽³⁾



Eugenista como Charles Davenport consideraba la gordura como defecto constitucional propio de tipos raciales inferiores (judíos, chinos). La medicalización del peso, argumenta Strings, no puede entenderse sin esta herencia eugenésica: las tablas de peso estándar y el IMC son una continuación de las normas corporales supremacistas blancas, que racializan la fobia a la grasa bajo la apariencia de autoridad clínica.

La perspectiva feminista es igualmente crucial. Los estudios de género muestran cómo la presión estética y la patologización de la gordura recaen históricamente sobre los cuerpos femeninos de manera desproporcionada. La diferenciación de ideales corporales por género, que Vigarello sitúa en la Baja Edad Media, se intensifica con la industrialización y la cultura de masas, generando una doble moral que condena la gordura femenina mucho más severa que la masculina.⁽⁸⁾

La historiografía de la obesidad, tal como emerge de esta revisión, no solo revela una sucesión de concepciones sobre el cuerpo graso, sino que pone en evidencia tensiones epistemológicas, políticas y éticas fundamentales. Más allá de constatar la variabilidad histórica del significado de la gordura, esta discusión busca articular críticamente las principales corrientes interpretativas, identificar sus puntos ciegos y señalar desafíos para la investigación futura:

Una de las tensiones más productivas y persistentes en la historiografía de la obesidad es la que enfrenta las narrativas internalistas y externalistas. Las primeras, frecuentemente elaboradas por clínicos o historiadores de la medicina más tradicionales, presentan la historia de la obesidad como un avance lineal hacia una comprensión cada vez más precisa de un fenómeno biológico objetivo. Desde esta óptica, el descubrimiento de las hormonas, la cuantificación del Índice de Masa Corporal (IMC) o la declaración de la “epidemia global” serían hitos de un progreso epistemológico guiado exclusivamente por la razón científica.⁽²⁰⁾

Por el contrario, las perspectivas externalistas -que este artículo privilegia con autores como Vigarello, Strings y Jutel- demuestran que los conceptos, clasificaciones e intervenciones sobre la gordura no pueden entenderse al margen de contextos culturales, económicos y políticos más amplios. La medicalización del peso no fue un mero descubrimiento, sino un proceso impulsado por la estadística decimonónica (Quetelet), la industria aseguradora (las tablas de la



Metropolitan Life), los ideales raciales del eugenismo y más recientemente, los intereses de la industria farmacéutica y alimentaria.

Esta tensión no es meramente académica: de ella depende si entendemos la obesidad como una entidad natural que hay que descubrir o como una categoría contingente que hay que reconstruir. El reto para la historiografía actual es evitar tanto el determinismo biológico como el constructivismo ingenuo (que negaría cualquier realidad corporal), y explorar cómo los cuerpos y los discursos se co-construyen mutuamente.⁽²¹⁾

La revisión sobre la medicalización como biopolítica: normalización, raza y género, permiten afirmar que la historia de la obesidad es inseparable de la historia de la biopolítica, entendida como el conjunto de mecanismos mediante los cuales el poder estatal y las instituciones científicas intervienen sobre la vida, la salud y los cuerpos de las poblaciones. La creación del “hombre medio” de Quetelet, las tablas de peso estándar y el IMC no son herramientas neutrales, sino tecnologías de normalización que producen simultáneamente cuerpos normales y anormales, sanos y patológicos, deseables y estigmatizables.⁽²²⁾

El trabajo de Strings (2019) resulta especialmente iluminador al desvelar las raíces raciales de la gordofobia. Su análisis demuestra que la asociación entre gordura, falta de control y degeneración moral no es universal ni atemporal, sino que se forjó en el contexto de la trata atlántica y el colonialismo, donde los cuerpos negros y colonizados fueron hipercorporizados, animalizados y patologizados.

La medicalización del peso, desde esta perspectiva, es una continuación de la supremacía blanca con ropajes clínicos. Esta conclusión plantea un desafío incómodo para la medicina contemporánea: ¿hasta qué punto las campañas contra la "epidemia de obesidad" reproducen, sin saberlo, lógicas eugenésicas y racistas?

En la misma línea, la dimensión de género emerge como un eje estructurante. Como documenta Vigarello, la presión por la delgadez se ha ejercido históricamente de manera mucho más temprana y severa sobre los cuerpos femeninos. La gordura femenina fue patologizada antes, vinculada con mayor frecuencia a trastornos psicológicos y moralmente condenada con más virulencia.



Esta doble vara de medir no es accidental, responde a la necesidad de disciplinar el cuerpo de las mujeres en sociedades patriarcales, donde el valor femenino ha estado tradicionalmente ligado a la apariencia y la capacidad de autocontrol. Los *Fat Studies* y la historiografía feminista son cruciales para visibilizar esta asimetría y para denunciar cómo la “guerra contra la obesidad” funciona también como una “guerra contra los cuerpos de las mujeres”. (19), (23), (24)

La emergencia institucional de los *Fat Studies* no constituye una simple ampliación del campo de estudio, sino un desafío epistemológico de primer orden. Mientras la investigación clásica sobre obesidad parte de la premisa de que la gordura es un problema por prevenir, tratar o erradicar, estos cuestionan esa premisa misma. Para este enfoque, la pregunta no es ¿cómo curar la obesidad?, sino ¿por qué consideramos que la gordura es una enfermedad? y ¿cómo sería una sociedad que no discriminara por tamaño corporal? (25)

Esta inversión de la pregunta tiene implicaciones radicales. En primer lugar, desplaza la atención de la patología a la experiencia vivida: el cuerpo gordo ya no es un objeto de intervención médica, sino un lugar desde el que se habla, se sufre, se resiste y se crea comunidad. En segundo lugar, transforma la relación entre activismo y academia. Como señala Pausé (2021), si se critica a los *Fat Studies* por ser “activistas”, se debería criticar a la investigación biomédica sobre obesidad, ya que ésta también busca cambiar el mundo (eliminando a las personas gordas, o al menos su gordura).

Lo que está en juego, por tanto, es la legitimidad de diferentes políticas corporales: unas que aspiran a la eliminación de la diversidad corporal, y otras que aspiran a su aceptación y a la lucha contra el estigma. (26)

Ahora bien, este enfoque no está exento de tensiones internas. ¿Pueden los *Fat Studies* dialogar productivamente con la epidemiología y la clínica sin renunciar a su crítica radical? ¿Cómo abordar el hecho de que ciertos tamaños corporales pueden asociarse (en condiciones de pobreza, estrés crónico o falta de acceso a atención médica) con peores indicadores de salud, sin caer en la patologización universal de la gordura? Futuras investigaciones deberían explorar vías intermedias que reconozcan tanto la realidad del estigma como la posibilidad de intervenciones no coercitivas orientadas al bienestar, independientemente del peso. (27)



La declaración de la “epidemia global de obesidad” por parte de la OMS en las últimas décadas tiene efectos paradójicos que toda historiografía debería considerar. Por un lado, moviliza recursos para la investigación y la salud pública. Por otro lado, autores como Herndon (2023) y Farrell (2024) exacerban el estigma, alimentando una industria de dietas y cirugías bariátricas valorada en miles de millones de dólares, y que justifican intervenciones a bajos ingresos), estas son percibidas como violentas e ineficaces.⁽²¹⁾

Una paradoja central, señalada por Vigarello (2011), es que la obesidad pasa de ser un marcador de estatus privilegiado (en sociedades de escasez) a un estigma de pobreza (en sociedades de opulencia). Esta inversión no es azarosa, refleja la transformación del hambre como problema colectivo (hoy desplazada a zonas periféricas del capitalismo global) al exceso como problema central de las sociedades ricas, pero que afecta desproporcionadamente a los sectores más vulnerables debido a la industrialización alimentaria, el sedentarismo y la falta de acceso a alimentos frescos y tiempo para el ocio activo.⁽⁸⁾

Finalmente, cualquier discusión contemporánea no puede ignorar la irrupción de fármacos antiobesidad como agonistas del GLP-1 (semaglutida/Ozempic/Wegovy). Estos medicamentos están reconfigurando radicalmente el tratamiento de la obesidad, generando un auge farmacéutico sin precedentes y planteando nuevas preguntas históricas y éticas. ¿Estamos asistiendo a una “despatologización” de facto de la gordura (ahora tratable con una pastilla o inyección) o más bien a una hipermedicalización que profundiza el mandato de delgadez? ¿Cómo afectará la disponibilidad de estos fármacos (desigualmente accesible, dado su alto costo) a las desigualdades sociales y al estigma de la gordura? La historiografía futura deberá incorporar este acontecimiento como un nuevo capítulo en la larga historia de la medicalización del cuerpo.⁽²³⁾

Del análisis de los resultados de búsqueda, se ultimó que la valoración de la gordura es históricamente variable; desde signos de prosperidad y poder en la Edad Media y el Renacimiento, hasta estigma de pobreza y falta de voluntad en las sociedades contemporáneas. Esta variabilidad desmiente cualquier intento de naturalizar las actuales concepciones de la obesidad.



Lejos de ser un objeto estable que la ciencia médica descubre progresivamente, la obesidad se construye como entidad a través de complejos procesos de medicalización, cuantificación y estigmatización. La medicalización del peso es un fenómeno relativamente reciente, que se consolida en el siglo XIX de la mano de la estadística, la antropometría y la industria aseguradora. El IMC, hoy ubicuo, tiene su origen en proyectos de cuantificación poblacional no médico y en tablas elaboradas para evacuar riesgos financieros.

La historia de la obesidad está atravesada por dimensiones de género, raza y clase. La patologización de la gordura afecta de manera diferencial a mujeres y hombres, y se vincula desde sus orígenes a proyectos de jerarquización racial y control social. La declaración de epidemia global de obesidad en la segunda mitad del siglo XX representa una transformación cualitativa; no se trata de individuos enfermos, sino de poblaciones enteras en riesgo, lo que justifica intervenciones masivas y moviliza intereses comerciales e institucionales de enorme calado.

La emergencia de perspectivas críticas (*Fat Studies*, historiografía feminista, estudios poscoloniales) está reconfigurando el campo. Desplaza la atención desde la patología hacia la experiencia y desde déficit hacia la diversidad corporal.

Esta revisión presenta limitaciones que son necesarias explicitar. La más relevante es su sesgo geográfico y cultural: la gran mayoría de los trabajos analizados proceden de contextos anglosajones y europeos, con escasa representación de perspectivas de Asia, África, América Latina o el mundo islámico. Las concepciones de la gordura en la medicina tradicional china, ayurvédica o de las culturas precolombinas permanecen prácticamente inexploradas. Futuras investigaciones deberían emprender estudios comparativos transculturales que descentren la mirada occidental y problematicen la universalidad con la que se aplican categorías como “obesidad” o “sobrepeso”.

En segundo lugar, la historia de la obesidad infantil constituye una laguna significativa. A pesar de que gran parte del pánico moral contemporáneo se centra en los niños y adolescentes (“epidemia de obesidad infantil”, “azúcar en las escuelas”), casi no existen trabajos históricos que analicen cómo se ha percibido, medido e intervenido sobre el peso de los niños en diferentes



épocas. Esta ausencia es especialmente grave porque muchas de las intervenciones más coercitivas (cartas a padres, pesajes en escuelas, extracción de niños de sus hogares por “obesidad severa”) se justifican precisamente en nombre de la protección de la infancia.

En tercer lugar, existe una necesidad de incorporar las voces y experiencias de las propias personas gordas como fuente histórica legítima. Salvo en el marco de los *Fat Studies*, los sujetos de la historia de la obesidad aparecen en la literatura como objetos pasivos de discursos médicos, estadísticos o morales, no como agentes con sus propias percepciones, resistencias y estrategias de afrontamiento. La historia oral, el análisis de autobiografías, foros en línea y artefactos culturales producidos por comunidades gordas podría enriquecer enormemente nuestra comprensión de este fenómeno.

Además, es imprescindible abordar la temática con relación a mitos discriminatorios como “raza” y género en busca de una mirada más humanista, y antirracista, que promueva la igualdad y la equidad.

CONCLUSIONES

- La obesidad no es un hecho biológico neutro, sino una categoría históricamente contingente, atravesada por relaciones de poder, ideologías raciales y de género, e intereses económicos. Reconocer esta contingencia no equivale a negar la realidad del sufrimiento o de las dificultades de salud que algunas personas gordas pueden experimentar, sino a insistir en que esos sufrimientos no pueden desligarse de los significados sociales, morales y políticos que se le atribuye.
- La tarea de la historiografía, en este sentido, no es solo describir el pasado, sino también liberar el futuro; mostrar que lo construido puede ser reconstruido, y que los cuerpos gordos, como todos los cuerpos, merecen habitar el mundo sin estigma, sin violencia y sin la exigencia perentoria de transformarse.
- Futuras investigaciones deberían abordar las lagunas identificadas: historias no occidentales de la gordura, la construcción de la obesidad infantil como categoría y la incorporación sistemática de las voces y experiencias de las personas gordas como fuente histórica; solo así se puede comprender este fenómeno en toda su complejidad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vigarello G. Las metamorfosis de la grasa: historia de la obesidad de la Edad Media al siglo XX. Barcelona: Ediciones Península; 2011. p.368
2. Pausé C. Introdução aos Fat Studies. CAOS-Rev Elect Cienc Soc; 2021; (26):8-24.
3. Strings S. How the Use of BMI Fetishizes White Embodiment and Racializes Fat Phobia. AMA Journal of Ethics. 2023;25(7):535-539.
4. Historia National Geographic. Cuando estar gordo era sinónimo de éxito [Internet]. 2023 [citado 3 marzo 2026]. Disponible en: <https://historia.nationalgeographic.com.es/a/cuando-estar-gordo-era-sinonimo-exito-20280>
5. Jutel A. The emergence of overweight as a disease entity: Measuring up normality. Social Science & Medicine. 2006;63(9): 2268-2276.
6. Infobae. Historia de la gordura [Internet]. 2013 [citado 3 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.infobae.com/2013/06/30/1073948-historia-la-gordura/>
7. Hardy KA. The Enfleshment of Difference: Medicalizing and Gendering the Fat Body in the Nineteenth Century. University of Toronto Press; 2025:17-36.
8. El Mundo. Cuando la gordura perdió su buen nombre [Internet]. 2011 [citado 3 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/elmundo/2011/11/24/cultura/1322123061.html>
9. Energici MA. El extraño caso de la Gordofobia [Internet]. Universidad Alberto Hurtado; 2022 [citado 3 marzo 2026]. Disponible en: <https://www.uahurtado.cl/extension/opinion/el-extraño -caso-de-la-gordofobia/>
10. Halliwell M, Jones SA. The Politics of Obesity: Medicalization, Stigmatization and Liberation of Fat Bodies. En: Halliwell M, Jones SA, editores. The Edinburgh Companion to the Politics of American Health. Edinburgh: Edinburgh University Press; 2022:189-208.
11. Armstrong DB, Dublin LI, Wheatley GM, Marks HH. Obesity and its relation to health and disease. Journal of the American Medical Association. 1951;147(11):1007-1014.
12. Farrell AE. Fat Shame: Stigma and the Fat Body in American Culture. 2nd ed. New York: New York University Press; 2024:272-286



13. Gordon A. You'll Die Young If You're Fat: Medical Racism and the Marking of the Obesity Epidemic. *Bulletin of the History of Medicine*. 2025;99(1):78-105.
14. Martínez-García A, Rodríguez-Campo M. la construcción histórica de la gordofobia en España: una revisión desde la historia cultural (1900-2023). *Dynamis*. 2024;44(2):321-348.
15. Williams-Forson P. Figuring Fatness: Black Women, Food, and the Politics of Respectability. *Food and Foodways*. 2023;31(2):89-112.
16. Rothblum ED, Solovay S, Wann M, editors. *Fat Studies: Current Controversies and Future Directions*. Bristol: Policy Press; 2025. (En prensa; publicado digitalmente en 2024).
17. Chem MY. *Animacies: Biopolitics, Racial Mattering, and Queer Affect*. 2nd expanded ed. Durham: Duke University Press; 2024.
18. Herndon AM. *Fat Blame: How the Obesity Epidemic Harms the Very People It Claims to Help*. 2nd updated ed. Lawrence: University Press of Kansas; 2023: 224-235
19. Smith B. Constructing the "Obesity Epidemic": A Chronology of the Pathologizing and Enfreakment of Fatness [tesis de grado en Internet]. Hattiesburg (MS): University of Southern Mississippi; 2022 [citado 4 may. 2026]. Disponible en: https://aquila.usm.edu/honors_theses/877/
20. Salas Valenzuela M, Castañeda Salgado MP. Obesidad/es: cuerpos, comidas y desigualdades. *Interdisciplina*. 2022;10(26):7-13.
21. Halliwell M, Jones SA. The Politics of 'Obesity': Medicalization, Stigmatization and Liberation of Fat Bodies. En: Halliwell M, Jones SA, editores. *The Edinburgh Companion to the Politics of American Health* [Internet]. Edinburgh: Edinburgh University Press; 2023 [citado 4 may. 2026]: 189-208. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/books/edinburgh-companion-to-the-politics-of-american-health/politics-of-obesity/>
22. Zerafa SRR. (Un)Mapping trajectories of fatness: a critical account of fat studies' origin story and the reproduction of fat (white) normativity. *Crit Soc Work*. 2023;11(3):424-41.
23. Ramírez-Torres M. Legitimando la gordofobia a través de la medicalización: una revisión crítica de la gordura y la gordedad. *Transdisciplinar Revista de Ciencias Sociales del CEH*. 2024;4(7):43-76.
24. Hyrkäs ER, Myllykangas M. War on fat in postwar Finland: A history of fat-shaming. *Fat Stud*. 2024;13(1):36-48.



25. Borisova V, Stöckelová T. “This doctor knows shit about you, but the first thing he says is, ‘you need to lose some weight’”: Anti-fat bias and the contradictory effects of fat medicalization in Czech healthcare. *Fat Stud.* 2024; online first: 1-16.
26. Navajas-Pertegás N. Estudio exploratorio sobre experiencias de estigma de la gordura según las usuarias del sistema público de salud valenciano. *Ehquidad.* 2025;(24):199-234.
27. Przybyłowski A, et al. Redefining Obesity: A Narrative Review of Diagnostic Evolution, Therapeutic Strategies and Psychosocial Determinants. *Healthcare.* 2025;13(16):1967.



COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIAL DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN GRUPOS ESPECÍFICOS. POLICLÍNICO “LUIS CARBÓ”

EPIDEMIOLOGICAL AND SOCIAL BEHAVIOR OF HEALTH PROBLEMS IN SPECIFIC GROUPS. LUIS CARBO POLYCLINIC

Fecha de presentación:	enero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/ 2026

Autores:

Zunilda García Garcés

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”. La Habana. Cuba. Universidad de Ciencias Médicas La Habana.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0413-8977>

Raquel Georgina Melón Rodríguez (M.Sc)

Licenciada en Enfermería. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”. La Habana. Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8954-4236>

Tamara Valdés Pérez (M.Sc)³

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”. La Habana. Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3880-0113>

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

García Garcés, Z., Melón Rodríguez R. & Valdés Pérez, T. (2026). Comportamiento epidemiológico y social de los problemas de salud en grupos específicos. Policlínico “Luis Carbó”. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 98-119.

RESUMEN

Introducción: los determinantes sociales influyen en la aparición de enfermedades y en el bienestar de las comunidades. Factores como las condiciones de vivienda, el acceso a los servicios sanitarios, las características demográficas y los estilos de vida determinan diferencias en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de la población. **Objetivo:** analizar



el comportamiento Epidemiológico y social de los Problemas de Salud en Grupos Específicos. Policlínico “Luis Carbó”. Municipio San Miguel del Padrón. **Métodos** fundamentales de trabajo: Se llevó a cabo un estudio con enfoque epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. El universo estuvo integrado por 829 personas, distribuidas y agrupadas en 223 núcleos familiares. De este universo se seleccionó una muestra de 250 personas, escogidas al azar. **Resultados:** predominio de adultos mayores, elevada prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, presencia de factores de riesgo modificables y condiciones ambientales generalmente favorables, aunque con deficiencias en el suministro de agua y disposición de residuos. **Conclusión:** Marcado envejecimiento demográfico, influido por baja natalidad. Las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, constituyeron los principales problemas de salud. El tabaquismo y el estrés estuvieron presentes en proporciones significativas. Los determinantes sociales intermedios influyeron de manera decisiva en el perfil epidemiológico local, lo que demanda fortalecer acciones de promoción de salud e intersectorialidad para mejorar la equidad sanitaria.

Palabras Clave: comportamiento epidemiológico y social; determinantes sociales; enfermedades crónicas no transmisibles

ABSTRACT

Introduction: social determinants influence the development of diseases and the well-being of communities. Factors such as housing conditions, access to healthcare services, demographic characteristics, and lifestyles determine differences in and grouped into 223 family units. From this population, a random sample morbidity, mortality, and quality of life within the population. **Objective:** to analyze epidemiological and social behavior of health problems in specific groups at the “Luis Carbó” Polyclinic, San Miguel del Padron Municipality. **Method:** a study with an epidemiological approach was conducted using and observational, descriptive, cross-sectional and retrospective design. The study population consisted of 829 individuals distributed and grouped into 22e family units. From this population, a random sample of 250 individuals was selected. **Results:** there was a



predominance of older adults, a high prevalence of chronic non non-communicable diseases, the presence of modifiable environmental conditions, although deficiencies in water supply and wasted disposal were identified. **Conclusions:** a market and demographic aging was observed, influenced by low birth rates. Chronic non-communicable disease, especially Hypertension and Diabetes Mellitus, represented main health problems. Smoking and stress were present in significant proportions. Intermediate social determinants had a decisive influence on the local epidemiological profile, highlighting the need to strengthen health promotion actions and intersectoral collaboration to improve health equity.

Keywords: Epidemiological and social Behavior; Social Determinants; Chronic Non-Communicable Diseases

INTRODUCCIÓN

El análisis del comportamiento epidemiológico y social de los problemas de salud constituye una herramienta esencial para comprender cómo los determinantes sociales influyen en la distribución de enfermedades y en el bienestar de las comunidades. Factores como las condiciones de vivienda, el acceso a los servicios sanitarios, las características demográficas y los estilos de vida determinan diferencias en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de la población.

Estudios de la OPS/OMS sobre las determinantes sociales de la salud en América Latina demuestran que educación, empleo, y condiciones de vida explican gran parte de las desigualdades en salud y condicionan la efectividad de las políticas públicas.⁽¹⁾ En México investigaciones sobre determinantes sociales analizan la transición epidemiológica mexicana y el impacto de factores sociales en la carga de enfermedades.⁽²⁾ Experiencias en Brasil sobre desigualdades demuestra cómo estas influyen en la distribución de enfermedades crónicas transmisibles.⁽³⁾

En Cuba, la Atención Primaria de Salud permite alcanzar logros significativos; sin embargo, persisten desafíos asociados al envejecimiento poblacional, la migración y las desigualdades



en las condiciones socioeconómicas. No se encontraron investigaciones publicadas sobre el objeto de estudio.

Ante esta problemática se hace necesario realizar una investigación que proporcionará datos que facilitarán la toma de decisiones del Equipo Básico de Salud implicado en el estudio, con el propósito de favorecer a la prevención, y promoción de salud a través de acciones de salud encaminadas a minimizar las problemáticas detectadas y favorecer al incremento de la calidad de vida de la población, en especial a los grupos específicos con que se trabajó.

Por lo antes expuesto este trabajo tiene como objetivo: analizar el comportamiento epidemiológico y social de los problemas de salud en grupos específicos de la población atendida en el Consultorio Médico de Familia No. 13 del Policlínico “Luis Carbó”, durante el segundo semestre de 2025, con énfasis en los determinantes sociales y las principales afecciones de salud presentes en la comunidad.

Se realizó un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en la población declarada. El universo estuvo integrado por 829 personas, distribuidas y agrupadas en 223 núcleos familiares. De este universo se seleccionó una muestra de 250 personas, escogidas al azar. Se aplican métodos teóricos como análisis documental de literatura nacional e internacional relacionada con el tema de estudio, con el objetivo de profundizar y facilitar la discusión de los resultados obtenidos.

La información se recolecta de historias clínicas individuales, fichas familiares, tarjeteros de programación y contratación de servicios de salud, así como informes de análisis de la situación de salud correspondientes al periodo julio-diciembre de 2025 en el consultorio médico de la familia número 13. Los estudiantes de 5to año que cursan la carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez” son los que realizan las encuestas a pacientes.



Los datos obtenidos se procesan mediante programas Microsoft Office Word y Excel, y se aplica estadística descriptiva (porcentajes y tasas). Los resultados se presentaron en tablas y gráficos siguiendo los estándares establecidos para este tipo de estudio.

DESARROLLO

El consultorio número 13 está situado en el reparto California, dentro del municipio San Miguel del Padrón. Esta zona presenta un relieve predominantemente plano y un clima característico de regiones tropicales, acorde con su ubicación en La Habana, Cuba.

En cuanto a la distribución poblacional según grupos de edades y sexo, se evidencia una estructura demográfica envejecida y con predominio femenino lo que confirma la feminización de la población, y muestra la concentración de la población en edades avanzadas. Se refleja, además, una baja natalidad y escaso reemplazo generacional. Estos datos se recogen en la tabla No1.

Tabla No.1:

Distribución de la población según grupos de edades y sexo. CMF #13. Policlínico “Luis Carbó”, Municipio San Miguel del Padrón. La Habana. Cuba

Rango de edad	Sexo Masculino	% Masculino	Sexo Femenino	% Femenino	Total	Total en %
0-4	5	2.0%	7	2.8%	12	4.8%
5-9	4	1.6%	6	2.4%	10	4.0%
10-14	6	2.4%	8	3.2%	14	5.6%
15-19	5	2.0%	7	2.8%	12	4.8%
20-24	6	2.4%	8	3.2%	14	5.6%
25-29	5	2.0%	7	2.8%	12	4.8%



30-34	6	2.4%	9	3.6%	15	6.0%
35-39	7	2.8%	8	3.2%	15	6.0%
40-44	6	2.4%	9	3.6%	15	6.0%
45-49	12	4.8%	20	8.0%	32	12.8%
50-54	11	4.4%	16	6.4%	27	10.8%
55-59	8	3.2%	10	4.0%	18	7.2%
60-64	9	3.6%	13	5.2%	22	8.8%
65-69	7	2.8%	9	3.6%	16	6.4%
70-75	6	2.4%	9	3.6%	15	6.0%
75+	12	4.8%	34	13.6%	46	18.4%
Total	110	44.0%	140	56.0%	250	100%

Fuente: Encuesta

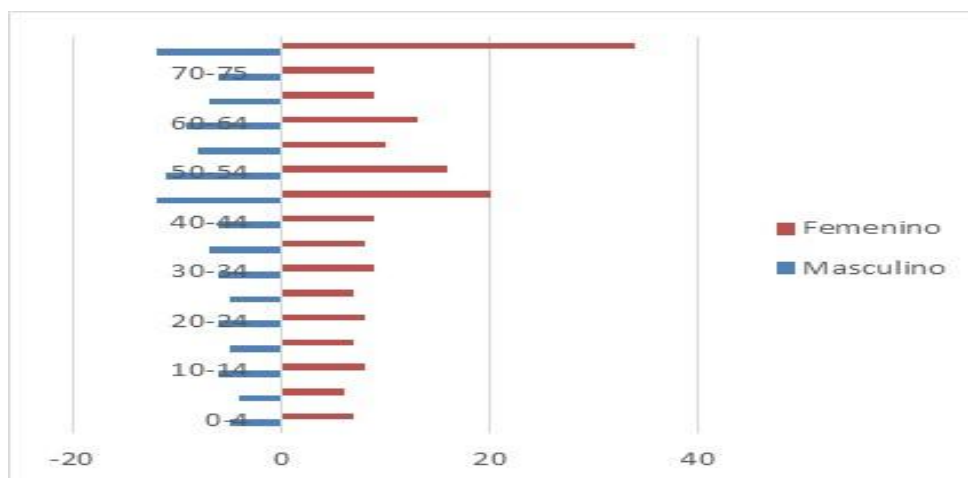


Fig. 1. Pirámide poblacional. CMF #13. Policlínico “Luis Carbó”, Municipio San Miguel del Padrón. La Habana. Cuba.

Fuente: Tabla 1



Se obtiene una pirámide regresiva o envejecida, caracterizada por una base estrecha, representada por edades medias y un notable volumen de adultos mayores (cúspide). La base, conformada por los grupos de 0-14 años, visiblemente estrecha, refleja una disminución en los nacimientos y una baja tasa de reemplazo generacional.

El ensanchamiento característico en las edades medias (30-59 años) indica una mayor acumulación de población adulta con producto tanto del descenso en la mortalidad en décadas previas como del impacto de la migración interna y externa.

Este perfil demográfico implica importantes retos sanitarios y sociales: incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, necesidad de fortalecer la atención psicosocial en gerontes, quienes muestran vulnerabilidad emocional especialmente por la migración de hijos jóvenes, registrándose 26 emigrantes entre 20 a 35 años, edades económicamente activas.

La pirámide poblacional de Cuba en 2025 refleja un marcado envejecimiento demográfico, con una base cada vez más estrecha por la baja natalidad, y un estrechamiento en los grupos de adultos mayores (16,6% de la población mayor ≥ 65 años). Este patrón refleja una transición demográfica avanzada, con fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y una estructura poblacional casi rectangular.⁽⁵⁾

En contraste países como Guatemala y Honduras mantienen pirámides expansivas, con bases amplias asociadas a altas tasas de natalidad lo que genera una población predominantemente joven.

Por otra parte, México y Brasil muestran pirámides en transición, con reducción progresiva de la natalidad y aumento de la proporción de adultos mayores. Mientras que Chile y Uruguay presentan estructuras similares a la cubana, con envejecimiento acelerado.

Estas diferencias condicionan el comportamiento epidemiológico y social en la región: los países con pirámides envejecidas enfrentan mayores desafíos en la atención de enfermedades



crónicas y dependencia poblacional, mientras que aquellos con pirámides expansivas deben priorizar políticas de salud materno-infantil y control de enfermedades transmisibles. En conjunto la diversidad demográfica latinoamericana exige respuestas diferenciadas en salud pública, adaptadas a las realidades de cada país.

La Tasa Bruta de Natalidad refleja la intensidad reproductiva de una población. En este estudio fue de 20 nacidos vivos por cada 1000 habitantes, con 5 nacidos vivos. Todos los partos son institucionales, y a término. Un recién nacido fue bajo peso al nacer (de madre con Hipertensión Arterial).

En 2024-2025 la tasa bruta de natalidad en América Latina muestra una tendencia descendente, con un promedio regional de 1 nacimientos por cada 1000 habitantes, aunque existen evidencias notables entre países: Guatemala y Honduras mantienen tasas altas (21 relativamente), mientras que Chile y Cuba presentan las más bajas (9, aproximadamente); lo que coincide con el estudio donde existe una tasa bruta de natalidad baja. ^{(6), (7)}.

Tabla No.2.

Población femenina en edad fértil. CMF #13. Policlínico “Luis Carbó”, Municipio San Miguel del Padrón. La Habana. Cuba

Categorías	Números	% mujeres fértiles	% población total (250)
Total de mujeres en edad fértil	68	100%	27.2%
Controladas	68	100%	27.2%
No controladas	0	0	0
De riesgo	13	19.1%	5.2%

Fuente: Encuesta

En esta muestra, 22 mujeres padecen de Hipertensión Arterial (8.8%) y 7 sufren de Diabetes Mellitus tipo 2 (2.8%). La mayoría desean tener hijos, lo que representa un desafío importante



que requiere intervención para que puedan lograr un embarazo y su producto en las mejores condiciones posibles.

La tasa bruta de mortalidad y la tasa de mortalidad infantil son de 0. En 2025, Cuba registró una tasa bruta de mortalidad de aproximadamente 9,9 defunciones por cada 1 000 habitantes y una tasa de mortalidad infantil de 9,9 por cada 1000 nacidos vivos, cifras que reflejan un incremento respecto a 2024, asociado a baja natalidad, limitaciones económicas y envejecimiento poblacional. Comparativamente, países como Brasil y México muestran tasas de mortalidad bruta más bajas (7 y 6,4 respectivamente) y mortalidad infantil inferior (Brasil 14; México 13), mientras que Haití y Guatemala mantienen niveles muchos más elevados. (8), (9), (10)

Se identificaron cinco niños menores de un año, de los cuales cuatro reciben lactancia materna exclusiva, mientras que el quinto comienza el proceso de ablactación y mantiene la lactancia de manera complementaria. Esto refleja un cumplimiento adecuado de las recomendaciones internacionales y nacionales, que promueven la lactancia exclusiva hasta los seis meses y su continuación junto con alimentos complementarios hasta los dos años o más. En cuanto al estado nutricional de la población adulta, se halla un predominio de personas normopeso. No hubo casos de desnutrición.

Estos datos evidencian la efectividad de las acciones de promoción de salud realizadas por el Equipo Básico de Salud, orientadas a sensibilizar a las familias sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, para el bienestar del niño y la prevención de enfermedades en etapas tempranas de la vida.

El estado general de las viviendas pertenecientes a las personas encuestadas es adecuado, destacándose que no existe hacinamiento entre los núcleos familiares.

El hacinamiento afecta la salud mental y física de las personas, generando estrés, ansiedad, depresión y deterioro de la dignidad humana. Es un factor de riesgo importante para la transmisión de enfermedades infecciosas, en especial las respiratorias, gastrointestinales y



dermatológicas, debido al contacto estrecho y la limitada circulación del aire. Además, puede generar disminución del rendimiento escolar y laboral, y un deterioro progresivo del bienestar general. ⁽¹¹⁾

Por lo tanto, la ausencia de hacinamiento en las viviendas evaluadas constituye un indicador favorable de las condiciones higiénico-sanitarias de la comunidad, contribuyendo a la prevención de enfermedades transmisibles y al fortalecimiento de la salud colectiva, en correspondencia con los lineamientos del Sistema Nacional de Salud de Cuba y las directrices del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. ⁽¹²⁾

El abastecimiento de agua se realiza a través del sistema de acueducto, lo cual garantiza que el recurso hídrico sea potable y apto para el consumo humano.

El suministro de agua se efectúa en días alternos, pero se mantiene el acceso continuo al recurso gracias al empleo de depósitos de almacenamiento domiciliarios. Parte del almacenamiento de agua se dispone en tanques bajos o cisternas, lo que puede representar riesgos sanitarios potenciales si no se realiza bajo condiciones higiénicas adecuadas.

La mayoría de las personas encuestadas cuentan con recipientes dentro de las viviendas, en algunos casos los mismos se encontraban destapados, lo que puede favorecer al desarrollo y multiplicación de vectores. Es imprescindible educar a la población para que cubran correctamente los depósitos de agua y desechos sólidos.

Estas estructuras, al encontrarse en contacto directo con el suelo o ubicadas en espacios cerrados, pueden favorecer la acumulación de sedimentos, la proliferación de algas, bacterias y larvas de mosquitos del género *Aedes*, vectores de enfermedades como el Dengue, Zika y Chikungunya. Además, si los depósitos carecen de tapas herméticas o presentan grietas, se facilita la entrada de contaminantes físicos y biológicos, comprometiendo la calidad del agua destinada al consumo doméstico.



Desde la perspectiva de la Salud Pública cubana, estos factores constituyen problemas de saneamiento ambiental que deben ser objeto de vigilancia y control por parte del equipo básico de salud. Se hace necesario la educación sanitaria a la población, la supervisión periódica del estado de los depósitos y la cloración sistemática del agua almacenada, en correspondencia con las orientaciones del Programa Nacional de Higiene y Epidemiología.⁽¹³⁾

La disposición de los residuales líquidos y excretos se realiza mediante un sistema de alcantarillado funcional, al cual se encuentran conectadas todas las viviendas. No se observaron fosas visibles en la vía pública, lo que indica un adecuado nivel de saneamiento ambiental básico.

Desde el punto de vista epidemiológico, la correcta evacuación de excretas y aguas residuales constituye un factor determinante en la prevención de enfermedades de transmisión hídrica y fecal, tales como las enfermedades diarreicas agudas, la fiebre tifoidea, la Hepatitis A y las parasitosis intestinales. La inexistencia de fosas visibles en la vía pública representa un indicador positivo del estado higiénico de la comunidad, ya que las fosas mal diseñadas, sin tapa o con filtraciones suelen constituir focos de contaminación y criaderos potenciales de vectores, como moscas y cucarachas, que pueden vehiculizar agentes patógenos hacia los alimentos y superficies domésticas.⁽¹⁴⁾

Se encuentra la presencia de vectores, como mosquitos, moscas y cucarachas, siendo más común la presencia de mosquitos, esto constituye un agente importante de transmisión de enfermedades. Por lo tanto, se identifica la presencia de un problema que generar el aumento de casos de enfermedades transmitidas por arbovirus en la población. Ante tal situación se infiere la necesidad de tomar medidas rápidas y permanentes en la cual juega un papel fundamental la educación sanitaria.

En la zona estudiada, no existen fabricas que puedan llegar a contaminar la región, pero debido a que las calles que rodean la misma están deterioradas, y son generalmente de tierra,



hay mucho polvo, lo cual contribuye a la aparición de enfermedades respiratorias. Otro factor contaminante del aire es la existencia de ruido producido por los habitantes.

En la comunidad los animales domésticos que más abundan son los perros y gatos, en la misma no existen animales de cría ni de corrales.

La muestra posee un perfil educativo elevado, con predominio de personas en niveles medios y superiores. Esto evidencia una fuerza laboral potencialmente calificada. Un aspecto relevante es la feminización en los niveles superiores, ya que las mujeres predominan los niveles escolares preuniversitario y universitario, lo que refleja su activa participación en la educación avanzada.

Tabla No.3.

Distribución de la población según su nivel de escolaridad. CMF #13. Policlínico “Luis Carbó”, Municipio San Miguel del Padrón. La Habana. Cuba

Nivel de escolaridad	M	% 110	F	% 140	TOTAL	% 250
Primaria sin terminar	5	4.5%	6	4.3%	11	4.4%
Primaria terminada	15	13.6%	18	12.9%	33	13.2%
Secundaria	28	25.5%	30	21.4%	58	23.2%
Técnico medio	18	11.4%	16	11.4%	34	13.6%
Preuniversitario	25	22.7%	40	28.6%	65	26.0%
Universitario	19	17.3%	30	21.4%	49	19.6%
Total	110	100%	140	100%	250	100%

Fuente: Encuesta



Tabla No.4.

Distribución de la población según su nivel ocupacional. CMF #13. Policlínico “Luis Carbó”, Municipio San Miguel del Padrón. La Habana. Cuba

Ocupación	Cantidad	% total (194)	Hombre	% Masculino (110)	Mujer	% Femenino (140)
Ama de casa	18	9.3%	0	0.0%	18	12.9%
Jubilados	52	26.8%	24	21.8%	28	20.0%
Trabajadores por Cuenta propia	73	37.6%	35	31.8%	38	27.1%
Trabajadores estatales	23	11.9%	15	13.6%	8	5.7%
Total	194	100%	74	67.3%	94	65.7%

Fuente: Encuesta

Predominan los trabajadores por cuenta propia (TCP). Estos resultados se corresponden con las estadísticas nacionales, donde existen alrededor de 831 000 TCP, según datos de la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI) y reportes recientes de 2026. Esta refleja el peso creciente del sector no estatal en la economía cubana. El 67 % de los empleados aún pertenece al sector estatal, pero el sector privado representa una transformación estructural en el panorama laboral cubano. ⁽¹⁵⁾

El crecimiento sostenido del TCP en Cuba, que pasó de 150 000 personas en 2010 a más de 831 000 en 2026, constituye en fenómeno social de gran importancia. Refleja transformaciones estructurales en el mercado laboral, en la generación de empleo y en la dinámica económica nacional. ⁽¹⁶⁾

Desde la perspectiva epidemiológica, la expansión del trabajo independiente introduce nuevos retos en la vigilancia de la salud, pues los trabajadores por cuenta propia poseen condiciones heterogéneas de exposición, acceso a servicios médicos y protección social.



Asimismo, este grupo se convierte en un segmento poblacional específico que requiere estrategias diferenciadas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, considerando sus particularidades socioeconómicas y laborales.

La evolución del TCP, por tanto, no solo impacta en la estructura económica, sino también en el comportamiento social y epidemiológico de la población cubana. Esto genera la necesidad de políticas integrales que articulen empleo, bienestar y salud pública.

En México la transición epidemiológica y social está acompañada por un aumento del empleo informal y autónomo, lo que genera desigualdades en el acceso a servicios de salud y protección social. Frenk y colaboradores (2013) destacan que la reforma del sistema de salud mexicano buscó responder a estas brechas, aunque persisten desafíos en la cobertura universal. ⁽²⁾

En Brasil, Victoria et al. (2011) documentaron cómo las desigualdades sociales condicionan tanto la distribución de enfermedades crónicas como la efectividad de las políticas públicas. El sector informal y autónomo representa un segmento importante de la fuerza laboral, con implicaciones directas en la vigilancia epidemiológica y en la implementación de programas de prevención. ⁽³⁾

La comparación evidencia que, al igual que en Cuba, los TCP en América Latina constituyen un grupo social específico que requiere políticas diferenciadas de salud pública. La heterogeneidad de sus condiciones laborales y sociales plantea retos comunes: garantizar acceso equitativo a servicios de salud, fortalecer la protección social y diseñar estrategias de promoción de salud adaptada a sus realidades.

La situación económica de la comunidad constituye un elemento determinante dentro del análisis integral de los factores sociales que condicionan el estado de salud de la población. En el contexto cubano, la economía familiar se encuentra influida por la estructura del empleo, los ingresos, las pensiones y las remesas provenientes del exterior, todos ellos considerados determinantes sociales de la salud, según los lineamientos del Ministerio de



Salud Pública (MINSAP) y las bases conceptuales del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud.

En la comunidad, se identifican diversos grupos socioeconómicos: trabajadores por cuenta propia, jubilados, personas empleadas en el sector estatal, y hogares que reciben ayuda económica del exterior. Esta composición refleja una heterogeneidad económica típica de los barrios cubanos, donde convergen fuentes de ingresos formales e informales que sostienen la economía doméstica.

Los trabajadores por cuenta propia desempeñan actividades como la elaboración y venta de alimentos, el transporte, la reparación de bienes, y otros servicios, lo que representa un importante aporte al sustento familiar, aunque con ingresos variables y sin estabilidad total. Por su parte, los trabajadores del sector estatal perciben salarios ajustados al mínimo nacional, lo que en muchos casos limita el acceso sostenido a determinados bienes y servicios, influyendo de manera indirecta en los estilos de vida y el consumo alimentario.

Los jubilados constituyen un grupo vulnerable dentro del contexto económico, pues sus pensiones resultan frecuentemente insuficientes para cubrir la totalidad de las necesidades básicas, especialmente cuando no cuentan con apoyo familiar o con ingresos complementarios. En tanto, las personas que reciben ayuda del exterior (remesas) presentan mejores condiciones materiales dentro del entorno comunitario, lo que se traduce en una mayor capacidad de compra y mejores condiciones de vida, aunque sin representar un indicador de equidad social.

Estas desigualdades económicas inciden directamente en los determinantes del proceso salud-enfermedad, reflejándose en las diferencias en el acceso a una alimentación balanceada, condiciones de vivienda, medios de higiene y servicios básicos. No obstante, el papel del Médico y la Enfermera de la Familia, junto al trabajo intersectorial comunitario, contribuye a mitigar el impacto de estas desigualdades mediante la promoción de la equidad y la atención diferenciada a los grupos más vulnerables.



En resumen, la situación económica de la comunidad puede calificarse como moderadamente estable, sustentada en la coexistencia de diversas fuentes de ingreso que permiten la satisfacción de las necesidades esenciales, aunque persisten brechas socioeconómicas que condicionan diferencias en la calidad de vida y constituyen factores determinantes del estado de salud.

Las condiciones higiénicas de las viviendas constituyen un componente esencial en la evaluación del saneamiento ambiental básico y un determinante directo del estado de salud de la población. En la población estudiada se observó que la mayoría de las viviendas presentan buenas condiciones higiénicas, caracterizadas por la limpieza habitual de los espacios domésticos, la existencia de sistemas de alcantarillado funcionales y una adecuada iluminación natural y artificial.

Estos elementos favorecen un entorno saludable y contribuyen a la prevención de enfermedades transmisibles y al bienestar general de los habitantes. No obstante, se identifican algunas viviendas en estado higiénico regular, donde las condiciones de limpieza o mantenimiento estructural resultan menos favorables.

Estas situaciones, aunque minoritarias, pueden representar riesgos potenciales para la salud, al propiciar la acumulación de polvo, humedad o desechos domésticos, factores que facilitan la presencia de alérgenos, hongos o microorganismos patógenos. Por ello, constituyen un punto de atención prioritaria para el equipo básico de salud, a través de acciones de educación sanitaria, promoción de hábitos de limpieza y supervisión del saneamiento ambiental.

La población conoce y practica hábitos saludables como la higiene personal, la alimentación balanceada, el ejercicio regular y la prevención de enfermedades. Se promueve el aprendizaje desde la escuela hasta espacios comunitarios. La población sabe cómo actuar ante emergencias o brotes.

Hay centros de salud accesibles, con personal capacitado. Se prioriza la atención preventiva y se respetan los derechos de todos los ciudadanos, sin discriminación. Se difunde



información clara y confiable sobre temas sanitarios a través de medios locales, redes sociales, radios y líderes comunitarios.

En la comunidad objeto de estudio, las personas se involucran en campañas de vacunación, jornadas de limpieza, charlas sobre salud mental y actividades físicas grupales. La salud se vive como una responsabilidad compartida, se involucran a todos los grupos poblacionales en la toma de decisiones, planificación y ejecución de acciones comunitarias. Jóvenes y adultos mayores comparten saberes sobre salud, historia local y prácticas sostenibles, además, crean jornadas de limpieza y saneamiento ambiental coordinadas por vecinos con apoyo de instituciones locales. Fomentan el sentido de pertenencia mediante actividades culturales, educativas y recreativas que valoren la diversidad local. Algunos vecinos tienen huertos comunitarios que fortalecen la seguridad alimentaria y el trabajo colectivo.

La mayoría de los consultados en el estudio reconocieron experimentar niveles significativos de estrés. Los orígenes más comunes de este malestar, identificados como factores psicosociales negativos, fueron:

- Inestabilidad macroeconómica: la incertidumbre generada por la situación financiera y social del país.
- Conflictos en las relaciones interpersonales: procesos de divorcio o la ruptura de parejas, que conllevan un duelo emocional y reestructuración familiar.
- Crisis de salud personal o familiar: el diagnóstico de una enfermedad seria o el fallecimiento de un familiar cercano las causas que prevalecen y generan una profunda conmoción en la población.

Por ello, la identificación temprana de estas fuentes de estrés y la promoción de estrategias de afrontamiento saludables se erigen como pilares fundamentales para la prevención en el ámbito de la salud pública.

El programa dirigido a las gestantes demuestra un funcionamiento óptimo y una notable eficacia. La atención a este grupo se lleva a cabo de manera sistemática y continua a través



de un ciclo de charlas y sesiones de orientación que se imparten en el consultorio médico. En estos encuentros, se les proporciona una preparación integral que abarca desde los cuidados prenatales y los cambios fisiológicos, hasta la preparación psicológica y logística para el parto y la crianza. Esta guía estructurada empodera a las futuras madres, permitiéndoles transitar su embarazo con mayor seguridad, conocimiento y capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud y la de su bebé.

Los estudiantes involucrados en el estudio se insertaron en la tarea PAMIHabana, liderada por el MINSAP, lo que propició un mejor y sostenible seguimiento a embarazadas, niños y adolescentes.

El programa de inmunización del área de salud en estudio se lleva a cabo con éxito, gran parte de la población esté inmunizada, completando así el esquema de vacunación nacional en los niños del consultorio. Se destaca también que todos han recibido al menos las tres primeras dosis de la vacuna contra el Covid-19, más los refuerzos y la incorporada vacuna contra el VPH que protege a las niñas de complicaciones, lo que contribuye a fortalecer la protección y reduce la propagación de enfermedades.

El programa de control del cáncer uterino atiende a un universo de 253 mujeres representando el 56.98% de la población. Actualmente, el cumplimiento de este programa enfrenta dificultades debido a la escasez de los insumos necesarios para la realización de los exámenes, lo que limita la cobertura y pone en riesgo la detección temprana de esta enfermedad. Ninguna de las 108 mujeres que necesitan realizarse la prueba citológica este año han podido realizarla por los elementos que se señalan.

El pesquizado de cáncer de próstata se les realiza a todos los hombres mayores de 50 años, debiendo someterse anualmente a un tacto rectal y a la medición del antígeno prostático específico (PSA). Sin embargo, la implementación del programa enfrenta importantes desafíos debido al rechazo que existe en la población masculina hacia estos exámenes.



Esta resistencia se debe principalmente a la falta de cultura de prevención y al desconocimiento sobre la importancia de estos controles para la salud prostática. La ausencia de información adecuada limita la participación activa de los hombres en el programa, dificultando la detección precoz del cáncer de próstata y afectando negativamente los resultados en salud pública, para el cumplimiento de este.

Respecto a la aparición de cáncer de mama, se identifica que no se han detectado mujeres con esta problemática. Se continúa insistiendo en la importancia del autoexamen.

La vigilancia y lucha antivectorial garantiza la fumigación del hogar y la revisión de los depósitos de agua, así como la realización de charlas educativas dirigidas a la población sobre la necesidad de mantener la higiene de las viviendas y de la comunidad en general, con el objetivo de evitar la proliferación de criaderos de vectores. Actualmente son evidentes las deficiencias en el cumplimiento de estas acciones, especialmente en lo relacionado con la fumigación sistemática, por lo que se insta a la comunidad a la realización del autofocal.

Como parte de una evaluación continua de la calidad asistencial, se aplicaron encuestas a la población para medir su nivel de satisfacción con la atención proporcionada por los equipos básicos de salud. Los resultados arrojaron que la mayoría de los usuarios expresó un alto nivel de aprobación, calificando el servicio como "bueno". Esta percepción positiva se vio consistentemente reflejada en los sondeos paralelos realizados por el consultorio médico, indicando una valoración favorable y homogénea del trabajo del personal sanitario.

Tabla No.5.

Comportamiento de las enfermedades no transmisibles. CMF #13. Policlínico “Luis Carbó”, Municipio San Miguel del Padrón. La Habana. Cuba

Enfermedad	M (110)	%	F (140)	%	Tasa prevalencia	Tasa incidencia
Hipertensión Arterial	28	25.5	22	15.7	20.0	2.0



Diabetes mellitus	15	13.6	11	7.9%	10.4	1.0
Asma Bronquial	12	10.9	9	6.4%	8.4%	0.8

Fuente: Encuesta

La Hipertensión Arterial ocupa el primer lugar, lo que significa que cada año aparecen aproximadamente cinco casos nuevos. La Diabetes Mellitus se ubica en segundo lugar, más frecuente en hombres que en mujeres, y con una incidencia de 1% anual.

El asma bronquial predomina en los hombres. Este comportamiento se explica por la presencia de factores de riesgo como el tabaquismo, la dieta inadecuada, el sedentarismo y la exposición ambiental, en un contexto demográfico marcado por el envejecimiento poblacional.

De esta manera, los resultados obtenidos sustentan la necesidad de fortalecer la prevención y el control desde la atención primaria, orientando acciones hacia la reducción de dichos factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables.

CONCLUSIONES

- La población estudiada presenta un marcado envejecimiento demográfico, influido por baja natalidad y migración juvenil. Las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente hipertensión arterial y diabetes mellitus, constituyen los principales problemas de salud.
- Las condiciones ambientales fueron generalmente favorables; sin embargo, persistieron riesgos asociados al manejo inadecuado de depósitos de agua, presencia de vectores y deficiencias en el saneamiento, por lo que se le da máxima importancia a la vigilancia ambiental en la prevención de enfermedades transmisibles.
- Los determinantes sociales intermedios siguen influyendo de manera importante en la salud comunitaria, destacándose la necesidad de acciones de promoción y educación sanitaria.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Perfil de País-Cuba. Health in the Americas. 2024.
2. Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaul FM. Health system reform in Mexico: an assessment of the evidence. *Lancet*. 2011;377(9781):2160-75.doi:10.1016/S0140-6736(11)60694-6
3. Victoria CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et.al. Health condition and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377(9781):1863-76.doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas 2024: perfiles demográficos. Washintonn, DC: OPS; [citado 2026 mayo 20]. Disponible: <https://www.paho.org/es/salud-en-las-americas>
5. Organización Mundial de la Salud. OMS. Determinantes Sociales de la Salud; 2024.
6. Banco Mundial. Tasa de natalidad bruta (por cada 1000 personas)-América Latina y el Caribe, World Development Indicators. Washington, DC: Banco Mundial; 2024 [citado 2026 mayo 20]. Disponible en <https://data.worldbank.org>
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Observatorio Demográfico 2025: América Latina y el caribe ante la baja fecundidad. Santiago de Chile: CEPAL; 2025 [citado 2026 mayo 20]. Disponible en <https://hdl.handle.net/11362/82932>
8. Macrotrends. Cuba death rate 1950-2025. *Macrotrends*. 2025 [citado 2026 mayo 20]. Disponible en: <https://www.macrotrends.net/countries/CUB/cuba/death-rate>
9. Ministerio de salud Pública (MINSAP). Cuba cerró con tasa de mortalidad infantil de 9,9 por cada mil nacidos vivos. *Cubadebate*. La Habana: MINSAP; 2026 [citado 2026 mayo 20].
10. Banco Mundial. Mortalidad infantil (menores de 5 años)-América Latina y el Caribe. World Development Indicators. Washington, DC: Banco Mundial; 2025 [citado 2026 mayo 20]. Disponible en <https://data.worldbank.org>



11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe anual de país. Cuba. 2024, Washington; OPS;202. [citado 2026 mayo 20]. Disponible en <https://www.paho.org.es/documentos/cuba-informe-anual-pais-2024>
12. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Departamento de Atención Primaria de Salud. *Programa del Médico y Enfermera de la Familia*. [internet]. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2023 [citado 2026 mayo 20]. Disponible en <https://www.bvscuba.sld.cu/libro/programa-del-medico-y-la-enfermera-de-la-familia-2da-ed/>
13. Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología. Informe nacional de vigilancia ambiental; 2024.
14. Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). Mipymes y cuentapropistas en Cuba 2026. Guía del trabajador. Finiquito Justo; 2026 [citado 2026 mayo 20]. Disponible en: <https://finiquitojusto.com>
15. Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). Panorama económico y social de Cuba 2026: trabajadores por cuenta propia. Informe Estadístico. La Habana; 2026 [citado 2026 mayo 20]. Disponible en: <https://www.onei.gob.cu>



CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y CITOLÓGICA DE LA SEQUEDAD VAGINAL
EN LA MUJER DE LA EDAD MEDIANA
CLINICAL AND CYTOLOGICAL CHARACTERIZATION OF VAGINAL
DRYNESS IN MIDDLE-AGED WOMEN

Autores:

Fecha de presentación:	enero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/ 2026

Dr. **Rodolfo Valentín Martínez Camilo** (M.Sc)
Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar.
Investigador Agregado.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4371-4033>
Contacto: valentin.mtnez@infomed.sld.cu

Dra. **Laura Arletys Camacho Rodríguez**
Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7141-6674>
Contacto: lauraarletysc@gmail.com

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Martínez Camilo, R.V., Camacho Rodríguez, L.A. (2026). *Caracterización clínica y citológica de la sequedad vaginal en la mujer de la edad mediana*. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 120-133.

RESUMEN

Introducción: La sequedad vaginal es el síntoma más prevalente del síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), afectando entre el 40 % y el 60 % de las mujeres en el período perimenopáusico y posmenopáusico. Su impacto sobre la calidad de vida, la función sexual y el bienestar psicológico es sustancial y frecuentemente subestimado. **Objetivo:** Caracterizar la sequedad vaginal en mujeres de edad mediana atendidas en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa, La Habana, Cuba. **Método:** Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal en 112 mujeres de edad mediana con síntomas vaginales, atendidas entre abril de 2025 y abril de 2026. **Resultados:** Predominaron las mujeres de 55–59 años (44,6 %), amas de casa (66,1 %) y en posmenopausia (75,0 %). El síntoma genitourinario más frecuente fue la irritación vaginal (27,2 %), seguido de quemazones (25,0 %) y dispareunia (20,4 %). El índice de matidez vaginal evidenció sequedad en el 75,0 % y sequedad extrema en el 17,8 %. En el índice de células vaginales predominaron las células intermedias (35,7 %) y basales (33,9 %). **Conclusiones:** La sequedad vaginal y sus manifestaciones asociadas son altamente prevalentes en las mujeres de edad mediana de la serie estudiada, con predominio en el grupo posmenopáusico. La elevada



frecuencia de síntomas genitourinarios y los hallazgos citológicos de atrofia refuerzan la necesidad de pesquisa activa y tratamiento oportuno en la práctica ginecológica.

Palabras clave: sequedad vaginal; síndrome genitourinario de la menopausia; climaterio; atrofia vulvovaginal; calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: Vaginal dryness is the most prevalent symptom of the genitourinary syndrome of menopause (GSM), affecting 40–60 % of peri- and postmenopausal women. Its impact on quality of life, sexual function, and psychological well-being is substantial and frequently underestimated. **Objective:** To characterize vaginal dryness in middle-aged women seen at the Guanabacoa Gynecological-Obstetric Teaching Hospital, Havana, Cuba. **Method:** A descriptive, prospective, longitudinal study involving 112 middle-aged women with vaginal symptoms, seen between April 2025 and April 2026. **Results:** Women aged 55–59 years predominated (44.6 %), mostly housewives (66.1 %) and postmenopausal (75.0 %). The most frequent genitourinary symptom was vaginal irritation (27.2 %), followed by burning (25.0 %) and dyspareunia (20.4 %). The vaginal dullness index showed dryness in 75.0 % and severe dryness in 17.8 %. Intermediate (35.7 %) and basal (33.9 %) cells predominated in the vaginal cell index. **Conclusions:** Vaginal dryness and associated genitourinary symptoms are highly prevalent in middle-aged women, predominantly in the postmenopausal group. The high frequency of symptoms and cytological findings of atrophy highlight the need for active screening and timely treatment in gynecological practice.

Keywords: vaginal dryness; genitourinary syndrome of menopause; climacteric; vulvovaginal atrophy; quality of life.

INTRODUCCIÓN

La sequedad vaginal constituye uno de los síntomas más prevalentes y limitantes que afectan a la mujer durante el climaterio y la posmenopausia. Desde el punto de vista nosológico, se integra en el denominado síndrome genitourinario de la menopausia (SGM), concepto introducido en 2014 por la North American Menopause Society (NAMS) y la International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) para reemplazar los términos previos de atrofia vulvovaginal, vaginitis atrófica y atrofia urogenital, los cuales no reflejaban de manera suficiente la complejidad clínica del cuadro.^[1] El SGM agrupa un conjunto de



síntomas y signos genitales, urinarios y sexuales directamente vinculados al hipoestrogenismo, cuya expresión más frecuente y precoz es precisamente la sequedad vaginal.^[2]

Desde una perspectiva epidemiológica, la sequedad vaginal afecta entre el 40 % y el 60 % de las mujeres en el período perimenopáusico y posmenopáusico, aunque algunos estudios reportan cifras que oscilan entre el 14 % y el 87 %, en dependencia del diseño metodológico, la edad de la muestra y la presencia de actividad sexual.^[3,4] En series hospitalarias, la sequedad vaginal figura como el síntoma de mayor prevalencia dentro del SGM, alcanzando frecuencias del 47 % al 100 % de las mujeres estudiadas, por delante incluso de la dispareunia, que oscila entre el 20 % y el 77,6 %.^[5] En Cuba, un estudio realizado en el policlínico universitario Dr. Cosme Ordóñez Carceller evidenció que en mujeres con afecciones crónicas la aparición de estos síntomas se produce entre los 45 y 46 años como promedio, ligeramente antes que en la población general.^[14]

La fisiopatología de la sequedad vaginal es multifactorial, si bien la deficiencia estrogénica constituye su principal determinante.^[2] Los estrógenos regulan la maduración y proliferación del epitelio vaginal, estimulan la producción de glucógeno por las células epiteliales, mantienen la vascularización del estroma y favorecen la secreción de fluido transvaginal. Con la transición menopáusica, el descenso progresivo de los niveles de estradiol provoca adelgazamiento de la mucosa vaginal, reducción de los pliegues rugosos, disminución del fluido transvaginal y pérdida de la elasticidad del tejido conectivo subyacente.^[4,6] Estos cambios histológicos se traducen clínicamente en sensación de sequedad, ardor, prurito y dispareunia, síntomas que, a diferencia de los vasomotores, son crónicos y progresivos si no reciben tratamiento.^[7]

Un elemento de creciente interés en la comprensión del SGM es la alteración de la microbiota vaginal. En condiciones de adecuada estimulación estrogénica, la microbiota vaginal se caracteriza por la dominancia del género *Lactobacilos*, que mediante la producción de ácido láctico y otros metabolitos mantiene el pH vaginal por debajo de 4,5, constituyendo una barrera protectora frente a infecciones oportunistas.^[9,10] La caída estrogénica posmenopáusica reduce el depósito de glucógeno en el epitelio vaginal —sustrato metabólico esencial para el crecimiento de *Lactobacilos*—, lo que conduce a la disminución de esta especie y al incremento del pH vaginal por encima de 5, favoreciendo la proliferación de bacterias anaerobias como *Gardnerella*, *Prevotella* y *Bacteroides*, con el consiguiente riesgo de disbiosis y vaginosis bacteriana.^[11]



El impacto de la sequedad vaginal sobre la calidad de vida de la mujer de edad mediana es sustancial y frecuentemente subestimado. En un estudio colombiano que evaluó 235 mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de SGM mediante los cuestionarios SF-36 y Menopause Rating Scale (MRS), el dominio urogenital fue el de mayor afectación en cuanto a intensidad, y la sequedad vaginal constituyó el síntoma más frecuente en la totalidad de la muestra.^[12] Las repercusiones se extienden a la esfera sexual —con reducción de la lubricación, el deseo y la satisfacción—, al bienestar psicológico —ansiedad, baja autoestima y alteraciones del sueño— y a las relaciones de pareja.^[13] A pesar de su elevada prevalencia e impacto, el SGM continúa siendo infradiagnosticado e infratratado, en parte debido a la reticencia de las mujeres a comunicar sus síntomas a los profesionales de la salud y al insuficiente abordaje de la sexualidad en las consultas ginecológicas.^[17] El diagnóstico de la sequedad vaginal en el contexto del SGM es esencialmente clínico. Se sustenta en la anamnesis dirigida —que indaga síntomas vaginales (sequedad, ardor, prurito, leucorrea), sexuales (dispareunia, reducción de la lubricación) y urinarios (urgencia, disuria, infecciones recurrentes)— y en la exploración ginecológica, que permite identificar signos objetivos de atrofia: palidez y friabilidad de la mucosa, desaparición de los pliegues rugosos, estrechamiento del introito y elevación del pH vaginal.^[2,6] El índice de maduración vaginal (IMV) y el Índice de Salud Vaginal (ISV) son herramientas complementarias útiles para cuantificar el grado de atrofia y monitorizar la respuesta terapéutica.^[4]

Las opciones terapéuticas para la sequedad vaginal son diversas y se seleccionan según la intensidad de los síntomas, las comorbilidades y las preferencias de la paciente. Las medidas no hormonales —hidratantes y lubricantes vaginales de venta libre— actúan como tratamiento sintomático de primera línea en casos leves. Los estrógenos vaginales en dosis bajas son considerados el estándar de referencia por las guías internacionales más recientes, incluida la guía AUA/SUFU/AUGS 2025.^[18] La dehidroepiandrosterona (DHEA) vaginal y el ospemifeno, modulador selectivo del receptor de estrógenos de administración oral, constituyen alternativas válidas para pacientes que no pueden o prefieren no utilizar estrógenos locales.^[15] La terapia hormonal sistémica, cuando está indicada para el control de síntomas vasomotores, aporta beneficios adicionales sobre el tejido genitourinario, aunque en algunos casos resulta insuficiente para aliviar completamente la sequedad vaginal, por lo que puede requerirse la combinación con tratamiento local.^[16]



A pesar de la creciente evidencia científica sobre su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, la sequedad vaginal continúa representando un problema de salud con notorio subregistro en la práctica clínica ginecológica, particularmente en el contexto latinoamericano y cubano. La ausencia de protocolos de pesquisa activa y la escasa comunicación entre paciente y médico acerca de la sexualidad contribuyen a que la mayoría de las mujeres afectadas no reciban atención oportuna.^[17,20] El presente artículo tiene como objetivo revisar los conocimientos actuales sobre la sequedad vaginal en la mujer de edad mediana, con especial énfasis en su fisiopatología, repercusión sobre la calidad de vida y las opciones terapéuticas disponibles, con el propósito de aportar herramientas actualizadas al profesional de la salud que atiende a esta población.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte longitudinal en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa de La Habana, Cuba, durante el período de abril del 2025 a abril del 2026. La muestra estuvo constituida por 112 mujeres de la edad mediana que asistieron a la consulta del hospital por sintomatología del climaterio y que durante el interrogatorio refirieron sintomatología vaginal como sequedad, quemazones y dolor durante las relaciones sexuales, entre otros.

Criterios de inclusión: Mujeres de la edad mediana con sintomatología vaginal.

Criterios de exclusión: Mujeres de la edad mediana sin síntomas vaginales.

Las variables estudiadas fueron: edad, paridad, momento de la menopausia, patología asociada, estado civil, ocupación, sintomatología vaginal, matidez vaginal e índice de células vaginales. Toda la información fue recolectada en un registro creado al efecto. Los datos fueron procesados mediante el cálculo porcentual, y se organizó la información en tablas de frecuencia absoluta; se realizó el análisis estadístico de los resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1.

Distribución según grupo de edades

Edad (años)	n	%
40–44	20	17,8



Edad (años)	n	%
45–49	18	16,2
50–54	24	21,4
55–59	50	44,6
Total	112	100

Fuente: Datos tomados de la encuesta aplicada.

El grupo etáreo de 55 a 59 años concentró la mayor proporción de la muestra (44,6 %), seguido por el grupo de 50 a 54 años (21,4 %). Este predominio de las mujeres mayores de 50 años concuerda con la literatura internacional, que señala que la prevalencia de los síntomas del SGM aumenta con el tiempo transcurrido desde la última menstruación, alcanzando su mayor expresión entre los cinco y diez años posteriores a la menopausia.^[2,4] El hallazgo evidencia que la población que busca atención médica por estos síntomas se encuentra mayoritariamente en la fase posmenopáusica establecida, lo cual subraya la importancia de la pesquisa sistemática desde las etapas más tempranas de la transición menopáusica.

Tabla 2.

Distribución según ocupación

Ocupación	n	%
Ama de casa	74	66,1
Trabajadora	38	33,9
Total	112	100

Las amas de casa representaron las dos terceras partes de la muestra (66,1 %). Este dato refleja, al menos en parte, la composición sociodemográfica de la población que asiste a esta consulta hospitalaria, si bien también puede sugerir que la condición de inactividad laboral remunerada, con su potencial asociación a menor nivel de instrucción y acceso diferenciado a información de salud, pudiera influir en la demora en la búsqueda de atención. Estudios latinoamericanos han señalado que factores como el nivel educativo y la situación laboral condicionan el reconocimiento de los síntomas climatéricos y la disposición a consultarlos con el médico.^[13]



Tabla 3.
Distribución, según momento de la menopausia

Momento de la menopausia	n	%
Premenopausia	28	25,0
Posmenopausia	84	75,0
Total	112	100

El 75,0 % de las pacientes se encontraban en la posmenopausia, lo que resulta concordante con la fisiopatología del SGM, dado que la intensidad de la atrofia genitourinaria se correlaciona directamente con la duración y profundidad del hiperestrogenismo.² La aplicación de la prueba chi-cuadrado para comparar la presencia de síntomas genitourinarios entre ambos grupos demostró una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=4,480$; $p=0,034$), con una razón de prevalencia de 1,18 (IC 95 %: 0,97–1,45), lo que indica que las mujeres posmenopáusicas presentaron síntomas en una proporción un 18 % mayor que las premenopáusicas. El hallazgo es consistente con el estudio cubano de Álvarez et al., que reportó la aparición de síntomas genitourinarios a partir de los 45 a 46 años en mujeres con comorbilidades crónicas.¹⁴

Tabla 4.
Distribución según estado civil

Estado Civil	n	%
Soltera	22	19,6
Casada	50	44,7
Unión Conyugal	26	23,2
Viuda	14	12,5
Total	112	100

El 67,9 % de las mujeres tenía pareja estable (44,7 % casadas y 23,2 % en unión conyugal). Esta distribución es clínicamente relevante, dado que la actividad sexual regular se ha relacionado con una menor severidad de la atrofia vaginal, posiblemente por el mantenimiento



de la vascularización y la elasticidad del tejido como consecuencia del estímulo mecánico.^[13] Por el contrario, el 12,5 % de viudas podría estar más expuesto a la progresión de los cambios atróficos por la ausencia de actividad coital, lo que incrementaría su vulnerabilidad a la dispareunia y otras complicaciones del SGM.

Tabla 5.
Distribución según paridad

Paridad	n	%
0	0	0,0
1-2	91	81,2
3 y más	21	18,8
Total	112	100

El 81,2 % de las mujeres tuvo entre uno y dos partos, y ninguna era nulípara. La paridad, si bien no es un factor determinante en el SGM, contribuye a los cambios en el piso pélvico que pueden potenciar la sintomatología urinaria asociada, como la disuria y la urgencia miccional. La distribución observada es representativa de los patrones reproductivos en Cuba, donde la tasa de fecundidad es baja y la mayoría de las mujeres tienen entre uno y dos hijos.

Tabla 6.
Distribución, según síntomas genitourinarios

Síntomas Genitourinarios	n	%
Sequedad Vaginal	24	18,2
Dispareunia	27	20,4
Irritación Vaginal	36	27,2
Disuria	12	9,2
Quemazones	33	25,0
Total	132	100



La irritación vaginal fue el síntoma más frecuente (27,2 %), seguida de las quemazones (25,0 %) y la dispareunia (20,4 %). La sequedad vaginal como síntoma aislado apareció en el 18,2 % de los casos, aunque debe señalarse que el total de respuestas (132) supera el tamaño de la muestra, lo que indica que varias pacientes presentaban múltiples síntomas simultáneamente. Este polimorfismo sintomático es característico del SGM y ha sido descrito ampliamente en la literatura: los síntomas no se presentan de forma aislada sino como un continuo de manifestaciones interrelacionadas derivadas del mismo sustrato fisiopatológico.^[2,6] La menor frecuencia de disuria (9,2 %) sugiere que, en esta muestra, el compromiso urinario fue menor que el genitovaginal propiamente dicho.

Tabla 7. Distribución según patología asociada

Patología Asociada	n	%
Hipertensión Arterial	39	31,9
Diabetes Mellitus	26	21,4
Otras	32	26,3
Ninguna	25	20,4
Total	122	100

La hipertensión arterial fue la comorbilidad más prevalente (31,9 %), seguida de la diabetes mellitus (21,4 %). Solo el 20,4 % no presentaba ninguna patología crónica asociada. El análisis estadístico demostró que las mujeres con comorbilidades presentaron polisintomatismo genitourinario en una proporción significativamente mayor que las sanas (83,5 % vs 60,0 %; $\chi^2=6,549$; $p=0,011$; $RP=1,39$; IC 95 %: 1,00–1,94).¹⁵ Este resultado confirma que las enfermedades crónicas potencian la expresión clínica del SGM, ya sea por mecanismos directos —microangiopatía en la diabetes, efecto de diuréticos sobre la mucosa— o indirectos, al restringir las opciones terapéuticas hormonales disponibles.

Tabla 8. Distribución según índice de matidez vaginal

Índice de matidez vaginal	n	%
Normal	8	7,2



Índice de matidez vaginal	n	%
Seca	84	75,0
Muy seca	20	17,8
Total	112	100

El 92,8 % de las pacientes presentó alguna alteración en el índice de matidez vaginal, siendo el estado “seca” el más frecuente (75,0 %), seguido de “muy seca” (17,8 %). Estos hallazgos objetivos confirman la elevada prevalencia de atrofia vaginal en la muestra, más allá de la sintomatología subjetiva referida. El índice de matidez vaginal es un parámetro sencillo, obtenido en la exploración ginecológica, que refleja la reducción del fluido transvaginal secundaria al hipoestrogenismo y constituye uno de los componentes del Índice de Salud Vaginal (ISV).⁴ La correlación entre los hallazgos objetivos y la sintomatología subjetiva refuerza la validez del diagnóstico clínico del SGM en esta población.

Tabla 9. Distribución según índice de células vaginales

Índice de células vaginales	n	%
Superficiales	8	7,2
Intermedias	40	35,7
Parabasales	26	23,2
Basales	38	33,9
Total	112	100

Solo el 7,2 % de las pacientes presentaba un patrón citológico de madurez normal (células superficiales), mientras que la gran mayoría mostraba patrones de atrofia: células intermedias (35,7 %), parabasales (23,2 %) y basales (33,9 %). El análisis de la asociación entre el grupo de edad y el patrón citológico evidenció diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=6,483$; $p=0,011$): las mujeres de 40–49 años presentaron madurez normal en el 15,8 % de los casos, frente a solo el 2,7 % en el grupo de 50 años y más (RP=5,84; IC 95 %: 1,24–27,57), lo que



indica que las mujeres más jóvenes conservan casi seis veces más probabilidad de tener un patrón citológico normal.^{2,4} La correlación de Spearman entre el índice de matidez y el índice de células fue positiva, moderada y altamente significativa ($\rho=0,510$; $p<0,001$), confirmando que el deterioro del fluido vaginal se acompaña de manera consistente de un desplazamiento del perfil citológico hacia capas más profundas, expresión ambas de la misma deprivación.

CONCLUSIONES

- La sequedad vaginal y sus manifestaciones genitourinarias asociadas son altamente prevalentes en las mujeres de edad mediana de la serie estudiada, con expresión predominante en el grupo posmenopáusico y en mujeres mayores de 50 años.
- Los síntomas genitourinarios más frecuentes fueron la irritación vaginal, las quemazones y la dispareunia, con presentación polisintomática en la mayoría de las pacientes (índice de polisintomatismo: 1,18 síntomas/paciente).
- Se demostró asociación estadísticamente significativa entre el momento de la menopausia y la presencia de síntomas ($\chi^2=4,480$; $p=0,034$), entre el grupo de edad y el patrón citológico ($\chi^2=6,483$; $p=0,011$), y entre la presencia de comorbilidades y el polisintomatismo ($\chi^2=6,549$; $p=0,011$).
- La correlación positiva y significativa entre el índice de matidez vaginal y el índice de células ($\rho=0,510$; $p<0,001$) confirma la coherencia clínico-citológica de los hallazgos y la validez del diagnóstico clínico del SGM en esta muestra.
- Los resultados reafirman la importancia de incorporar la pesquisa activa del síndrome genitourinario de la menopausia en la consulta ginecológica de la mujer de edad mediana, garantizando el acceso oportuno al diagnóstico y al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portman DJ, Gass ML; Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause*. 2014; 21(10):1063-8. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000329>



2. Gandhi J, Chen A, Dagur G, Suh Y, Smith N, Cali B, et al. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 215(6):704-11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.07.045>
3. Cagnacci A, Venier M. The Controversial History of Hormone Replacement Therapy. *Medicina (Kaunas).* 2019;55(9):602. <https://doi.org/10.3390/medicina55090602>
4. Nappi RE, Martini E, Cucinella L, et al. Addressing Vulvovaginal Atrophy (VVA)/Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) for Healthy Aging in Women. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2019; 10:561. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00561>
5. Shifren JL, Gass ML; NAMS Recommendations for Clinical Care of Midlife Women Working Group. The North American Menopause Society recommendations for clinical care of midlife women. *Menopause.* 2014; 21(10):1038-62. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000319>
6. Baquedano L, Sánchez S, Aznar T, Cancelo MJ, Escribano JJ, González S, et al. Síndrome genitourinario de la menopausia. *Prog Obstet Ginecol.* 2024; 67:1-12. <https://doi.org/10.20960/j.pog.00459>
7. Nappi RE, Biglia N, Cagnacci A, Di Carlo C, Stomati M, Pirotta M. Diagnosis and management of symptoms associated with vulvovaginal atrophy: expert opinion on behalf of the Italian VVA study group. *Gynecol Endocrinol.* 2016; 32(8):602-6. <https://doi.org/10.1080/09513590.2016.1183627>
8. Ramirez-Mateo M, Sainz-Bueno JA. Síndrome genitourinario de la menopausia: una revisión de la literatura. *FASGO.* 2024; 23(22):1-14. <https://www.fasgo.org.ar/index.php/numeros/volumen-23-n-22-septiembre-de-2024/147-revista-fasgo/n-22-2024/2984-sindrome-genitourinario-de-la-menopausia-una-revision-a-la-literatura>
9. Zeng M, Shu J, Pan Y, et al. Associations of vaginal microbiota with the onset, severity, and type of symptoms of genitourinary syndrome of menopause in women. *Front Microbiol.* 2024; 15:1399824. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2024.1399824>
10. Muhleisen AL, Herbst-Kralovetz MM. Menopause and the vaginal microbiome. *Maturitas.* 2016; 91:42-50. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.05.015>



11. Kim JM, Park YJ. Probiotics in the Prevention and Treatment of Postmenopausal Vaginal Infections: Review Article. J Menopausal Med. 2017;23(3):139-45. <https://doi.org/10.6118/jmm.2017.23.3.139>
12. Espitia De La Hoz FJ. Calidad de vida en mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia en el Quindío, Colombia. Rev Colomb Endocrinol Diabet Metab. 2023;10(1):e761. <https://doi.org/10.53853/encr.10.1.761>
13. Sánchez-Prieto M, Pascual MA, Molero F, Bruni C. Síndrome genitourinario de la menopausia. Diagnóstico y tratamiento. FMC Form Med Contin Aten Prim. 2024;31(3):148-57. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2024.01.003>
14. Álvarez G, González M, Fernández R, Molina Y. Síndrome genitourinario de la menopausia en mujeres del policlínico universitario Dr. Cosme Ordóñez Carceller, Cuba. Rev Mex Urol. 2023;83(3):e-615. <https://doi.org/10.24245/revmexurol.v83i3.4989>
15. Cucinella L, Tiranini L, Nappi RE. New developments in the treatment of genitourinary syndrome of menopause. Drugs Aging. 2024; 41(3):195-211. <https://doi.org/10.1007/s40266-023-01091-x>
16. Faubion SS, Larkin LC, Stuenkel CA, et al. Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: consensus recommendations from The North American Menopause Society and The International Society for the Study of Women's Sexual Health. Menopause. 2018; 25(6):596-608. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001121>
17. Krychman M, Graham S, Bernick B, Mirkin S, Kingsberg SA. The Women's EMPOWER Survey: Women's Knowledge and Awareness of Treatment Options for Vulvar and Vaginal Atrophy Remains Inadequate. J Sex Med. 2017; 14(3):425-33. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.011>
18. American Urological Association; Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction; American Urogynecologic Society. Genitourinary Syndrome of Menopause: AUA/SUFU/AUGS Guideline 2025. Linthicum (MD): AUA; 2025. <https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/genitourinary-syndrome-of-menopause>



19. Parish SJ, Nappi RE, Krychman ML, et al. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. *Int J Womens Health*. 2013;5:437-47. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S44579>
20. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) – results from an international survey. *Climacteric*. 2012; 15(1):36-44. <https://doi.org/10.3109/13697137.2011.647840>



ATAXIA ESPINOCEREBELOSA TIPO II, EN CUBA: AVANCES
EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS

SPINOCEREBELLAR ATAXIA TYPE 2 IN CUBA: EPIDEMIOLOGICAL,
CLINICAL, AND THERAPEUTIC ADVANCES

Autor:

Fecha de presentación:	abril/ 2026
Fecha de aceptación:	mayo/ 2026
Fecha de publicación:	junio/ 2026

Lian Maykel Baez García

Interno de medicina. Alumno ayudante de neurofisiología clínica.

Facultad *Miguel Enríquez*. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8090-7632>

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Baez García, L.M. (2026). *Ataxia espinocerebelosa tipo II, en Cuba: avances epidemiológicos, clínicos y terapéuticos*. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 134-146.

RESUMEN

La Ataxia espinocerebelosa tipo 2 (SCA2) es una enfermedad neurodegenerativa hereditaria. Su diagnóstico temprano influye en decisiones trascendentales en la vida de una persona por lo que la ciencia tiene el reto de continuar en su investigación. **Objetivo:** sistematizar el comportamiento epidemiológico de la Ataxia Espinocerebelosa Tipo 2, en Cuba. **Métodos** generales de trabajo: este artículo revisa e integra los resultados de las investigaciones realizadas acerca de esta dolencia por el Dr. en Ciencias Luis Velázquez Pérez, líder y presidente de la Academia de Ciencias de Cuba, junto a su equipo de trabajo, a partir de 276 documentos publicados en los espacios correspondientes y que se distribuyen en 212 artículos científicos, 7 libros, 13 capítulos y 44 resúmenes. Para conseguir los objetivos del estudio, fueron seleccionados las publicaciones de mayor relevancia. **Resultados:** actualmente, es evidente que la etiología de la SCA2 y los medios diagnósticos y tratamientos atravesaron una línea histórica que es importante ser dominada por el investigador de esta esfera.

Palabras claves: ataxia espinocerebelosa; etiología; medios diagnósticos; tratamiento clínico.



ABSTRACT

Spinocerebellar Ataxia Type 2 (SCA2) is a hereditary neurodegenerative disease. Early diagnosis influences transcendental decisions in a person's life; therefore, science faces the challenge of continuing its research. **Objective:** To systematize the epidemiological behavior of Spinocerebellar Ataxia Type 2 in Cuba. General Working **Methods:** This article reviews and integrates the results of investigations carried out on this disease by Doctor of Sciences, leader and president of the Academy of Sciences of Cuba, together with his research team, based on 276 published documents found through the conducted search. These are distributed into 212 scientific articles, 7 books, 13 chapters, and 44 abstracts. The publications with the greatest relevance to the objectives of the study were selected. **Results:** It is evident that, at present, the etiology of SCA2, as well as its diagnostic methods and treatments, has undergone a historical evolution that is important for researchers in this field to master.

Keywords: spinocerebellar ataxia; etiology; diagnostic methods; clinical treatment.

INTRODUCCIÓN

La Ataxia Espinocerebelosa Tipo 2 (SCA2, *del inglés Spinocerebellar Ataxia Type 2*) es una enfermedad neurodegenerativa hereditaria de transmisión autosómica dominante, caracterizada por la degeneración progresiva del cerebelo y de sus vías aferentes y eferentes, lo que ocasiona alteraciones motoras, pérdida de coordinación, trastornos del equilibrio y déficits neurológicos progresivos. La enfermedad es producida por una mutación dinámica localizada en el brazo largo del cromosoma 12 (12q23-q24.1), específicamente por la expansión anormal del trinucleótido citosina-adenina-guanina (CAG) en el primer exón del gen ATXN2. Esta expansión genera una proteína ataxina-2 anormalmente elongada con secuencias tóxicas de poliglutamina, capaces de alterar múltiples procesos celulares, incluyendo el metabolismo del ARN, la homeostasis intracelular, la función mitocondrial y los mecanismos de supervivencia neuronal. Como consecuencia, se produce degeneración progresiva de las células de Purkinje cerebelosas y de otras estructuras neurológicas, lo que condiciona el desarrollo clínico de la enfermedad.¹

Las primeras observaciones clínicas de familias con ataxia autosómica dominante fueron descritas entre las décadas de 1960 y 1970, particularmente, en regiones con importante



agregación familiar, en México y Cuba. En este período histórico, se sitúan los primeros reportes que posteriormente permitieron reconocer las características clínicas de lo que hoy se conoce como Ataxia Espinocerebelosa Tipo 2. (SCA2) Desde entonces, los avances en genética molecular y neurociencias han permitido identificar el gen ATXN2 como responsable de la enfermedad, caracterizar la expansión trinucleotídica CAG y comprender con mayor profundidad los mecanismos fisiopatológicos implicados en la neurodegeneración progresiva.² Estos descubrimientos consolidaron la clasificación molecular de las ataxias espinocerebelosas hereditarias y favorecieron el desarrollo de estrategias diagnósticas, programas de asesoramiento genético y líneas de investigación orientadas hacia posibles terapias modificadoras de la enfermedad y su tratamiento.

A nivel mundial, la prevalencia de la SCA2 presenta una distribución heterogénea y, en numerosos países, continúa siendo imprecisa debido al subdiagnóstico y a las limitaciones epidemiológicas existentes en las ataxias hereditarias. Se estima que la SCA2 representa aproximadamente entre el 10 % y el 15 % de las ataxias espinocerebelosas autosómicas dominantes descritas internacionalmente. Sin embargo, existen importantes variaciones geográficas relacionadas principalmente con efectos fundadores y agrupamientos familiares específicos. Países como México, India, Italia, Venezuela y Sudáfrica muestran concentraciones significativas de familias afectadas, mientras que en Alemania, España, Estados Unidos y Corea del Sur, la frecuencia relativa de la mutación ATXN2 oscila entre el 10 % y el 20 % de las ataxias dominantes diagnosticadas.¹

En Cuba, la SCA2 constituye un problema de salud de elevada relevancia epidemiológica, debido a que el país presenta una de las mayores prevalencias descritas a nivel mundial. Diversos estudios epidemiológicos y moleculares han identificado cientos de pacientes afectados y miles de descendientes en riesgo, agrupados principalmente en la región oriental del país. La provincia de Holguín representa el principal foco epidemiológico mundial de la enfermedad, mientras que el municipio de Báguanos exhibe las tasas de prevalencia más elevadas registradas para esta entidad neurodegenerativa.³ Estas observaciones demuestran la existencia de un importante efecto fundador en la población cubana y evidencian la persistencia intergeneracional de la mutación en determinadas regiones geográficas.³ Asimismo, investigaciones recientes identificaron una elevada frecuencia de alelos normales grandes e intermedios del gen ATXN2 en individuos aparentemente sanos, considerados



reservorios genéticos inestables con capacidad potencial de originar nuevas expansiones patológicas en generaciones posteriores.

DESARROLLO

Velázquez (2007) resume que, desde el punto de vista clínico, la SCA2 se caracteriza por un síndrome cerebeloso progresivo, dominado por ataxia de la marcha, disartria, dismetría y disdiadococinesia. No obstante, múltiples investigaciones demostraron que la enfermedad posee un carácter multisistémico, asociado además a alteraciones oculomotoras, neuropatía periférica, trastornos autonómicos, alteraciones cognitivas, manifestaciones extrapiramidales y trastornos del sueño. El enlentecimiento de los movimientos sacádicos constituye uno de los signos clínicos más característicos y precoces de la enfermedad, incluso detectable durante fases presintomáticas. Estos hallazgos permitieron ampliar la comprensión clínica de la SCA2 y favorecieron el desarrollo de investigaciones dirigidas a la identificación de biomarcadores tempranos y estrategias de intervención precoz.⁴

El estudio de la SCA2 en Cuba adquiere especial relevancia debido a la elevada incidencia de la enfermedad en la provincia de Holguín, la amplia concentración de familias afectadas y la disponibilidad de registros clínicos, epidemiológicos y genéticos extensos. Estas condiciones han permitido el desarrollo de investigaciones longitudinales de gran valor científico y epidemiológico. En este contexto, en opinión de este autor, la labor investigativa desarrollada por Velázquez (2007) constituye un referente fundamental en el estudio de la SCA2, debido a sus contribuciones al conocimiento clínico, neurofisiológico, molecular y epidemiológico de la enfermedad, idea que constituye la génesis y la meta de este artículo.

La necesidad de sistematizar el comportamiento epidemiológico de la SCA2 en Cuba radica en la elevada prevalencia de la enfermedad, su compleja heterogeneidad clínica y el importante impacto biomédico, familiar y social que representa para la población afectada. Asimismo, resulta imprescindible integrar la información científica disponible relacionada con su etiología, manifestaciones clínicas, datos demográficos y variantes terapéuticas, con el propósito de consolidar una base estructurada y actualizada que favorezca el desarrollo de futuras investigaciones, programas de prevención, estrategias de diagnóstico precoz y enfoques integrales de manejo clínico.



OBJETIVO

Sistematizar el estado actual del comportamiento epidemiológico de la Ataxia Espinocerebelosa Tipo método, en Cuba (SCA2), con especial énfasis en su etiología, manifestaciones clínicas, datos demográficos y alternativas terapéuticas disponibles, con el propósito de consolidar la información científica existente y contribuir al desarrollo de futuras estrategias de investigación y manejo integral de esta enfermedad neurodegenerativa hereditaria.

MÉTODO

El presente artículo se realizó a partir de una revisión bibliográfica de la literatura científica relacionada con la Ataxia Espinocerebelosa Tipo 2 (SCA2). La información fue recopilada de bases de datos reconocidas internacionalmente como Scopus y PubMed, las cuales garantizan la calidad, objetividad, validez y científicidad de los datos consultados. Fueron recopilados un total de 276 documentos, distribuidos en 212 artículos científicos, 7 libros, 13 capítulos, 44 resúmenes, en cuya autoría figuraba el profesor Luis Velázquez Pérez, líder de La Academia de Ciencias de Cuba, junto a su equipo de trabajo. Se seleccionaron las publicaciones con mayor relevancia para los objetivos del estudio, siendo 7 el número de documentos selectos para este trabajo. Los artículos seleccionados fueron organizados cronológicamente para facilitar el análisis evolutivo de los principales aportes relacionados con la etiología, manifestaciones clínicas, datos demográficos y tratamiento de la enfermedad.

Para apoyar la organización y estructuración preliminar del manuscrito, el autor utilizó herramientas de Inteligencia Artificial, específicamente ChatGPT, como asistencia en la organización cronológica de la información recopilada y en el apoyo lingüístico y redaccional del documento. No obstante, la interpretación científica, el análisis crítico y la responsabilidad final del contenido corresponden exclusivamente al autor.

DISCUSIÓN

La ataxia espinocerebelosa tipo 2 (SCA2) constituye una de las enfermedades neurodegenerativas hereditarias más estudiadas en Cuba y representa, además, uno de los modelos más importantes para la investigación traslacional de las ataxias hereditarias a nivel internacional. Aunque la identificación inicial de la enfermedad y de su base genética



antecede a las publicaciones incluidas en esta revisión, los estudios desarrollados en Cuba a partir del año 2007 marcaron una etapa decisiva en la consolidación del conocimiento clínico, epidemiológico, neurofisiológico y terapéutico de la enfermedad, particularmente debido a la elevada concentración de pacientes y familias afectadas en la región oriental del país, principalmente en la provincia de Holguín.

Las investigaciones analizadas evidencian una evolución progresiva del conocimiento científico sobre la SCA2, pasando desde la caracterización predominantemente clínica y electrofisiológica hacia una comprensión mucho más compleja e integradora de los mecanismos fisiopatológicos, las fases prodrómicas, los biomarcadores tempranos y las potenciales estrategias terapéuticas modificadoras de la enfermedad.

La publicación de 2007, centrada en las características electrofisiológicas de pacientes y familiares presintomáticos, representó uno de los primeros intentos sistemáticos, en Cuba, de caracterizar la enfermedad no solo en sujetos sintomáticos, sino también en portadores asintomáticos de la expansión CAG del gen ATXN2. Este aspecto resultó particularmente trascendente en la sistematización realizada, debido a que modificó el paradigma clásico según el cual la enfermedad comenzaba únicamente con la aparición de la ataxia evidente. Los hallazgos neurofisiológicos y clínicos, descritos en familiares presintomáticos, demostraron que múltiples alteraciones neurológicas podían detectarse años antes de la manifestación clínica típica del síndrome cerebeloso.⁴

En dicho estudio⁴, se describieron alteraciones como enlentecimiento de movimientos sacádicos, pérdida de sensibilidad vibratoria, arreflexia y alteraciones posturales incluso antes del desarrollo de una ataxia franca. Estos resultados constituyeron posteriormente uno de los fundamentos para el concepto de fase prodrómica de la SCA2, desarrollado con mayor profundidad en investigaciones posteriores. Asimismo, la inclusión de un número considerable de pacientes y controles permitió establecer asociaciones entre el tamaño de las expansiones CAG y la gravedad clínica, consolidando la importancia de la genética molecular como herramienta pronóstica.

Posteriormente, la revisión integral, publicada en 2011², amplió significativamente la comprensión de la enfermedad al integrar aspectos epidemiológicos, clínicos, genéticos y fisiopatológicos. A diferencia del estudio de 2007,⁴ que se enfocaba principalmente en



hallazgos electrofisiológicos y clínicos, esta publicación ofreció una visión mucho más global de la SCA2, en Cuba. Uno de los aspectos más relevantes fue la confirmación de que la enfermedad no constituye exclusivamente un trastorno cerebeloso, sino una enfermedad neurodegenerativa multisistémica.

Los autores describieron la coexistencia de manifestaciones cerebelosas clásicas ataxia de la marcha, disartria, dismetría y disdiadococinesia junto a manifestaciones extracerebelosas como neuropatía periférica, alteraciones autonómicas, trastornos del sueño, disfunción cognitiva y signos extrapiramidales.⁴ Este hallazgo representó una ampliación significativa respecto a las publicaciones previas, ya que evidenció que la degeneración neuronal en la SCA2 compromete múltiples sistemas neurológicos más allá del cerebelo.

Además, la publicación de 2011² confirmó la extraordinaria magnitud epidemiológica de la enfermedad, en Cuba. La identificación de 578 pacientes, distribuidos en 163 familias, junto con más de 7.000 individuos en riesgo, consolidó a Cuba como el principal foco epidemiológico mundial de SCA2. Particularmente importante fue la descripción de la ciudad de Holguín como epicentro genético de la enfermedad, con prevalencias excepcionalmente elevadas en municipios específicos como Báguanos. Estos resultados reforzaron la hipótesis del efecto fundador previamente sugerida y explicaron el enorme valor científico de la población cubana para investigaciones longitudinales y estudios genético-moleculares.

Otro elemento importante introducido en 2011² fue la descripción detallada del fenómeno de anticipación genética, observado en aproximadamente el 80 % de las transmisiones familiares. Este hallazgo permitió comprender mejor la progresión intergeneracional de la enfermedad y la relación entre el aumento del número de repeticiones CAG y la disminución de la edad de inicio clínica.

Las investigaciones publicadas en 2017 marcaron una transición conceptual importante en el estudio de la SCA2. La publicación enfocada en la fase prodrómica introdujo formalmente el concepto de intervención temprana antes de la aparición del síndrome cerebeloso manifiesto. Este enfoque derivó directamente de los hallazgos previamente observados en 2007 respecto a alteraciones detectables en familiares presintomáticos.⁵



A diferencia de los estudios iniciales centrados principalmente en pacientes sintomáticos, esta investigación propuso que la SCA2 posee una larga fase neurodegenerativa subclínica caracterizada por manifestaciones motoras y no motoras tempranas. Entre estas alteraciones destacaron los movimientos sacádicos lentos, neuropatía periférica, trastornos autonómicos, alteraciones cognitivas y trastornos del sueño. La importancia de esta publicación radica en que transformó el enfoque clínico tradicional, orientando las investigaciones hacia la búsqueda de biomarcadores preclínicos y hacia la posibilidad de implementar terapias neuroprotectoras antes de la degeneración cerebelosa irreversible.⁵

En ese mismo año, la revisión clinicogenética y mecanística profundizó aún más en la heterogeneidad fenotípica de la enfermedad.⁶ Mientras que la publicación de 2011 había descrito principalmente las manifestaciones clínicas globales, el estudio de 2017 aportó una caracterización mucho más detallada de los sistemas neurológicos afectados.

En esta revisión se documentaron signos de compromiso corticoespinal, degeneración de neurona motora inferior y manifestaciones extrapiramidales como distonía, temblor, mioclonías y rigidez. Asimismo, se describieron alteraciones neuropsiquiátricas y cognitivas como ansiedad, depresión y deterioro ejecutivo.⁶ Estos hallazgos reforzaron la concepción de la SCA2 como una enfermedad neurodegenerativa difusa, donde el daño neuronal involucra múltiples circuitos anatómicos y funcionales.

La publicación⁶ también profundizó en los mecanismos fisiopatológicos asociados a la toxicidad de la ataxina-2 expandida, explicando cómo la proteína mutada altera procesos celulares fundamentales como el metabolismo del ARN, la homeostasis intracelular y la función neuronal. Este enfoque molecular representó un avance importante respecto a los estudios previos, debido a que permitió establecer bases racionales para el desarrollo futuro de terapias dirigidas.

Las investigaciones epidemiológicas, publicadas entre 2019 y 2020^{7,8}, consolidaron definitivamente la magnitud sanitaria de la SCA2 en Cuba. El estudio nacional realizado en 1001 pacientes constituyó uno de los trabajos epidemiológicos más amplios realizados sobre ataxias hereditarias en América Latina. Sus resultados confirmaron que la SCA2 representa aproximadamente el 87 % de las ataxias cerebelosas autosómicas dominantes en Cuba, superando ampliamente a otras variantes como SCA3 y SCA7.



Este estudio también demostró que la elevada frecuencia de la enfermedad en Cuba no corresponde únicamente a un aumento del diagnóstico clínico, sino a una verdadera concentración genética poblacional asociada a un fuerte efecto fundador. Además, permitió establecer con mayor precisión la prevalencia nacional y la distribución de las diferentes formas de ataxias hereditarias presentes en el país. Por otra parte, las publicaciones de 2019 resaltaron el impacto del modelo cubano de investigación multidisciplinaria en ataxias hereditarias. La combinación de pesquisa epidemiológica, diagnóstico molecular, asesoramiento genético, rehabilitación neurológica y seguimiento longitudinal permitió generar uno de los registros clínicos más completos de SCA2 a nivel mundial. Esto explica por qué Cuba se ha convertido en un referente internacional en el estudio de esta enfermedad.

En relación con las estrategias terapéuticas, las publicaciones más recientes evidencian una evolución progresiva desde enfoques exclusivamente sintomáticos hacia potenciales terapias modificadoras de la enfermedad. Inicialmente, los tratamientos disponibles se enfocaban principalmente en aliviar síntomas motores, trastornos del sueño y neuropatía periférica. Sin embargo, los resultados terapéuticos obtenidos fueron variables y generalmente modestos.^{1,9}

Los estudios con sulfato de zinc mostraron ligeras mejorías en funciones cognitivas y algunos elementos del síndrome cerebeloso, además de efectos favorables sobre marcadores de estrés oxidativo. Aunque estos resultados no demostraron una reversión significativa de la neurodegeneración, sí sugirieron la posible participación del estrés oxidativo en la fisiopatología de la enfermedad.¹⁰

La administración de creatina produjo mejorías en fuerza y masa muscular, aunque sin impacto significativo sobre la ataxia cerebelosa. Esto sugiere que parte de los síntomas musculares podrían beneficiarse de estrategias metabólicas, aun cuando la degeneración neuronal central continúe progresando.¹⁰

Otro aspecto importante del artículo es que el tratamiento de las alteraciones del sueño mediante agonistas dopaminérgicos como lisuride, el cual mostró reducción significativa de los movimientos periódicos de las extremidades. Este hallazgo resulta relevante debido a que los trastornos del sueño representan una de las manifestaciones no motoras más frecuentes e incapacitantes de la SCA2.¹⁰



Las megadosis de vitaminas del complejo B mostraron efectos beneficiosos sobre neuropatía periférica y contracturas musculares, además de cierta mejoría cognitiva relacionada con la memoria. Estos resultados respaldan la importancia del compromiso sensitivo periférico en la fisiopatología temprana de la enfermedad.¹¹

Sin embargo, algunos tratamientos farmacológicos no mostraron resultados favorables, según plantea el Dr. Velázquez Pérez. El carbonato de litio, que inicialmente generó expectativas por sus posibles propiedades neuroprotectoras, no evidenció eficacia significativa sobre las manifestaciones motoras de la enfermedad.¹¹ Este resultado reflejó las dificultades inherentes al tratamiento de enfermedades neurodegenerativas progresivas y subrayó la necesidad de desarrollar terapias dirigidas específicamente a los mecanismos moleculares subyacentes. En contraste con las terapias farmacológicas, la neurorrehabilitación emergió como una de las intervenciones más efectivas y consistentes. Diversos estudios demostraron mejorías funcionales importantes en equilibrio, coordinación, marcha, lenguaje y funciones cognitivas. Un aspecto particularmente relevante fue la demostración de beneficios incluso en portadores presintomáticos, lo cual guarda estrecha relación con el concepto de fase prodrómica descrito en publicaciones previas. La rehabilitación sostenida permitió no solo mejorar capacidades funcionales, sino también ralentizar parcialmente el deterioro clínico, especialmente cuando se iniciaba de forma precoz. Esto fortaleció la idea de que el diagnóstico temprano posee implicaciones terapéuticas reales en la SCA2.¹¹

Finalmente, las investigaciones más recientes introdujeron uno de los avances más prometedores en el tratamiento molecular de la enfermedad: la terapia basada en oligonucleótidos anti sentido (ASO). Los estudios experimentales realizados en modelos murinos demostraron que la reducción de la expresión de ataxina-2 mediante ASO produce mejorías motoras significativas y recuperación parcial de la función de las neuronas de Purkinje.¹¹

Estos hallazgos representan un cambio trascendental respecto a las estrategias terapéuticas tradicionales, debido a que por primera vez se plantea la posibilidad de intervenir directamente sobre el mecanismo molecular primario responsable de la enfermedad. Aunque estos estudios permanecen aún en fase experimental, abren perspectivas esperanzadoras para el desarrollo futuro de terapias modificadoras de la progresión neurodegenerativa.



Conclusiones

En conjunto, las publicaciones revisadas y sistematizadas para redactar el presente artículo evidencian una evolución progresiva y coherente del conocimiento científico sobre la SCA2 en Cuba entre 2007 y 2021. Inicialmente, las investigaciones se enfocaron en la caracterización clínica y neurofisiológica de pacientes sintomáticos y presintomáticos; posteriormente, se amplió la comprensión epidemiológica y multisistémica de la enfermedad; más adelante, surgieron conceptos fundamentales como la fase prodrómica y los biomarcadores tempranos; y finalmente, las investigaciones comenzaron a orientarse hacia estrategias terapéuticas moleculares y neuroprotectoras.

La revisión bibliográfica realizada evidenció que la etiología de la SCA2 se encuentra estrechamente relacionada con la expansión anormal del triplete CAG en el gen ATXN2, fenómeno que conduce a la producción de proteínas con expansiones tóxicas de poliglutamina y al desarrollo progresivo de degeneración neuronal multisistémica. Los estudios revisados confirmaron que el daño neurológico no se limita exclusivamente al cerebelo, sino que compromete múltiples estructuras del sistema nervioso central y periférico, lo cual explica la amplia heterogeneidad clínica observada en los pacientes afectados.

La experiencia cubana constituye actualmente uno de los modelos más completos de investigación longitudinal en enfermedades neurodegenerativas hereditarias. La elevada prevalencia de la enfermedad, el seguimiento sistemático de familias afectadas y la integración multidisciplinaria entre neurología clínica, genética molecular, neurofisiología y rehabilitación han permitido generar aportes científicos de relevancia internacional.

No obstante, según el autor, persisten brechas que son importantes desafíos relacionados con la ausencia de tratamientos curativos efectivos, la necesidad de validar biomarcadores tempranos de progresión y la implementación futura de terapias moleculares en humanos, que son metas para los profesionales que se incorporan a esta líneas. Un primer proyecto debe ser el estudio longitudinal de mayor duración que permitan comprender mejor la transición desde la fase presintomática hacia las etapas clínicas avanzadas de la enfermedad. Sus investigaciones permitieron consolidar programas de diagnóstico molecular, asesoramiento genético, pesquisa presintomática y seguimiento familiar en individuos portadores y pacientes afectados, contribuyendo significativamente al abordaje integral de esta entidad



neurodegenerative- Este artículo es una modesta contribución a las síntesis necesaria para continuar en esta dirección

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velázquez Pérez L, Rodríguez Labrada R, Vázquez Mojena Y. Enfermedades poliglutamínicas: diagnóstico clínico-genético y tratamiento. La Habana: ECIMED; 2019.
2. Velázquez-Pérez L, Rodríguez-Labrada R, García-Rodríguez JC, Almaguer-Mederos LE, Cruz GS, Laffita-Mesa JdiagnM, et al. Comprehensive review of spinocerebellar ataxia type 2 in Cuba. *Cerebellum*. 2011;10(2):184-198. doi:10.1007/s12311-011-0265-2.
3. Velázquez Pérez L, Sánchez Cruz G, Santos Falcón N, Almaguer Mederos LE, Escalona Batallán K, Rodríguez Labrada R, et al. Molecular epidemiology of spinocerebellar ataxias in Cuba: insights into SCA2 founder effect in Holguín. *Neurosci Lett*. 2009;454(2):157-160. doi:10.1016/j.neulet.2009.03.015.
4. Velázquez-Pérez L, Sánchez-Cruz G, Canales-Ochoa N, Rodríguez-Labrada R, Rodríguez Díaz J, Almaguer-Mederos L, et al. Electrophysiological features in patients and presymptomatic relatives with spinocerebellar ataxia type 2. *Electromyogr Clin Neurophysiol*. 2007;47(1):31-37.
5. Velázquez-Pérez L, Rodríguez-Labrada R, Laffita-Mesa JM. Prodromal spinocerebellar ataxia type 2: prospects for early interventions and ethical challenges. *Lancet Neurol*. 2017;16(10):873-881. doi:10.1016/S1474-4422(17)30238-0.
6. Velázquez-Pérez L, Rodríguez-Labrada R, Fernández-Ruiz J. Spinocerebellar ataxia type 2: clinicogenetic aspects, mechanistic insights, and management approaches. *Front Neurol*. 2017;8:472. doi:10.3389/fneur.2017.00472.
7. Rodríguez Labrada R, Medrano Montero J, Velázquez Pérez L. Hereditary ataxias in Cuba: results and impact of a comprehensive multidisciplinary project. *MEDICC Rev*. 2019;21(4):7-13.
8. Velázquez-Pérez L, Medrano-Montero J, Rodríguez-Labrada R, Canales-Ochoa N, Campins J, Rodríguez Graña T, et al. Hereditary ataxias in Cuba: a nationwide



- epidemiological and clinical study in 1001 patients. *Cerebellum*. 2020;19(2):252-264. doi:10.1007/s12311-019-01071-8.
9. Velázquez-Pérez L, Rodríguez-Labrada R, González-Garcés Y, Vázquez-Mojena Y, Pérez-Rodríguez R, Ziemann U. Neurophysiological features in spinocerebellar ataxia type 2: prospects for novel biomarkers. *Mov Disord*. 2021;36(3):615-627. doi:10.1002/mds.28394.
 10. Velázquez Pérez L. Enfermedades poliglutámicas: diagnóstico clínico-genético y tratamiento. La Habana: ECIMED; 2019. p.44.
 11. Velázquez Pérez L. Enfermedades poliglutámicas: diagnóstico clínico-genético y tratamiento. La Habana: ECIMED; 2019. p.45.



INTEGRACIÓN DEL DISEÑO UNIVERSAL PARA EL APRENDIZAJE (DUA) EN
LA FORMACIÓN DE DOCENTES DE EDUCACIÓN BÁSICA: ESTRATEGIAS
PARA LA DOCENCIA UNIVERSITARIA INCLUSIVA

INTEGRATION OF UNIVERSAL DESIGN FOR LEARNING (UDL) IN THE TRAINING OF
BASIC EDUCATION TEACHERS: STRATEGIES FOR INCLUSIVE UNIVERSITY
TEACHING

Autores:

Fecha de presentación:	marzo/2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/2026

M.Sc. Aylin Pentón Quintero

Docente-Investigador de la carrera de Educación Básica. Universidad de Guayaquil. Ecuador

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6981-9757>

E-Mail: aylin.pentonq@ug.edu.ec

PhD. María Leonor Santander Villao

Docente-Investigador de la carrera de Educación Básica. Universidad de Guayaquil. Ecuador

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6289-7982>

E-Mail: maria.santanderv@ug.edu.ec

Mgs. Evelyn Marisela Malavé Tirsio

Docente-Investigador de la carrera de Educación Básica. Universidad de Guayaquil. Ecuador

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6678-0272>

E-Mail: evelyn.malavet@ug.edu.ec

Mgs. Silvia Consuelo Pineda Mosquera

Docente-Investigador de la carrera de Educación Básica. Universidad de Guayaquil. Ecuador

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1631-2321>

E-Mail: silvia.pinedam@ug.edu.ec

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Pentón Quintero, A., Santander Villao, M. L., Malavé Tirsio, E. M., & Pineda Mosquera, S. C. (2026). *Integración del Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA) en la formación de docentes de Educación Básica: Estrategias para la docencia universitaria inclusiva*. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(98). 147-152

RESUMEN

La formación inicial del docente se enfrenta al desafío de preparar profesionales que sean capaces de responder a la diversidad de las aulas en la educación básica. El objetivo de este artículo es proponer estrategias metodológicas para la integración del Diseño Universal



para el Aprendizaje (DUA) en la docencia universitaria. Por medio de un enfoque cualitativo a través de una revisión documental y el análisis de buenas prácticas pedagógicas en la educación superior. Los resultados destacan que la modelación del DUA por parte de los formadores universitarios, la flexibilidad en la evaluación y el codiseño curricular son estrategias claves en el desarrollo de competencias inclusivas. Concluyendo entonces que la enseñanza del DUA no debe ser un contenido teórico aislado, sino una práctica vivencial dentro de las aulas universitarias ya que garantizaran una verdadera transferencia a la educación básica.

Palabras clave: diseño universal para el aprendizaje; educación básica; educación inclusiva; formación docente; pedagogía universitaria.

SUMMARY

Initial teacher training faces the challenge of preparing professionals capable of responding to the diversity of classrooms in basic education. The objective of this article is to propose methodological strategies for integrating Universal Design for Learning (UDL) into university teaching. This is achieved through a qualitative approach, including a literature review and an analysis of best pedagogical practices in higher education. The results highlight that modeling UDL by university educators, flexibility in assessment, and curriculum co-design are key strategies for developing inclusive competencies. The article concludes that teaching UDL should not be an isolated theoretical subject, but rather an experiential practice within university classrooms, as this will guarantee a genuine transfer to basic education.

Keywords: Universal Design for Learning; Teacher Training; Inclusive Education; University Pedagogy; Basic Education.

INTRODUCCIÓN

La inclusión educativa se ha consolidado como un principio fundamental para garantizar el derecho a una educación de calidad para todos los estudiantes, independientemente de sus características, capacidades o condiciones socioculturales. Organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la educación,



la Ciencias y la Cultura (UNESCO) promueven modelos educativos orientados a la equidad y la participación plena de los estudiantes en su formación.

La educación inclusiva ha dejado de ser una opción de responsabilidad social y se convirtió en un mandato ético y legal en los sistemas educativos contemporáneos. En el nivel de educación básica, las aulas son espacios heterogéneos donde convergen estudiantes con diversas capacidades, ritmos de aprendizaje, orígenes culturales y situaciones socioeconómicas. Para responder a este escenario, el Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA) se ha consolidado como un marco teórico-práctico importante, fundamentado en las neurociencias, buscando de una manera eliminar las barreras al aprendizaje y la participación mediante tres principios esenciales: múltiples formas de implicación, de representación, y de acción y expresión (Alba Pastor, 2019; Meyer et al., 2014).

Sin embargo, aún tenemos una brecha crítica entre la teoría del DUA y su aplicación real en las escuelas. Gran parte de este problema radica en la formación inicial docente. Con frecuencia, los planes de estudio en la docencia universitaria abordan la inclusión como un eje transversal teórico o una asignatura aislada, sin que los futuros maestros vivencien la flexibilidad metodológica en sus propias aulas de educación superior (Espada et al., 2022). Los docentes universitarios suelen exigir a sus estudiantes que planifiquen bajo el enfoque DUA, pero siguen evaluando y enseñando mediante clases magistrales y exámenes estandarizados sin especificación a la condición del estudiante.

En consecuencia, este artículo examina las estrategias que la docencia universitaria puede implementar para integrar el DUA de manera orgánica en la formación de profesores de educación básica. La pregunta central que guía esta investigación es: ¿Cómo pueden los formadores de formadores transformar sus prácticas pedagógicas para que el DUA sea asimilado como una competencia práctica y reflexiva por los futuros docentes?

MATERIAL Y MÉTODO

Esta investigación se realizó a través de un enfoque cualitativo, con un diseño bibliográfico y documental de tipo descriptivo.



El procedimiento se desarrolló en tres etapas consecutivas:

1. **Búsqueda y selección:** Se realizaron revisiones de literatura científica indexada (Scopus, SciELO, Latindex y Dialnet), publicadas entre 2018 y 2026. Se utilizaron los descriptores combinados: "*Diseño Universal para el Aprendizaje*", "*Formación inicial docente*", "*Educación superior inclusiva*" y "*Estrategias pedagógicas*".
2. **Criterios de inclusión:** Se seleccionaron artículos empíricos, revisiones sistemáticas y sistematizaciones de experiencias que propusieran o evaluaran estrategias concretas de aplicación del DUA en facultades de Educación o Ciencias de la Formación.
3. **Análisis de contenido:** A través de una matriz de análisis documental, se identificaron las barreras más comunes en la docencia universitaria y las estrategias metodológicas recurrentes que demostraron un impacto positivo en las competencias de los estudiantes de pedagogía.

RESULTADOS

El análisis de la literatura y de las experiencias sistematizadas muestran que la integración del DUA en la formación docente permite estructurar estrategias significativas para el desarrollo de prácticas educativas inclusiva en las siguientes dimensiones clave:

1. *Modelamiento del DUA por el Docente Universitario (Aprender haciendo)*

Los resultados demuestran que los futuros maestros de educación básica aprenden más del comportamiento pedagógico de sus profesores que de los textos teóricos (Boothe et al., 2018). Cuando el catedrático aplica el DUA en su propia clase (por ejemplo, entregando lecturas en texto, audio y organizadores gráficos; o permitiendo debates y trabajos prácticos), los estudiantes experimentan la inclusión en carne propia.

a. *Uso de tecnologías accesibles*

La literatura destaca que es importante la integración de tecnologías digitales que faciliten el acceso a la información como el uso de subtítulos, lectores de pantalla, materiales audiovisuales y plataformas educativas adaptativas.



b. *Flexibilidad en la Evaluación Universitaria*

Se identificó que la rigidez en la evaluación es la principal barrera en la universidad. Las estrategias exitosas sustituyen el examen escrito por menús de opciones de evaluación, donde el estudiante puede demostrar el dominio del contenido mediante un ensayo, un video explicativo, un pódcast o el diseño de un caso de estudio (Gander & Martínez, 2024).

c. *El Codiseño Curricular y la Práctica Reflexiva*

Las experiencias revisadas señalan que la mejor estrategia de integración es vincular las asignaturas didácticas con las prácticas preprofesionales en escuelas básicas (Sánchez-Sainz, 2021). Los estudiantes universitarios diseñan unidades didácticas basadas en el DUA bajo la tutoría de sus docentes universitarios y las aplican en aulas reales, evaluando posteriormente su impacto de forma colaborativa.

A continuación, se sintetiza la propuesta de acuerdo con las estrategias identificadas:

Tabla 1

“Relación propuestas-estrategias”

Principio DUA	Dimensión Universitaria	Estrategia Práctica Sugerida
<i>Múltiples formas de Implicación</i>	Motivación y Compromiso	Proporcionar opciones de proyectos de investigación basados en intereses comunitarios reales de la educación básica.
<i>Múltiples formas de Representación</i>	Acceso a la Información	Ofrecer contenidos de clase en formatos digitales accesibles (textos alternativos, subtítulos, infografías y lecturas de apoyo graduadas).
<i>Múltiples formas de Acción y Expresión</i>	Salidas de Aprendizaje	Permitir que el portafolio de evidencias sea el eje evaluativo, dando libertad en el soporte de entrega (oral, visual, escrito).

CONCLUSIONES

El Diseño Universal para el Aprendizaje (DUA) constituye una herramienta en el fortalecimiento de la educación inclusiva desde la formación inicial docente. Su inserción en los programas universitarios permite desarrollar competencias profesionales orientadas a la atención a la diversidad, eliminando las barreras de aprendizaje.



La integración del DUA en la formación de docentes para educación básica requiere un cambio de paradigma en la docencia universitaria. No basta con enseñar qué es el DUA; es imperativo que las facultades de educación se conviertan en laboratorios vivos de este enfoque.

El modelamiento pedagógico resulta ser la estrategia más potente. Si el formador de formadores no diversifica sus métodos de enseñanza y evaluación, el futuro docente replicará los modelos tradicionales de exclusión cuando llegue a la escuela básica.

La implementación de estas estrategias reduce la deserción universitaria y mejora significativamente la autoeficacia percibida de los futuros docentes, preparándolos de manera realista para los desafíos de las aulas inclusivas contemporáneas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alba Pastor, C. (2019). *Diseño Universal para el Aprendizaje: Un modelo teórico-práctico para una educación inclusiva de calidad*.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7449797>

Boothe, K. A., Lohmann, M. J., Donnell, K. A., & Hall, D. D. (2018). Applying the principles of Universal Design for Learning (UDL) in the college classroom. *Journal of Special Education Technology*, 33(3), 183-193.

<https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1201588.pdf>

Bravo Mendoza, M. A., & Macias Sera, R. (2026). El Diseño Universal para el Aprendizaje en la formación pedagógica de estudiantes de la carrera de Educación Básica. *Maestro Y Sociedad*, 23(2), 1607–1615.

<https://maestroysociedad.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/7659>

Meyer, A., Rose, D. H., & Gordon, D. (2014). *Universal design for learning: Theory and Practice*. CAST Professional Publishing.

<https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=144113>

Juca, M., Foyain, M., Armijos, V., y Landi, C., (2025). Educación Inclusiva: El Camino Hacia una Escuela que Acoge y Potencia a cada Estudiante. *Reincisol*, 4(7), pp. 5007-5024. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10355228.pdf>



DISEÑO DE ACCIONES COMUNITARIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

I DESIGN OF COMMUNITY ACTIONS FOR THE IMPROVEMENT OF THE
QUALITY OF THE BIGGEST ADULT'S LIFE

Fecha de presentación:	enero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/ 2026

Autores:

Lic. Yordanka Díaz Rodríguez

Licenciada en enfermería. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Policlínico Ángel Arturo Aballí. La Habana.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7609-6488>

E-mail: yordankadr@infomed.sld.cu

M.Sc Carmen Margarita Vilela Fleites

Máster en Dirección Científica. Profesor Auxiliar. Carrera Diseño Industrial y Diseño Comunicación Visual. Instituto Superior de Diseño Industrial (ISDI). Universidad de La Habana. Cuba

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8493-5756>

Dra. C Beatriz Machado Botet

Doctora en Ciencias Pedagógicas. Máster en Investigación Educativa. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7402-3091>

Email: lbmachadob@gmail.com

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Díaz Rodríguez, Y., Vilela Fleites, M.C., Machado Botet, B. (2026). *Diseño de acciones comunitarias para el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor*. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(98). 153-164

RESUMEN

La atención de Enfermería al adulto mayor en Cuba se ha centrado en un enfoque biomédico desde la práctica y sin tener en cuenta el énfasis requerido de otros aspectos como el personal, social y familiar que inciden directamente sobre el anciano. Esta investigación tiene como objetivo diseñar acciones comunitarias de enfermería dirigidas al mejoramiento saludable del adulto mayor en la comunidad desde el enfoque de las determinantes sociales de la salud, sobre la base del paradigma de la Salud Positiva. El estudio se desarrolló en el Consultorio No. 12 del consejo popular San Isidro, municipio Habana Vieja, Policlínico Ángel Arturo



Aballí. Participaron 12 adultos mayores seleccionados por muestreo intencional, la enfermera comunitaria y dos promotores de salud. Se realizó un estudio diagnóstico a través de la utilización de métodos empíricos que demostraron la pertinencia de acciones dirigidas a propiciar un envejecimiento saludable. Estas acciones están conformadas por fundamentos, principios y características que le brindan coherencia y flexibilidad en su aplicación. Se validan a través de un criterio de especialista los cuales coinciden en la necesidad de aplicación a otras áreas de salud.

Palabras clave: acciones de enfermería comunitaria; adulto mayor; determinantes sociales de la salud, Salud Positiva

SUMMARY

The attention of Infirmary to the biggest adult in Cuba has been centered in a biomedical focus from the practice and without keeping in mind the required emphasis of other aspects like the personnel, social and family that impact directly on the old man. This investigation has as objective to design community actions of infirmary directed to the biggest adult's healthy improvement in the community from the social focus of the decisive ones of the health, on the base of the paradigm of the Positive Health. The study was developed in the Clinic No. 12 of the popular advice San Isidro, municipality Old Havana, Policlinico Angel Arturo Aballí. Bigger 12 adults participated selected by intentional sampling, the community nurse and two promoters of health. He/she was carried out a diagnostic study through the use of empiric methods that you/they demonstrated the relevancy of actions directed to propitiate a healthy aging. These actions are conformed by foundations, principles and characteristic that offer him coherence and flexibility in their application. They are validated through specialist's approach which coincide in the application necessity to other areas of health.

Keywords: Positive health; decisive social of the health; actions of community infirmary; bigger adult.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más significativos del siglo XXI. Cuba no es ajena a esta realidad: según datos de la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI, 2024), el país presenta una tasa de



envejecimiento del 22.3%, con más de 2.8 millones de personas de 60 años y más, lo que ubica a la nación entre las más envejecidas de América Latina. Este proceso, si bien es un logro del desarrollo humano y de las políticas de salud pública, impone nuevos desafíos a los sistemas de protección social, especialmente al Sistema Nacional de Salud.

El adulto mayor que vive en la comunidad constituye el grueso de esta población. La Atención Primaria de Salud (APS), y dentro de ella el personal de Enfermería, desempeña un rol central en el acompañamiento, la promoción de salud y la prevención de complicaciones en este grupo etario. Tradicionalmente, las acciones de Enfermería comunitaria se han centrado en el control de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus), la identificación de déficits funcionales, la prevención de caídas y el manejo de la polimedicación. Este enfoque, sin duda necesario, responde a un modelo biomédico centrado en el déficit, la enfermedad y el riesgo.

Sin embargo, diversas voces en el ámbito de la salud pública y las ciencias del comportamiento han señalado las limitaciones de este paradigma. Huber y colaboradores (1,2) propusieron una redefinición del concepto de salud: no como la "ausencia de enfermedad", sino como la "capacidad de adaptarse y autogestionarse" ante los desafíos físicos, emocionales y sociales de la vida. Este enfoque, denominado Salud Positiva, desplaza la mirada desde lo que le falta a la persona hacia lo que sí tiene, sí sabe, sí puede y sí quiere hacer. En el contexto del adulto mayor, implica reconocer sus fortalezas, saberes acumulados, redes de apoyo, sentido de vida y recursos comunitarios disponibles.

Paralelamente, la literatura ha demostrado que la salud y el bienestar en la vejez no dependen exclusivamente de factores biológicos o de estilos de vida individuales. Las determinantes sociales de la salud (DSS) —entendidas como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen— juegan un papel crucial en la producción de desigualdades en salud (3,4). Factores como la vivienda, los ingresos, las redes de apoyo, la participación social, el acceso a servicios y el entorno comunitario influyen decisivamente en la posibilidad de un envejecimiento activo y saludable.

En este marco, emerge una pregunta central: ¿cómo integrar el enfoque de Salud Positiva y el análisis de las determinantes sociales en las acciones comunitarias de Enfermería dirigidas al adulto mayor? En el contexto cubano, si bien existen programas y guías para la atención al



adulto mayor, no se han documentado experiencias sistemáticas que articulen estos dos pilares en una propuesta de acciones de Enfermería construida participativamente con los propios actores: los adultos mayores y las enfermeras comunitarias.

Las autoras presentan un conjunto de acciones comunitarias que desde el enfoque de Salud Positiva y el análisis de las determinantes sociales logra con su puesta en la práctica elevar de alguna manera el estado de satisfacción, independencia, integración social y mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor en el contexto comunitario del consejo popular San Isidro, consultorio del médico de la familia No. 12 del Policlínico Aballí.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente artículo es el resultado de un estudio sobre la influencia de la Salud Positiva y sus determinantes sociales en el estado integral del adulto mayor de la comunidad, para ello se realizó un muestreo intencional y se estudiaron los resultados de la cotidianidad de los ancianos durante un período de doce semana, además se tuvo en cuenta cada uno de los indicadores de

las dimensiones correspondientes a las determinantes de salud, así como, los resultados obtenidos de la observación participante y entrevistas a cada uno de los ancianos implicados en la investigación.

Se tuvo en cuenta la revisión de bibliografía actualizada vinculada a la temática y se consultaron resultados de investigación (artículos y tesis relacionadas con las determinantes sociales en el adulto mayor).

Se utilizaron métodos teóricos como la sistematización, el analítico- sintético, el histórico-lógico, formando parte de los métodos empíricos se utilizó fundamentalmente la observación participante, la entrevista y la revisión de documentos (historias clínicas de los ancianos seleccionados).

RESULTADOS

Propuesta de acciones comunitarias de Enfermería con enfoque de Salud Positiva

Esta investigación no solo surge de la teoría, sino también de la importancia de la práctica de



enfermería, la cual está dirigida a brindar la asistencia necesaria en los servicios de salud, que permite enfrentar las diferentes y complejas tareas en el contexto histórico-concreto en que vive la sociedad cubana actual, particularmente la comunidad de adultos mayores del consultorio 12 del policlínico Aballí de La Habana Vieja. Por ello, es necesario el perfeccionamiento de la labor de la enfermera de la familia en las diferentes funciones, particularmente las dirigidas al mejoramiento de la Calidad de vida del adulto mayor.

La propuesta que la autora elabora no se reduce a una sola perspectiva, sino tiene como base una integración interdisciplinaria de diferentes ciencias vinculadas a la salud y específicamente a la longevidad activa y el envejecimiento saludable. La aplicación de las acciones de enfermería presupone el enfoque objetivo de los problemas que deben enfrentar los profesionales de la salud, específicamente la enfermera de la familia en correspondencia con las condiciones históricas-concretas, vinculando la teoría con la práctica, como base y criterio final del conocimiento de la realidad.

Lo anterior revela el carácter social e integrador del área de salud, en que se tiene en cuenta el contexto donde se encuentra ubicado el consultorio No 12, al ser una zona compleja de elevada densidad poblacional, específicamente de adultos mayores, en la que las condiciones de las viviendas en su mayoría no son las óptimas, el deterioro de las calles marca una diferencia, las condiciones higiénico-sanitarias no son adecuadas, así como, la escasez de agua y servicio eléctrico, entre otros aspectos. A partir de lo antes mencionado, se pueden resaltar los fundamentos psicológicos, a través del enfoque histórico-cultural de la teoría de L. S. Vygotsky, como sustento teórico de la propuesta, donde se concibe la situación social del desarrollo y la importancia del contexto social en el alcance de la Calidad de vida del adulto mayor.

Otro fundamento de importancia en las acciones que se proponen lo constituye el sociológico al comprender el rol del adulto mayor en la Sociedad y particularmente en la comunidad, donde debe ser considerado como un sujeto de respeto, potencializador y transmisor de valores y experiencias.

Por último, es evidente el fundamento teórico médico- asistencial, donde el trabajo de enfermería cobra particular relevancia tanto en la asistencia, atención y seguimiento del adulto mayor en la comunidad. Se ha determinado por parte de la autora principios rectores que al igual que los fundamentos sostienen teóricamente las acciones, los cuales están derivados del marco teórico y de los resultados emergentes del trabajo de campo.

El primer principio es el enfoque de activos, que parte de los recursos que los adultos mayores ya poseen —redes de apoyo, actividades significativas, estrategias de afrontamiento— para fortalecerlos,



en lugar de centrarse únicamente en sus déficits. Este principio se fundamenta en el modelo de Salud Positiva (2,3).

El segundo principio es la participación activa, según el cual los adultos mayores son protagonistas de las acciones, no receptores pasivos, valorándose sus saberes y experiencias. Este principio se sustenta en la investigación-acción participativa.

El tercer principio es el lenguaje accesible, que implica el uso de términos sencillos, ejemplos de la vida cotidiana y materiales visuales adaptados al nivel educativo de los participantes, un hallazgo relevante del trabajo de campo que evidenció un bajo nivel de escolaridad predominante.

El cuarto principio es la articulación intersectorial, que integra recursos de salud, trabajo social, cultura, deporte y organizaciones de masas (CDR, FMC), en coherencia con el marco de las determinantes sociales de la salud (4,5).

El quinto principio es la sostenibilidad: las acciones se diseñan para ser realizadas por la enfermera comunitaria con los recursos existentes, sin requerimientos de alta tecnología, adaptándose al contexto cubano de limitaciones de recursos.

Basado en lo planteado anteriormente, se propone una definición operativa de Acciones de enfermería: “entendida como la planificación, organización ejecución y control de diversas tareas, que con carácter intencional se desarrollan para el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor en la comunidad, desde los principales preceptos de la salud positiva, que posibilitan la solución de problemáticas del contexto comunitario y modifican modos de actuación, teniendo presente las características, posibilidades y compromisos en la acción individual y grupal”. (Díaz, Y. 2026) Estas acciones deben ser dirigidas preferentemente por el profesional de enfermería, quien cuenta con la preparación y las herramientas requeridas para transmitir los contenidos que esta problemática demanda, teniendo presente la necesaria interrelación entre los componentes estructurales de cada acción.

La estructura de estas acciones permite un crecimiento profesional y personal de todos los implicados, que aprenden en compañía de otras personas, comparten saberes, experiencias y criterios, atienden de manera individualizada a aquellos ancianos que requieren de ciertos niveles de ayuda para elevar su cultura hacia un envejecimiento saludable.



Algunas de las características que se destacan en estas acciones de enfermería son:

- Carácter de sistema: Se evidencia una relación de subordinación entre unas y otras. Cada acción tiene vínculo con las otras, porque una condiciona la realización de la otra. Todas mantienen un orden lógico, ya que tienen un objetivo común.
- Carácter personalizado: Se tienen en cuenta las particularidades individuales de cada sujeto, para atender sus necesidades, motivaciones e intereses.
- Dinámicas y desarrolladoras: A pesar de tener la misma estructura, son diferentes en su forma de desarrollarse y de accionar. Se proporcionan diversas vías para la satisfacción de las necesidades e intereses cognoscitivos y se brindan espacios para desarrollar y enriquecer las relaciones interpersonales.
- Participativas: Brinda la posibilidad de constatar la disposición de la enfermera de la familia de transformar las debilidades y fortalecer las potencialidades, en aras de conocer y apropiarse de los conocimientos necesarios para la aplicación y puesta en práctica de cada acción, además de intervenir e involucrarse en su dinámica.
- Flexibles: Tienen en cuenta, además de cumplir con el objetivo, las particularidades de los participantes y el contexto donde se desarrollarán las acciones.

Las acciones de enfermería constan de tres momentos esenciales:

1. Diagnóstico
2. Modelación y ejecución
3. Evaluación y control

Se requiere en un primer momento de un diagnóstico previo de cada uno de los participantes, que ofrezca una caracterización de su estado actual, mediante la utilización de métodos y procedimientos de exploración e investigación, que fueron seleccionados y contruidos según los indicadores de cada dimensión, permitiendo clarificar y verificar la adecuada ejecución en la práctica.

En un segundo momento, se modela y ejecuta la propuesta con la que se va a trabajar, a partir del proceso de diagnóstico. Estas se encuentran integradas entre sí, tienen un carácter desarrollador, personalizado y responden a las necesidades de los adultos mayores de la comunidad, al brindar diversidad de herramientas y conocimientos útiles.

En un tercer momento se valoran los resultados de la puesta en práctica de las acciones, así como se tiene en cuenta el estado de opinión de los participantes y la constatación de los cambios producidos en cada persona.

De esta forma es posible plantear cada una de las acciones de enfermería que tienen como objetivo



general: Propiciar al adulto mayor de la comunidad un conjunto de saberes y herramientas que le permitan mejorar su calidad de vida desde los fundamentos de la Salud Positiva.

Estructura de las acciones de enfermería:

La propuesta se organiza en cinco acciones, cada una correspondiente a una dimensión de la salud positiva.

La primera acción es el taller vivencial "Moverse sin miedo", dirigido a modificar la percepción del ejercicio como peligroso. Aborda la dimensión de funciones corporales de la Salud Positiva y tiene una duración de 8 sesiones semanales de 45 minutos cada una.

La segunda acción es el mapeo participativo de redes de apoyo, orientado a enfrentar la soledad. Aborda las dimensiones de participación social y funcionamiento mental, con una duración de una sesión de 90 minutos.

La tercera acción es el círculo de saberes intergeneracional, diseñado para potenciar el propósito vital. Aborda las dimensiones de percepción de la vida y participación social, mediante encuentros quincenales de 2 horas.

La cuarta acción es la visita domiciliaria con enfoque de activos, dirigida a intervenir sobre las determinantes sociales identificadas como barreras. Aborda las dimensiones de calidad de vida y funciones corporales, con una duración de 30 a 40 minutos por vivienda.

La quinta acción es el taller "Después del trabajo, ¿qué?", orientado a responder a los déficits de conocimiento sobre la jubilación. Aborda las dimensiones de percepción de la vida y funcionamiento mental, con una duración de 4 sesiones semanales de 90 minutos cada una.

Descripción de las acciones

Acción 1: Taller vivencial "Moverse sin miedo"

Objetivo: Modificar los criterios acerca de que el ejercicio es peligroso en la vejez y enseñar ejercicios seguros. Metodología: 8 sesiones semanales de 45 minutos, con ejercicios suaves con silla,



calentamiento y relajación, uso de testimonios y folleto ilustrado. Responsable:

Enfermera comunitaria e instructores especializados del área terapéutica del policlínico. Indicadores: reducción del 50% del temor al ejercicio, 70% de participantes practican en casa, 80% identifican ejercicios seguros.

Acción 2: Mapeo participativo de redes de apoyo

Objetivo: Identificar las redes de apoyo para reducir la soledad. Metodología: Una sesión grupal de 90 minutos donde los adultos mayores dibujan un mapa de su barrio con familiares, amigos y lugares de encuentro, elaborando un directorio comunitario. Responsable: Enfermera comunitaria y trabajadora social invitada Indicadores: 80% identifican al menos 3 recursos de apoyo, 70% reportan sentirse menos solos.

Acción 3: Círculo de saberes intergeneracional

Objetivo: Potenciar el sentido de propósito mediante intercambio de saberes con jóvenes. Metodología: Encuentros quincenales de 2 horas, articulados con escuelas o CDR. Adultos mayores enseñan oficios; jóvenes enseñan uso de teléfonos móviles. Responsable: Enfermera comunitaria en articulación con escuela y CDR. Indicadores: participación sostenida de 10 adultos mayores y 10 jóvenes durante 3 meses, 80% se sienten más útiles.

Acción 4: Visita domiciliaria con enfoque de activos

Objetivo: Identificar riesgos en el hogar y movilizar recursos comunitarios. Metodología: Visita de 30-40 minutos con lista de verificación (iluminación, barreras, pasamanos). Se conversa con el adulto mayor sobre cambios posibles con sus propios recursos o ayuda de la red de apoyo. Responsable: Enfermera comunitaria e invitados del consejo popular Indicadores: 60% de los hogares implementan al menos una modificación, 70% se sienten más seguros.

Acción 5: Taller "*Después del trabajo, ¿qué?*"

Objetivo: sensibilizar al adulto mayor para el proceso de jubilación, encontrando nuevas fuentes de propósitos laborales. Metodología: 4 sesiones semanales de 90 minutos (reflexión sobre pérdidas y



ganancias, identificación de talentos, mapeo de oportunidades comunitarias, elaboración de plan personal). Responsable: Enfermera comunitaria, psicóloga y trabajadora social comunitaria.

Indicadores: 70% identifican una actividad significativa, 60% elaboran un plan personal, 50% se involucran en actividades comunitarias.

Evaluación y control: cada una de las acciones fueron evaluadas en el momento de su ejecución y en cada uno de los casos se tuvo en cuenta la autovaloración de cada uno de los implicados. En cada sesión se comprobó el estado de satisfacción y se constató de la necesidad de propiciar espacios de convergencia para los adultos mayores.

Implementación de las acciones:

La implementación de las acciones propuestas sigue un cronograma de 12 semanas, organizado en tres fases.

En la Fase 1 (semanas 1-2), denominada de sensibilización y convocatoria, se presenta la propuesta al equipo de salud, se identifican y convocan los adultos mayores participantes (priorizando aquellos con mayores necesidades), y se coordina con actores comunitarios como la escuela, el CDR, la FMC, Trabajo Social y deporte.

En la Fase 2 (semanas 3-10), se desarrolla la implementación de las acciones. El mapeo de redes de apoyo (Acción 2) se realiza en las semanas 3-4. El taller "Moverse sin miedo" (Acción 1) se desarrolla a lo largo de las 8 semanas (semanas 3-10). El taller de jubilación (Acción 5) se imparte en las semanas 5, 7, 9 y 11. Los encuentros intergeneracionales (Acción 3) se realizan en las semanas 6, 8, 10 y 12. Las visitas domiciliarias (Acción 4) se realizan de manera paralela, según disponibilidad de la enfermera y personas implicadas.

En la Fase 3 (semanas 11-12), de evaluación y cierre, se aplican las preguntas y técnicas de cierre para evaluar los indicadores, se realiza una sesión de final con los participantes para compartir logros y dificultades, y se documentan los ajustes para futuras implementaciones.

Validación de la propuesta por criterios de especialista

La propuesta fue validada mediante el criterio de especialistas. Participaron 7 expertos: dos médicos geriatras (con más de 10 años de experiencia), dos enfermeras comunitarias (con más de 10 años), una psicóloga especializada en gerontología, una promotora de salud y una trabajadora social. Se evaluaron cinco criterios (pertinencia, aplicabilidad, claridad, coherencia teórica, factibilidad) en una



escala de 1 a 3.

Los resultados cuantitativos mostraron puntuaciones medias altas: pertinencia (2.86), claridad (2.86), aplicabilidad (2.71), coherencia teórica (2.71) y factibilidad (2.57).

Los especialistas realizaron cuatro sugerencias principales. Dos señalaron la necesidad de fortalecer la articulación con el Trabajo Social, especialmente para la visita domiciliaria y el abordaje de los determinantes sociales. Tres recomendaron adaptar los materiales escritos al bajo nivel de alfabetización predominante, utilizando lenguaje sencillo y abundantes ilustraciones. Una sugirió incluir en la sesión de cierre una actividad cultural. Dos señalaron la importancia de que las acciones queden institucionalizadas en el consultorio y el policlínico, sin depender exclusivamente de las investigadoras.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos a través de los métodos empíricos utilizados confirmaron la necesidad de profundizar en temáticas relacionadas con la salud positiva de los adultos mayores de la comunidad, así como reveló el rol imprescindible de la enfermera de la familia en planificación y ejecución de acciones encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de este grupo de personas.

La propuesta de acciones comunitarias de Enfermería con enfoque de Salud Positiva, construida a partir de fundamentos, principios y características, responden a una necesidad identificada en el diagnóstico inicial, de atención sistemática y personalizada del adulto mayor de la comunidad. El criterio de especialistas usado en la valoración de las acciones de enfermería reveló la pertinencia, aplicabilidad, y coherencia de sus componentes e intencionalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343: d4163.
2. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health. Health Expect. 2016;19(3):631-45.



3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
4. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
5. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. New York: Pantheon Books; 1998.
6. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Ginebra: OMS; 2002.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.
8. Van Vliet M, Doornenbal BM, Boerema S, van den Akker-van Marle EM, Broekhuis M, ter Riet G, et al. Older people's perspectives on the new dynamic concept of health. J Aging Stud. 2018; 46:28-35.



APLICACIÓN DE MODELO PEDAGÓGICO PARA LA FORMACIÓN MÉDICA
SOBRE CULTURA DEL ENVEJECIMIENTO Y LONGEVIDAD

APPLICATION OF PEDAGOGICAL MODELS FOR MEDICAL TRAINING ON
CULTURE OF AGING AND LONGEVITY

Autores:

Fecha de presentación:	enero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/2026

Dra. C. Mayra Rosa Carrasco García

Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Longevidad Satisfactoria.

Profesora Titular y Consultante. Investigadora Agregada. Facultad de Ciencias Médicas
“Dr.Salvador Allende”

ORCID: <https://orcid.org/0000000220697672>

E-Mail: macarrasco@infomed.sld.cu

Dra. C. Lidia Beatriz Machado Botet

Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”

Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Investigación Educativa. Profesor Titular.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7402-3091>

E-Mail: lbmachadob@gmail.com

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Carrasco García, M.R., Machado Botet, B. (2026). *Aplicación de modelo pedagógico para la formación médica sobre cultura del envejecimiento y longevidad*. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(98). 165-175

RESUMEN

La formación médica en una cultura del envejecimiento y la longevidad es vital en estos tiempos. El uso de Modelos Pedagógicos favorece la integración de los procesos sustantivos en estos. El objetivo del trabajo es demostrar la importancia de los Modelos Pedagógicos en la formación médica en una cultura del envejecimiento y la longevidad. Se usaron métodos teóricos histórico lógico, análisis y síntesis, así como el sistémico y la modelación. Además de empíricos como observación, revisión documental y entrevista. Se muestra la estructura del modelo y la



importancia de su implementación con una visión integradora de sus componentes. Concluyendo la importancia de su aplicación en la formación gerontológica.

Palabras claves: modelo pedagógico; formación médica; envejecimiento y longevidad activos.

SUMMARY

Medical training in a culture of Aging and Longevity is vital in these times. The use of Pedagogical Models favor the integration of substantive processes in this. The Objective of this work is to demonstrate the importance of Pedagogical Models in medical training for a culture of aging and longevity. Theoretical historical-logical, analysis and synthesis, as well as systemic and modeling methods were used. In addition to empirical studies such as observation, documentary review and interview. The structure of the Model is shown, the importance of its implementation with and integrating vision of its components. Concluding the importance of its application in Gerontological training.

Keywords: pedagogic models; medical training; aging and longevity.

INTRODUCCIÓN

La formación del recurso humano en salud y en particular de los profesionales médicos es un verdadero reto en este Siglo XXI, pues el encargo social de las Universidades Médicas está obligado a responder ante el cambio demográfico actual. Este envejecimiento poblacional sin dudas repercute en todos los sectores de la sociedad y con relación a los centros de formación médica dan una responsabilidad social que implica nuevas estrategias didácticas que incluyan en los currículos básicos los aspectos sobre cultura del envejecimiento y longevidad.

En las Ciencias Pedagógicas, la utilización de los modelos se torna una necesidad de la teoría científica, con vistas a lograr establecer un camino que permita alcanzar un consenso en relación a su conceptualización y a las bondades de su aplicación en la práctica pedagógica cotidiana. Existen contradicciones entre diferentes autores sobre el concepto y estructura de los modelos, es indiscutible que en la medida que se unifique el conocimiento y consoliden los componentes, con



verificación en la actividad práctica y sus resultados; será más consistente su plataforma teórica, se hallará mayor estabilidad de sus componentes, así como su utilización en este campo de la ciencia.

Las autoras presentan, la propuesta de un modelo pedagógico para incorporar en la formación de pregrado y posgrado del médico cubano, una cultura del envejecimiento y la longevidad activa, que favorezca estar a la altura de las exigencias de la sociedad cubana en este contexto de envejecimiento demográfico.

Quedan definidos en su estructura, los principios que con el deber ser, (integración de los procesos sustantivos) permite armonizar y desarrollar todo el contenido teórico en el saber, además de la aplicación en la práctica del saber hacer, lo que favorecerá una mayor consistencia del modelo y del resto de sus componentes para ser aplicado en función de incorporar en la formación del médico cubano una cultura del envejecimiento y la longevidad activa.

Este Modelo lleva implícito una concepción transformadora donde el estudiante es el principal exponente de su formación, con una relación del proceso de enseñanza aprendizaje que ubica al profesor como guía y orientador del proceso, aspecto necesario y propuesto en el desarrollo de las Universidades Médicas en Cuba en función de estar a la altura de las exigencias del MES para una mayor preparación de los egresados.

Por su concepción y pertinencia el Modelo favorece la incorporación en todos los cambios de los futuros planes de estudio durante los perfeccionamientos. Pues es una propuesta teórica llevada a la práctica educativa, con importancia y valor social dado el grado de correspondencia con el objetivo y las necesidades que le dieron origen y el tipo de transformación que se logra al incorporar una cultura del envejecimiento y la longevidad activa en la formación del médico cubano (*Ver anexo 1*).

METODOLOGÍA

El presente artículo es el resultado de un estudio sobre la calidad de la formación del médico cubano, para ello se realizó un muestreo aleatorio de los resultados del aprendizaje de los



estudiantes durante los años de su formación además se tuvo en cuenta cada uno de los indicadores de evaluación de la calidad de la clase durante ese período, así como, los resultados obtenidos de su aplicación en las dos ediciones de la maestría Longevidad activa y envejecimiento.

Se tuvo en cuenta la revisión de proyectos de investigación vinculados a la temática, informes de autoevaluación de la carrera en las diferentes variables, por último, se consultaron resultados de investigación (artículos y tesis relacionadas con el proceso de la calidad de la formación del médico cubano y su seguimiento en la formación continua.

Se utilizaron métodos teóricos como la sistematización, el analítico- sintético, el histórico-lógico, formando parte de los métodos empíricos se utilizó fundamentalmente la revisión de documentos como: planes de estudio y programas y muestreo del aprendizaje de los estudiantes de pregrado y posgrado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

a) Desarrollo de los componentes del Modelo Pedagógico propuesto

Fin: promover la formación del médico cubano en una cultura del envejecimiento y la longevidad activa a partir de la integración de los procesos académico, laboral-investigativo y extensionista, ante este nuevo encargo social del envejecimiento de la población cubana; que favorezca saber y saber hacer en los diversos escenarios por donde transite (durante el pregrado, la etapa profesionalizante y la post graduada), con vistas a influenciar en el cambio del cuadro epidemiológico hacia altos niveles de salud funcional y bienestar de este grupo de edades.

Objetivo: contribuir a la formación de un médico capaz de desarrollar una cultura del envejecimiento y la longevidad activa en los diferentes escenarios de actuación que distinga el perfil profesional, al poder integrar las cinco funciones (atención médica integral, docente educativa, administrativa de investigación y especiales), en este saber.



Principios: regularidades más generales y esenciales que caracterizan este modelo (por demás de obligatorio cumplimiento), son la base incuestionable de los principios y están en relación estrecha con el fin y los objetivos. La lógica interacción de los principios permite dar una mirada amplia a la necesaria integración y sistematización de estos conceptos en función de sustentar el modelo.

- Principio de la Visión Holística y Multidimensional del Envejecimiento y la Longevidad activa
- Principio de la Visión tendencial del cambio demográfico
- Principio de la necesaria transformación sociosanitaria

Propuesta de cursos electivos articulados y continuados durante el ciclo de formación del médico cubano en una cultura del envejecimiento y la longevidad (Deber Ser): los continuos perfeccionamientos hacia planes de estudios cada vez más modernos donde el estudiante tenga mayor presencia en su formación profesional, para responder al encargo social de cada momento histórico concreto con visión transformadora, permite proponer el Modelo para la formación del médico cubano en una cultura del envejecimiento y la longevidad activa con enfoque de sistema y de desarrollo socio cultural, pues acerca al estudiante desde los primeros años de la carrera a esta demanda de la sociedad cubana actual y futura.

El propósito en una primera etapa, es integrar cursos electivos paralelos al currículo base de cada año de la carrera, en estrecha vinculación con los contenidos de las asignaturas, en coordinación con el departamento metodológico de la Facultad de Ciencias Médicas Salvador Allende (FCMSA), y así lograr mayor incorporación de los estudiantes para la modalidad que se propone; dichos cursos tienen una duración de 80 horas, se pueden completar durante todo el semestre, (ideal segundo semestre) con la característica de ser semi presenciales, orientados por guías de estudio, a través de una plataforma de enseñanza aprendizaje, de su profesor guía y/o facilitador, con control de la utilización del tiempo por parte del estudiante, incremento del



estudio independiente en la gestión del conocimiento, ya que el estudiante es el principal protagonista de su formación. (ver anexo 2)

Alternativa de transformación: desde una visión predictiva que se enmarca en las nuevas tendencias de la educación superior y en especial en la educación médica, la propuesta de transformación tiene como regularidad fundamental al Modelo propuesto, que se formula para alcanzar otra mirada de integración de los procesos sustantivos referente a una cultura del envejecimiento y la longevidad activa.

En lo académico: esta propuesta consiste en incorporar cursos electivos sobre la temática del envejecimiento y longevidad activa (con visión de curso de vida), paralelo al contenido del currículo base, de forma progresiva que favorezca reducir la brecha epistémica de este saber deficitario en el plan de estudio actual.

Esta incorporación debe ir acorde a los perfeccionamientos en dependencia de las fortalezas de la Universidad. La alternativa de transformación propone en una primera etapa, integrar en todos los años de la carrera esos cursos electivos, flexibles, donde predomine el trabajo independiente del estudiante y el estudiante aprenda a ser gestor de sus conocimientos con total libertad.

b) Acciones para el desarrollo exitoso de la propuesta

- Realización de talleres preparatorios con todos los profesores guías y el departamento metodológico para análisis del proyecto de investigación que sustenta la propuesta de los cursos y su modalidad.
- Entrenar a los profesores guías en esta modalidad de cursos, seleccionar los facilitadores que van a apoyar las actividades extensionistas, entre otras que permitan el desarrollo armónico de los cursos y una mayor participación de estudiantes en los mismos.

En la medida que se consolide la propuesta anterior se podrá pasar a una segunda etapa donde los cursos podrán tener la modalidad de propios con el mismo formato y posteriormente a una tercera etapa, (de manera progresiva con los perfeccionamientos). Hasta lograr que los contenidos, formen parte de la asignatura Medicina de la Longevidad (que en futuro mediano, podría incluso calificar como Disciplina).



En lo investigativo laboral: la propuesta incluye el incremento de proyectos de investigación en este saber con vistas a integrar al binomio estudiante- profesor, en estos proyectos sobre envejecimiento y longevidad activa, con proyección a la comunidad.

Sistemas de acciones necesarias:

- Promover e incentivar el desarrollo de investigaciones sobre envejecimiento y longevidad activa en las reuniones metodológicas de colectivo de asignaturas, de disciplina, departamento.
- Motivar a los estudiantes que matriculen los cursos electivos la incorporación a proyectos de investigaciones del servicio de Geriátrica sobre este saber.

En lo extensionista: incentivar el desarrollo del voluntariado estudiantil, y la integración de estudiantes con profesores del servicio de Geriátrica a la Cátedra Honorífica Tomás Romay, que se transformaría en la proyección desde la Universidad hacia la comunidad con visión interdisciplinaria e intersectorial, en función de formar valores específicos en este saber, para y con el que envejece y el envejecido. Además de extender acciones en el marco del desarrollo socio cultural para la población adulta mayor y la comunidad en general.

Forma de implementación: se sustentan en la integración del trabajo científico investigativo, metodológico y la superación profesional; la implementación del modelo parte del propio sistema de trabajo de la Facultad. Su inserción está sustentada en la necesidad de elevar la calidad y resultados de la formación del médico cubano en una cultura del envejecimiento y la longevidad activa para responder a las exigencias del encargo social.

La forma de implementación que se propone constituye en sí misma una alternativa pedagógica que se concreta en la vía fundamental de aplicación del modelo. Para poner en práctica el Modelo propuesto, se necesita desde su interior, apropiarse del sistema de condiciones, requisitos y alternativas que favorecen su implementación, a su vez sirve de guía orientadora, fácil de adaptar a las condiciones de cada centro.

La propuesta es dinámica, permite sobre la marcha la realización de modificaciones que hagan eficaz la aplicación del Modelo y a su vez lo mejoren, a través del intercambio permanente del



departamento Metodológico de la Facultad con investigadores, profesores guías, facilitadores y estudiantes en post de comprobar y controlar sistemáticamente la puesta en práctica del Modelo. Las acciones incluyeron varias etapas: el diagnóstico para constatar el estado actual de la formación en una cultura del envejecimiento y la longevidad, en planes de estudio, profesores, funcionarios, estudiantes, lo que se evidenció con la aplicación de los métodos de revisión documental, observación a actividades de educación en el trabajo, entrevistas, encuestas; con el posterior intercambio de los resultados del diagnóstico con los agentes que participan en los escenarios docentes y proponer las alternativas con vistas a solucionar los problemas.

La etapa de confección y proyección de los cursos electivos por año de carrera en coordinación con el departamento Metodológico de la Facultad, para ajustar las actividades curriculares con la propuesta de los cursos electivos. Otra acción importante en este proceso de implementación es la ejecución, incluye un entrenamiento (que asegura la integración y preparación de los agentes educativos participantes en el proceso de implementación del Modelo) y la intervención, con el objetivo transformar la formación del médico en una cultura del envejecimiento y longevidad activa, de acuerdo con las exigencias metodológicas propuestas en el Modelo.

Forma de evaluación: el objetivo fundamental de la evaluación es comprobar la pertinencia y viabilidad del modelo. Evaluar el modelo como un todo requiere de seguimiento a cada uno de los componentes y a su dinámica; otro aspecto a tener presente, es evaluar cualitativamente la influencia externa de los agentes participantes en la formación de una cultura del envejecimiento y la longevidad activa en los cursos propuestos, así como su aplicación en su totalidad será valorada próximamente por la junta de acreditación nacional en la certificación correspondiente del programa de maestría Longevidad activa y envejecimiento.

CONCLUSIONES

La aplicación del modelo pedagógico en la integración de los procesos sustantivos en la formación del médico cubano en una cultura del envejecimiento y la longevidad activa y en los contenidos de la Maestría de Longevidad activa y Envejecimiento, en la Facultad de Ciencias Médicas *Salvador Allende*, comprende la valoración de cada uno de sus componentes, en



especial, de los principios que responden a las regularidades de obligatorio cumplimiento como sustento y base para cumplir el fin y los objetivos del modelo pedagógico propuesto, que debe ser sistemática con retroalimentación constante, en pos de la utilización e instrumentación de diversos métodos, procedimientos y estilos que contribuyan a una mejor regulación y transformación durante la implementación, lo que evidencia la importancia que tiene la aplicación de los Modelos Pedagógicos en la formación gerontológica, en una cultura del envejecimiento y la longevidad en el médico, con vistas a cualificar su desempeño profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caballero, J. E. (2014). Apuntes históricos sobre el surgimiento y desarrollo del trabajo metodológico en la educación médica cubana. EDUMECENTRO
2. Carrasco, M.R. (2018). Proceso de Formación Médica desde una perspectiva de desarrollo cultural. Conferencia Magistral. Trabajo presentado en Jornada Científica Pedagógica. Facultad Ciencias Médicas Salvador Allende. La Habana. Cuba.
3. Carrasco, M.R. y Col. (2005). Texto Básico. Maestría, Longevidad Satisfactoria. Soporte Electrónico. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”. Centro Ciencias Informáticas.
4. Carrasco, M.R. y Col. (2005). Usted. Puede lograr una Buena Longevidad. Editorial. Científico-Técnica. ISBN: 959-05-0378-0.
5. Carrasco, M.R. (2016). Reflexiones Filosóficas de la Cultura del Envejecimiento y la Longevidad activa en nuestros tiempos. Revista IPLAC, Publicación Latinoamericana y Caribeña de Educación, dirección electrónica www.revista.iplac.rimed.cu RNPS No.2140/ ISSN1993-6850. 3 de mayo. Sección. Artículo Científico.
6. Ilizástigui, F. (2011, enero). Nuevo paradigma para los profesionales de la Salud en Cuba. En “Encuentro Internacional Juan Cesar García, celebrado en La Habana, del 2 al 4 de Julio de 1998. Sitio Web de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud La Habana: SOCECS
7. Llibre-Rodríguez J, Prina M, Acosta D, Guerra M, Velásquez I., (2020) et al. Prevalencia de fragilidad y asociaciones de riesgo en poblaciones urbanas y rurales de America Latina,



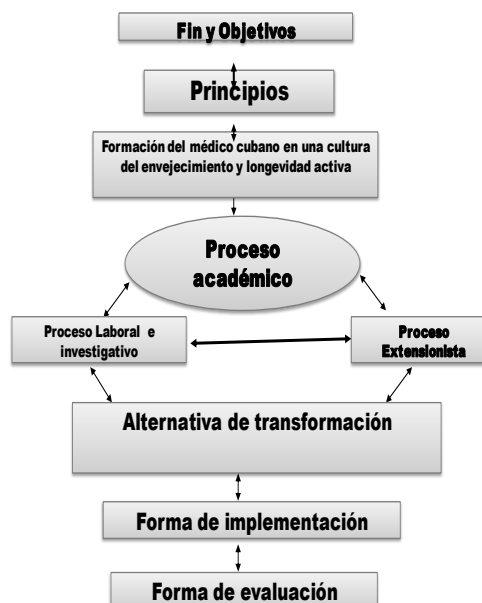
china y la India: estudio de base poblacional. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/bgzknZh7HkttVWm5D7Xw8L7?format=html&lang=es>

8. Machado, B. (2008). Modelo para el perfeccionamiento del desempeño profesional del Profesor General Integral de la Enseñanza Técnica y Profesional. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. ICCP, Ciudad de La Habana, Cuba.
9. Ramos I. Alfonso A. (2023). El envejecimiento demográfico: una mirada desde la provincia de Cienfuegos. Tesis. La Habana. Centro de Estudios Demográficos (CEDEM) Universidad de la Habana, Cuba.
10. Saborido, J. R. (2018). La Universidad y La Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible en el Centenario de la Reforma Universitaria de Córdoba. Visión desde Cuba. Discurso pronunciado en 11no Congreso Internacional de Educación Superior. Universidad, 2018 Ministerio de Educación Superior. Folleto.
11. Valle A. (2012). La Investigación Pedagógica. Otra mirada. Editorial Pueblo y Educación, 135-139.

ANEXO 1

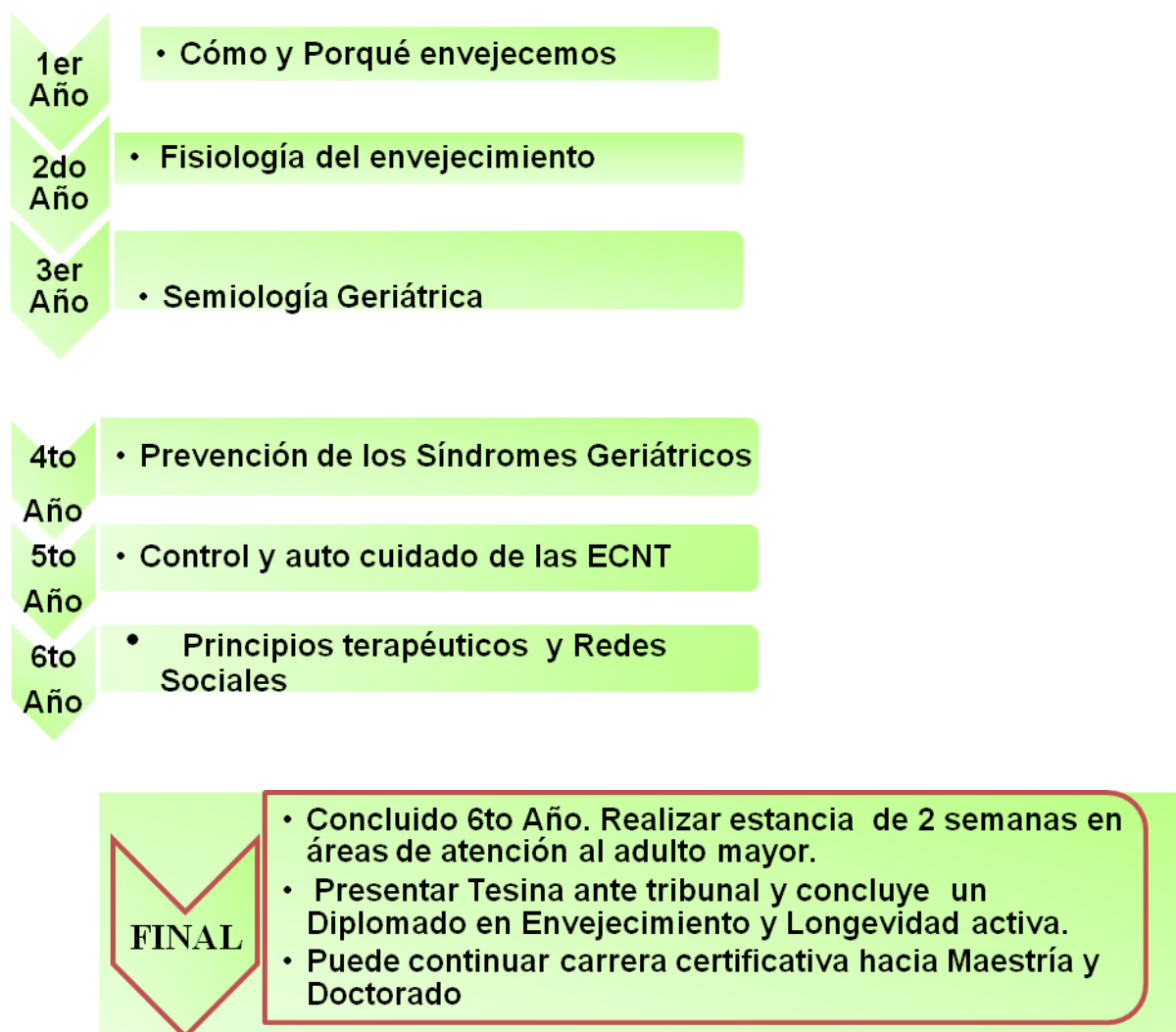
Modelo Pedagógico para la formación del médico cubano en una cultura del envejecimiento y la longevidad activa





ANEXO 2

Gráfico. Cursos electivos sobre cultura el envejecimiento y longevidad





DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y MEJORA CONTINUA EN INGENIERÍA INDUSTRIAL: DISEÑO DE MESA BIMANUAL CON MECANISMO INTEGRADO

COMPETENCY DEVELOPMENT AND CONTINUOUS IMPROVEMENT IN INDUSTRIAL ENGINEERING: DESIGN OF A TWO-MANUAL TABLE WITH INTEGRATED MECHANISM

Autores:

Fecha de presentación:	enero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/ 2026

Dr. Juan José Alberto Mejía Correa Ph.D.

Tecnológico Nacional de Veracruz. Instituto Tecnológico de Veracruz Departamento de Ingeniería Industrial

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1318-3217>

Email: juan.mc@veracruz.tecnm.mx

Dr. Juan Francisco Mejía Pérez

Tecnológico Nacional de Veracruz. Departamento de Ingeniería Eléctrica y Electrónica.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1625-4927>

E-mail: juan.mp@veracruz.tecnm.mx

Enrique Rocha Altamira

Catedrático adscripto al departamento de ingeniería industrial del Tecnológico Nacional de México. Instituto Tecnológico de Veracruz

ORCID: <https://orcid.org/0000-002-6516-4976>

E-Mail: enrique.ra@veracruz.tecnm.mx

María Elena Maceda Rodríguez

Catedrático adscripto al departamento de ingeniería industrial Instituto Tecnológico de Veracruz. Tecnológico Nacional de México.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5318-6142>

E-Mail: dii@veracruz.tecnm.mx

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Mejía Correa, J.J.A., Mejía Pérez, J.F., Rocha Altamira, E. y Maceda Rodríguez, M.E. (2026). *Desarrollo de competencias y mejora continua en ingeniería industrial: diseño de mesa bimanual con mecanismo integrado*. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 176-190.

RESUMEN

En la actualidad, la mejora continua ha ganado creciente aceptación como un principio fundamental para optimizar tanto los recursos como los tiempos de fabricación. Este enfoque,



aplicado al ámbito educativo, resulta especialmente relevante en el contexto de la globalización y los tratados de libre comercio, donde se exige una formación profesional cada vez más eficaz y pertinente. En este marco, los Institutos Tecnológicos enfrentan el reto de implementar procesos formativos orientados por competencias, ajustándolos a las condiciones sociales, económicas y productivas del entorno. La clave está en interpretar y adaptar estos procesos de manera estratégica, con el objetivo de elevar la calidad educativa y contribuir al desarrollo de una sociedad más justa y sostenible.

Palabras clave: calidad educativa; desarrollo sostenible; formación por competencias; globalización; mejora continua; optimización de recursos.

ABSTRACT

Continuous improvement has become a widely accepted principle for optimizing manufacturing efficiency, particularly in terms of resource utilization and cycle time reduction. When applied to the educational domain, especially within the context of globalization and international trade agreements, this approach underscores the need for competency-based training models that are responsive to evolving labor market demands. Technological Institutes are thus challenged to redesign their instructional processes to align with the socio-economic and industrial dynamics of their operational environments. Strategically adapting these processes is essential to enhance academic quality, foster workforce readiness, and support the advancement of a more equitable and sustainable society.

Keywords: educational quality; sustainable development; competency-based training; globalization; continuous improvement; resource optimization.

INTRODUCCIÓN

La mejora continua constituye un principio fundamental en los procesos de aseguramiento de la calidad educativa, especialmente en el contexto de los Institutos Tecnológicos. Este enfoque implica la revisión sistemática y permanente de las prácticas académicas y administrativas, con el fin de optimizar los resultados de la formación profesional. En este marco, se vuelve prioritario establecer una base conceptual, metodológica y técnica coherente que oriente el diseño curricular hacia un modelo centrado en la formación por



competencias.

Dicha orientación no solo responde a las demandas del entorno productivo y social, sino que también se alinea con los objetivos institucionales de formar profesionales capaces de contribuir de manera efectiva al desarrollo sostenible. La implementación de un enfoque de mejora continua permite, así, identificar áreas de oportunidad, establecer mecanismos de evaluación pertinentes y promover una cultura de innovación y pertinencia educativa.

En este sentido, la mejora continua no es solo una estrategia de gestión, sino un componente esencial del proceso formativo que debe integrarse transversalmente en todos los niveles del quehacer académico. Solo a través de su aplicación sistemática es posible asegurar que los programas educativos mantengan su relevancia, respondan a los cambios del entorno y cumplan con los estándares de calidad que la sociedad exige a los Institutos Tecnológicos del país.

DESARROLLO

En un entorno globalizado y altamente competitivo, caracterizado por avances tecnológicos constantes, tanto las organizaciones como las instituciones educativas enfrentan el reto de mantenerse actualizadas y adaptarse a las nuevas exigencias del mercado laboral. En este contexto, la mejora continua, entendida como un proceso sistemático de perfeccionamiento progresivo, se ha consolidado como una estrategia fundamental, tanto en el ámbito productivo como en el educativo.

Particularmente, en la educación superior tecnológica, este enfoque cobra especial relevancia, dado que la formación de profesionales competentes exige no solo el dominio de conocimientos teóricos, sino también el desarrollo de habilidades prácticas, actitudes proactivas, capacidad de adaptación y la aplicación efectiva del conocimiento en contextos reales.

Bajo esta premisa, se plantea la implementación de una mesa bimanual como herramienta didáctica en el laboratorio de Ingeniería Industrial. Esta iniciativa tiene como objetivo fortalecer el aprendizaje práctico en asignaturas clave como *Estudio del Trabajo* y *Cinemática de las Máquinas*,¹ permitiendo a los estudiantes adquirir y ejecutar competencias integrales que

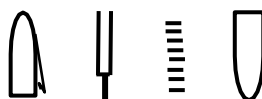
¹ Estas materias se imparten en los semestres cuarto, quinto, sexto y séptimo. De acuerdo con la malla curricular, los alumnos eligen las materias que necesitan pasar, en un semestre dado.



respondan a las demandas del entorno profesional contemporáneo.

Además, esta propuesta busca reducir la brecha entre teoría y práctica, promoviendo un aprendizaje significativo enfocado en la acción, la reflexión y la mejora continua. En este sentido, la educación tecnológica no se limita a la transmisión de conocimientos, sino que forma individuos competentes, versátiles y comprometidos con su desarrollo profesional, así como con la calidad y eficiencia de los procesos en los que participen.

Actualmente, el estado del área de trabajo presenta limitaciones importantes: el ensamblaje se realiza en una mesa convencional acompañada de una silla, sobre la cual se colocan cuatro cajas que contienen los componentes del producto (en este caso, los elementos de una pluma). Estas cajas no siguen un orden establecido, ya que cada operario las acomoda según su criterio personal. Este desorden evidencia la ausencia de un método de trabajo estandarizado, lo que genera ineficiencias en tiempo, movimientos y calidad del proceso.



4 3 2 1

Leyenda:

- 1 Cuerpo del bolígrafo
- 2 Resorte
- 3 Refacción tinta
- 4 Tapa del bolígrafo

Análisis del método actual de trabajo y propuesta de mejora

Actualmente, se observa que el operario inicia su labor colocando las cajas en una disposición



determinada. El proceso comienza con la mano derecha, tomando la pieza marcada como “1”, mientras la mano izquierda debe desplazarse para tomar la pieza “2” y entregarla a la derecha. Este movimiento implica un recorrido extenso, generando un esfuerzo innecesario que, a lo largo de la jornada, provoca fatiga acumulada. Además, se identifican posibles cruzamientos de áreas de trabajo, lo cual no solo incrementa la incomodidad, sino también la posibilidad de errores o accidentes.

Durante este tiempo, la mano derecha permanece inactiva, esperando que la izquierda complete el recorrido. Una vez que la pieza “2” es depositada, la mano izquierda repite el mismo patrón: se dirige a tomar la pieza “3”, realiza un nuevo desplazamiento prolongado hacia la mano derecha y coloca la pieza. Este ciclo vuelve a evidenciar movimientos innecesarios, pérdida de tiempo, y esfuerzo adicional para el trabajador, con la mano derecha nuevamente en espera pasiva.

Posteriormente, la mano izquierda se desplaza hacia la pieza “4”, la toma y la entrega a la mano derecha, que sigue sin participar activamente hasta recibir el componente. Se repite así una secuencia de recorridos largos y caóticos entre ambas manos, lo que contribuye a una baja eficiencia en la operación y una carga física innecesaria.

Al observar a otros operarios, se ha identificado que cada uno adapta su propio método, modificando tanto la disposición de las cajas como la secuencia de movimientos. No obstante, ninguno ha considerado una organización de trabajo circular o equilibrada. Esto evidencia la ausencia de un método estandarizado que minimice el esfuerzo físico, optimice el uso de ambas manos y, en consecuencia, mejore el rendimiento y la productividad.

Ante esta situación, se plantea la necesidad de implementar una mejora continua en el método de trabajo actual. Según lo expuesto en el libro *Introducción al Estudio del Trabajo*, se identifican tres áreas clave de trabajo que deben ser consideradas para el rediseño del método:

1. *Área máxima de trabajo (movimientos de hombros),*
2. *Área máxima de trabajo de la mano izquierda y la mano derecha y*
3. *Área normal de trabajo.*



Estas áreas de estudio permiten llevar a cabo un análisis detallado y un rediseño efectivo de la disposición física del puesto de trabajo, así como de los movimientos del operario, con base en criterios ergonómicos y principios de eficiencia operativa. Este enfoque facilita la identificación de posibles fuentes de fatiga física, movimientos innecesarios o posturas inadecuadas, permitiendo su corrección o mejora mediante ajustes en el diseño del entorno o la secuencia de actividades.

La aplicación de estos principios se traduce en beneficios tangibles como la reducción significativa del esfuerzo físico, una mejora en los tiempos de ciclo y un aumento en la productividad y seguridad del trabajador. Asimismo, se fomenta la estandarización de movimientos y la eliminación de desperdicios en términos de tiempo y energía, en línea con metodologías como el estudio de tiempos y movimientos, el análisis MTM (*Methods-Time Measurement*)² y los principios del *Lean Manufacturing*.

Para reforzar estos conceptos, se presenta a continuación una serie de esquemas extraídos del libro de referencia, los cuales ilustran configuraciones típicas de estaciones de trabajo, zonas de alcance óptimo y recomendaciones ergonómicas aplicadas. Estas figuras son proyectadas y explicadas en detalle para facilitar la comprensión del grupo.

Posteriormente, como parte de una dinámica práctica y formativa, se solicita a un estudiante voluntario que pase al frente a simular el desarrollo de un proceso de ensamble basado en los esquemas mostrados. Durante esta actividad, se observarán cuidadosamente los pasos ejecutados, con especial atención a aspectos como la secuencia de movimientos, la postura corporal, la coordinación mano-mano, el uso de ambas manos de forma simultánea (bimanualidad) y el aprovechamiento del área de trabajo.

Los demás estudiantes participan activamente en la observación crítica del ejercicio, registrando observaciones relevantes, desviaciones del procedimiento ideal, oportunidades de mejora y posibles adaptaciones en el diseño del puesto o del proceso. Esta actividad permite conectar la teoría con la práctica, promoviendo la reflexión y el desarrollo de habilidades analíticas propias del perfil profesional del ingeniero industrial.

² Métodos – Tiempo – Dimensiones



Esta es la razón por la cual se diseñará una mejora continua al método existente.

A continuación, mostramos las 3 áreas de trabajo identificadas.

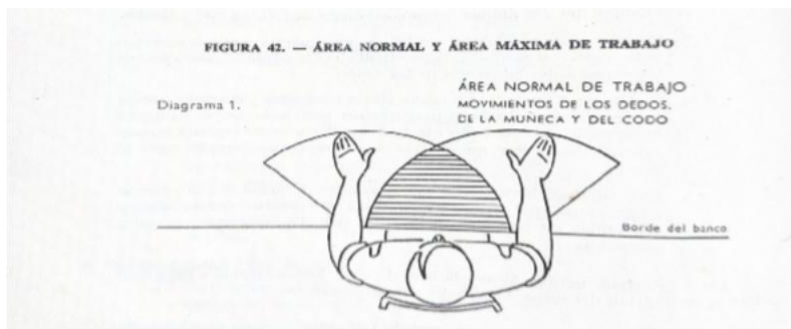


Fig.1. “Área normal y área máxima de trabajo”

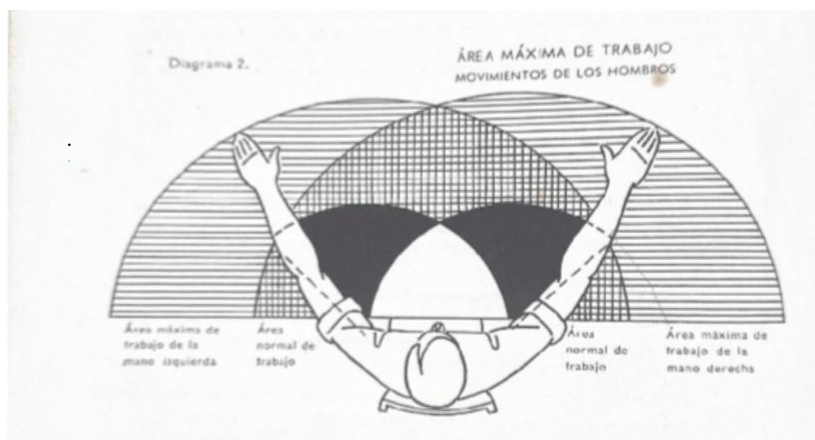


Fig.2. “Área máxima de trabajo”

Al concluir la participación del primer estudiante, se invita a otro compañero o compañera a intervenir. Esto permite que surjan nuevas ideas, se comparen diferentes enfoques y se fortalezca el aprendizaje colaborativo.

Finalmente, se pasa a la segunda etapa del proceso, enfocada en aplicar una mejora continua, a partir de lo aprendido, según lo observado³.

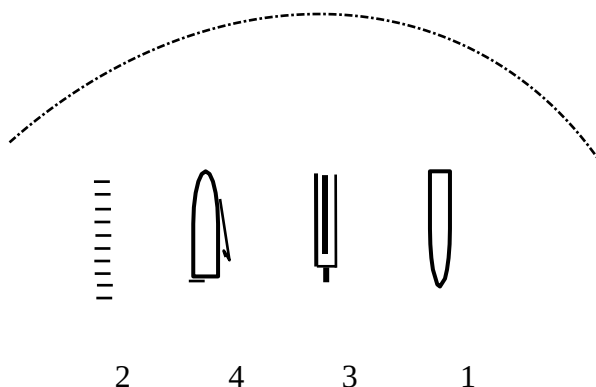
³ Oficina Internacional del Trabajo (OIT). Ginebra, Suiza. 1986.



Para esto, se ha diseñado un dispositivo mecánico que consta de un pedal, así como unas muelas que se accionan al presionar el pedal con el pie; este puede ser derecho o izquierdo, según se requiera; al accionarlo con el pie, se abre o se cierra para sujetar la pieza.

Primera mejora continua

Para esta primera mejora, las cajas se colocarán en el área 1, como se indica en la figura y se instalarán de la siguiente manera:



Secuencia de trabajo manual – Descripción paso a paso

1. Inicio del ciclo:

- Al mismo tiempo que se pisa el pedal, se abre la muela (probablemente una prensa o herramienta de sujeción).
- Simultáneamente, la mano derecha se dirige a tomar la pieza 1 y, la mano izquierda, toma la pieza 2.

2. Colocación inicial:

- La mano derecha coloca la pieza 1 entre las muelas, y se deja de pisar el pedal, lo que hace que la pieza quede sujeta.
- Enseguida, la mano izquierda introduce la pieza 2 dentro de la pieza 1.

3. Ensamble adicional:



- Mientras tanto, la mano derecha va por la pieza 3, la toma y la coloca dentro de la pieza 1.
- Simultáneamente, la mano izquierda toma la pieza 4 y la enrosca en la pieza 1.

4. *Finalización del ciclo.*

- Se pisa nuevamente el pedal, lo que permite que la pieza ensamblada caiga por un tubo que la transporta hacia una caja receptora ubicada debajo de la mesa.

5. *Repetición del proceso:*

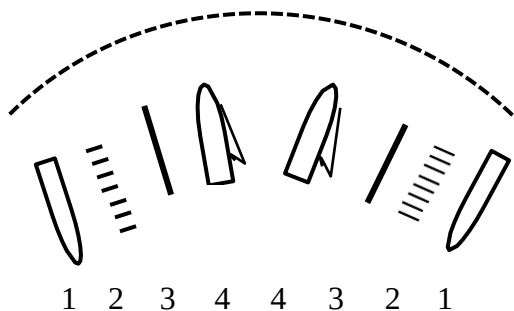
- Esta secuencia se repite de forma continua durante la jornada laboral, formando parte de un proceso repetitivo de ensamblaje o producción.

Sugerencias para los estudiantes:

- Observar cuidadosamente la coordinación entre manos y pies.
- Valorar la existencia de oportunidades de mejora ergonómica o de optimización de movimientos.
- Identificar formas de reducción de tiempos muertos o de implementar mejoras continuas (*kaizen*) en el proceso.

Segunda mejora continua

Ahora, en esta mejora, se van a colocar 2 cajas de cada pieza en el área 3, de la siguiente manera:



Descripción del ciclo de trabajo manual. Secuencia paso a paso

1. *Inicio del ciclo*

- Ambas manos alcanzan la pieza 1.



- Simultáneamente, se pisa el pedal con el pie, lo que abre la muela (dispositivo de sujeción).
- Se coloca la pieza 1 entre las muelas y se suelta el pedal, dejando la pieza sujeta.

2. *Inserción de la pieza 2*

- Ambas manos toman la pieza 2 y la colocan dentro de la pieza 1.

3. *Inserción de la pieza 3.*

- Ambas manos toman la pieza 3 y la colocan dentro de la pieza 1.

4. *Inserción y roscado de la pieza 4.*

- Ambas manos toman la pieza 4, la colocan en la pieza 1 y realizan el roscado.
- Luego se pisa el pedal nuevamente, y las piezas ensambladas caen al depósito (a través de un tubo o canal).

5. *Repetición del ciclo de forma continua durante toda la jornada laboral.*

Tercera mejora continua



Fig.3. “Ubicación de las cajas 1 y 2, sobre la mesa”. Descripción del proceso manual de ensamble, paso a paso.

Como se observa en la figura de referencia, la caja 1 se encuentra ubicada en los



extremos, mientras que la caja 2 se sitúa en la parte central del área de trabajo. A continuación, se describe detalladamente el procedimiento manual de ensamble, dividido en cinco etapas secuenciales.

1. Colocación de la pieza 1

- El operario acciona el pedal con el pie, lo que activa la apertura del sistema de sujeción (muela).
- Simultáneamente, utiliza ambas manos para tomar la pieza 1 y colocarla entre las muelas abiertas.
- Al soltar el pedal, la pieza queda firmemente sujeta, quedando lista para las siguientes operaciones.

2. Inserción de la pieza 2

- Con ambas manos, el operario toma la pieza 2 desde su ubicación en la estación de trabajo.
- Se posiciona cuidadosamente sobre la pieza 1, asegurando un correcto acoplamiento entre ambas.

3. Inserción de la pieza 3

- Las manos del operario se desplazan hacia la parte superior de la estación, donde se encuentran las piezas 3 (ubicadas en los extremos).
- Se toma una unidad y se transporta hasta el área de ensamble para colocarla en la pieza 1, continuando con la secuencia establecida.

4. Inserción y roscado de la pieza 4

- El operario dirige ambas manos hacia la parte media superior del área de trabajo, donde están ubicadas las piezas 4.
- Se toma una pieza 4 y se inserta dentro del conjunto previamente ensamblado.
- A continuación, se realiza el roscado manual hasta completar el ajuste.
- Una vez finalizado el proceso de ensamble, se acciona nuevamente el pedal, lo que libera la



pieza ensamblada, permitiendo que caiga en la caja receptora correspondiente.

5. Repetición del proceso

Este ciclo se repite de forma continua durante toda la jornada laboral o hasta completar la producción asignada para el turno, siguiendo los principios de estandarización de tareas y eficiencia operativa.

Cuarta mejora continua

En esta cuarta etapa de mejora continua, se optimiza aún más el proceso, utilizando el mismo dispositivo implementado en la tercera mejora. En esta cuarta etapa del ciclo de mejora continua, se persigue una optimización adicional del proceso ya intervenido en la tercera mejora. Para ello, se utiliza el mismo dispositivo previamente implementado, aprovechando su capacidad operativa y funcional sin incurrir en nuevos recursos, en línea con los principios de eficiencia y aprovechamiento de activos existentes que rigen la Ingeniería Industrial.

Cabe destacar que esta mejora no se ejecutó antes de la tercera de forma deliberada. La decisión respondió a una estrategia pedagógica y metodológica orientada a fomentar la participación activa y el pensamiento crítico entre los estudiantes. Específicamente, se dejó abierta la posibilidad de que alguno de ellos pudiera detectar de forma autónoma esta oportunidad de mejora y la propusiera por iniciativa propia, aplicando los conocimientos adquiridos sobre análisis de procesos, mejora continua y optimización de recursos.

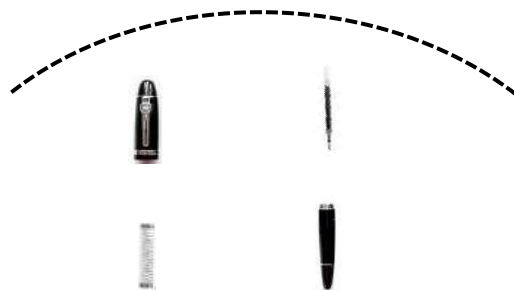
En caso de que dicha propuesta haya sido efectivamente realizada por un estudiante, se documentará adecuadamente, reconociendo su contribución, en esta etapa del proyecto. Esto permitirá justificar por qué esta mejora fue incorporada en la cuarta fase, además de reforzar la importancia del enfoque participativo en la mejora de sistemas productivos y de gestión. Así, no solo se fortalece la solución técnica, sino también las competencias clave en la formación de futuros ingenieros industriales.

Esta vez, se reorganiza la disposición de las piezas para agilizar la operación y reducir los tiempos de desplazamiento manual, como se observa en la *fig.4*.

Se colocan únicamente las cuatro cajas iniciales de piezas, en posiciones estratégicas.



- *Caja No. 1* - se ubica en el extremo derecho, parte de debajo de la pluma.
- *Caja No. 2* - en el extremo izquierdo, resorte.
- *Caja No. 3* - en la parte superior derecha, refacción tinta.
- *Caja No. 4* - en la parte superior izquierda, la parte superior roscada.



Con esta nueva distribución, el operador puede ejecutar el proceso de manera más fluida y secuencial. El procedimiento es el siguiente.



Fig.4. “Redistribución de las piezas para agilizar la operación”

1. El operador pisa el pedal, lo cual acciona la apertura de la muela del dispositivo.
2. Simultáneamente, con la mano derecha, toma una pieza de la caja no.1 y la coloca entre la muela.
3. Al soltar el pedal, la muela cierra y sujeta firmemente la pieza para el proceso.



4. Mientras esto ocurre, con la mano izquierda, el operador ya ha tomado una pieza de la caja no.2 y la coloca en la posición de espera “1”, optimizando el tiempo muerto.
5. A continuación, con la mano derecha, se toma otra pieza desde la caja no.3 (ubicada en la parte superior derecha) y también se deposita en la posición “1”.
6. Seguidamente, la mano izquierda se dirige a la caja no.4, toma una pieza y comienza el proceso de roscado.
7. Una vez finalizado el roscado, el operador vuelve a accionar el pedal, la muela se abre y la pieza procesada cae automáticamente al área designada.
8. El ciclo reinicia de inmediato: la mano derecha vuelve a tomar una nueva pieza desde la caja no.1, y así sucesivamente, manteniendo un flujo de trabajo constante y sin interrupciones hasta cumplir con la producción programada para el turno.

Esta mejora reduce significativamente el tiempo de inactividad entre operaciones, al permitir que ambas manos trabajen de forma simultánea y coordinada. Además, la ubicación estratégica de las cajas minimiza el movimiento innecesario del operador, incrementando la eficiencia general del proceso productivo.

CONCLUSIONES

El presente proyecto permitió identificar e implementar tres mejoras continuas sustanciales en el diseño de la estación de trabajo, las cuales contribuyeron directamente al cumplimiento del objetivo general, a saber, optimizar el diseño y fomentar una cultura de mejora continua. Estas mejoras reflejan la importancia de aplicar metodologías sistemáticas propias de la ingeniería industrial, como el análisis de procesos, la evaluación ergonómica y el rediseño de espacios de trabajo.

A pesar de los avances alcanzados, se identificó como área de oportunidad el ajuste de la mesa en función de las características antropométricas del operario, así como la selección de una silla ergonómica adecuada. La incorporación de criterios ergonómicos es esencial para evitar la fatiga física, mejorar el confort y disminuir el riesgo de trastornos musculoesqueléticos, factores que inciden directamente en la productividad. Según el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST, 2020), un diseño ergonómico adecuado puede incrementar la eficiencia en



un 25% y reducir los errores hasta en un 30%.

Desde la perspectiva formativa, este proyecto también destaca la importancia de entender la mejora continua no solo como una estrategia de calidad, sino como un principio educativo fundamental. Tal y como señalan los autores, el ciclo PDCA (Plan–Do–Check–Act)⁴, constituye una herramienta clave para consolidar procesos de aprendizaje y gestión de calidad sostenibles. En este sentido, formar ingenieros industriales con mentalidad de mejora continua implica dotarlos de capacidades analíticas, creatividad y compromiso ético para enfrentar entornos dinámicos.

La implementación de recursos didácticos innovadores, como la mesa bimanual, permite llevar estos principios a la práctica dentro del aula y del laboratorio. Estas herramientas facilitan un aprendizaje significativo, aplicado a problemas reales del entorno productivo, fortaleciendo competencias clave como el diseño de estaciones de trabajo, la gestión del tiempo, el análisis de movimientos y la ergonomía aplicada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deming, W.E. (1989). *Calidad, productividad y competitividad: La salida de la crisis*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Niebel, B. W. (2004). *Ingeniería Industrial, métodos, estándares y diseño de trabajo*. (11^a edición). México: Alfa y Omega editores.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) (2020). Guía técnica para la evaluación y prevención de riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización.
- Kroemer, K. H. E., & Grandjean, E. (2005). *Fitting the Task to the Human: A Textbook of Occupational Ergonomics*. CRC Press.
- S/A. (1968). Oficina Internacional del Trabajo. *Introducción al estudio del Trabajo*. Ginebra: Journal.

⁴ PLANEE-HAGA-VERIFIQUE-ACTÚE. (Traducción del autor)



ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA EN
ARQUITECTURA: RESULTADOS PRELIMINARES EN LOS CONTEXTOS
MUNDIAL, LATINOAMERICANO Y NACIONAL

COMPARATIVE ANALYSIS OF ACADEMIC EDUCATION IN
ARCHITECTURE: PRELIMINARY RESULTS IN GLOBAL, LATIN AMERICAN,
AND NATIONAL CONTEXTS

Fecha de presentación:	abril/ 2026
Fecha de aceptación:	mayo/ 2026
Fecha de publicación:	junio/2026

Autora:

Daisy de la Caridad Pérez Mato, PhD.

Universidad de Guayaquil. Facultad de arquitectura.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7076-4848>

E-mail: daisy.perezma@ug.edu.ec

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Pérez Mato, D.C. (2026). *Análisis comparativo de la formación académica en arquitectura: resultados preliminares en los contextos mundial, latinoamericano y nacional*. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 191-201.

RESUMEN

El presente estudio tiene la finalidad de identificar tendencias curriculares contemporáneas y diferencias estructurales en los modelos formativos de la carrera de Arquitectura en diferentes contextos. Se utilizó una técnica de muestreo no probabilística e intencional para la selección de diferentes Universidades de referencia a nivel mundial, Latinoamérica y a nivel nacional (Ecuador), teniendo en consideración los Rankings internacionales; QS Architecture y Built Enviromentes Rankings, el respaldo académico Internacional; Times Higher Education Rankings y las fuentes oficiales verificables, como criterios de selección muestral. Los resultados evidencian que las universidades de referencia mundial presentan modelos curriculares altamente flexibles, interdisciplinarios y vinculados con investigación y sostenibilidad. En contraste, las universidades latinoamericanas mantienen un enfoque urbano-social más marcado, mientras que las instituciones ecuatorianas muestran procesos de transición curricular orientados hacia internacionalización e innovación tecnológica. Los principales hallazgos constituyen una base para futuras reformas curriculares



y procesos de evaluación académica en Arquitectura.

Palabras clave: Arquitectura; currículo; interdisciplinariedad; formación académica.

SUMMARY

The present study aims to identify contemporary curricular trends and structural differences in Architecture education models across different contexts. A non-probabilistic intentional sampling technique was employed to select representative universities at the global, Latin American, and national levels (Ecuador), considering international rankings such as the QS Architecture and Built Environment Rankings, the academic recognition provided by the Times Higher Education Rankings, and verifiable official sources as sampling selection criteria. The results reveal that globally recognized universities implement highly flexible and interdisciplinary curricular models strongly linked to research and sustainability. In contrast, Latin American universities maintain a more pronounced urban-social approach, while Ecuadorian institutions demonstrate curricular transition processes oriented toward internationalization and technological innovation. The main findings provide a foundation for future curricular reforms and academic evaluation processes in Architecture education.

Keywords: architecture; academic education; curriculum; interdisciplinarity.

INTRODUCCIÓN

El proceso formativo universitario enfrenta actualmente retos impostergables, relacionados con una época donde lo común y constante son los cambios acelerados a nivel mundial en el orden social, tecnológico, económico, ambiental, cultural y comunicacional que impactan sin lugar a duda en la dinámica de los procesos de formación profesional y en las instituciones de educación superior. En este contexto las Instituciones de Educación superior enfrentan este desafío reformulado progresivamente sus estructuras curriculares intentando responder con éxito a las nuevas demandas vinculadas a la sostenibilidad, digitalización, investigación interdisciplinaria e internacionalización.

La carrera de arquitectura no escapa de este escenario mutante y en este contexto, la gestión de afrontamiento con visión de futuro constituye una realidad insoslayable que implica la actualización curricular y el perfeccionamiento constante de las estrategias



pedagógicas y las metodologías de enseñanza-aprendizaje, a fin de responder a los permanentes cambios que emanan de la realidad contemporánea.

Desde esta mirada, el análisis comparativo de diversos programas académicos constituye una necesidad para identificar las tendencias contemporáneas en la formación profesional, enfoques curriculares y las potenciales diferencias estructurales que caracterizan a los modelos educativos.

En este sentido el propósito fundamental de presente informe radica en exponer los resultados preliminares de un estudio comparativo sobre diferentes carreras de arquitectura en diferentes contextos, a saber; global, latinoamericano y local.

Constituye sin duda una realidad cotidiana que la creciente complejidad de la época que vivimos, el impacto del cambio climático y su manifestación extrema con el fenómeno del Super Niño, así como y la incorporación continua y acelerada de herramientas digitales han generado nuevas exigencias para la formación profesional del arquitecto.

De manera tradicional, la formación académica arquitectónica estuvo estructurada alrededor del taller de diseño como núcleo integrador entre teoría y práctica. Sin embargo, hoy día las demandas reales requieren incorporar sostenibilidad, investigación aplicada, innovación tecnológica y pensamiento interdisciplinario dentro de las estructuras curriculares (Salama, 2015). En este sentido, Schön (1987) sostiene que el aprendizaje en Arquitectura se desarrolla mediante procesos reflexivos asociados a la práctica proyectual.

Sin embargo; es indiscutible que, en la práctica pedagógica de la época, estos procesos incluyen herramientas digitales, tecnológicas, metodologías colaborativas y análisis territoriales complejos que logran transformar de manera significativa la enseñanza tradicional.

A nivel mundial, universidades como The Bartlett School of Architecture, Massachusetts Institute of Technology (MIT), TU Delft y ETH Zurich han consolidado modelos académicos centrados en investigación, sostenibilidad y diseño computacional (ETH Zurich, 2025; MIT Architecture, 2025).

The Bartlett School of Architecture, perteneciente a University College London, es ampliamente reconocida por desarrollar metodologías experimentales e interdisciplinarias



orientadas hacia innovación y exploración crítica del diseño arquitectónico (The Bartlett School of Architecture, 2025).

Por su parte; MIT Architecture integra computación, inteligencia artificial, fabricación digital e investigación interdisciplinaria dentro de sus programas académicos (MIT Architecture, 2025). Asimismo, TU Delft y ETH Zurich se destacan por incorporar sostenibilidad, urbanismo resiliente y eficiencia energética como componentes estructurales del currículo y la formación académica (ETH Zurich, 2025; TU Delft, 2025).

En el contexto de América Latina, universidades como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidade de São Paulo (USP), la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Buenos Aires exhiben enfoques centrados en análisis territorial, urbanismo social y compromiso comunitario (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2025; UNAM, 2025).

En la república del Ecuador, las facultades de Arquitectura evidencian procesos progresivos de perfeccionamiento y actualización curricular a tono con la época actual, relacionados con internacionalización, sostenibilidad e innovación tecnológica. Universidades como la más importante, grande y gloriosa; Universidad de Guayaquil, la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la Universidad de Cuenca y la Universidad San Francisco de Quito han ido incorporando herramientas digitales y enfoques contemporáneos dentro de sus programas de formación académica.

Desde esta mirada el presente artículo tiene como objetivo analizar comparativamente la formación académica en Arquitectura en contextos mundial, latinoamericano y nacional, considerando indicadores curriculares específicos relacionados con duración, créditos, enfoque formativo, modalidad de titulación, porcentaje de talleres proyectuales, flexibilidad curricular e integración interdisciplinaria.

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación se ha desarrollado con un enfoque cualitativo y exploratorio, de alcance descriptivo-comparativo mediante análisis documental de información oficial, publicada por dieciséis universidades seleccionadas, a través de muestreo no probabilístico intencional y estratificado para garantizar la validez externa y la representatividad teórica del



estudio. Los indicadores analizados fueron duración de carrera, sistema de créditos, enfoque principal de formación, modalidad de titulación, porcentaje de talleres de proyecto, flexibilidad curricular e integración interdisciplinaria.

La metodología abarca:

- Revisión de planes de estudio y mallas curriculares.
- Análisis de perfiles de egreso.
- Revisión de información institucional publicada en sitios oficiales.
- Identificación de tendencias académicas y formativas.

La muestra ha sido estructurada en tres estratos de unidades analíticas; lo que asegura contrastar diferentes realidades. La estratificación por regiones asegura la valoración de la enseñanza de la arquitectura respetando la unidad entre lo universal, lo general y lo particular; desde teorías globales hasta realidades prácticas locales. Este muestreo por cuotas contrastante posibilita la triangulación de los datos recopilados, evitando el sesgo de aislar el análisis en el contexto nacional.

Los tres estratos identificados son:

1. Estrato de referente mundial
 - a. Unidades de análisis: MIT, University College London (The Bartlett), TU Delft, ETH
 - b. Zürich, Politecnico di Milano y Universidad Tsinghua.
2. Estrato de referente latinoamericano
Unidades de análisis: UNAM (México), USP (Brasil), UC de Chile, UBA (Argentina) y Universidad de los Andes (Colombia).
3. Estrato de referente nacional
Unidades de análisis: Universidad de Guayaquil, UCSG, Universidad de Cuenca, USFQ y Universidad Tecnológica Indoamérica.

Los criterios utilizados para la selección muestral estuvieron vinculados a los Rankings internacionales; QS Architecture y Built Enviromentes Rankings, el respaldo académico Internacional; Times Higher Education Rankings y las fuentes oficiales verificables. Para garantizar el Reconocimiento académico internacional y el Posicionamiento en rankings especializados de Arquitectura, así como la Representatividad geográfica/



Relevancia académica dentro de cada contexto.

La dimensión analizada a los efectos de este estudio preliminar fue *currículo y formación académica*, considerando los siguientes indicadores:

1. Duración de carrera.
2. Sistema de créditos académicos.
3. Enfoque principal de formación.
4. Modalidad de titulación.
5. Porcentaje de talleres de proyecto.
6. Flexibilidad curricular.
7. Integración interdisciplinaria.

Técnicas e Instrumentos

La información fue sistematizada y organizada mediante matrices comparativas elaboradas a partir del Análisis Documental:

- Mallas curriculares oficiales.
- Perfiles de egreso.
- Reglamentos académicos.
- Documentación institucional.
- Planes de estudio oficiales.

Los indicadores establecidos tienen un gran valor metodológico en tanto son objetivos, medibles y verificables. Pueden ser utilizados en estudios de pertinencia, análisis de competitividad académica y rediseños de carrera, razón por la cual han sido considerados en este estudio.

RESULTADOS

El análisis comparativo realizado evidencia diferencias significativas entre los contextos académicos estudiados.

Con respecto a los créditos, es procedente referirse al sistema establecido por las



universidades, más que a la cantidad de créditos, debido a las diferencias sustanciales. Las universidades europeas se proyectan fundamentalmente bajo sistemas compatibles con créditos ECTS. Politécnico di Milano estructura sus programas en ciclos de Bachelor y Master correspondientes a 180 y 120 créditos ECTS respectivamente (Politécnico di Milano, 2025).

En cuanto a la duración de la carrera y la estructura curricular, TU Delft y ETH Zurich desarrollan modelos académicos secuenciales altamente vinculados con investigación y sostenibilidad (ETH Zurich, 2025; TU Delft, 2025).

En América Latina, por su parte, predominan programas integrados de cinco años o diez semestres. La UNAM mantiene una estructura curricular centrada en talleres de diseño y urbanismo con fuerte énfasis territorial (UNAM, 2025).

En el contexto nacional; Ecuador; las universidades analizadas presentan programas de ocho a diez semestres, manteniendo una alta carga proyectual y orientación profesionalizante, Tal y como puede apreciarse en la Tabla 1.

Tabla 1
“Comparación curricular de programas de Arquitectura”

Universidad	Duración	Enfoque principal	% talleres proyectuales	Flexibilidad curricular	Interdisciplinariedad
The Bartlett School of Architecture	3+2 años	Experimental-investigativo	45%	Alta	Muy alta
MIT Architecture	4+2 años	Tecnológico-investigativo	40%	Muy alta	Muy alta
TU Delft	3+2 años	Sostenibilidad y urbanismo	40%	Alta	Alta
ETH Zurich	3+2 años	Científico-tecnológico	35%	Alta	Muy alta
Politécnico di Milano	3+2 años	Diseño sostenible	35%	Alta	Alta
UNAM	10 semestres	Urbano-social	45%	Media	Alta
USP	10 semestres	Territorial y urbano	40%	Media	Alta
PUC Chile	10 semestres	Diseño contemporáneo	40%	Media-alta	Alta
UBA	6 años	Social y urbano	45%	Media	Media-alta



Universidad de los Andes	10 semestres	Interdisciplinario	40%	Alta	Alta
Universidad de Guayaquil	10 semestres	Profesionalizante	40%	Baja-media	Media
UCSG	9 semestres	Diseño aplicado	40%	Media	Media
Universidad de Cuenca	10 semestres	Territorial-patrimonial	45%	Media	Alta
USFQ	10 semestres	Innovación e internacionalización	40%	Alta	Alta
Universidad Indoamérica	8 semestres	Profesional aplicado	35%	Media	Media

Fuente: Datos tomados de la bibliografía consultada.

Uno de los principales hallazgos científicos del estudio corresponde a la identificación de tres modelos contemporáneos de formación en arquitectura.

Modelo investigativo-tecnológico. Presente principalmente por MIT, ETH Zurich y TU Delft. Este modelo prioriza:

- ✓ Investigación aplicada.
- ✓ Diseño computacional.
- ✓ Fabricación digital.
- ✓ Innovación tecnológica.
- ✓ Sostenibilidad avanzada.

Modelo socio-territorial. Representado de manera predominante por las universidades latinoamericanas como UNAM, USP y UBA. Sus características principales son:

- ✓ Urbanismo social.
- ✓ Análisis territorial.
- ✓ Hábitat comunitario.
- ✓ Compromiso social.
- ✓ Patrimonio cultural.

Modelo profesionalizante aplicado. El característico fundamentalmente en las universidades ecuatorianas. En este modelo prevalece:



- ✓ Formación práctica profesional.
- ✓ Diseño arquitectónico aplicado.
- ✓ Construcción y normativa.
- ✓ Herramientas digitales orientadas al ejercicio profesional.

Esta tipología de clasificación comparativa de modelos formativos en arquitectura permite tal vez comprender la significativa influencia de las condiciones culturales, económicas y académicas sobre las estructuras curriculares universitarias, lo cual convierte este resultado en una importante contribución del presente estudio.

El análisis realizado con respecto a la Flexibilidad curricular e interdisciplinariedad también evidencia diferencias sustanciales.

En el caso del contexto internacional, las universidades muestran mayor tendencia a la flexibilidad curricular, que en los contextos latinoamericano y nacional. Esta flexibilidad internacional es lograda mediante asignaturas electivas, trayectorias personalizadas, programas con una real interdisciplinariedad y laboratorios colaborativos. MIT Architecture y The Bartlett permiten altos niveles de personalización curricular e integración con ingeniería, ciencias computacionales y ciencias ambientales (MIT Architecture, 2025; The Bartlett School of Architecture, 2025).

A diferencia, las universidades latinoamericanas y ecuatorianas estudiadas mantienen estructuras curriculares más secuenciales, estrictas y con un menos grado de flexibilidad.

De modo que los resultados permiten plantear que son las universidades de referencia mundial las que presentan los modelos curriculares más flexibles, interdisciplinarios y vinculados con investigación y sostenibilidad; elementos asociados con innovación académica y producción científica. Mientras que, por su parte, las universidades latinoamericanas mantienen un enfoque urbano-social más marcado. En contraste las instituciones de educación superior ecuatorianas que forman parte de este estudio muestran procesos de transición curricular orientados hacia internacionalización e innovación tecnológica.

Estos hallazgos sugieren indiscutiblemente una tendencia a la transformación progresiva de la enseñanza y la formación arquitectónica universitaria, hacia modelos



interdisciplinarios, tecnológicos y sostenibles para responder a las reales exigencias del entorno social.

Coincidiendo con Salama (2015), las escuelas contemporáneas de Arquitectura han comenzado a integrar metodologías flexibles capaces de responder a problemáticas urbanas complejas y dinámicas territoriales cambiantes.

CONCLUSIONES

La formación académica en arquitectura atraviesa un proceso de transformación continua, derivado de aspectos de significativa actualidad, sostenibilidad, digitalización e interdisciplinariedad.

El análisis comparativo permitió identificar convergencias y similitudes, a tono con la permanencia del taller proyectual como núcleo formativo, la necesidad de la incorporación progresiva de herramientas digitales, el fortalecimiento de la sostenibilidad y la Internacionalización académica. Sin embargo, se mantienen diferencias importantes respecto a la flexibilidad curricular, el sistema de créditos, la integración interdisciplinaria y la modalidad pedagógica.

El principal resultado científico del estudio consiste en la identificación de tres modelos contemporáneos de formación arquitectónica, a saber, el investigativo-tecnológico, el socio-territorial y el profesionalizante aplicado. Estos hallazgos constituyen una base para futuras investigaciones relacionadas con la innovación curricular, la evaluación académica y los procesos de rediseño de programas universitarios de Arquitectura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ETH Zurich. (2025). *Department of Architecture*. <https://arch.ethz.ch/en.html>

Massachusetts Institute of Technology. (2025). *Architecture program*.
<https://architecture.mit.edu/>

Politecnico di Milano. (2025). *School of Architecture Urban Planning Construction Engineering*. <https://www.auic.polimi.it/en/>

Pontificia Universidad Católica de Chile. (2025). *Escuela de Arquitectura*.



<https://arquitectura.uc.cl/>

Salama, A. M. (2015). *Spatial design education: New directions for pedagogy in architecture and beyond*. Routledge.

Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. Jossey-Bass.

The Bartlett School of Architecture. (2025). *Architecture programmes*.

<https://www.ucl.ac.uk/bartlett/architecture/>

TU Delft Faculty of Architecture and the Built Environment. (2025). *Education programmes*.

<https://www.tudelft.nl/en/architecture-and-the-built-environment>

Universidade de São Paulo. (2025). *Faculdade de Arquitetura e Urbanismo*.

<https://www.fau.usp.br/>

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. (2025). *Carrera de Arquitectura*.

<https://www.ucsg.edu.ec/>

Universidad de Buenos Aires. (2025). *Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo*.

<https://www.fadu.uba.ar/>

Universidad de Cuenca. (2025). *Carrera de Arquitectura*. <https://www.ucuenca.edu.ec/>

Universidad de Guayaquil. (2025). *Facultad de Arquitectura y Urbanismo*.

<https://www.ug.edu.ec/>

Universidad de los Andes. (2025). *Departamento de Arquitectura*.

<https://arquitectura.uniandes.edu.co/>

Universidad Indoamérica. (2025). *Carrera de Arquitectura*. <https://indoamerica.edu.ec/>

Universidad Nacional Autónoma de México. (2025). *Licenciatura en Arquitectura*.

<https://www.oferta.unam.mx/arquitectura.html>

Universidad San Francisco de Quito. (2025). *Carrera de Arquitectura*.

<https://www.usfq.edu.ec/es/carreras-de-pregrado/arquitectura>



LA NOTIFICACIÓN PERSONAL EN EL MARCO DE LA LEY 2213 DE
2022: UNA REVISIÓN CRÍTICA DE LA IMPLEMENTACIÓN Y DESAFÍOS FUTUROS
EN EL DERECHO PROCESAL

PERSONAL NOTIFICATION WITHIN THE FRAMEWORK OF LAW 2213 OF 2022: A
CRITICAL REVIEW OF THE IMPLEMENTATION AND FUTURE CHALLENGES IN
THE EXERCISE OF PROCEDURAL LAW

Autora:

Abg. Viviana Andrea Galvis Velandia, PhD.

Especialista en Derecho Penal de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.
Magister en Derechos Humanos de la Universidad Industrial de Santander.
Doctora en Derecho de la Universidad Católica de Colombia.
Docente de la Universidad *Francisco de Paula* Santander Cúcuta y Servidora Judicial.
ORCID: [0009-0005-2305-6095](https://orcid.org/0009-0005-2305-6095)
E-Mail: vivianaandreagv@ufps.edu.co

Fecha de presentación:	enero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/ 2026

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Galvis Velandia, V.A. (2026). La notificación personal en el marco de la ley 2213 de 2022: una revisión crítica de la implementación y desafíos futuros en el derecho procesal. *Revista Pensamiento Científico Latinoamericano*, 5(9), 202-215.

RESUMEN

El presente trabajo analiza la institución jurídica de la notificación personal al demandado en materia civil bajo la normativa vigente en Colombia, particularmente el Código General del Proceso y la Ley 2213 de 2022. Desde un enfoque socio-jurídico, se examinan las tensiones entre eficiencia procesal y garantías del debido proceso derivadas de la incorporación de tecnologías de la información y las comunicaciones. La investigación combina análisis normativo y evidencia empírica obtenida mediante encuesta aplicada a actores del sistema judicial en los Juzgados de Pequeñas Causas de Cúcuta. Los resultados muestran una percepción positiva en términos de celeridad, pero evidencian brechas estructurales de acceso, capacitación y seguridad jurídica. Se concluye que la eficacia de la notificación electrónica depende menos de su diseño normativo y más de las condiciones materiales de implementación.

Palabras clave: Mensaje de datos, notificaciones electrónicas, CGP, Ley 2213 de 2022.

ABSTRACT

This study analyzes the legal institution of personal service on the defendant in civil proceedings under the current Colombian legal framework, particularly the General Code of Procedure and Law 2213 of 2022. From a socio-legal perspective, it examines the tensions between procedural efficiency and due process guarantees arising from the incorporation of information and communication technologies. The research combines normative analysis with empirical evidence obtained through a survey conducted among judicial actors in the Small Claims Courts of Cúcuta. The findings indicate a positive perception in terms of efficiency, but reveal structural gaps in access, training, and legal certainty. It is concluded that the effectiveness



of electronic service depends less on its regulatory design and more on the material conditions of its implementation.

Keywords: Data message, electronic notifications, CGP, Law 2213 of 2022.

INTRODUCCIÓN

La incorporación de la notificación electrónica en el proceso civil colombiano, consolidada con la Ley 2213 de 2022, constituye un punto de inflexión en la forma en que se materializa el derecho de defensa y la publicidad de las actuaciones judiciales. Más que una simple herramienta tecnológica, se trata de una transformación en la dinámica del proceso, orientada a responder a las exigencias de celeridad y eficiencia en la administración de justicia.

No obstante, la transición hacia entornos digitales no es neutra. Aunque la digitalización promete importantes ventajas en términos de reducción de tiempos y costos, también introduce desafíos asociados al acceso efectivo a la justicia, la seguridad de las comunicaciones y la capacidad de los usuarios para interactuar con las herramientas tecnológicas disponibles.

En la práctica, la implementación de la Ley 2213 de 2022 ha evidenciado dificultades relacionadas con su interpretación y aplicación, particularmente en lo concerniente a la notificación personal al demandado. La coexistencia entre el modelo tradicional previsto en el Código General del Proceso y el esquema digital ha generado tensiones operativas y jurídicas que impactan directamente en la garantía del debido proceso.

En este contexto, el presente artículo se propone analizar las principales dificultades que presenta la notificación personal electrónica en el marco de la Ley 2213 de 2022, a partir de la articulación entre el estudio normativo y la evidencia empírica. En particular, se busca identificar en qué medida los avances en eficiencia se ven acompañados, o tal vez no de condiciones que garanticen un acceso material efectivo a la justicia.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La implementación de la Ley 2213 de 2022, pese a recoger los avances del Decreto 806 de 2020, continúa generando dificultades en su interpretación y aplicación práctica, especialmente en lo relacionado con la notificación personal al demandado. En la práctica judicial, persisten tensiones derivadas de la coexistencia entre el régimen tradicional del Código General del Proceso y el modelo digital, así como limitaciones asociadas al uso de herramientas tecnológicas por parte de los usuarios del sistema. A ello se suma que, a pesar de que la notificación electrónica ha sido concebida como un mecanismo más ágil y eficiente, también ha suscitado cuestionamientos en torno a su seguridad y a las garantías del debido proceso (Rojas Gómez, 2022). En este contexto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las principales dificultades en la aplicación de la notificación personal electrónica en el marco de la Ley 2213 de 2022 y qué implicaciones tienen para resguardar el debido proceso?



METODOLOGÍA

La investigación adopta un enfoque socio-jurídico con predominio cualitativo y apoyo cuantitativo descriptivo. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, con 89 participantes entre abogados, usuarios, funcionarios y empleados judiciales asociados a los juzgados civiles de pequeñas causas de la ciudad de Cúcuta, en Colombia, departamento Norte de Santander.

El instrumento consistió en un cuestionario estructurado con preguntas cerradas y abiertas, distribuido mediante medios digitales (correo electrónico y WhatsApp). El análisis cualitativo se realizó a través de codificación temática, identificando categorías como acceso, eficiencia, barreras y percepción de seguridad. Los datos cuantitativos se emplearon como apoyo descriptivo.

En términos de validez, se reconoce que los resultados no son generalizables, pero sí permiten identificar tendencias relevantes en contextos similares.

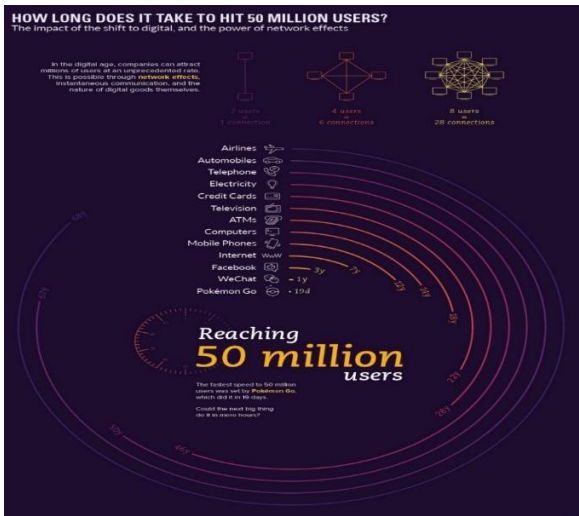
La implementación del Código General del Proceso y las TICs

El actual Código General Del Proceso, elaborado por el Instituto Colombiano de Derecho Procesal y aprobado por el Congreso mediante la Ley 1564 de 2012, constituye una respuesta visionaria respecto a las necesidades de justicia para los usuarios del sistema en Colombia, además una herramienta frente a los desafíos planteados por el siglo que recién iniciaba; buscando fortalecer la confianza en la justicia, la cual requiere respuestas en términos razonables, enmarcadas en los principios de celeridad, garantías procesales, eficiencia, dejando abierta la posibilidad de incorporar los avances en Tecnologías de la Información y las comunicaciones (TIC) en la administración de Justicia.

En consonancia con lo anterior, resulta de suma importancia resaltar el Plan Estratégico de Transformación Digital de la Rama Judicial PETD 2021-2025, cuyos objetivos de manera general comprenden la masificación y digitalización del acceso a la Justicia, la implementación del expediente electrónico, el aumento del conocimiento digital y el uso de apropiación de los sistemas, el mejoramiento de la agilidad interna en la gestión de los procesos judiciales, la implementación de herramientas que permitan la asistencia en la toma de decisiones basadas en datos, y el poder garantizar la seguridad, trazabilidad y transparencia, mediante el uso de Big Data, Machine Learning, Movilidad, Redes Sociales y la inteligencia artificial (IA) como herramienta de procesamiento de texto, búsqueda de información, sistematización de jurisprudencia, verificación de datos e incluso para asistir como apoyo en las decisiones judiciales. Este plan estratégico logra materializar lo dispuesto en el artículo 103 del Código General del Proceso (CGP), en cuanto al uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.



Imagen 1. ¿Cuánto tiempo se necesita para llegar a 50 millones de usuarios?



Fuente: Tomada de: Desjardins, J. (2018). How long does it take to hit 50 million users?

Estos cambios recientes en materia de justicia e introducción de tecnología han causado impactos a los usuarios del sistema de justicia, funcionarios y servidores judiciales, por la manera en que debieron ser implementadas y adoptadas en el curso de la pandemia. Impactos que van desde la misma disponibilidad de las tecnologías, pasando por el aprendizaje en el manejo y la velocidad en que debieron ponerse en marcha, con el agravante que todo debía desarrollarse en confinamiento.

En décadas anteriores masificar el uso de las nuevas tecnologías podía tomar incluso años, 14 años tuvieron que pasar para para lograr que 50 millones de personas en el mundo hicieran uso del computador, 7 años para el internet, menos de 1 año para los Wechat y 19 días a Pokémon Go (J. Desjardins, 2018), situación que ilustra la forma como hemos avanzado en la producción, adopción y apropiación de estas herramientas digitales, y que hoy nos enfrenta a la necesidad de seguir implementando el uso de estas tecnologías que favorecen el acceso a la justicia, la tutela judicial efectiva y la posibilidad de cumplir los objetivos en cuanto a términos razonables en el trámite de los procesos, planteados en el Código General del Proceso.

El Decreto legislativo 806 de 2020 y el Covid’19

El 4 de junio de 2020, en virtud de la declaración del estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica causado por la pandemia del Covid19, el Presidente de la República profiere el Decreto 806 de 2020 a fin de contrarrestar los efectos y la crisis generada en la administración de justicia, en donde fueron necesarias medidas como la suspensión de términos judiciales decretada a partir del Acuerdo PCSJA20-11517 del 15 de marzo de 2020 del CSJ y el cual se prorrogó hasta finales de junio de 2020 mediante el Acuerdo PCSJA20-11556 del CSJ. La pandemia trajo consigo la implementación del trabajo en casa para los funcionarios y servidores judiciales, la adopción de correos electrónicos institucionales para recepcionar memoriales de



manera digital, implementación de la firma digital, audiencias virtuales en materia civil, el establecimiento de protocolos para diligencias de remate, y, finalmente como respuesta del gobierno nacional en medio de la emergencia económica, social y ecológica, dicta el Decreto 806 de 2020 con una vigencia de 2 años, por el cual se adoptaron medidas para la implementación de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en las actuaciones judiciales para agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia, medida que perdió vigencia el 4 de junio de 2022 y logro dejar un aprendizaje y un camino adelantado en la verdadera implementación de la virtualidad en la administración de justicia.

En materia de notificaciones, el artículo 8 del Decreto 806 de 2020 establecía la notificación mediante mensaje de datos, o al menos era muy precisa en indicar que las notificaciones que se realizaban de manera personal, podrían realizarse mediante el envío de mensaje de datos, la cual consistía en la remisión de la providencia, la demanda y los anexos, teniendo por surtida la misma dos días después de haber enviado el mensaje, vencidos los dos días, se iniciaba al cómputo de los términos judiciales. Vale aclarar que la garantía de publicidad de las providencias se da con la comprobación de la recepción del mensaje, sea porque el mismo destinatario lo confirme, lo haga el correo de manera automática o se logre la certificación mediante empresa de comunicaciones.

El Decreto 806 además eliminó tácitamente la citación prevista en el Código General del Proceso a comparecer a notificarse de manera personal y de igual manera la notificación por aviso. El artículo 8 de dicha normatividad indica que se hace solo la remisión de la providencia, la demanda y anexos respectivos, lo cual significa que es una notificación más rápida y celera en términos judiciales para el extremo actor de las *litis*.

Como requisito de esta notificación se exigió la afirmación bajo juramento, entendida con la presentación de la petición, que la dirección electrónica utilizada, correspondía a la usada por el destinatario; la parte demandante debía informar la manera como la obtuvo y sumado a ello, debía aportar pruebas que corroboran lo dicho. Una determinación que bien podría afirmarse riñe con el principio de la buena fe, aunque de la práctica también podría pensarse en la garantía a un debido proceso al demandado, o por lo menos asegurar la existencia de dicho correo electrónico y la forma lícita de su consecución, para con ello tener una garantía de defensa para la parte demandada.

La garantía del Derecho Humano al Internet en la administración de justicia

Cuando hablamos de conectividad, red, inteligencia artificial, chat, Big Data, Machine Learning, Movilidad y Redes Sociales necesariamente debemos pensar en lo que implica el uso y aplicación de estas tecnologías en cuanto al acceso y la disponibilidad.



Partiendo de la idea de “Conectividad”, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2011 declaró el acceso a internet como un derecho humano, indicando que como herramienta favorece el desarrollo y el progreso de la sociedad, así mismo, permite la realización de otros derechos como la salud, la educación, el trabajo y en este caso podría hablarse del acceso a la justicia, debido proceso, igualdad y otras garantías fundamentales consagradas en nuestra constitución. Las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones hacen parte fundamental de las sociedades modernas.

La implementación de las TIC en la administración de justicia debe ir de la mano en la garantía del derecho humano a la internet. Los principios de universalidad, indivisibilidad, independencia y progresividad de los derechos humanos son un mandato para los Estados; en este caso para el acceso a la justicia civil, comprende igualdad ante la ley, debido proceso, plazo razonable, derivados del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) en el artículo 14.

El Decreto 806 de 2022 refiere concretamente al uso de las TIC en las actuaciones judiciales, indicando la importancia de asegurar el acceso a grupos minoritarios, poblaciones remotas, sector rural, debiendo hacer los ajustes necesarios para garantizar la participación de estos en las actuaciones, invocando la protección derivada de tratados y convenios internacionales que enmarcan la garantía de acceso a la justicia en igualdad de condiciones reconociendo la existencia de la brecha digital en el país. Como respuesta a esta obligación, se observa en el parágrafo segundo del artículo 2: “Los municipios, personerías y otras entidades públicas, en la medida de sus posibilidades, facilitarán que los sujetos procesales puedan acceder en sus sedes a las actuaciones virtuales”.

Una medida que, en virtud del principio de colaboración armónica entre las entidades públicas buscaba garantizar el logro de los fines del Estado, promoviendo la inclusión, la equidad en el acceso a la justicia en entornos digitales, materializando las disposiciones contenidas en el Decreto. El parágrafo segundo del artículo 2 del Decreto 806 de 2020 se convierte en una garantía a la defensa de los intereses y derechos de las personas que son demandadas, y, paralelamente en una consecución de acceso a las nuevas tecnologías y comunicaciones de las poblaciones que por condiciones sociales o demográficas les es difícil acceder a las mismas.

En Colombia, en el año 2022, fue presentado el proyecto de Acto Legislativo No. 442 C, a fin de categorizar el derecho al internet como derecho fundamental, sin embargo, esta iniciativa fue archivada al igual que la iniciativa del año 2021 No. 052 C; al respecto, la Corte Constitucional en Sentencia T-372 de 2023 hace importantes pronunciamientos, tales como: “*el acceso al internet no se puede considerar como un mero instrumento para la materialización de otros derechos, sino que, en los términos de la jurisprudencia de esta Corte, debe ser considerado en sí mismo como un derecho (...)*” y finaliza indicando que en virtud del bloque de



constitucionalidad¹ el internet es un derecho fundamental, que implica unos deberes de abstención y prestación a cargo del Estado.

La Constitución Política de 1991 en su artículo 20 reconoce el derecho de todas las personas a la libertad de expresión y establece que el Estado debe garantizar el acceso a los servicios de información y comunicación, lo cual podría interpretarse en algunos casos como un respaldo al acceso a Internet como un derecho.

De acuerdo con S.F. Alvino (2024) a principios de 2024, Colombia contaba con una población de usuarios de Internet de 39.51 millones, lo que representa una tasa de incursión del 75.7 %, siendo el celular el dispositivo más utilizado en la población entre 16-64 años, según el Centro Nacional de Consultoría para el Desarrollo (CNDD 2023), WhatsApp se posiciona como la segunda plataforma de redes sociales más popular en Colombia, con una penetración del 71,7%. Esta aplicación de mensajería brinda a los usuarios la posibilidad de intercambiar mensajes de texto, compartir imágenes, videos, realizar llamadas de audio y video; Asimismo, ofrece la funcionalidad de crear grupos para facilitar la comunicación con múltiples personas simultáneamente. De esta manera se observa como la conectividad en Colombia tiene un alto grado de participación, habrá de analizarse el porcentaje de participación rural, ya que, en las zonas rurales y aisladas de las grandes urbes existen factores sociales y demográficos que impiden el uso normal de las nuevas tecnologías y comunicaciones, al no existir la infraestructura necesaria.

La dinámica de la Notificación personal en el CGP y la Ley 2213 de 2022

La notificación judicial es la manera mediante la cual se da a conocer una providencia con el lleno de las formalidades legales a las partes e incluso en ocasiones a los terceros intervinientes, para dar inicio al proceso, adelantar su trámite o finalizar el mismo.

Frente a la notificación que se infiere en el presente texto, encontramos en el artículo 290 del CGP en el que se indica que se deben hacer notificaciones de manera personal a los siguientes autos y/o providencias: 1- el auto admisorio de la demanda, 2- el mandamiento ejecutivo y 3- Auto que ordena citar a terceros o funcionarios públicos; las demás actuaciones procesales se surtirán por estado y en estrados. Es necesario precisar que los métodos de notificación que prevé el estatuto procesal tienen una finalidad la cual es garantizar la publicidad de las actuaciones judiciales, activando el derecho de defensa y contradicción que tienen las partes. Las notificaciones cumplen la función de dar apertura al debate procesal.

Actualmente, en Colombia, coexisten dos normativas que regulan esta institución procesal: el Código General del Proceso y la Ley 2213 de 2022, la parte demandante tiene la libertad de escoger cuál de ellos van a utilizar sin que se puedan combinar o armonizar, situación ya prevista y decantada por la Honorable Corte Suprema de Justicia Sala Civil en sentencia STC16733-2022 en la que preciso:

¹ Artículo 93 de la Constitución Política de 1991.



...los sujetos procesales tienen la libertad de optar por practicar sus notificaciones personales, bien bajo el régimen presencial previsto en el Código General del Proceso –arts. 291 y 292-, o por el trámite digital dispuesto en la Ley 2213 de 2022 - art. 8-. «dependiendo de cuál opción escoja[n], deberá[n] ajustarse a las pautas consagradas para cada una de ellas, a fin de que el acto se cumpla en debida forma. (p.43)

En la misma sentencia la Corte aclara que el espíritu del legislador al promulgar la Ley 2213 de 2022 fue la de dar a los usuarios una alternativa en la que haciendo uso de los medios electrónicos actuales, pudiese suplir este trámite de notificación atendiendo a una disminución en tiempo y dinero.

Notificación Personal a la luz del CGP

El Código General del Proceso en su artículo 291 señala la práctica para la notificación personal, consiste en la remisión de una comunicación al demandado, conminándolo a presentarse a la sede judicial a recibir notificación del auto admisorio o del mandamiento ejecutivo librado en su contra, informándole de la existencia del proceso, su naturaleza y la fecha de la providencia a notificar. Pasados cinco (5) días si la persona convocada reside en la misma ciudad, 10 días si reside en municipio diferente a la sede del juzgado, o 30 días si reside en el extranjero y si la persona no comparece a notificarse, (debiendo tener constancia del envío y de la recepción de esta), se procede a enviar la notificación por aviso.

En el CGP la citación a notificarse puede ser enviada a una dirección física o en caso de tener conocimiento de la dirección electrónica, también es válido el envío de la citación a dicha dirección, una característica muy particular de la notificación en CGP es que no exige el juramento ni la declaración de la forma en que se obtuvo la dirección electrónica. En el escrito de la demanda se registran las direcciones para la notificación, como lo señala el artículo 82 numeral 10 el deber de “*informar la dirección física y electrónica que tengan o estén obligados a llevar*”.

La notificación por aviso comprende la comunicación que indique la fecha de la providencia que se notifica, el nombre del juzgado que lleva el proceso, la naturaleza del mismo, el nombre de las partes y la advertencia de que la notificación se tiene por surtida al finalizar el día siguiente de la entrega. Con el aviso en tratándose de mandamiento ejecutivo o auto admisorio de la demanda, deberá adjuntarse la providencia a notificar.

En la práctica, los abogados en virtud de lo dispuesto en el artículo 91 del CGP, al notificar adjuntan la demanda y los anexos del caso. La copia del auto admisorio, indicando el término previsto para pronunciarse, es muy importante la entrega de la demanda y los anexos para que se compute el termino de traslado; la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia sala de Casación Civil y Agraria, en sentencia STC6685-2024, realizó un pronunciamiento al respecto de no hacerlo en debida forma, en este caso tuteló el derecho del accionante en proceso de restitución de Tierras al no haber tenido en cuenta que el opositor convocado, tuvo acceso a la



demanda y los anexos, en fecha diferente a la cual se le notificó el auto admisorio, recordando que “*el término de traslado solamente correrá a partir del día hábil siguiente a aquel en el que se suministraron las referidas piezas del expediente a la parte recientemente notificada*»”.

Cuando se desconoce la dirección del demandado, el parágrafo 2° del artículo 292 del CGP dispone que el interesado puede solicitarle al juez oficiar a determinadas entidades públicas o privadas, ordenándoles que suministren la información de contacto para la localización del demandado; con la ley 2213 de 2022 el juez de oficio puede intentar obtener esta información en diferentes entidades cuando se desconozca dirección para notificación.

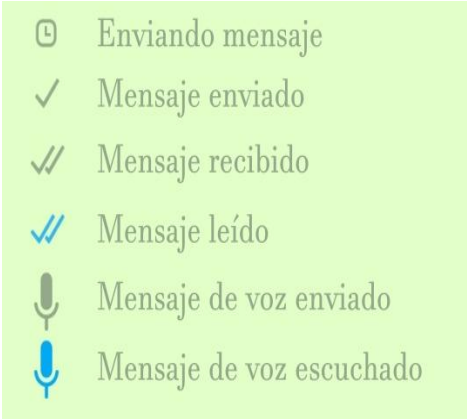
Notificación Personal en virtud de la Ley 2213 de 2022

La notificación personal al demandado con la Ley 2213 de 2022, abre un abanico de herramientas que permiten agilizar los trámites mediando el uso de las tecnologías y de los diferentes canales de comunicación electrónica.

La jurisprudencia al respecto ha hecho importantes aclaraciones respecto a los canales para la notificación electrónica, en virtud de la Ley 2213 puede efectuarse no solo mediante mensaje de datos a una dirección de correo electrónico, sino que además puede hacerse uso de las aplicaciones de mensajería instantánea llámense Wechat, para nuestro caso en concreto WhatsApp, Messenger y las que en el futuro se tengan, lo indispensable en estos novedosos canales es la demostración de la recepción del mensaje, en este caso de la notificación personal, no requiere el envío de la citación, como si lo hace el CGP, basta con remitir la providencia, certificar la recepción del mensaje, mediante las evidencias que genera cada plataforma; para el caso de WhatsApp, se tiene que un *check* gris es la confirmación del envío del mensaje, dos *check* de color gris confirman la entrega del mensaje y cuando es posible ver el color azul en los *check* (ver imagen 2), se confirma la lectura del mismo. En los correos electrónicos, de cuentas personales no proveen de un medio de confirmación de la recepción del mensaje de datos, por lo que es necesario acudir a soluciones de terceros, como las empresas de comunicación que cuentan con herramientas que certifican la recepción del mensaje.

Así mismo viene al caso la precisión sobre lo dispuesto en el artículo 6 de la ley 2213 de 2022, el traslado de la demanda se realiza al demandado, de manera simultánea con la presentación o radicación de la misma exceptuando, cuando en el trámite se soliciten medidas cautelares o se desconozca la dirección electrónica del demandado; en ese caso, se debe acreditar el envío de la demanda y los anexos a la dirección física si la conoce o indicar el desconocimiento para evitar la inadmisión por esta causa. Admitida la demanda, procede a la notificación personal del auto admisorio, iniciando el cómputo de los términos de traslado y ejecutoria dos días hábiles siguientes al acuse de recibo.

Imagen 2. Diagrama iconos notificación WhatsApp



Fuente: Adaptado de: "Qué significa el doble *check* azul y los otros iconos de estado de WhatsApp para los mensajes?" Fernández, Y. (2018).

Continuando con el estudio de la notificación electrónica, la nueva norma no imposibilita la notificación establecida en el CGP, coexisten las dos disposiciones, en este caso basta con librar la notificación, adjuntando la providencia que admite la demanda. Es necesario probar la recepción del mensaje de datos por los medios que disponga la plataforma utilizada. La norma contempla que la notificación se considera realizada transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje, esta precisión discutida por algunos doctrinantes fue aclarada en Sentencia C-420 de 2020, que declara la constitucionalidad del Decreto 806 de 2020, y expuesta nuevamente en la Sentencia STC16733 de 2022 en la que se indica:

Igualmente, no hay problema en admitir que -por presunción legal-es con el envío de la providencia como mensaje de datos que se entiende surtida la notificación personal y, menos, con reconocer que no puede iniciar el cómputo del término derivado de la determinación notificada si se demuestra que el destinatario no recibió la respectiva comunicación, (p.15)

para lo cual es necesario probar la recepción del mensaje para surtir la notificación personal, y por ende el inicio del cómputo de términos se da transcurridos dos días hábiles después de que el administrador certifique el recibo de la comunicación.

En esta nueva regulación, el legislador trajo los condicionamientos del artículo 8 del Decreto 806:

- 1- Que el interesado afirme bajo juramento que la dirección electrónica o sitio utilizado corresponde al utilizado por la persona a notificar.
- 2- Debe informar la manera como tuvo conocimiento de la dirección aportada.
- 3- Finalmente debe allegar las evidencias correspondientes, ejemplo prueba de comunicaciones cruzadas entre el uno y el otro.

Finalmente, se observa que la norma incorpora la oficiosidad del juez cuando se desconozcan las direcciones de contacto del demandado, facultándolo para solicitar información sobre direcciones electrónicas en cámaras de comercio, superintendencias, entidades públicas o privadas, e incluso acudir a las disponibles en páginas o sitios web. En este sentido, ya no se



requiere que la solicitud provenga de la parte, otorgándole al juez herramientas adicionales para garantizar la notificación personal del demandado.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados evidencian una valoración mayoritariamente positiva de la notificación electrónica en términos de eficiencia: el 83% de los participantes considera que ha contribuido a mejorar los procesos judiciales, especialmente en lo relacionado con la reducción de tiempos y la agilidad en las actuaciones.

No obstante, este resultado adquiere un matiz distinto al analizarse en conjunto con otras variables relevantes. El 42% de los encuestados percibe que no existe igualdad en el acceso al sistema, lo que sugiere que los beneficios asociados a la eficiencia no se distribuyen de manera homogénea entre los usuarios.

Desde una perspectiva teórica, este hallazgo permite afirmar que la digitalización del proceso no elimina las desigualdades preexistentes, sino que puede reproducirlas o incluso profundizarlas. La brecha digital, entendida como la diferencia en el acceso, uso y apropiación de la tecnología, se configura como un factor determinante en la efectividad del derecho de defensa (Balaguer Pérez, 2024).

En la misma línea, la falta de capacitación constituye una barrera significativa. El 82% de los encuestados manifestó no haber recibido formación en el uso de herramientas tecnológicas aplicadas a la notificación electrónica, lo que incide directamente en la comprensión de los actos procesales y en la adecuada gestión de los términos judiciales.

Este elemento no es menor, en la medida en que la eficacia de la notificación no se agota en su envío o recepción, sino que exige un entendimiento real por parte del destinatario. En este sentido, la ausencia de formación puede traducirse en riesgos para la seguridad jurídica y el ejercicio efectivo del derecho de defensa.

De igual forma, los hallazgos coinciden con lo planteado por Rojas Gómez (2022), en cuanto a que los mecanismos digitales, si bien optimizan la eficiencia del proceso, pueden implicar una reducción en las garantías procesales cuando no se encuentran acompañados de condiciones adecuadas de implementación.

En consecuencia, es posible identificar una tensión estructural entre eficiencia y garantía. La notificación electrónica contribuye a la celeridad del proceso, pero puede debilitar el debido proceso si no se asegura un acceso material efectivo, así como condiciones mínimas de comprensión y uso por parte de los sujetos procesales.

CONCLUSIONES



La notificación electrónica representa un avance relevante en la modernización de la justicia civil, especialmente en términos de celeridad y eficiencia. No obstante, su implementación evidencia que la tecnología no es neutral ni logra una cobertura realmente amplia: su impacto depende de condiciones sociales, económicas y educativas.

El principal aporte de este estudio radica en evidenciar que la efectividad de la notificación electrónica no puede medirse únicamente en términos de rapidez, sino también en su capacidad de garantizar el ejercicio real del derecho de defensa y acceso a la justicia.

En consecuencia, se requiere fortalecer políticas de inclusión digital, capacitación y estandarización de criterios judiciales.

Finalmente, se plantea la necesidad de continuar investigando el impacto de las TIC en el proceso judicial desde enfoques empíricos que permitan evaluar su implementación real.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acto Legislativo 01 de 2025. (2025, febrero 6). *Por el cual se modifica el artículo 65 de la Constitución Política de Colombia*.
- Alvino, C. (2024). *Estadísticas de la situación digital de Colombia en 2024*.
<https://branch.com.co/marketing-digital/situacion-digital-de-colombia-en-el-2024/>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991, julio 20). *Constitución Política de Colombia*.
- Azula Camacho, J. (2016). *Manual de derecho procesal: Tomo I. Teoría general del proceso* (11.ª ed.). Editorial Temis.
- Balaguer Pérez, A. (2024). *Cátedra Jean Monnet gobernanza y regulación en la era digital: Derecho a internet, brecha digital y relación electrónica con la administración* [Archivo PDF].
https://blogs.uned.es/govredig/wp-content/uploads/sites/485/2024/05/5_Administracion-electronica_I_2_Brecha-digital-DESKTOP-MIM6MVJ.pdf
- Bejarano Guzmán, R. (2012). *Código General del Proceso y Código de Procedimiento Civil: Cuadro comparativo*. Universidad Externado de Colombia.
- Centro Nacional de Consultoría. (2023). *Apropiación digital 2023*.
https://www.centronacionaldeconsultoria.com/_files/ugd/c967c2_00cab63b2c224c9d9e16dd5cdbda022c.pdf
- Consejo Superior de la Judicatura. (2015, octubre 29). *Acuerdo PSAA15-10402*.
- Consejo Superior de la Judicatura. (2020). *Plan estratégico de transformación digital de la Rama Judicial (2021–2025)*.
https://www.ramajudicial.gov.co/documents/2339481/48916557/Anexo1Acuerdo11631P-ETD2021_2025.pdf
- Consejo Superior de la Judicatura. (2020, marzo 15). *Acuerdo PCSJA20-11517*.
- Consejo Superior de la Judicatura. (2020, mayo 22). *Acuerdo PCSJA20-11556*.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Sage.
- Decreto 196 de 1971. (1971, febrero 12). *Por el cual se dicta el estatuto del ejercicio de la abogacía*.



- Decreto 806 de 2020. (2020, junio 4). *Por el cual se adoptan medidas para implementar las TIC en las actuaciones judiciales*.
- Desjardins, J. (2018). *How long does it take to hit 50 million users?*
<https://www.visualcapitalist.com/how-long-does-it-take-to-hit-50-million-users/>
- Díaz Sanabria, C. (2021). *El acceso a internet como derecho humano*.
<https://derechos-humanos-y-empresas.uexnado.edu.co/2021/04/20/el-acceso-a-internet-como-derecho-humano/>
- Fernández, Y. (2018). *Qué significan el doble check azul y otros iconos de WhatsApp*.
<https://www.xataka.com/basics/que-significan-doble-check-azul-otros-iconos-estado-whatsapp-para-mensajes>
- Flick, U. (2015). *Introducción a la investigación cualitativa* (5.ª ed.). Morata.
- Heller, B. (2023). *¿Los jueces pueden utilizar inteligencia artificial?*
<https://www.ambitojuridico.com/noticias/analisis/los-jueces-pueden-utilizar-inteligencia-artificial>
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.
- Ley 527 de 1999. (1999, agosto 18). *Por la cual se reglamenta el uso de los mensajes de datos y firmas digitales*.
- Ley 1564 de 2012. (2012, julio 12). *Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso*.
- Ley 2213 de 2022. (2022, junio 13). *Por medio de la cual se adoptan medidas para implementar las TIC en actuaciones judiciales*.
- Londoño Ciro, L., & Marín Tubares, J. (2012). Metodología de la investigación holística. *Unipluriversidad*, 2(3).
<https://doi.org/10.17533/udea.unipluri.12229>
- López Blanco, H. F. (2016). *Código General del Proceso*. Dupré Editores.
- Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. (2021). *Brecha digital*.
<https://www.mintic.gov.co/portal/inicio/5467:Brecha->
- Namen Baquero, D. (2020). Notificaciones electrónicas judiciales. *Vniversitas*, 69.
<https://www.redalyc.org/journal/825/82563265019/82563265019.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1966, diciembre 16). *Pacto internacional de derechos civiles y políticos*.
- Oppenheimer, A. (2018). *¡Sálvese quien pueda!: El futuro del trabajo en la era de la automatización*. Debate.
- Perdomo, J. A. (2004). *Manual básico de derecho procesal* [Tesis de pregrado]. Universidad de los Andes.
<https://repositorio.uniandes.edu.co/...>
- Proyecto de Acto Legislativo No. 052 de 2021. (2021, agosto 5). *Por medio del cual se establece el internet como derecho fundamental*.
- Proyecto de Acto Legislativo No. 442 de 2022. (2022, marzo 30). *Por medio del cual se establece el internet como derecho fundamental*.
- Rojas Gómez, M. E. (2022). *Novedades de la Ley 2213 de 2022: Retos y fortalezas de la virtualidad*. ESAJU.
- Sanabria Santos, H. (2021). *Derecho procesal civil general*. Universidad Externado de Colombia.



Corte Constitucional. (2019, enero 30). *Sentencia C-031 de 2019*. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

Corte Suprema de Justicia. (2022, diciembre 14). *Sentencia STC16733-2022*. M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

Corte Suprema de Justicia. (2023, mayo 3). *Sentencia STC4204-2023*. M.P. Francisco Ternera Barrios.

Corte Suprema de Justicia. (2023, julio 19). *Sentencia STC6937-2023*. M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez.

Corte Constitucional. (2020, septiembre 24). *Sentencia C-420 de 2020*. M.P. Richard S. Ramírez Grisales.

Corte Constitucional. (2023, septiembre 20). *Sentencia T-372 de 2023*. M.P. Natalia Ángel Cabo.



**MOVIMIENTO CON SENTIDO: YOGA, EJERCICIO FÍSICO Y BIENESTAR MENTAL
EN UNIVERSITARIOS**

**PURPOSEFUL MOVEMENT: YOGA, PHYSICAL EXERCISE, AND MENTAL WELL-
BEING IN UNIVERSITY STUDENTS**

Autoras:

Fecha de presentación:	enero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/2026

Lic. Matilde Yuritzi Cuazitl Pérez

Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4926-1059>

E-Mail: mcuazitlp001@uaemex.mx

Dra. Georgina Contreras Landgrave

Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0353-5970>

E-Mail: gcontrerasl@uaemex.mx

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Cuazitl Pérez, M.Y. & Contreras Landgrave, G. (2026). *Movimiento con sentido: yoga, ejercicio físico y bienestar mental en universitarios*. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 216-229.

RESUMEN

La salud mental de los estudiantes universitarios se ha visto afectada de manera significativa en los últimos años, evidenciándose un aumento en los síntomas de ansiedad, depresión y estrés, especialmente tras la pandemia por COVID-19. Este contexto ha puesto en evidencia la necesidad de adoptar enfoques preventivos que trasciendan el modelo clínico tradicional, centrado en la patología y que promuevan una visión positiva e integral de la salud mental. Desde una perspectiva salutogénica, que nos ofrece una alternativa teórica que enfatiza el fortalecimiento de recursos internos como el bienestar psicológico, la resiliencia y el sentido de coherencia. El presente artículo analiza el papel del ejercicio físico y el yoga como prácticas psicocorporales capaces de contribuir al fortalecimiento de la salud mental de estudiantes



universitarios. Se considera la necesidad de incorporar estas prácticas en el ámbito universitario como estrategias preventivas y formativas, accesibles y sostenibles, explorando cómo estas prácticas psicocorporales contribuyen a fortalecer recursos internos que promueven una salud mental positiva. Desde esta perspectiva, el ejercicio físico y el yoga se conciben no únicamente como estrategias terapéuticas, sino como herramientas formativas y preventivas que pueden integrarse de manera accesible y sostenible en el contexto universitario. Finalmente, se considera la importancia de que las instituciones de educación superior reconozcan y promuevan estas prácticas como parte de una cultura de autocuidado y bienestar integral, orientada a fortalecer la salud mental positiva y la calidad de vida de los estudiantes.

Palabras clave: *bienestar psicológico; ejercicio físico; salud mental; sentido de coherencia; Yoga.*

ABSTRACT

The mental health of university students has been significantly affected in recent years, with an increase in symptoms of anxiety, depression, and stress, especially following the COVID-19 pandemic. This context has highlighted the need to adopt preventive approaches that transcend the traditional clinical model focused on pathology and promote a positive and comprehensive view of mental health. From a salutogenic perspective, we are offered a theoretical alternative that emphasizes the strengthening of internal resources such as psychological well-being, resilience, and a sense of coherence. This essay analyzes the role of physical exercise and yoga as psychocorporal practices capable of contributing to the strengthening of mental health in university students. Based on recent evidence, it is argued that yoga and physical exercise not only reduce symptoms of anxiety and depression but also promote fundamental psychological processes such as emotional self-regulation, mindfulness, self-efficacy, and emotional balance. Similarly, their impact on fundamental dimensions of the sense of coherence (comprehensibility, manageability, and meaningfulness) is highlighted. The need to incorporate these practices into the university environment as accessible and sustainable preventive and educational strategies is proposed, exploring how these psychophysical practices contribute to strengthening internal resources that promote positive mental health. From this perspective, physical exercise and yoga



are conceived not only as therapeutic strategies, but also as educational and preventive tools that can be integrated in an accessible and sustainable way into the university context. Finally, the importance of higher education institutions recognizing and promoting these practices as part of a culture of self-care and comprehensive well-being, aimed at strengthening positive mental health and the quality of life of students, is discussed.

Keywords: *Mental health, psychological well-being, Sense of coherence, Yoga, Physical exercise*

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, la salud mental de los estudiantes universitarios se ha convertido en una gran preocupación dentro del ámbito educativo y sanitario. Diversos estudios han evidenciado un incremento significativo en los síntomas de ansiedad, depresión y estrés, especialmente tras la pandemia por COVID-19. Por ejemplo, un estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México encontró que el 62.7% de estudiantes de fisioterapia reportaron tener síntomas de ansiedad y el 61.8% reportó síntomas de depresión, asociados significativamente al estrés académico y el aumento del trabajo durante el confinamiento (Guevara Plana et al., 2024). De manera similar, una investigación en estudiantes universitarios mexicanos del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud (CICS-UST) del Instituto Politécnico Nacional, modalidad a distancia, del año 2021-2022, reveló que los puntajes de depresión y ansiedad se encontraban en puntos de corte altos, destacando más en mujeres y estudiantes de nivel socioeconómico bajo (Lázaro Aguilar et al., 2024).

Dichos hallazgos señalan la urgencia de adoptar estrategias preventivas y de fortalecimiento psicosocial que trasciendan la atención clínica; es decir, enfoques integradores que no solo se centren en la disminución de los síntomas, sino que promuevan una visión positiva de la salud mental basada en la prevención y el fortalecimiento de las capacidades internas. En este contexto, conceptos como el sentido de la coherencia (Antonovsky, 1987), la resiliencia, la salud mental y el bienestar psicológico, surgen como pilares fundamentales para afrontar de manera más efectiva los desafíos emocionales, académicos y sociales que caracterizan la etapa universitaria.



La resiliencia, entendida como la capacidad de adaptarse positivamente ante la adversidad, se ha vinculado estrechamente con una mayor tolerancia al estrés, mejor regulación emocional y niveles más elevados de bienestar subjetivo. De acuerdo con Morales Rodríguez et al. (2020), los estudiantes con altos niveles de resiliencia presentan una menor prevalencia de sintomatología depresiva, mayor satisfacción vital y mejor rendimiento académico.

Frente a este panorama, resulta oportuno explorar diferentes tipos de intervenciones psicocorporales, entendidas como aquellas técnicas que utilizan el cuerpo como una herramienta para prevenir o tratar la sintomatología de la ansiedad y/o depresión. El ejercicio físico y yoga, en particular, han sido ampliamente estudiados en este sentido. De acuerdo con Pascoe et al. (2020), la práctica regular de ejercicio físico se asocia con la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión en jóvenes. Por otra parte, estudios como el de Chauhan et al. (2025) demuestran que el yoga mejora la calidad del sueño, regula el sistema nervioso autónomo y potencia habilidades como la conciencia corporal y estabilidad emocional.

Estas prácticas estimulan el desarrollo de habilidades psicológicas complejas como la autorregulación emocional, el sentido de propósito y la autoobservación, todas relacionadas directamente con el fortalecimiento del sentido de coherencia y la resiliencia.

En conjunto, estas capacidades no solo mitigan el sufrimiento psíquico, sino que también preparan al individuo para afrontar los retos de la vida con mayor flexibilidad y bienestar psicológico sostenido.

A partir de estas consideraciones, surge la siguiente pregunta orientadora, ¿Cómo contribuye el ejercicio físico y el yoga al fortalecimiento del sentido de coherencia, la resiliencia, el bienestar psicológico y la salud mental? La respuesta a esta pregunta se convierte en objetivo del presente ensayo para puntualizar en cómo las prácticas como el ejercicio físico y el yoga pueden convertirse en herramientas efectivas para promover una salud mental y un mayor bienestar entre los estudiantes universitarios, posicionándolas como estrategias accesibles y sostenibles para fomentar una mejor salud mental y un bienestar integral en la población estudiantil. Este trabajo se desarrolla bajo la revisión y análisis crítico de documentos científicos, artículos académicos y reportes de organismos internacionales relacionados con el modelo



salutogénico, la resiliencia, el bienestar psicológico, el ejercicio y el yoga. A partir de la articulación conceptual de estos aportes, se construye una reflexión fundamentada que integra evidencia empírica previa con una interpretación crítica orientada al contexto universitario.

DESARROLLO

a) Salud mental y bienestar psicológico

Durante décadas, el enfoque tradicional de la salud ha estado centrado en la presencia o ausencia de síntomas clínicos, priorizando el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Sin embargo, desde una perspectiva contemporánea y promotora de salud, ha cobrado fuerza el concepto de salud mental, el cual hace énfasis en el potencial de los individuos para desarrollar bienestar psicológico, relaciones satisfactorias, sentido de vida, así como recursos personales para enfrentar la adversidad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud, no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social, en el que la persona puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2022). Del mismo modo, define a la salud mental como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos estresantes de la vida, desarrollar habilidades, aprender y trabajar adecuadamente e integrarse a su entorno (Organización Mundial de la salud, 2022).

Desde la perspectiva de la psicología positiva, propuesta por Seligman y Csikszentmihalyi, el estudio de la salud mental se desplaza de un modelo centrado en la enfermedad hacia uno enfocado en el florecimiento humano. Es decir que la salud no sólo se define como la ausencia de la enfermedad, sino como la presencia activa de experiencias positivas, relaciones significativas y un propósito vital, que le permite a las personas prosperar, incluso en contextos adversos (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

La psicología positiva se estructura sobre varios pilares fundamentales, entre ellos: desde el modelo PERMA, el bienestar se estructura en emociones positivas, compromiso, relaciones significativas, sentido de vida y logro (Seligman, 2011; Kern et al., 2014). Las emociones



positivas, el compromiso, las relaciones significativas, el sentido de vida y el logro, las cuales están vinculadas con una mayor motivación académica y resiliencia frente al estrés, en el ámbito universitario esos pilares resultan particularmente pertinentes, ya que los estudiantes atraviesan etapas de transición emocional y presión académica (Hartley, 2011).

De acuerdo con Ryff (1989), el bienestar psicológico incluye dimensiones como la autoaceptación, el crecimiento personal, el propósito vital y la autonomía, estas dimensiones permiten comprender la salud mental como un proceso dinámico y multidimensional, donde no basta con “no sentirse mal”, sino que es necesario sentirse conectado, capaz, motivado y en desarrollo.

Dentro del contexto universitario, adoptar una visión de salud mental es especialmente importante, ya que los estudiantes están expuestos a múltiples fuentes de estrés, (la incertidumbre de su futuro profesional y en algunos casos el aislamiento social) (Beiter et al., 2015). Estas condiciones afectan su bienestar psicológico, incluso desde antes de que aparezcan síntomas clínicos evidentes. Por ello, más allá de ofrecer atención psicológica, cuando el malestar ya se ha manifestado, resulta crucial implementar estrategias preventivas que fortalezcan su equilibrio emocional desde etapas tempranas de su formación. Es aquí donde el bienestar subjetivo toma un rol central, ya que se refiere a no sólo sentirse bien emocionalmente, sino también a tener un sentido de dirección, metas personales claras, tener la percepción de ser capaz de manejar las exigencias de la vida diaria.

El ejercicio físico y el yoga contribuyen significativamente al fortalecimiento del bienestar psicológico. Dichas actividades, además de promover beneficios fisiológicos como la liberación de endorfinas y la regulación del sistema nervioso autónomo, también están asociadas con mejoras en la autoestima, el autoconocimiento y la sensación de vitalidad. Por ejemplo, un estudio publicado en *Frontiers in Public Health* demostró que una intervención de yoga de 12 semanas redujo significativamente el estrés percibido y la ansiedad, mejorando el bienestar emocional en estudiantes universitarios (Castellote Caballero et al., 2024). Asimismo, una investigación publicada en la revista *sports* encontró que una intervención de yoga de 10 semanas



mejoró la salud mental y el bienestar general de estudiantes de medicina, así como la calidad de vida, el sueño y la regulación emocional (Chauhan et al., 2025).

En el campo de la psicología y salud, estas prácticas no solo funcionan como una estrategia de descarga física o emocional momentánea, sino que, cuando se integran de manera constante en la vida diaria, se convierten en espacios de cuidado personal y de reflexión. En particular el yoga ofrece momentos de conexión con uno mismo, donde la atención plena al cuerpo, la respiración y las emociones, favorecen una sensación de calma que trasciende lo físico. Tras una práctica consciente y llevada a la vida diaria los retos académicos y de la vida cotidiana se vuelven más manejables y las emociones menos abrumadoras; es decir que más allá de sus beneficios clínicos, son herramientas valiosas para fomentar una salud mental auténticamente positiva, basada en el equilibrio interno, la resiliencia cotidiana y el bienestar integral.

b) Sentido de coherencia y resiliencia en la vida universitaria

El sentido de coherencia (SOC) propuesto por Antonovsky (1987), constituye el eje central del modelo salutogénico. Este enfoque representó un cambio paradigmático en el estudio de la salud, pues pasó de preguntarnos ¿Por qué nos enfermamos? a indagar en una cuestión más amplia: ¿Qué factores permiten a las personas mantenerse sanas a pesar de estar expuestas a situaciones de estrés y adversidad? Desde esta perspectiva la salud no se entiende como un estado dicotómico (salud/enfermedad), sino como un continuo dinámico en el que los individuos se sitúan en distintos puntos a lo largo de su vida (Antonovsky, 1987).

El modelo salutogénico plantea que todas las personas están constantemente expuestas a estresores, sin embargo, lo determinante no es la presencia del estrés en sí mismo, sino la manera en que se movilizan los recursos generales de resistencia (RGR), los cuales incluyen factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que permiten enfrentar las demandas del entorno, entre estos recursos se encuentra el apoyo social, la estabilidad emocional, las habilidades cognitivas, la identidad de cultura y las experiencias previas de afrontamiento exitoso (Antonovsky, 1979).



Con lo anterior, se puede afirmar que el SOC surge como la capacidad global que integra estos recursos y orienta la forma en que las personas perciben y responden a situaciones estresantes.

El SOC está compuesto por tres dimensiones:

- *Comprensibilidad*: capacidad para percibir los acontecimientos de la vida, como coherentes y comprensibles
- *Manejabilidad*: la percepción de contar con los recursos necesarios para enfrentar las demandas de la vida
- *Significatividad*: la convicción de que los retos tienen un sentido emocional y merecen ser enfrentados

Cuando estas tres dimensiones se encuentran fortalecidas, los acontecimientos estresantes no son interpretados como amenazas incontrolables, sino como desafíos estructurados, afrontables y con sentido personal (Antonovsky, 1987).

Este concepto no hace referencia a la eliminación del estrés; sin embargo, busca dotar a los individuos de una orientación interna para enfrentar la adversidad con mayor equilibrio y significado. De manera complementaria, como ya se ha mencionado la resiliencia es otro recurso psicológico fundamental en el afrontamiento de la adversidad, por lo que podemos definir a la resiliencia como aquella capacidad que tienen las personas de aprender de sus adversidades y mejorar. Para Bonanno (2004) no significa la usencia de malestar, sino la habilidad de mantener un funcionamiento psicológico relativamente estable a lo largo del tiempo.

En el contexto universitario, caracterizado por las exigencias académicas, cambios personales, incertidumbre laboral y múltiples retos, desarrollar un alto sentido de coherencia se convierte en un recurso protector esencial para una buena salud mental. Un estudio reciente realizado en Turquía encontró que el SOC se relaciona positivamente con la satisfacción de vida y las emociones positivas, sugiriendo que un SOC fuerte, puede fomentar una actitud esperanzadora que a su vez mejora el bienestar subjetivo (Yalnizca y Cenkseven, 2022).



En el ámbito académico, cultivar un buen sentido de coherencia sólido es fundamental para enfrentar los retos, comprender las demandas universitarias (comprensibilidad), sentirse capaz de manejarlas con los recursos disponibles (manejabilidad) y encontrar un propósito a esos estudios (significatividad). Estas tres dimensiones no son ideas abstractas sino vivencias cotidianas que, cuando se fortalecen, cambian la manera en cómo se enfrentan y se ven los retos.

Los estudiantes universitarios suelen atravesar momentos de gran sobrecarga emocional, acompañados de autoexigencia, miedo al fracaso, presión constante etc. Ante este escenario prácticas como el yoga y el ejercicio físico pueden desempeñar un papel crucial en el fortalecimiento del SOC, pues estas actividades promueven la autoobservación, regulación emocional y la conexión mente-cuerpo, proporcionando una percepción más coherente y significativa de la experiencia personal. Dicho esto, se puede agregar que el SOC no solo se estudia o se define, sino que se vive y se entrena de manera constante y consciente y encontrar un terreno fértil que ayude a fortalecerlo también es crucial. Muchas veces en entornos universitarios se promueve la productividad por encima del bienestar y contar con espacios aptos y de fácil acceso para los estudiantes ya no se vuelve un lujo, sino una necesidad.

c) Efectos del ejercicio físico y yoga en ansiedad y depresión

El impacto del ejercicio físico y el yoga en la salud mental ha sido ampliamente investigado en los últimos años, específicamente en lo que respecta a la disminución de síntomas de ansiedad y depresión en jóvenes. Estas prácticas que no sólo producen efectos neurobiológicos, como lo son el aumento de neurotransmisores asociados al bienestar, sino que también modulan las estructuras cerebrales, relacionadas a la regulación emocional y del estrés, como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal (Mikkelsen et al., 2017).

Así, el ejercicio físico y el yoga no solo representan actividades saludables o recreativas, sino que constituyen intervenciones psicocorporales capaces de generar transformaciones significativas en la salud mental de estudiantes universitarios y de la población en general. A diferencia de las estrategias exclusivamente cognitivas, estas prácticas implican, como ya se ha mencionado, una reconexión con el cuerpo. El movimiento físico constante permite recuperar el equilibrio interno mediante procesos de autorregulación fisiológica y emocional.



Más allá de los efectos y cambios físicos, estas prácticas fortalecen el estado emocional y mental a través de acciones concretas y cotidianas. Esto resulta clave en estudiantes que suelen sentirse atrapados en dinámicas de descontrol y presión continua. Estas actividades que combinan atención plena, respiraciones y posturas corporales, ofrecen una vía de reequilibrio que no dependen de factores externos, sino de aquellos recursos personales cultivados con práctica y constancia; no sólo ofrecen alivio temporal, sino que estructuran un nuevo modo de habitar el cuerpo y la mente, desde una mayor integración emocional, así como también les permiten reforzar su autoestima y sobre todo establecer rutinas de autocuidado sostenibles en el tiempo.

En este sentido, podemos decir que tanto el ejercicio físico y el yoga son intervenciones formadoras y preventivas, no únicamente terapéuticas, que generan un espacio donde los individuos puedan reconstruirse desde una posición más consciente, compasiva y resiliente. Esta dimensión formativa es clave para los estudiantes, quienes además de enfrentar exigencias académicas, también tienen que afrontar la construcción de su identidad personal y profesional. Resumiendo, desde la perspectiva de la psicología aplicada, se observa que estas prácticas sistemáticas de ejercicio físico y yoga contribuyen al desarrollo de competencias emocionales y fortalecen recursos de afrontamiento saludables y sostenibles.

d) La salud mental: una mirada desde la psicología contemporánea

Cuando hablamos de salud mental ya no podemos sólo limitarnos a la ausencia de una enfermedad mental. Desde la psicología positiva, se busca potenciar los recursos individuales y contextuales que permitan a las personas experimentar bienestar, sentido vital y relaciones positivas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Este enfoque puede ir de la mano con el modelo de bienestar psicológico de Ryff (1989), el cual propone dimensiones como el crecimiento personal, la autonomía y el propósito de vida como indicadores fundamentales de una salud plena.

En este marco, podemos decir que el bienestar no es un estato estático sino más bien un proceso activo que implica desarrollo, reflexión y acción. El florecimiento, concepto propuesto por Keyes (2002), integra salud mental, funcionamiento positivo y ausencia de psicopatología,



ofreciendo una visión más amplia para comprender la vida universitaria desde una mirada salutogénica.

e) Yoga, ejercicio y neurofisiología del bienestar

Las prácticas psicocorporales como el yoga y el ejercicio físico tienen efectos medibles en el sistema nervioso central y el equilibrio neuroendocrino, Streeter et al. (2012), demostraron que el yoga incrementa los niveles de ácido gamma- aminobutírico (GABA), neurotransmisor vinculado a la calma y la disminución de la ansiedad. Además, estas prácticas contribuyen a regular el eje hipotalámico- hipofisario-adrenal (HHA), reduciendo los niveles de cortisol y promoviendo respuestas adaptativas al estrés Pascoe et al. (2020).

Por otra parte, el ejercicio aeróbico favorece la neurogénesis, mejora la función ejecutiva y potencia la autoestima (Mikkelsen et al., 2017). La combinación de movimiento consciente, respiración controlada y enfoque atencional crea un entorno favorable para la regulación emocional y la claridad cognitiva. Como afirmaban Morales et al. (2020), el bienestar universitario está directamente ligado con la capacidad de los estudiantes para manejar sus emociones y demandas académicas.

f) La universidad como escenario de salud y formación integral

Integrar el yoga y el ejercicio físico en los espacios universitarios implica reconocer a la institución educativa como agente promotor de salud. Se pueden desarrollar estrategias como talleres extracurriculares, materias optativas sobre el autocuidado, programas de tutoría con enfoque emocional y capacitaciones a docentes en estrategias de regulación (Organización Mundial de la Salud, 2022).

CONCLUSIONES

La promoción de la salud mental en estudiantes universitarios exige una visión integradora que supere el enfoque meramente clínico centrado en la patología. Conceptos como el sentido de coherencia (SOC), la resiliencia, el bienestar psicológico y la salud mental, no solo aportan una perspectiva más esperanzadora, sino que nos brindan herramientas para poder diseñar estrategias preventivas, más eficaces y sostenibles. A un nivel elevado, el SOC actúa como un



factor protector ante el estrés crónico, pues permite afrontar las demandas desde una estructura interna coherente.

Tanto el ejercicio físico como el yoga promueven no solo una disminución en los síntomas de la ansiedad, depresión y estrés (síntomas psicológicos), sino que, además, fortalecen recursos internos como la autorregulación, atención plena y la autoeficacia. Desde un modelo salutogénico, estas prácticas favorecen el desarrollo de un marco interpretativo mediante el cual los estudiantes logran comprender, gestionar y dotar de significado a las experiencias académicas estresantes.

La implementación de estas estrategias en el ámbito universitario representa no solo una intervención psicoeducativa, sino una apuesta hacia un enfoque preventivo, accesible y humanizado de la salud mental de los estudiantes. La implementación de programas que integren ejercicio físico y yoga en universidades pueden construirse como una política de la promoción de la salud, de bajo costo y de alto impacto para la comunidad estudiantil, que reconfiguran el modo en que los jóvenes enfrentan la vida académica y personal. La salud emocional no debe ser un complemento opcional en la vida universitaria, sino un eje central que fortalezca la resiliencia, la autonomía y el sentido vital de los estudiantes.

Es urgente transitar hacia un modelo donde la promoción del bienestar emocional y el autocuidado formen parte esencial de la formación profesional, no como un complemento opcional, sino como un componente formativo que prepare a los futuros profesionistas no solo para enfrentar los desafíos universitarios, sino también para sostener su salud mental, establecer límites saludables, cultivar y fortalecer su resiliencia y ejercer su rol desde una postura equilibrada y consciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass. <https://psycnet.apa.org/search/citedBy/1987-97506-000>



- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American psychologist*, 59(1), 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Castellote Caballero, Y., Carcelén Fraile, M., Aibar Almazán, A., Rivas Campo, Y., & González Martín, A. M. (2024). El yoga como enfoque terapéutico para la salud mental en estudiantes universitarios: un ensayo controlado aleatorizado. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1406937>
- Chauhan, S., Najaf, S. S., Gergely, L., Kinga, K. A., Karsai, I., & Prémusz, V. (2025). Impact of 10 Weeks of Yoga Intervention on Mental Health and Overall Well-Being Among Medical Students: GSY Study. *Sports*, 13(4), 114. <https://doi.org/10.3390/sports13040114>
- Contreras, F., & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200011
- Guevara Plana, J., Hernández Roqueb, A., & Alaniz Arcos, J. (2024). Salud mental asociada a la pandemia de COVID-19 en estudiantes de fisioterapia de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Fisioterapia*, 46(2), 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2023.11.002>
- Lázaro Aguilar, P., Pérez Vielma, N. M., & Aguilera Sosa, V. R. (2024). ¿Cómo nos fue durante el 2021-2022 en las clases a distancia?: Salud mental en universitarios mexicanos. *Entorno*, 1(78), 18-24. <https://doi.org/10.5377/entorno.v1i77.18429>
- Mikkelsen, K., Stojanovska, L., Polenakovic, M., Bosevski, M., & Apostolopoulos, V. (2017). Exercise and mental health. *Maturitas*, 106, 48-56. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.09.003>
- Morales Rodríguez, F. M., Espigares López, I., Brown, T., & Pérez Mármol, J. M. (2020). The Relationship between Psychological Well-Being and Psychosocial Factors in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4778. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134778>



Organización Mundial de la Salud. (2022, 17 de junio). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2022, 16 de junio). *World mental health report: Transforming mental health for all*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Pascoe, M., Balley, A. P., Craike, M., Carter, T., Patten, R., Stepto, N., & Parker, A. (2020). Physical activity and exercise in youth mental health promotion: a scoping review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 6(1). <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2019-000677>

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Seligman, M.E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

Streeter, C.C., Gerbarg, P.L., Saper, R.B., Ciraulo, D.A., & Brown, R.P. (2012). Effects of yoga on the autonomic nervous system, gamma-aminobutyric-acid, and allostasis in epilepsy, depression, and post-traumatic stress disorder. *Medical Hypotheses*, 78(5), 571-579.
<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2012.01.021>

Yalnizca Yildirim, S., & Cenkseven Önder, F. (2022). Sense of coherence and subjective well-being: The mediating role of hope for college students in Turkey. *Current Psychology*, 42, 13061-13072. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02478-w>



PRIMEROS AUXILIOS PSICOPEDAGÓGICOS: UN ENFOQUE PREVENTIVO Y
ORIENTADOR

PSYCHOPEDAGOGICAL FIRST AID: A PREVENTIVE AND GUIDING
APPROACH

*“Los primeros auxilios psicopedagógicos devienen puente
entre la crisis y la continuidad del aprendizaje”*

Fecha de presentación:	enero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/2026

Autores:

Mgtr. María Gabriela Vergara Jara

Instituto Tecnológico Superior Tecnópolis. Ecuador.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5834-8415>

E-Mail: maria.vergara@tecnopolis.edu.ec

M.Sc. Aylin Pentón Quintero

Docente-Investigador de la carrera de Educación Básica. Universidad de Guayaquil. Ecuador

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3268-4593>

E-Mail: aylin.pentonq@ug.edu.ec

Dr. Rogelio Bermúdez Sarguera (PhD)

Docente-Investigador Titular de la Universidad de Guayaquil. Ecuador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3293-9242>

E-Mail: rogelio.bermudezs@ug.edu.ec

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Vergara Jara, M.G., Pentón Quintero, A. y Bermúdez Sarguera, R. (2026). Primeros auxilios psicopedagógicos: un enfoque preventivo y orientador. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 230-244.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo general valorar los pilares y la trascendencia de los primeros auxilios psicopedagógicos bajo un enfoque preventivo y orientador, destacando su arbitrio al bienestar emocional, la continuidad de los estudios y la atención temprana de situaciones de crisis, en contextos educativos. La investigación se realizó bajo un **enfoque** cualitativo, tipo descriptivo y documental, apoyado en la valoración de los textos especializados y los estudios que focalizan la orientación educativa, la prevención



psicopedagógica y la intervención socioemocional. Igualmente, se emplearon **métodos teóricos** como el analítico-sintético, el método histórico-lógico y la sistematización conceptual, en función de las inferencias realizadas sobre la base de los aportes fundamentales de la pedagogía, la psicología educativa y la orientación escolar contemporánea. Los **resultados fundamentales** se denotan en la estrategia de atención subsiguiente que los primeros auxilios psicopedagógicos constituyen y que dirigen la contención, el acompañamiento y la orientación del estudiante, a tenor de los conflictos emocionales o disonancias cognitivas que puedan afectar su rendimiento escolar y estabilidad personal. Se puso de manifiesto, asimismo, que la prevención temprana, la escucha activa, la empatía y la orientación educativa vigorizan la resiliencia y disminuyen el riesgo de abandono estudiantil, **concluyéndose** que los primeros auxilios psicopedagógicos representan un recurso incuestionable para la educación contemporánea y el fortalecimiento de la función humanizadora de la escuela.

Palabras clave: orientación psicopedagógica; prevención educativa; primeros auxilios psicopedagógicos; resiliencia estudiantil; salud socioemocional.

ABSTRACT

This work aims to assess the foundations and significance of psychoeducational first aid from a preventative and guidance perspective, highlighting its contribution to emotional well-being, academic continuity, and early intervention in crisis situations within educational contexts. The research employed a qualitative, descriptive, and documentary approach, supported by an evaluation of specialized texts and studies focusing on educational guidance, psychoeducational prevention, and socio-emotional intervention. Theoretical methods such as analytical-synthetic, historical-logical, and conceptual systematization were also used, based on inferences drawn from the fundamental contributions of pedagogy, educational psychology, and contemporary school guidance. The key findings are evident in the subsequent intervention strategy that psychoeducational first aid provides, guiding, supporting, and orienting students in response to emotional conflicts or cognitive dissonance that may affect their academic performance and personal stability. It was also demonstrated that early prevention, active listening, empathy, and educational guidance strengthen resilience and reduce the risk of student dropout. The study concluded that psychoeducational first aid represents an invaluable resource for contemporary education and for reinforcing the humanizing role of schools.



Keywords: psycho-pedagogical guidance; educational prevention; psycho-pedagogical first aid; student resilience; socio-emotional health.

INTRODUCCIÓN

Los primeros auxilios psicopedagógicos constituyen una respuesta inmediata, humana y orientadora frente a las dificultades emocionales, cognitivas y conductuales que afectan el desempeño académico y el bienestar integral de los estudiantes. En los contextos educativos contemporáneos, marcados por cambios sociales acelerados, exigencias escolares crecientes y múltiples factores de vulnerabilidad, resulta indispensable desarrollar estrategias de atención temprana que permitan identificar señales de crisis, prevenir consecuencias mayores y ofrecer acompañamiento oportuno. Su finalidad no es sustituir procesos terapéuticos especializados, sino brindar contención inicial y orientación básica que favorezcan la estabilidad emocional y la continuidad del aprendizaje.

La prevención representa uno de los pilares fundamentales de los primeros auxilios psicopedagógicos. Muchas problemáticas escolares, como el bajo rendimiento, la desmotivación, el aislamiento, la ansiedad o la deserción, suelen manifestarse mediante señales tempranas que pueden ser reconocidas por docentes, orientadores y familias. Actuar de manera preventiva implica crear ambientes educativos seguros, fortalecer la comunicación, promover habilidades socioemocionales y establecer mecanismos de apoyo antes de que las dificultades alcancen niveles críticos. Desde esta perspectiva, la intervención preventiva no solo reduce riesgos, sino que también fortalece la resiliencia y la capacidad adaptativa de los estudiantes.

Asimismo, la orientación desempeña un papel esencial dentro de este enfoque, pues permite guiar al estudiante en la concientización de sus dificultades y en la búsqueda de alternativas para afrontarlas. Orientar implica escuchar activamente, ofrecer información clara, estimular la toma de decisiones y facilitar recursos que contribuyan al equilibrio emocional y académico. La orientación psicopedagógica favorece la construcción de relaciones de confianza entre el estudiante y la comunidad educativa, convirtiéndose en un soporte significativo en momentos de incertidumbre, estrés o conflicto. De esta manera, la escuela deja de ser únicamente un espacio de transmisión de conocimientos para consolidarse también como un entorno de cuidado y acompañamiento humano.



En consecuencia, abordar los primeros auxilios psicopedagógicos predominantemente sobre la prevención y la orientación supone reconocer que el aprendizaje no puede separarse de las dimensiones emocionales y sociales del estudiante. La atención inmediata, sensible y organizada ante situaciones de crisis contribuye a preservar la salud mental, evitar el abandono escolar y promover trayectorias educativas más estables. Por ello, resulta necesario fortalecer la formación de los actores educativos en estrategias básicas de intervención psicopedagógica, fomentando una cultura institucional basada en la empatía, la detección temprana y el apoyo integral al estudiante.

DESARROLLO

Los Primeros Auxilios constituyen la asistencia inmediata, limitada y temporal que se brinda a una persona en una situación de emergencia, con el propósito de preservar su estabilidad hasta la llegada de ayuda especializada. Su función principal es evitar que el daño se agrave y favorecer condiciones mínimas de recuperación.

Aunque el concepto de Primeros Auxilios Psicopedagógicos (PAPp) es mucho menos frecuente que el concepto de Primeros Auxilios psicológicos, cuya finalidad es la estabilización emocional inmediata ante situaciones de crisis, en la literatura especializada él va encontrando un lugar cada vez mucho más cálido. Los Primeros Auxilios Psicopedagógicos (PAPp) representan una intervención técnica y preventiva orientada a estabilizar el sistema de aprendizaje de una persona cuando este se ve alterado por una crisis emocional, cognitiva o social. No se limitan únicamente a tranquilizar al estudiante, sino que buscan impedir que el impacto de la experiencia traumática se transforme en una barrera persistente para el aprendizaje, la motivación y el desarrollo escolar.

Desde esta perspectiva, los PAPp reconocen que las crisis emocionales afectan directamente procesos como la atención, la memoria, la comprensión y la capacidad de razonamiento. Por ello, el docente, orientador o profesional de apoyo actúa primeramente como una figura de contención, acompañamiento y reorganización pedagógica, mientras se determina si es necesaria una intervención especializada posterior.

La aplicación de los Primeros Auxilios Psicopedagógicos exige aprender a identificar los “signos vitales” del aprendizaje y del equilibrio emocional del estudiante. La necesidad de intervenir surge cuando aparecen alteraciones repentinas en los procesos cognitivos,



conductuales o emocionales que interfieren significativamente con la capacidad de aprender y relacionarse dentro del entorno educativo. Entre los indicadores cognitivos más frecuentes se encuentran:

- *el bloqueo repentino ante tareas académicas,*
- *la sensación de “quedarse en blanco”,*
- *la desorganización extrema del pensamiento o*
- *la pérdida temporal de habilidades que previamente dominaba.*

A ello, se suman indicadores conductuales como:

- *irritabilidad explosiva,*
- *llanto inconsolable frente a actividades escolares,*
- *aislamiento súbito,*
- *rechazo al aula o*
- *abandono del interés por el material académico.*

Estas manifestaciones suelen estar vinculadas a contextos de crisis personales y sociales, tales como duelos, conflictos familiares, experiencias de bullying, mudanzas o situaciones traumáticas recientes. En otros casos, la crisis puede derivarse de dificultades específicas no atendidas oportunamente —como TDA-H, dislexia u otros trastornos del aprendizaje— que alcanzan un punto crítico debido a la frustración acumulada. Igualmente, existen situaciones de emergencia inmediata que requieren atención psicopedagógica rápida, por ejemplo, la muerte de un familiar, separaciones conflictivas, violencia doméstica, accidentes, desastres o fracasos escolares abruptos que generan un colapso emocional.

La intervención también se vuelve indispensable cuando se observan alteraciones agudas del comportamiento, como ataques de ira, ansiedad intensa, hiperventilación, temblores, retraimiento extremo o pérdida de contacto funcional con el entorno escolar. Del mismo modo, los casos de violencia escolar y ciberacoso demandan una respuesta urgente, especialmente cuando afectan la estabilidad emocional y académica del estudiante.

En estas circunstancias, los Primeros Auxilios Psicopedagógicos persiguen determinados objetivos fundamentales, a saber,

- a) estabilizar el nivel de estrés y ansiedad,
- b) validar emocionalmente al estudiante mediante una escucha libre de juicios,
- c) reconectarlo con la realidad y sus redes de apoyo, y



- d) derivarlo a profesionales especializados —psicología clínica, trabajo social o atención médica— cuando la situación supera el ámbito educativo inmediato.

Antes de describir las fases de acción de los Primeros Auxilios Psicopedagógicos, es necesario establecer los principios conceptuales que orientan la intervención. La actuación psicopedagógica no se desarrolla de manera improvisada ni intuitiva, sino sustentada en fundamentos teóricos que definen la postura profesional frente a las crisis del aprendizaje. En este sentido, dos pilares resultan esenciales: la prevención y la orientación.

Desde la perspectiva de Rodríguez (1993), la prevención constituye uno de los principios rectores de la orientación educativa. Prevenir no significa únicamente evitar la aparición de problemas, sino desarrollar facultades en el sujeto y transformar las condiciones del entorno para reducir factores de riesgo. Según el enfoque de Rodríguez (1993) “la prevención es una intervención proactiva que trata de evitar la aparición de problemas mediante la capacitación de los sujetos y la modificación de las condiciones ambientales” (p.23). Esta idea permite comprender que la intervención psicopedagógica posee una doble dimensión. Por un lado, desde un enfoque clínico, busca fortalecer las funciones ejecutivas, la resiliencia y los recursos emocionales del estudiante; por otro, desde un enfoque educativo, procura eliminar barreras presentes en el contexto escolar, el currículo y las dinámicas de aprendizaje. La prevención se convierte así en el fundamento que determina si el primer auxilio psicopedagógico será una respuesta eficaz y organizada o simplemente una acción desesperada ante la crisis.

De manera complementaria, Bisquerra (2002) concibe la orientación psicopedagógica como un proceso continuo y sistemático de acompañamiento integral. Para este autor, “la orientación es un proceso de ayuda y acompañamiento continuo a todos los individuos, en sus aspectos cognitivo, profesional, emocional y social, con el fin de potenciar el desarrollo humano integral” (p.16). Bajo esta perspectiva, la orientación no debe entenderse únicamente como una intervención puntual en momentos de crisis, sino como una labor permanente de apoyo al desarrollo humano. Desde el enfoque clínico, la orientación actúa como una brújula que permite comprender la subjetividad, la dimensión emocional y los procesos neurobiológicos del estudiante; mientras que, desde el enfoque educativo, funciona como un mapa que guía al docente en la adecuación del entorno y de las estrategias de enseñanza.



Orientar implica, en esencia, garantizar que el vínculo entre el sujeto y el conocimiento permanezca abierto, incluso en situaciones de vulnerabilidad o crisis emocional.

a) Fases de Intervención: de la prevención a la orientación (18–25 min)

La intervención en Primeros Auxilios Psicopedagógicos se desarrolla a través de un proceso gradual y estructurado que abarca desde la prevención de las crisis hasta la orientación y derivación especializada. Cada fase responde a objetivos específicos y permite comprender que la atención psicopedagógica no se limita al momento crítico, sino que constituye un acompañamiento integral orientado a preservar la estabilidad emocional y cognitiva del estudiante.

La *primera etapa* corresponde a la fase de prevención, de carácter proactivo. Su finalidad consiste en fortalecer las competencias emocionales, cognitivas y sociales de los estudiantes antes de que aparezca una crisis significativa. Desde esta perspectiva, resulta fundamental identificar tempranamente factores de vulnerabilidad, como antecedentes de dificultades de aprendizaje, experiencias familiares conflictivas o condiciones emocionales que puedan afectar el desempeño académico. Asimismo, la prevención implica promover procesos de alfabetización emocional, enseñando a los estudiantes a reconocer, expresar y regular sus emociones de manera adecuada. A ello se suma la necesidad de establecer protocolos institucionales claros que permitan a docentes, directivos y familias actuar coordinadamente frente a situaciones de emergencia emocional o psicopedagógica. La prevención constituye, por tanto, el primer nivel de protección del aprendizaje y del bienestar escolar.

La *segunda etapa* es la fase de contención e intervención inmediata, de naturaleza reactiva, que ocurre en el momento exacto de la crisis. En esta fase se aplican propiamente los Primeros Auxilios Psicopedagógicos. El objetivo principal consiste en estabilizar emocional y cognitivamente al estudiante, reduciendo los niveles de ansiedad, estrés o desorganización conductual que interfieren con su capacidad de afrontamiento. Para ello pueden emplearse técnicas de respiración, cambios temporales de entorno o estrategias de regulación emocional que disminuyan la activación fisiológica. Paralelamente, la escucha activa desempeña un papel esencial, ya que permite que el estudiante exprese sus emociones sin interrupciones ni juicios, validando su experiencia afectiva y generando sensación de seguridad. Del mismo



modo, se debe garantizar un entorno protegido y privado que evite la exposición del estudiante ante sus compañeros y preserve su dignidad durante la crisis.

Superada la fase aguda, se inicia la *etapa de recuperación y seguimiento*, cuyo propósito es facilitar la reintegración progresiva del estudiante a sus actividades académicas habituales. En este momento se realiza una evaluación postcrisis para identificar el impacto emocional y cognitivo que la experiencia ha dejado sobre los procesos de aprendizaje, atención, memoria y motivación. Dependiendo de la intensidad de la afectación, pueden implementarse ajustes curriculares temporales, tales como flexibilización de tareas, ampliación de plazos o modificaciones en las estrategias de evaluación. Esta fase también exige fortalecer las redes de apoyo mediante la coordinación constante con la familia, de manera que las acciones desarrolladas en la institución educativa tengan continuidad y coherencia en el entorno doméstico.

La *fase de orientación y derivación* puede ser identificada como la última fase especializada y representa el puente hacia la atención a largo plazo cuando la problemática supera las posibilidades de intervención pedagógica inmediata. En esta etapa, resulta indispensable identificar signos de cronificación, especialmente, cuando los síntomas de estrés, ansiedad, bloqueo cognitivo o alteraciones emocionales persisten durante varias semanas y afectan significativamente la funcionalidad escolar y social del estudiante. Ante estas circunstancias, el profesional psicopedagógico debe derivar el caso a servicios especializados de psicología clínica, psiquiatría o trabajo social, según las necesidades detectadas. Unido a ello, la orientación familiar adquiere un papel decisivo, pues permite asesorar a los padres o cuidadores sobre los recursos terapéuticos disponibles y sobre las estrategias más adecuadas para acompañar el proceso de recuperación desde el hogar. De esta manera, la intervención psicopedagógica se consolida como una acción articulada, preventiva y humanizadora que protege el vínculo entre el estudiante, su bienestar emocional y su capacidad de aprender.



Tabla 1:
“Flujo de intervención”

<i>Etapas</i>	<i>Objetivo general</i>	<i>Acción Clave</i>
Prevención	Fortalecer	Promover la resiliencia emocional en el aula.
Contención	Estabilizar	Escucha empática y seguridad física.
Recuperación	Normalizar	Adaptar la carga académica al estado emocional.
Orientación	Especializar	Derivar a especialistas, si el trauma persiste.

Fuente: Información de las obras consultadas

b) Roles y Derivación (25-30 min)

La intervención en Primeros Auxilios Psicopedagógicos requiere una actuación coordinada entre distintos actores educativos y profesionales, cada uno con funciones claramente delimitadas desde el punto de vista ético y técnico. Comprender estos límites resulta cardinal para evitar intervenciones inadecuadas y garantizar una atención integral al estudiante en situación de crisis. En este contexto, el docente constituye la primera persona que responde dentro del entorno escolar. Su función principal consiste en detectar señales de alarma, contener emocionalmente al estudiante y aplicar ajustes razonables inmediatos que permitan disminuir el impacto de la crisis sobre el aprendizaje. Sin embargo, su rol no incluye realizar diagnósticos clínicos ni emitir interpretaciones especializadas sobre trastornos emocionales o neuropsicológicos.

Por su parte, el psicopedagogo actúa como estrategia de la intervención. Es el profesional encargado de coordinar el plan de actuación, mediar entre la escuela y la familia, evaluar el impacto de la crisis en los procesos de aprendizaje y determinar si la situación requiere un abordaje especializado de mayor profundidad. Su labor integra dimensiones emocionales, cognitivas y pedagógicas, permitiendo diseñar respuestas adaptativas orientadas a preservar la continuidad educativa del estudiante.

Cuando la problemática excede el ámbito psicopedagógico, se hace necesaria la intervención de especialistas externos. La derivación hacia psicología clínica o psiquiatría resulta indispensable en casos de ideación suicida, autolesiones, trastornos afectivos graves o alteraciones emocionales persistentes. Del mismo modo, la neurología puede intervenir ante sospechas de disfunciones neurobiológicas no detectadas que afecten significativamente el



rendimiento cognitivo y conductual. Por otra parte, el trabajo social adquiere relevancia cuando la crisis se relaciona con vulneración de derechos, negligencia familiar o contextos de riesgo social que comprometen el bienestar integral del estudiante.

Para que la prevención y la orientación sean efectivas dentro del marco de los Primeros Auxilios Psicopedagógicos, es necesario comprender que la intervención no comienza únicamente cuando ocurre la crisis, ni concluye cuando el estudiante logra calmarse. El verdadero objetivo consiste en asegurar su reintegración plena al proceso de aprendizaje y evitar que la experiencia traumática genere secuelas permanentes de evitación, fracaso o desconexión escolar.

En este sentido, las acciones preventivas tienen como propósito “preparar el terreno” antes de la aparición de situaciones críticas. La prevención psicopedagógica busca fortalecer la resiliencia cognitiva y emocional del alumnado mediante la creación de espacios de seguridad cognitiva, donde el aula deje de percibirse como un entorno amenazante. Desde la neuroeducación se reconoce que un cerebro sometido a altos niveles de amenaza o ansiedad reduce significativamente su capacidad de razonamiento y regulación ejecutiva. Por ello, resulta esencial implementar programas de alfabetización emocional y autorregulación que permitan al estudiante reconocer tempranamente señales de saturación emocional o bloqueo cognitivo. Asimismo, la prevención implica establecer protocolos claros de actuación institucional para que toda la comunidad educativa conozca cómo responder adecuadamente ante una emergencia psicopedagógica.

Durante la crisis, la orientación psicopedagógica adquiere un carácter clínico-educativo centrado en la gestión inmediata del “aquí y el ahora”. En esta fase, la escucha activa y la validación emocional cumplen una función estabilizadora fundamental, pues permiten disminuir las respuestas defensivas del sistema nervioso. Validar la experiencia emocional del estudiante no significa reforzar el problema, sino reconocer su vivencia subjetiva como punto de partida para la recuperación. Paralelamente, una acción orientadora clave consiste en reducir temporalmente la carga cognitiva, eliminando estímulos y exigencias académicas complejas que puedan intensificar el colapso emocional. De igual manera, el denominado “andamiaje de emergencia” proporciona apoyos visuales, instrucciones simplificadas y estrategias concretas que ayudan al estudiante a recuperar progresivamente la sensación de control sobre su entorno académico.



Luego de llevar a cabo los PAPp, la orientación continúa en una etapa postcrisis, orientada al retorno gradual al aprendizaje. En esta etapa, se busca evitar que el estudiante desarrolle asociaciones negativas permanentes con la escuela, las evaluaciones o determinadas asignaturas. Para ello, la reestructuración cognitiva resulta esencial, ayudando al alumno a reinterpretar la experiencia desde una perspectiva adaptativa. El objetivo es reemplazar pensamientos de inutilidad o fracaso por una comprensión más funcional de la crisis, entendida como un momento de saturación emocional susceptible de ser manejado mediante nuevos recursos de afrontamiento. Paralelamente, el seguimiento sistémico permite orientar al docente sobre la forma adecuada de reincorporar al estudiante al aula, evitando tanto la sobreprotección excesiva como la indiferencia emocional. Por último, los ajustes razonables temporales —como flexibilización de plazos, modificaciones evaluativas o reducción parcial de demandas académicas— facilitan la recuperación del equilibrio emocional y cognitivo necesario para restablecer el vínculo saludable entre el estudiante y el aprendizaje.

De este modo, la prevención, la orientación y los PAPp forman parte de un mismo continuum de intervención educativa y humana, cuyo propósito central es proteger la integridad emocional del estudiante y preservar su derecho a aprender, aún en contextos de crisis y vulnerabilidad.

Sobre la base de las investigaciones especializadas y realizadas sobre el particular, a saber, los resultados de Caplan (1964), Rodríguez-Espinar (1993), Bisquerra (2002) y Lazarus (2002), hemos considerado el denominado *Ciclo Continuo de Retroalimentación de los Primeros Auxilios Psicopedagógicos*, entendido como un proceso dinámico de detección, intervención, seguimiento, evaluación y prevención, mediante el cual cada experiencia de ayuda inmediata genera información para fortalecer futuras acciones preventivas (ver tabla 2).

Tabla 2:

“Ciclo continuo de retroalimentación de los primeros auxilios psicopedagógicos y su prevención”

<i>Actividad</i>	<i>Función primordial</i>	<i>Temporalidad</i>
Detección	Fase inicial orientada a identificar de manera temprana señales de alteración en el aprendizaje, la adaptación escolar o el funcionamiento socioemocional de una persona, con el fin de intervenir antes de que la dificultad se agrave.	Antes de la intervención inmediata y constituye la puerta de entrada de todo el sistema de atención psicopedagógica.



Intervención	Intervención breve e inmediata para estabilizar emocional y cognitivamente a una persona tras una crisis que afecta su aprendizaje.	Inmediatamente después de la crisis
Seguimiento	Fase posterior a la intervención inicial, orientada a verificar la evolución de la persona, valorar la eficacia de las acciones realizadas y prevenir la reaparición o agravamiento de las dificultades detectadas.	Después de la intervención inmediata y se prolonga mientras sea necesario para comprobar la evolución del sujeto y consolidar la recuperación de su equilibrio académico, emocional y social.
Evaluación	Proceso mediante el cual se determina la naturaleza, magnitud y evolución de la alteración que afecta el aprendizaje, así como la eficacia de las medidas de apoyo implementadas. A diferencia de una evaluación psicopedagógica exhaustiva, propia de procesos diagnósticos especializados, la evaluación en los PAPp tiene un carácter inmediato, contextual, formativo y preventivo, orientado a facilitar la toma inmediata de decisiones.	El proceso de evaluación no ocurre en un único momento, sino que acompaña a todo el ciclo de intervención. Su función consiste en obtener información para comprender la situación, orientar las decisiones, valorar los resultados y mejorar las acciones preventivas futuras.
Prevención	Reducir riesgos y fortalecer factores de protección para evitar la aparición de dificultades de aprendizaje o convivencia.	Antes del conflicto
Orientación	Acompañar el proceso de toma de decisiones y el desarrollo integral de la persona en sus áreas personal, académica y profesional.	Durante todo el proceso
Retroalimentación	Proceso mediante el cual la información obtenida durante la detección, evaluación, intervención y seguimiento se analiza y utiliza para mejorar continuamente las acciones de apoyo y prevención. Su finalidad no es únicamente verificar resultados, sino transformar la experiencia acumulada en conocimiento útil para perfeccionar futuras intervenciones.	Después de la evaluación de resultados y del seguimiento, cuando ya existe información suficiente para valorar la eficacia de la intervención realizada. Sin embargo, desde una perspectiva sistémica, la retroalimentación puede considerarse un proceso



continuo que acompaña
todas las fases de la
atención psicopedagógica.

Fuente: Información de las obras consultadas.

La orientación, la prevención y los Primeros Auxilios Psicopedagógicos no constituyen acciones aisladas, sino dimensiones complementarias de un mismo sistema de intervención educativa y humana. Su verdadera eficacia depende de la articulación permanente entre estos tres componentes, los cuales conforman una dinámica de apoyo continuo destinada a proteger el bienestar emocional y cognitivo del estudiante.

En primer lugar, la orientación funciona como la base estructural de todo el proceso de intervención. Un sistema sólido de orientación psicopedagógica permite conocer de manera integral el perfil emocional, cognitivo, familiar y social de los estudiantes, facilitando la identificación temprana de factores de riesgo y necesidades particulares. Gracias a este conocimiento previo, las estrategias preventivas pueden diseñarse de forma más precisa, personalizada y contextualizada. La orientación, por tanto, no solo acompaña al estudiante en momentos de dificultad, sino que genera condiciones institucionales que favorecen la anticipación de posibles crisis.

Desde esta perspectiva, la relación entre prevención y Primeros Auxilios Psicopedagógicos resulta profundamente complementaria. Mientras la prevención busca evitar la aparición de situaciones críticas mediante el fortalecimiento de recursos emocionales y pedagógicos, los PAPp actúan como una forma de prevención secundaria. Esto significa que, aunque la crisis ya se ha desencadenado, la intervención inmediata pretende impedir que el evento traumático evolucione hacia consecuencias más graves y duraderas, tales como trastornos emocionales, deserción escolar, fracaso académico o deterioro persistente del vínculo con el aprendizaje. En otras palabras, los Primeros Auxilios Psicopedagógicos no solo contienen la emergencia, sino que reducen la probabilidad de cronificación del daño emocional y cognitivo.

Asimismo, la intervención psicopedagógica debe entenderse como un ciclo continuo y no como una respuesta puntual. Después de aplicar los PAPp, el siguiente paso consiste en reintegrar progresivamente al estudiante al proceso ordinario de orientación y acompañamiento. Este seguimiento permite evaluar la evolución emocional y académica del alumno, fortalecer nuevamente las estrategias preventivas y disminuir el riesgo de recaídas o



nuevas crisis. De esta manera, el proceso no concluye con la estabilización inmediata, sino que continúa mediante acciones sistemáticas de apoyo, adaptación y monitoreo que aseguren la recuperación integral del estudiante y la reconstrucción de su relación con el aprendizaje.

Por ende, el concurso entre orientación, prevención y Primeros Auxilios Psicopedagógicos configura un modelo de intervención integral que combina anticipación, contención y seguimiento. Su finalidad es garantizar que la escuela no solo sea un espacio de aprendizaje de conocimientos, sino también un entorno protector que humanamente responda a las crisis y de sostenga el desarrollo integral de cada estudiante.

CONCLUSIONES

1. Los primeros auxilios psicopedagógicos constituyen una estrategia esencial de atención inmediata en el contexto educativo y parte de una cultura institucional de cuidado y acompañamiento, al permitir responder de manera oportuna a situaciones de crisis emocional o académica que afectan el aprendizaje y el bienestar integral de los estudiantes.
2. El enfoque preventivo resultó efectivo en la detección temprana de factores de riesgo asociados al bajo rendimiento, la desmotivación, la ansiedad y el abandono escolar, favoreciendo intervenciones más eficaces antes de que las dificultades se hagan mayores.
3. La orientación psicopedagógica, sustentada en la escucha activa, la empatía y el acompañamiento formativo, fortalece la resiliencia estudiantil y contribuye a la construcción de ambientes escolares más seguros, inclusivos y humanizados.
4. La integración de acciones preventivas y de orientación en los primeros auxilios psicopedagógicos evidencia la necesidad de capacitar a docentes, orientadores y demás actores educativos en competencias básicas de apoyo socioemocional e intervención inicial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bisquerra Alzina, R. (2002). *La práctica de la orientación y la tutoría*. Barcelona: CISS-Praxis.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- ____ (1961). *An approach to community mental health*. New York: Grune & Stratton.



Lazarus, RS. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Rodríguez Espinar, S., Álvarez González, M., Echeverría Samanes, B. y Marín Gracia, MA. (1993). *Teoría y práctica de la orientación educativa*. (1ª ed.). Barcelona: PPU (Promociones y Publicaciones Universitarias).

World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva: World Health Organization.



**PROTOCOLO DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (PAP) PARA
EDUCADORES EN ENTORNOS DE CRISIS DEL CANTÓN DURÁN**

**PSYCHOLOGICAL FIRST AID (PFA) PROTOCOL FOR EDUCATORS IN CRISIS
ENVIRONMENTS OF THE DURÁN CANTON**

Autor:

Edel Mesa Pérez

Psicólogo, Coordinador DECE, MINEDEC

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8591-3770>

E-mail: edelmesa123@gmail.com

Fecha de presentación: enero/ 2026

Fecha de aceptación: abril/ 2026

Fecha de publicación: junio/2026

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Mesa Pérez, E. (2026). Protocolo de primeros auxilios psicológicos (PAP) para educadores en entornos de crisis del cantón Durán. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 245-260.

RESUMEN

Los contextos educativos del cantón Durán se caracterizan por una alta exposición a crisis psicosociales asociadas a violencia comunitaria, pobreza estructural y emergencias sanitarias, lo que posiciona a los docentes como primeros respondedores ante situaciones de afectación emocional estudiantil. El objetivo de esta investigación fue diseñar y validar un protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) dirigido a docentes, fundamentado en evidencia empírica y contextualizada a la realidad local. Se desarrolló un estudio cuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo–correlacional, con una muestra de 352 docentes de educación básica y bachillerato. Se aplicaron instrumentos para evaluar conocimientos, habilidades percibidas y validez del protocolo, sometido a juicio de expertos y análisis psicométrico. Los resultados evidenciaron adecuados índices de validez de contenido (V de Aiken > 0.80) y confiabilidad (α de Cronbach = 0.91), así como una mejora significativa en competencias de intervención inicial. Se concluye que el protocolo constituye una herramienta válida, pertinente y necesaria para fortalecer la capacidad de respuesta docente ante crisis psicoemocionales en contextos educativos vulnerables.



Palabras clave: crisis escolares; docentes; Durán; Primeros Auxilios Psicológicos; validación de protocolos.

ABSTRACT

The educational contexts of the Durán canton are characterized by high exposure to psychosocial crises associated with community violence, structural poverty, and health emergencies, which positions teachers as first responders to situations of student emotional distress. The objective of this research was to design and validate a Psychological First Aid (PFA) protocol for teachers, based on empirical evidence and contextualized to the local reality. A quantitative, non-experimental, descriptive-correlational study was conducted with a sample of 352 primary and secondary school teachers. Instruments were used to assess knowledge, perceived skills, and the validity of the protocol, which was then subjected to expert review and psychometric analysis. The results showed adequate content validity (Aiken's $V > 0.80$) and reliability (Cronbach's $\alpha = 0.91$), as well as a significant improvement in initial intervention skills. It is concluded that the protocol constitutes a valid, relevant and necessary tool to strengthen the teacher's response capacity to psycho-emotional crises in vulnerable educational contexts.

Keywords: School crises; teachers; Durán; Psychological First Aid; protocol validation.

INTRODUCCIÓN

Los entornos escolares contemporáneos se han transformado en espacios donde confluyen no solo procesos de enseñanza-aprendizaje, sino también múltiples problemáticas sociales y emocionales que inciden directamente en el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes (Phelps *et al.*, 2020; Tol *et al.*, 2011). Esta realidad se intensifica en contextos de alta vulnerabilidad social, donde la escuela asume, de manera implícita, funciones de protección, contención y respuesta ante situaciones de crisis psicoemocional. En estos escenarios, las instituciones educativas se convierten en uno de los primeros espacios de detección y atención inicial del malestar psicológico, aun cuando no siempre cuentan con los recursos humanos, técnicos o normativos necesarios para cumplir adecuadamente este rol (P. Cedillo & Torres, 2021).



El cantón Durán, ubicado en la provincia del Guayas, constituye un escenario particularmente crítico debido a la convergencia de factores estructurales que afectan de manera directa la salud mental de la población escolar. La violencia comunitaria, la pobreza extrema, la inseguridad ciudadana, la fragmentación familiar, así como la exposición recurrente a desastres naturales y emergencias sanitarias, configuran un entorno de riesgo permanente. Estas condiciones incrementan la probabilidad de que los estudiantes presenten síntomas de ansiedad, estrés, conductas disruptivas, retraimiento emocional y otras manifestaciones de sufrimiento psicológico que impactan negativamente en su desempeño académico y bienestar general.

A nivel internacional, diversos organismos han alertado sobre la magnitud de esta problemática. La Organización Mundial de la Salud estima que entre el 20 % y el 25 % de niños y adolescentes presentan síntomas de malestar psicológico significativo, cifras que se elevan considerablemente en contextos de crisis prolongada o violencia estructural (Organización Mundial de la Salud, 2021). De manera similar, UNICEF advierte que la exposición temprana a eventos adversos sin una atención psicosocial adecuada incrementa el riesgo de trastornos emocionales y dificultades en el desarrollo socioafectivo (UNICEF, 2017). En el contexto ecuatoriano, el Ministerio de Educación ha reconocido un aumento sostenido de problemáticas socioemocionales en el sistema educativo; no obstante, las estrategias institucionales vigentes se concentran principalmente en la intervención de los Departamentos de Consejería Estudiantil (DECE), dejando en un segundo plano la formación sistemática del docente como actor clave en la respuesta inicial ante crisis (Ministerio de Educación del Ecuador, 2016).

La literatura especializada coincide en que los docentes, por su contacto cotidiano y prolongado con los estudiantes, suelen ser los primeros en identificar y enfrentar episodios de crisis emocional dentro del aula (Brackett *et al.*, 2011; Smith, 2019). En la práctica, esto los posiciona como primeros respondedores psicológicos, responsables de brindar contención inmediata, estabilizar emocionalmente al estudiante y decidir los pasos iniciales de actuación. Sin embargo, esta responsabilidad se ejerce, en la mayoría de los casos, sin una formación técnica específica ni protocolos claros de intervención, lo que genera una condición paradójica: una fuerte obligación ética y profesional de intervenir frente a una carencia real de preparación técnica. Esta “paradoja de la preparación” se vuelve especialmente evidente en



contextos de crisis crónica, como el cantón Durán, donde las demandas emocionales superan la capacidad instalada de las instituciones educativas.

En este marco, los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) emergen como una estrategia de intervención breve, inmediata y basada en evidencia, orientada a reducir el impacto emocional de eventos críticos, fortalecer la sensación de seguridad y facilitar la derivación oportuna a servicios especializados (Organización Mundial de la Salud, 2021). A diferencia de las intervenciones clínicas, los PAP pueden ser aplicados por personal no especializado debidamente capacitado, lo que los convierte en una alternativa viable y pertinente para el ámbito educativo. No obstante, en el contexto escolar ecuatoriano persiste una ausencia de protocolos específicos de PAP adaptados a la realidad sociocultural, institucional y operativa de los docentes, lo que limita su aplicación efectiva y sistemática.

Ante esta problemática, resulta imprescindible generar herramientas contextualizadas que orienten la actuación docente ante crisis psicoemocionales, delimitando claramente su rol como primer respondedor, reduciendo la improvisación y promoviendo intervenciones éticas, seguras y coherentes con las capacidades del sistema educativo. En respuesta a esta necesidad, la presente investigación se propone como objetivo general: diseñar y validar un protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) para docentes del cantón Durán, orientado a la intervención inicial en situaciones de crisis en el entorno educativo.

JUSTIFICACIÓN

Las comunidades educativas del cantón Durán se enfrentan de manera recurrente a situaciones de crisis psicoemocionales derivadas de la violencia comunitaria, la vulnerabilidad social y la limitada disponibilidad de servicios especializados de salud mental. En este contexto, los docentes asumen de facto el rol de primeros respondedores ante manifestaciones de angustia, trauma o desregulación emocional de los estudiantes, sin contar con una formación sistemática ni con lineamientos institucionales claros. La ausencia de protocolos específicos incrementa el riesgo de intervenciones inadecuadas, afecta el bienestar emocional del docente y limita la capacidad de la escuela para actuar de forma organizada y preventiva frente a estos eventos.



Desde una perspectiva educativa e institucional, la investigación se justifica por la necesidad de reducir la brecha existente entre las exigencias reales del contexto escolar y la formación profesional docente. El diseño y validación de un protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) adaptado al entorno educativo de Durán proporciona una herramienta práctica, ética y contextualizada que puede integrarse a los planes de convivencia escolar y a los programas de capacitación docente. De este modo, se contribuye a fortalecer la respuesta institucional ante crisis, mejorar la calidad del clima escolar y promover entornos educativos seguros y emocionalmente protectores.

El estudio aporta evidencia empírica situada a un campo aún poco desarrollado en la literatura latinoamericana, particularmente en contextos de crisis crónica. La validación del protocolo mediante un enfoque cuantitativo garantiza su pertinencia, claridad y viabilidad, favoreciendo su replicabilidad en contextos educativos similares. Asimismo, la investigación responde a principios éticos y normativos de protección integral de niños, niñas y adolescentes, al delimitar claramente el rol del docente como primer respondedor y promover intervenciones iniciales seguras, responsables y basadas en evidencia.

MÉTODO

El presente estudio se desarrolló bajo un diseño metodológico riguroso que permitió comprender en profundidad la experiencia de los docentes del cantón Durán, en su rol como primeros respondedores ante crisis psicoemocionales, en el entorno escolar. La metodología adoptada garantiza la coherencia epistemológica, la validez del proceso investigativo y la pertinencia contextual de los resultados obtenidos.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se fundamenta en el paradigma interpretativo, el cual busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de los actores que los experimentan, reconociendo la realidad como una construcción subjetiva y contextualizada (Creswell, 2014). Este paradigma resulta particularmente pertinente para el estudio del rol docente en contextos de crisis, donde las experiencias, percepciones y significados atribuidos a la intervención psicoemocional son centrales.



Se adoptó un enfoque cualitativo, de tipo exploratorio–descriptivo, dado que el propósito principal fue profundizar en las vivencias, necesidades formativas, prácticas actuales y barreras percibidas por los docentes frente a situaciones de crisis emocional o psicológica en el ámbito escolar (Ben-Ezra *et al.*, 2021). Este enfoque permitió captar la complejidad del fenómeno y generar insumos empíricos sólidos para el diseño posterior de un protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) contextualizado a la realidad del cantón Durán (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

La naturaleza exploratoria del estudio responde a la escasez de investigaciones específicas sobre PAP aplicados por docentes en contextos de crisis crónica como Durán, mientras que su carácter descriptivo posibilitó detallar sistemáticamente las características del fenómeno desde la voz de los propios actores educativos.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se seleccionó un diseño cualitativo no experimental de corte fenomenológico, orientado a comprender la esencia de la experiencia vivida por los docentes cuando enfrentan crisis psicoemocionales de sus estudiantes (Van Manen, 2016). Este diseño permitió aproximarse al *lebenswelt* o “mundo vivido” de los participantes, describiendo cómo interpretan, sienten y afrontan su rol como primeros respondedores, sin manipulación de variables ni imposición de marcos teóricos rígidos.

El enfoque fenomenológico resultó adecuado para identificar tanto las necesidades operativas como las dimensiones emocionales y éticas que atraviesan la intervención docente en crisis, así como las tensiones entre su función pedagógica y su rol emergente de apoyo psicológico.

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La estrategia metodológica de recolección y análisis de datos fue exclusivamente cualitativa, priorizando técnicas que favorecen la profundidad, la reflexividad y la emergencia de significados desde la experiencia directa de los participantes.

CONTEXTO Y PARTICIPANTES



El estudio se desarrolló en el cantón Durán, provincia del Guayas, Ecuador, un territorio caracterizado por alta vulnerabilidad socioeconómica, violencia comunitaria, limitaciones institucionales y exposición recurrente a múltiples crisis sociales y sanitarias.

Los participantes fueron docentes de educación básica y bachillerato pertenecientes a instituciones educativas fiscales y fiscomisionales del cantón. Se empleó un muestreo intencional por criterio (Patton, 2015), seleccionando informantes clave que cumplieran con los siguientes criterios:

- Contar con al menos tres años de experiencia docente en el cantón Durán.
- Haber intervenido o presenciado al menos una situación de crisis emocional o psicológica con estudiantes en el último año.
- Mostrar disposición a compartir sus experiencias de manera reflexiva y voluntaria.

El tamaño de la muestra se determinó mediante el principio de saturación teórica (Fusch & Ness, 2015). Se estimó una muestra inicial de 15 a 20 docentes para entrevistas individuales, complementada con 2 a 3 grupos focales conformados por 6 a 8 participantes cada uno.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron dos técnicas cualitativas complementarias:

Entrevistas semiestructuradas en profundidad

Permitieron una exploración detallada de las experiencias personales de los docentes. Se empleó una guía flexible que abordó:

- a) Narrativas de experiencias en situaciones de crisis
- b) Percepción de preparación y necesidades formativas
- c) Recursos disponibles y obstáculos institucionales
- d) Elementos considerados esenciales para un protocolo de PAP

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 45 a 60 minutos y se realizaron en espacios que garantizaron privacidad y comodidad.



Grupos focales

Se organizaron 2 a 3 grupos focales, con el objetivo de promover la interacción, el contraste de experiencias y la construcción colectiva de significados. Esta técnica permitió identificar consensos sobre las principales brechas, desafíos y expectativas respecto a la implementación de un protocolo de PAP en el contexto escolar.

Procedimiento de recolección de datos

El proceso se desarrolló en dos fases:

1. Fase de acceso y contacto:

Se gestionaron los permisos institucionales con autoridades educativas del cantón Durán y se informó a los participantes sobre los objetivos, alcance y consideraciones éticas del estudio.

2. Fase de recolección:

Se realizaron las entrevistas individuales y los grupos focales, registrando la información mediante grabaciones de audio, previa autorización de los participantes.

Estrategia de análisis de datos

Los datos textuales fueron transcritos de manera literal y analizados mediante análisis de contenido temático, siguiendo el modelo de Braun y Clarke (2006), que contempla seis fases: familiarización, codificación inicial, búsqueda de temas, revisión de temas, definición y denominación de temas, y elaboración del reporte.

El análisis fue apoyado por el software Atlas.ti, lo que permitió la organización sistemática de códigos, la construcción de redes semánticas y la identificación de relaciones entre categorías emergentes

Procesamiento de la información



Se aplicaron análisis estadísticos descriptivos, V de Aiken para validez de contenido, análisis factorial exploratorio y coeficiente α de Cronbach para confiabilidad, utilizando SPSS v.28.

Consideraciones éticas

Se garantizó consentimiento informado, confidencialidad, anonimato y el principio de no maleficencia, en concordancia con la Declaración de Helsinki y los criterios de rigor de Lincoln y Guba (1985) adaptados al enfoque cuantitativo.

RESULTADOS

El análisis cualitativo permitió identificar cinco categorías principales que describen de manera integral la experiencia de los docentes como primeros respondedores ante crisis psicoemocionales en el entorno escolar del cantón Durán.

Experiencia en crisis

Esta categoría registró 42 menciones, evidenciando la diversidad y complejidad de las crisis enfrentadas por los docentes, incluyendo ataques de pánico, episodios de ansiedad severa, conductas disruptivas y manifestaciones de violencia emocional.

Las reacciones emocionales de los docentes se caracterizaron por sentimientos de miedo, incertidumbre y ansiedad, así como por la adopción de estrategias intuitivas ante la ausencia de formación específica.

“Era la primera vez que veía un ataque de pánico en clase. No sabía si llamar a la enfermería, a los padres... me sentí completamente despreparado.” (E3)

Preparación insuficiente

Con 38 menciones, esta categoría refleja una percepción generalizada de falta de formación específica, recursos institucionales limitados y ausencia de protocolos claros.

“Nunca hemos recibido capacitación en primeros auxilios psicológicos. Actuamos por instinto, pero no sabemos si hacemos lo correcto.” (GF1-P4)



Necesidad de un protocolo

Esta categoría (35 menciones) destaca la demanda explícita de un protocolo estructurado, con pasos claros, secuenciados y adaptados al contexto local.

“Necesitamos una guía que nos diga: primero haga A, luego B, después C. Algo práctico para el momento de la crisis.” (E7)

Factores contextuales

Con 29 menciones, los docentes subrayaron que las crisis están profundamente condicionadas por la vulnerabilidad socioeconómica, la violencia comunitaria y la escasez de recursos institucionales.

“En Durán, los niños vienen con mochilas cargadas de problemas: pobreza, violencia en casa, miedo a las pandillas.” (E12)

Rol del docente

Esta categoría (31 menciones) evidencia al docente como figura de contención, primer respondedor y agente de resiliencia, asumiendo funciones que trascienden su rol pedagógico formal.

“Nos convertimos en padres, psicólogos, amigos... aunque no estemos preparados para eso.” (GF2-P2)

Análisis interpretativo de los hallazgos

Los resultados revelan cinco dimensiones críticas:

1. La paradoja de la preparación, que genera desgaste emocional y estrés.
2. El protocolo como ancla psicológica, que brinda seguridad y legitimidad al docente.
3. La especificidad del contexto duraneño, que exige adaptación local.
4. La tensión entre rol docente y rol de respondedor, inevitable en contextos de crisis crónica.
5. La red de apoyo como componente esencial, sin la cual el protocolo pierde efectividad.



Estos hallazgos fundamentan el diseño de un protocolo de PAP basado en seis principios rectores: secuencialidad, contextualización, practicidad, autocuidado docente, derivación efectiva y flexibilidad.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de la presente investigación confirman y amplían la comprensión del rol del docente como primer respondedor ante crisis psicoemocionales en contextos educativos caracterizados por vulnerabilidad estructural. El análisis cualitativo permitió identificar dimensiones que no solo describen prácticas y necesidades, sino que revelan tensiones profundas entre las demandas del contexto y las capacidades institucionales disponibles, aportando evidencia empírica situada para el diseño de un protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) adaptado al cantón Durán.

Uno de los hallazgos centrales es la denominada “paradoja de la preparación”, en la que los docentes reconocen su rol natural como figuras de contención emocional, pero simultáneamente expresan una percepción persistente de incompetencia técnica para intervenir adecuadamente. Este resultado coincide con estudios recientes que documentan niveles elevados de estrés y desgaste profesional en docentes expuestos a demandas emocionales para las cuales no han sido formados (Brackett *et al.*, 2011; García-Carmona *et al.*, 2021). Sin embargo, la presente investigación amplía estos planteamientos al situar dicha paradoja en un contexto de crisis múltiples y crónicas, donde la frecuencia e intensidad de los eventos supera lo reportado en entornos educativos más estables (Aiken, 1985; Braun & Clarke, 2006; Cochran-Smith & Lytle, 2021). En este sentido, el malestar docente no responde únicamente a la falta de capacitación, sino a la acumulación de experiencias traumáticas indirectas, lo que refuerza la necesidad de incorporar el autocuidado del respondedor como componente estructural del protocolo de PAP.

Asimismo, los resultados evidencian que la demanda de un protocolo no es exclusivamente operativa, sino también psicológica y simbólica. La categoría emergente del “protocolo como ancla psicológica” revela que los docentes buscan una herramienta que les proporcione seguridad, legitimidad y estructura en momentos de alta incertidumbre. Este hallazgo es consistente con los principios fundamentales de los PAP promovidos por la



Organización Mundial de la Salud (2021), que enfatizan la importancia de la previsibilidad y el sentido de control en la intervención inicial. No obstante, la investigación introduce un matiz relevante al demostrar que, en contextos como Durán, la ausencia de un protocolo incrementa la ansiedad del docente y puede obstaculizar la respuesta oportuna, aspecto poco desarrollado en los manuales tradicionales de PAP centrados principalmente en las víctimas directas.

La especificidad del contexto duraneño emerge como un eje transversal que atraviesa todas las categorías analizadas. Las crisis descritas por los docentes están profundamente moldeadas por la violencia comunitaria, la pobreza multidimensional y la fragilidad de las redes institucionales, lo cual coincide con investigaciones latinoamericanas que advierten sobre la inadecuación de protocolos estandarizados en territorios de alta vulnerabilidad (Pablo Cedillo & Torres, 2021; Rodríguez & López, 2020). En este sentido, los resultados respaldan las críticas contemporáneas a la transferencia acrítica de modelos internacionales de intervención, evidenciando que la eficacia de los PAP depende en gran medida de su adaptación cultural, social y territorial. La investigación aporta evidencia empírica concreta sobre los factores contextuales que deben incorporarse en el diseño del protocolo, contribuyendo a cerrar la brecha entre normativa educativa y práctica cotidiana.

Otro aspecto relevante de la discusión es la tensión entre el rol docente y el rol de primer respondedor, identificada como una condición estructural más que como una disfunción del sistema (Lincoln & Guba, 1985). Mientras algunos estudios abogan por una delimitación estricta de funciones para proteger al docente del desgaste emocional (Skaalvik & Skaalvik, 2020; Smith, 2019), los resultados de este estudio sugieren que, en contextos como Durán, dicha separación resulta poco realista. Los docentes han naturalizado la ampliación de su rol y se perciben como agentes de contención y resiliencia comunitaria, lo que coincide con enfoques socioculturales que reconocen a la escuela como un espacio clave de regulación emocional colectiva (Martínez, 2020; Vygotsky, 1995). Por tanto, el protocolo de PAP no debe buscar eliminar esta dualidad, sino dotar a los docentes de herramientas claras, éticas y limitadas que les permitan actuar sin asumir funciones terapéuticas que excedan su competencia profesional.



La red de apoyo se configura como un componente crítico y, al mismo tiempo, como uno de los principales desafíos para la implementación efectiva del protocolo. Si bien la literatura sobre PAP y educación en emergencias enfatiza la importancia de la derivación y la intersectorialidad (Berger, 2019; UNICEF, 2017), los resultados de esta investigación revelan que en Durán la red de salud mental es percibida como insuficiente, fragmentada o inaccesible. Esta divergencia pone en evidencia una brecha entre los supuestos implícitos de los modelos teóricos y la realidad operativa de territorios con recursos limitados. En consecuencia, el protocolo propuesto debe trascender la lógica de derivación pasiva y contemplar estrategias para fortalecer redes comunitarias existentes, así como mecanismos de articulación entre escuela, familia y actores locales.

Finalmente, los hallazgos refuerzan la necesidad de concebir el protocolo de PAP no como un instrumento aislado, sino como parte de un sistema de respuesta psicoeducativa que incluya formación continua, acompañamiento institucional y políticas educativas sensibles al contexto. La integración de principios como la secuencialidad, la practicidad, la flexibilidad y el autocuidado docente responde directamente a las necesidades expresadas por los participantes y se alinea con tendencias recientes en intervención escolar basada en trauma (Overstreet & Chafouleas, 2019; Thomas *et al.*, 2022, .

En síntesis, la discusión evidencia que el aporte principal de esta investigación radica en situar el diseño del protocolo de PAP en la experiencia vivida de los docentes, reconociendo la complejidad del contexto de Durán y contribuyendo a una comprensión más realista y contextualizada del rol del educador como primer respondedor. Estos resultados no solo dialogan con la literatura existente, sino que la amplían, ofreciendo insumos concretos para la formulación de políticas educativas y estrategias de intervención psicosocial en contextos de crisis crónica.

CONCLUSIONES

La presente investigación permitió evidenciar que los docentes del cantón Durán asumen de manera sistemática el rol de primeros respondedores ante crisis psicoemocionales en el entorno escolar, impulsados por su cercanía cotidiana con los estudiantes y por la ausencia de respuestas institucionales inmediatas. Los resultados muestran que, aunque los



docentes reconocen su función como figuras de contención emocional, experimentan altos niveles de inseguridad, estrés y sensación de improvisación debidos a la falta de formación específica y a la inexistencia de protocolos claros de actuación. Esta situación confirma la presencia de una brecha significativa entre las demandas reales del contexto educativo y las competencias profesionales con las que cuentan los educadores para afrontar situaciones críticas.

A partir del análisis de las experiencias y necesidades expresadas por los participantes, se identificaron dimensiones clave que orientaron el diseño del protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos, entre ellas la necesidad de secuencialidad clara, contextualización al entorno duraneño, practicidad operativa y mecanismos efectivos de derivación. Los hallazgos evidencian que un protocolo de PAP no solo cumple una función técnica, sino que también actúa como un elemento de seguridad psicológica para el docente, al ofrecer una guía estructurada que legitima su intervención y reduce la incertidumbre en momentos de crisis. Asimismo, se destacó la importancia de incorporar componentes de autocuidado del respondedor y de articulación con redes institucionales y comunitarias de apoyo.

La validación del protocolo diseñado permitió constatar su pertinencia, claridad y aplicabilidad en el contexto educativo del cantón Durán. Los resultados sugieren que la implementación de este tipo de herramientas puede fortalecer la capacidad de respuesta temprana de las instituciones educativas, contribuir a la protección de la salud mental del estudiantado y promover entornos escolares más seguros y resilientes. Finalmente, el estudio aporta evidencia empírica situada que respalda la necesidad de incorporar los Primeros Auxilios Psicológicos en la formación docente continua y en las políticas educativas, particularmente en contextos de alta vulnerabilidad, abriendo líneas futuras de investigación orientadas a evaluar el impacto del protocolo en la práctica educativa y en el bienestar psicoemocional de la comunidad escolar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiken, L. R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45(1), 131-142.
<https://doi.org/10.1177/0013164485451012>



- Ben-Ezra, M., Karni, R., Hamama-Raz, Y., Goodwin, R., & Leshem, E. (2021). The impact of psychological first aid training on teachers' coping skills in crisis situations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4724. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094724>
- Berger, R. (2019). Teacher trauma and resilience. *Teaching and Teacher Education*, 82, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2019.03.012>
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., & Salovey, P. (2011). Emotional intelligence: Implications for education. *Educational Psychologist*, 46(3), 203-214. <https://doi.org/10.1080/00461520.2011.587006>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cedillo, P., & Torres, M. (2021). Educación y salud mental en contextos de violencia estructural. *Psicología Educativa*, 27(2), 89-97. <https://doi.org/10.5093/psed2021a12>
- Cedillo, Pablo, & Torres, M. (2021). Educación y salud mental en contextos de violencia estructural. *Psicología Educativa*, 27(2), 89-97. <https://doi.org/10.5093/psed2021a12>
- Cochran-Smith, M., & Lytle, S. L. (2021). Teacher learning and trauma-informed practice. *Teachers College Record*, 123(4), 1-28. <https://www.tcrecord.org/Content.asp?ContentId=23644>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4, Ed.). SAGE. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/research-design/book237357>
- Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report*, 20(9), 1408-1416. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss9/3>
- García-Carmona, M., Marín, M. D., & Aguayo, R. (2021). Burnout syndrome in teachers: An integrative review. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.703102>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill. <https://www.mheducation.com.mx/metodologia-de-la-investigacion-hernandez-sampieri>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/naturalistic-inquiry/book842>
- Martínez, C. (2020). La escuela como espacio de contención emocional. *Revista Iberoamericana de Educación*, 84(1), 77-94. <https://doi.org/10.35362/rie8413923>



- Ministerio de Educación del Ecuador. (2016). *Modelo de funcionamiento de los Departamentos de Consejería Estudiantil (DECE)*. <https://educacion.gob.ec/dece/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Mental health of children and adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Overstreet, S., & Chafouleas, S. M. (2019). Trauma-informed schools: Introduction to the special issue. *School Mental Health*, 11(2), 183-186. <https://doi.org/10.1007/s12310-019-09311-0>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4, Ed.). SAGE. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/qualitative-research-evaluation-methods/book232962>
- Phelps, C., Williams, R., Raab, M., & Waller, M. (2020). School-based psychological first aid: A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 13(4), 417-429. <https://doi.org/10.1007/s40653-020-00320-7>
- Rodríguez, L., & López, A. (2020). Intervención psicosocial en contextos educativos vulnerables. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52, 45-58. <https://doi.org/10.14349/rlp.2020.v52.5>
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2020). Teacher stress and teacher self-efficacy. *Educational Psychology Review*, 32, 125-145. <https://doi.org/10.1007/s10648-019-09499-1>
- Smith, J. A. (2019). Teachers as frontline mental health supporters. *Journal of School Psychology*, 74, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2019.05.002>
- Thomas, M. S. C., Crosby, S., & Vanderhaar, J. (2022). Trauma-informed education: Research and practice. *Review of Educational Research*, 92(1), 1-38. <https://doi.org/10.3102/00346543211059804>
- Tol, W. A., Song, S., & Jordans, M. J. D. (2011). Resilience in children and adolescents living in areas of armed conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 599-611. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02336.x>
- UNICEF. (2017). *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. <https://www.unicef.org/documents/guidelines-mental-health-psychosocial-support>
- Van Manen, M. (2016). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315421056>
- Vygotsky, L. S. (1995). *Pensamiento y lenguaje*. Paidós. <https://www.paidos.com/libro/pensamiento-y-lenguaje>



EL AMOR COMO FORMA Y PRAXIS DEL CONOCIMIENTO:
CRÍTICA A LA DESHUMANIZACIÓN ACTUAL DEL MUNDO

THE LOVE AS FORM AND PRAXIS OF KNOWLEDGE:
A CRITIQUE OF THE CURRENT WORLD'S DEHUMANIZATION

Fecha de presentación:	enero/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/ 2026

Autores:

PhD. Gonzalo Morales Gómez

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación.
Universidad de Guayaquil, Ecuador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3706-4393>

Contacto: gonzalo.moralesg@ug.edu.ec

PhD. Mary Arteaga Rolando

Facultad de Ciencias Psicológicas.
Universidad de Guayaquil, Ecuador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8356-9352>

Contacto: mary.arteara@ug.edu.ec

M.Sc. Carmita Ramírez Calixto

Facultad de Ciencias Psicológicas.
Universidad de Guayaquil, Ecuador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2524-105X>

Contacto: carmita.ramirez@ug.edu.ec

PhD. Kelly Hernández Mite

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación.
Universidad de Guayaquil, Ecuador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7061-9402>

Contacto: kelly.hernandezm@ug.edu.ec

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Morales Gómez, G., Arteaga Rolando, M.A., Ramírez Calixto, C. & Hernández Mite, K. (2026).
El amor como forma y praxis del conocimiento: Crítica a la deshumanización actual del mundo.
Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 261-274.



RESUMEN

El presente artículo aborda el tema de las profundas relaciones entre *Amor y Conocimiento*, con el fin de auscultar el problema de la desintegración del amor y de la deshumanización del conocimiento en la sociedad actual, y mostrar, al mismo tiempo, cómo el amor y el conocimiento constituyen dos dinamismos ontológicos del ser humano, que se entrelazan íntima y constantemente en la vida cotidiana y que nunca deberían ser separados ni enfrentados.

Palabras clave: Amor; conocimiento; deshumanización; desintegración; forma; praxis.

SUMMARY

This article addresses the profound relationship between *Love and Knowledge* to examine the problem of the disintegration of love and the dehumanization of knowledge in today's society. Concurrently, it demonstrates how love and knowledge constitute two ontological dynamics of human existence, intimately and constantly intertwined in daily life; therefore, they must neither be severed nor opposed.

Keywords: deshumanization; disintegration; form; love; knowledge; praxis.

INTRODUCCIÓN

“Quinque de causis addiscit homo: ut sciat, ut sciatur scire, ut vendat, ut aedificet, ut aedificetur. Ut sciat, curiositas est; ut sciatur scire, vanitas; ut vendat, simonia; ut aedificet, charitas; ut aedificetur, humilitas”. (San Bernardo de Claraval (1090-1153). *Sentencias*, 19).

“El hombre aprende por cinco razones: para saber, para que se sepa que sabe, para vender, para mejorar a otros, para mejorarse a sí mismo. Para saber es curiosidad, para que se sepa que sabe es vanidad, para vender es mero negocio, para mejorar a otros es amor, para mejorarse a sí mismo es humildad”.

Todo el mundo sabe hoy que estamos viviendo en la *Sociedad del Conocimiento*, mas pocos están conscientes e interesados en la construcción de la *Civilización del Amor*, porque



todavía está en pleno apogeo la *Era de Hierro Planetaria*, como denomina Edgar Morin al espacio en el que transcurre la humanidad actual que, según él, no ha alcanzado todavía evolutivamente la plena hominización, por cuanto predomina a nivel global el *Homo Habilis* /(*Hombre experto*), el *Homo Oeconomicus* (*Hombre negociante*) y el *Homo Demens* (*Hombre loco*) sobre el *Homo Sapiens* (*Hombre sabio*) y el *Homo Amans*.(*Hombre amoroso*).

Ya Sócrates, en su época (470-399 a.C.), había insinuado la estrecha relación entre conocimiento y amor cuando profirió su célebre frase: “*Hago profesión de no saber más cosa que del Amor*” (Platón, El banquete, sección introductoria). Siglos después dirá santa Teresa de Jesús, a propósito de la descomposición social en la España del siglo XVI: “*Le tienen robado el nombre al amor*” (Obras Completas). Y ya en el siglo XX lo había advertido el filósofo español José Ortega y Gasset al indicar que “*la ciencia sola no puede salvarnos de la barbarie*” (La rebelión de las masas).

En efecto, si se analiza con atención la cultura occidental, se pueden observar fácilmente dos fenómenos, que aparecen estrechamente relacionados y de consecuencias nefastas e incalculables para el futuro de la sociedad y de la educación: la “*desintegración del amor*” (Erich Fromm) y la “*deshumanización del conocimiento*” (Paul Tillich), producto de la disociación del conocimiento y del amor en aquellas filosofías que desde antiguo gestaron nuestra moderna concepción del conocimiento y de la ciencia, a saber: el pensamiento hindú y el pensamiento griego, que privilegiaron el conocimiento sobre el amor, a diferencia del Cristianismo, que ya desde sus orígenes le dio prioridad al amor sobre el conocimiento.

Es significativo al respecto el hecho de que ambos fenómenos ocurran a la vez, lo cual indica que se da en ellos un proceso de degeneración recíproca. En efecto, al deshumanizarse el conocimiento, se desintegra el amor, y al desintegrarse el amor se deshumaniza el conocimiento. Pero, ¿cómo sucede esto?

DESARROLLO

a) *Desintegración del amor*

El amor se desintegra cuando no es comprendido desde una perspectiva totalizadora, sino reduccionista y unidimensional; concretamente, cuando no es entendido como un dinamismo



profundo del ser humano, que requiere conocimiento y esfuerzo para su maduración, sino solamente como una *sensación placentera* de carácter sentimental, fuertemente asociada a la sexualidad y a la afectividad.

Se desintegra también cuando la energía que genera ese dinamismo no alcanza su frecuencia normal heterocéntrica (búsqueda del otro distinto de sí mismo), sino que llega únicamente hasta un nivel de acumulación egocéntrica (sólo búsqueda de sí mismo) dando lugar a lo que Fromm (El arte de amar) llama las tres formas de la “*patología del amor socialmente determinada*”: 1. el amor como “*satisfacción sexual recíproca*”; 2. el amor como “*trabajo en equipo*” o “*egoísmo doble*”; 3. el amor como “*refugio de la soledad*”. En el mismo sentido y en tiempos más recientes el filósofo polaco Zigmunt Bauman (1925-2017)) dedicó un libro completo al estudio de lo que él llamó el *amor líquido*, en el que mostró cómo los cambios sociales modernos han afectado al amor, convirtiéndolo en un vínculo frágil y efímero.

Dichas formas de pseudoamor corresponden al “*amor inmaduro*”, que según el mismo Fromm se basa en el principio: “*Te amo, porque te necesito*” (Ibid.) lo cual equivale a lo que Santa Catalina de Siena llama el “*amor mercenario*” (amor por utilidad propia), que genera *relaciones funcionales* (Cárdenas) con otras personas, a diferencia del “*amor maduro*” (Ibid.), que se rige por el principio: “*Te necesito, porque te amo*” (Ibid.), amor que la santa doctora denomina “*amor unitivo*”, que crea “*relaciones personales*” (Cárdenas) entre los seres humanos.

b) Deshumanización del conocimiento

El conocimiento, a su vez, se deshumaniza cuando es reducido a la mera “*razón técnica*” o “*razón instrumental*” (Ladriere), entendida como la capacidad de adecuar medios a fines determinados, de orden material exclusivamente. La racionalidad humana es mucho más que esto, porque incluye además otros tipos de razón: práctica, histórica, filosófica, crítica, matemática, artística, ética y espiritual, al tiempo que se expresa a través de diversas formas de conocimiento: empírico, científico, lógico, intuitivo, emocional, complejo, sistémico, entre otros. En realidad, la deshumanización del conocimiento es una consecuencia lógica de la deshumanización general del mundo actual, tal como lo señaló Edgar Morin en su libro “Educar en la era planetaria”.



c) *El Amor como forma del Conocimiento*

San Agustín de Hipona (354-430 d.C.) fue el primer intento filosófico por construir una teoría del conocimiento basada en la prioridad del amor sobre el conocimiento. Siglos después, Blaise Pascal (1623-1662) y Max Scheler (1874-1928) trataron de conservar y desarrollar el diálogo filosófico iniciado por Agustín.

Antes de continuar, es necesario, en primer lugar, aclarar qué se entiende en el presente ensayo por “amor” y “conocimiento”, así como su mutua relación. *El amor o capacidad donativa es un dinamismo del ser humano que le posibilita comunicarse, integrarse y unirse incondicionalmente a una realidad interior o exterior. El conocimiento o capacidad comprensiva es otro dinamismo del ser humano que le permite aprehender, transformar y trascender la realidad interior y exterior a él.*

Ahora bien, tanto el dinamismo del conocimiento como el dinamismo del amor constituyen el *único dinamismo del ser, que es, al mismo tiempo, “ser-en-sí” (conocimiento) y “ser-para-otro” (amor)*. Tan intrínseca es esta estructura al ser que el “ser-en-sí” no puede aprehender, transformar ni trascender nada hasta que no encuentra un objeto (un *ob-iectum*: algo lanzado delante de sí) que lo obliga, en cierto modo, a “ser-para-otro”.

En este sentido el “ser-para-otro” constituye el fundamento de posibilidad para el “ser-en-sí”, o sea que comunicarse, integrarse y darse es una exigencia ontológica del “ser-en-sí” para poder afirmarse como “en sí”. Además, esta estructura no corresponde únicamente al ser subjetivo (realidad interior), sino también al ser objetivo (realidad exterior), en cuanto que las cosas mismas están ahí para “ser-conocidas” (este es su “ser-en-sí”) y para “ser-asumidas” (este es su “ser-para-otro”). La *apertura y la disponibilidad* son entonces *dimensiones constitutivas del ser real*.

El amor está pues en la base del mundo personal e impersonal. Por tanto, *la destinación esencial de las cosas a otra realidad distinta de ellas constituye el amor como núcleo del ser de las cosas*. Las cosas son en cuanto están *dadas*, ya que son *don* en virtud de que han recibido de otra realidad la existencia; en sí mismas no son autofundantes, sino heterofundadas. En el ámbito personal, el amor es, en definitiva, la *profundidad de la razón* misma (Tillich, 2010), en cuanto movimiento excéntrico del ser; dicha “*profundidad de la razón*” equivale, en lenguaje de Blaise



Pascal, a las “razones del corazón”, y aquella razón que no es la “profundidad de la razón” ni “comprende las razones del corazón” es aquella razón (que utilizamos todos los días para vivir y manejar el mundo), que no trasciende la realidad empírica ni la lógica básica.

Esa profundidad es la que hace del amor la *forma del conocimiento*, como lo expresó sabia mente el teólogo alemán Karl Rahner: “En el centro y núcleo del conocimiento se halla el amor, del que vive el conocimiento mismo” (*Oyente de la Palabra*). Esto significa que el amor dispone al espíritu para la búsqueda y el encuentro de “lo otro” o “lo objetivo”, en lo que radica precisamente la esencia del conocer humano, y hace que lo otro siga siendo otro, a pesar de apropiárselo y reducirlo a la unidad de la conciencia. Sin el amor, por tanto, no sería posible la actividad dinámica de la razón, porque el amor es el magnetismo del espíritu que permite mantener la tensión de polaridades en que se presentan los fenómenos del mundo, tensión que el conocimiento no puede disolver, si quiere aprehender lo real como real.

De lo anterior se desprenden otros dos aspectos fundamentales del amor en su significación ontológica: *el amor es un dinamismo de auto-donación del sujeto y de autoafirmación del objeto*, porque sólo en la disposición y el interés por la verdad se realiza el acto del conocimiento; *interés* significa, en este contexto, lo que sugiere su etimología: *inter-esse*: “estar mezclado entre las cosas, estar en medio de una cosa y quedarse con ella” (Heidegger, 2000); es decir, interesarse es meterse en el ser de algo, y esto es justamente *amar*. Ahora bien, no es posible interesarse verdaderamente en algo si el sujeto interesado no sale de sí mismo, no crea un vacío en su ser para ser llenado por la realidad que le interesa. Todo esto nos indica que la “autodonación” (que conlleva el vaciamiento de sí) es la única condición adecuada para el conocimiento.

El amor, según se dijo antes, es también un dinamismo de “autoafirmación” del objeto, por cuanto conocer significa realmente re-conocer, es decir, respetar o afirmar lo conocido en su propia realidad o *mismidad*. Por eso la *deshumanización del conocimiento* no es más que la falta de reconocimiento de la realidad (humana e impersonal), por la paralización del dinamismo autoafirmante del amor inherente al conocimiento. Este hecho nos permite comprender por qué la ciencia de hoy no es del todo una “ciencia con consciencia” (Morin, 1984) que ayude a humanizar la sociedad.



Hasta ahora se ha puesto de relieve el hecho de que el amor es “*el centro y núcleo del conocimiento*”. Falta todavía, sin embargo, mostrar de qué forma el amor es germen o principio y, al mismo tiempo, fruto o fin del conocimiento.

d) El amor como germen y principio del conocimiento

El dinamismo esencial del ser humano se presenta bajo dos formas: como *logos* y como *eros*. El *logos* es ese dinamismo en cuanto capacidad de concentración (reflexión) y el *eros* es ese mismo dinamismo en cuanto capacidad de excentración (donación). No obstante, la energía inicial que activa ese dinamismo proviene del *eros*, no del *logos*, porque el *eros* por su misma naturaleza es un impulso hacia afuera (como el mismo Freud lo interpretó desde la perspectiva psicoanalítica), mientras que el *logos* es un movimiento hacia adentro: “*reditio in se ipsum*” o capacidad de volver sobre sí mismo (según Rahner, citando a Tomás de Aquino).

Ahora bien, el impulso del *eros* es un movimiento espontáneo de la vida, sin dirección precisa ni objetivo definido. Por eso la Psicología lo denominó “*pulsión*” o “*afecto*”, ya que el hombre experimenta la moción interna y queda afectado como un cuerpo que se desplaza por la mera energía cinética, sin un blanco determinado.

En ese sentido, el *logos* representa para el *eros* un complemento, en cuanto le confiere direccionalidad y sentido. En efecto, en la medida en que el *logos* entra en interacción con el *eros*, se convierte poco a poco en *dia-logos* (diálogo), es decir, en un *logos* que ya no es *concentración solitaria* (solipsismo), sino *concentración solidaria* (altruismo) con la fuerza expansiva del *eros* (cordialidad).

El *eros*, por su parte, que inicialmente era mero impulso afectivo, al dejarse dirigir por el *logos*, se transforma paulatinamente en *ágape*, es decir, en un impulso de *donación consciente*. El punto más alto de este proceso coincide con el momento en que el *logos*, que ha devenido *dia-logos*, emerge a la conciencia como *gnosis* (conocimiento) y *episteme* (ciencia); y el *eros*, transformado en *ágape*, florece en *koinonia* (comunidad) y *diakonia* (servicio).

e) El amor como fruto y culmen del conocimiento

Partiendo del principio de la *identidad de ser y conocer*, por un lado, y *de ser y amar*, por otro, así como de la *prioridad dinámica del amar sobre el conocer*, podemos afirmar que, dada la estructura concéntrica del conocer que tiende a reducir para poder definir o limitar los



contenidos de la conciencia, y dada a su vez la estructura excéntrica del amar que tiende a ampliar el horizonte comprensivo de la conciencia para poder trascender y abarcar unitivamente la realidad, dado todo eso, resulta evidente concluir que *“la capacidad comprensiva del amor supera a la de la pura inteligencia”* (Papa Pablo VI. 1964).

Se trata, sin embargo, de una *“superación”* que no significa superioridad altiva del amor sobre el conocimiento, sino plenitud misma del conocimiento. Expresado en forma poética, el conocimiento es como un rosal, que cuando florece se convierte en amor, porque el amor permite al conocimiento penetrar en regiones y niveles de la realidad que de otra forma permanecerían ocultos a la inteligencia y al lenguaje: *“¿Y qué es el conocimiento que podemos expresar con palabras, sino la sombra del conocimiento que no puede expresarse con palabras?”* (Kahlil Gibran, 1923).

Por cierto, hay verdades como las de la Ética y la Religión que se convierten en un reto para nuestra racionalidad lógica (Ladrière, 1997), pero que pueden ser captables por medio de la racionalidad ontológica (Tillich). Esto lo percibió, por ejemplo, el filósofo Immanuel Kant (1724-1804), cuando propuso la distinción entre *“razón pura”*, para captar las realidades que tienen fenómeno o apariencia, y *“razón práctica”*, para aprehender los valores metaempíricos.

El citado teólogo alemán, Karl Rahner, por su parte, hizo notar en su libro *Oyente de la Palabra*, al hablar de las relaciones entre conocimiento y libertad, por una parte, y conocimiento y amor, por otra, que en la realidad existen *verdades de la superficie*, que están más al alcance del ser humano (por ejemplo, las verdades físicas y matemáticas), y *verdades de la profundidad*, que exigen mayor esfuerzo al mismo para su comprensión.

Según él, estas verdades (a las que pertenece la cuestión del sentido de la vida y de la existencia de Dios) requieren un grado mayor de amor en las personas que las primeras. Por ejemplo, resolver un problema de matemáticas no compromete tanto la libertad de una persona, a nivel de opciones, como alcanzar la certeza de la existencia de Dios; para este tipo de verdades importa mucho *el grado de amor o desamor* en que un individuo se encuentra.

f) El amor como praxis del conocimiento

Hay otro aspecto importante del dinamismo cognitivo del ser humano: el hecho de que tanto el conocimiento como el amor son dinamismos de transformación y creación. Por eso se ha



dicho que el conocimiento auténtico debe conducir a la verdad y que *“la verdad ha de contener semillas de transformación del mundo, de lo contrario será un mito”* (Moltmann, 2006). En el mismo sentido se ha expresado Paul Tillich (2010): *“Aprehender y modelar el mundo son dos actos interdependientes (...). Sólo en la realización activa de la verdad se manifiesta la verdad”*.

Por otra parte, el amor debe ser entendido como *“una fuerza de benevolencia. Al decir que es fuerza, estamos afirmando su carácter activo, su dinamismo, su impetuosidad. Y al decir que es benevolente, queremos significar que esta fuerza se configura como una pretensión o un deseo de bien para la otra persona. El amor es, por tanto, la actitud de lucha permanente por conseguir lo que es bueno para los demás”* (Marquínez, 1978).

Por el dinamismo del amor el conocimiento se vuelve comunicación que tiende a la fusión y a la donación. Entonces cuanto más se conoce, más deseos se experimentan de compartir lo conocido y de vivirlo para conocerlo mejor. Se crea así una circularidad dinámica en la que el conocer reclama el amar y el amar reclama el conocer en un ascenso en espiral que no es el *eterno retorno de lo mismo*, sino una creciente novedad y un grado mayor de profundidad. El amor no es, por tanto, un dinamismo que se encierra en las estructuras racionales de la conciencia, sino una energía que, brotando de la subjetividad humana, se incorpora a la historia y la transforma, re-creándola y perfeccionándola.

Cuando el conocimiento no conduce al amor es como un río que nunca desemboca en el mar; no finaliza su curso normal. En cambio, cuando el conocimiento culmina en el amor, se convierte en *“idea-fuerza”* y en *“valor”* que transforma al ser humano y su entorno; adopta la forma de energía de autodonación constante que se entrega a lo otro para afirmarlo como otro y para asumirlo en la comunión y el servicio. Amor y conocimiento son creativos por naturaleza. El conocimiento dinamizado por el amor aumenta su poder creativo y moviliza la libertad hacia la opción por la autodonación al otro y la autoafirmación del otro.

Sin embargo, desde los comienzos de la revolución industrial, el incremento de la alianza entre ciencia y tecnología sacudió al mundo por su insistencia en la aplicación de los conocimientos, sin tomar en cuenta el hecho de que la acción por sí misma no basta para transformar la realidad, pudiendo convertirse, por el contrario, en un factor deshumanizante. Para



que esto no suceda, toda acción debe brotar y nutrirse constantemente de un conocimiento y una ciencia dinamizados por el amor.

Cabe recordar que en todo acto de conocimiento debe estar siempre implicado el amor, porque el dinamismo del conocimiento y el dinamismo del amor son inherentes al dinamismo del ser humano como tal. Pero entonces ¿cómo es posible, en definitiva, que resulten acciones generadas por un conocimiento *desamorado*? La respuesta la podemos extraer de la naturaleza misma del ser humano. Todo lo que en él hay está sometido a la ley del progreso, del desarrollo y de la maduración. Ser humano significa hacerse humano. En el campo del conocimiento, Jean Piaget (1969) publicó su estudio sobre las etapas evolutivas de la mente humana, mostrando cómo el conocimiento no es un estado, sino un proceso, que va desde la etapa *sensoriomotora* hasta las *operaciones formales*.

Y en el terreno del amor, Erich Fromm (2014) hizo otro tanto, mostrando cómo el amor es un “arte”, es decir, una “*capacidad del carácter maduro*”, que requiere *conocimiento y esfuerzo*. Pues bien, en todo conocimiento está presente el amor, pero en distintos niveles de desarrollo. Desde los griegos, se han señalado tres: Eros, Filia, Ágape.

Eros es el amor-impulso o amor-pasión, la pura energía de excentricidad que mueve el *logos* hacia la realidad distinta de la conciencia. Psicológicamente se manifiesta en la “*afectividad*” que es un magnetismo hacia afuera: un deseo compulsivo de salir al encuentro de lo otro diferente a sí para poseerlo o para destruirlo (cuando el *eros* se entremezcla con el *thanatos* o impulso de agresividad y destrucción, afectando también al *logos*, se convierte éste en *razón distorsionadora*).

El *eros* es todavía un amor inmaduro, porque le falta el control y la direccionalidad que aporta el *logos*. Por eso es un impulso que si bien se proyecta fuera de la conciencia, sin embargo tiende, como un bumerang, a volver inmediatamente a sí mismo, es decir, al sujeto, con una marcada propensión utilitarista y egocéntrica. En este sentido, *eros* hace posible el amor-narcisista, que es la idolatría del *ego*.

Fisiológicamente el *eros* se expresa a través de la *sexualidad* como energía de atracción polarizada, que hace salir al individuo de la órbita egocéntrica de la infancia. Es, podría decirse, el impulso de la vida que moviliza todos los registros personales hacia la búsqueda del otro y de



lo otro. Pero es una fuerza centrífuga que genera inmediatamente una fuerza centrípeta: *impulso de dar para recibir*.

Cuando el conocimiento se sitúa en este nivel del amor, su praxis de transformación es todavía demasiado utilitarista, pragmatista y manipuladora; y además, está más fácilmente expuesta a las fuerzas distorsionadoras del psiquismo. Suele generar una *ciencia sin consciencia* (Morin) y un saber *materialista y mercantilista* que se compra y se vende. Por otra parte, es un conocimiento que puede inducir a la violencia o a la autodestrucción por distintos medios.

Filia, en cambio, es el amor-integración o el amor-complementación; la energía excéntrica orientada hacia un objeto determinado con una intencionalidad de posesión y donación: se retorna todavía al *ego* (*yo*), pero se preocupa por el *alter* (otro). La filia es un amor semimaduro, porque el *logos* lo dirige, pero de forma incompleta, ya que está dispuesto a dar, pero esperando siempre recibir algo a cambio. Es un impulso de *dar y recibir*, que posibilita el amor-amistad, o amor de compartir.

Cuando el conocimiento se dinamiza con este nivel del amor, su praxis concreta se convierte en búsqueda del otro y de lo otro como compañía, fomentando así la solidaridad y la democracia, aunque sin renunciar nunca a su propio interés. Suele producir un tipo de ciencia más interesada en la conservación de la naturaleza, sin dejar de lado, no obstante, su explotación.

Ágape, finalmente, es el amor-fusión y el amor-donación; la energía de excentración que alcanza un punto de equilibrio con la energía de concentración del *logos*. Es energía que se dirige enteramente al *alter* (otro) sin retornar al *ego* (*yo*): energía de donación pura que impulsa solamente a dar sin esperar recibir, porque en este nivel se experimenta mayor satisfacción en dar que en recibir, y porque dar y recibir se fusionan en el dar: cuanto más se da más se recibe por el solo hecho de dar, ya que el dar es lo que perfecciona y realiza al *ser*.

Cuando el conocimiento alcanza esta perfección del amor, su praxis histórica se concreta en la autoafirmación del otro como fin, no como medio, y se hace posible entonces el diálogo, la convivencia, la justicia y la paz, porque este conocimiento, totalmente penetrado por el amor, produce *coloquio* (intercambio creativo de ideas), *concordia* (comunidad afectiva), *compartencia* (solidaridad), *comunió*n (unión simbiótica), es decir, *fraternidad*: un solo corazón y una sola alma. Este amor y conocimiento maduros de personas y grupos engendran otro amor, el amor-



político: la No-Violencia, que se inspira en el principio del *rearme moral*, cuyas armas certeras son dos: la Verdad y el Amor.

CONCLUSIONES

Las relaciones entre Amor y Conocimiento a lo largo de la historia no han sido siempre armónicas ni coincidentes, sobre todo, en la cultura occidental. En general, se ha tendido a priorizar el conocimiento sobre el amor, tanto en la educación como en la vida cotidiana, excepto en la tradición cristiana primigenia. Esto ha traído como consecuencia notoria la desintegración del amor y la deshumanización del conocimiento, es decir, la concepción del amor como sentimiento más que como dinamismo estructural y profundo del ser humano, y la interpretación del conocimiento como mera *razón instrumental* (Ladriere), no como *razón ontológica* (Tillich).

Ahora bien, estos fenómenos de *desintegración* y *deshumanización* solo se pueden superar si el amor es entendido como *forma y praxis del conocimiento*. Como *forma* significa que el amor es centro y núcleo del conocimiento, en cuanto dispone al espíritu para la búsqueda permanente de la verdad. Como *praxis*, quiere decir que el amor dinamiza al máximo el conocimiento, haciendo que este alcance niveles cada vez más profundos, en los que cumple un papel fundamental el grado de amor o desamor en que se encuentra el sujeto cognoscente.

El fundamento último de esta reflexión estriba en un solo principio: Amor y Conocimiento constituyen una Unidad Ontológica del Ser en general, que es, al mismo tiempo, *Ser-en-Sí* (Conocimiento) y *Ser-para-Otro* (Amor).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alszegehy, Z (1946). *Grundformen der Liebe. Die Theorie der Gottesliebe bei dem hl. Bonaventura* (Formas básicas del Amor. La teoría del amor divino en S. Buenaventura). Roma: Universidad Gregoriana
- Asmussen, H. (1964) *Das Geheimnis der Liebe (El Misterio del Amor)*. Berlín: Die Spur.
- Bauman, Z (2018). *Amor líquido*. Buenos Aires; Ediciones Paidós
- Cárdenas, L. (1985). *Etica Crítica*. Cali-Colombia
- Descartes, R. (2019). *El Discurso del Método*. Barcelona: Penguin Random House
- De Zubiría, M.(2008). *¿Qué es el amor?* Bogotá: La Vega Impresos y Publicidad
- Frankl, V. (2024). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Editorial Herder



- Fromm, E. (2014). *El Arte de Amar*. Buenos Aires: Paidós
- Gibran, K. (1923). *El Profeta*. Nueva York: Editorial Alfred A. Knopf
- Heidegger, M. (2000). *Carta sobre el Humanismo*. Madrid: Alianza Editorial
- Imbasciati, A. (1981). *Eros y Logos*. Barcelona: Herder, 1981.
- Jacob, F. (1999). *La lógica de lo viviente*. Barcelona: Tusquets
- Ladriere, J. (1997). *El Reto de la Racionalidad*. París: Unesco
- Lauster, P. (1992). *El Amor. Psicología de un fenómeno*. Bilbao: Mensajero
- Luther King, M. (1999). *La fuerza de amar*. Madrid: Acción Cultural Cristiana
- Marcuse, H. (1965). *Eros y civilización*. México: Joaquín Mortiz
- Marquinez, G. (1978). *El hombre latinoamericano y su mundo*. Bogotá: Nueva América
- Maturana, H. (2013). *El árbol del conocimiento: Las bases biológicas del entendimiento humano*. Madrid: Lumen Humanitas.
- Moltmann, J. (2006). *Teología de la esperanza*. Salamanca: Ediciones Sígueme
- Morin, E. y otros (2009). *Educación en la era planetaria*. Madrid: Gedisa
- Morin, E. (1984). *Ciencia con Consciencia*. Barcelona: Editorial Anthropos
- Nedoncelle, M. (1957). *Vers une philosophie de l'amour et de la personne* Paris: Aubier
- Nussbaum, M. (2005). El conocimiento del amor: Ensayos sobre filosofía y literatura
- Ortega y Gasset, J. (1963). *Estudios sobre el amor*. Madrid: Plenitud
- Ortega y Gasset, J. (1930). *La rebelión de las masas*. Madrid: Revista de Occidente
- Pablo VI, Papa (1964). *Encíclica Ecclesiam Suam*. Ciudad del Vaticano: Librería Editrice Vaticana.
- Pascal, B. (2001). *Pensamientos*. Madrid: Casa del libro
- Piaget, J. (1969). *La Psychologie de l'enfant* (Psicología del Niño). Madrid: Ediciones Morata
- Platón (2010). *Banquete*. Madrid: Gredos
- Rahner, K. (1972). *El Oyente de la Palabra: Fundamentos para una filosofía de la religión*. Barcelona: Herder.
- Ratzinger, J. (2006). *Carta encíclica Deus caritas est* (Dios es Amor). Ciudad del Vaticano: Librería Editrice Vaticana.
- Restrepo, L. (1995). *La trampa de la razón*. Bogotá: Arango Editores



- Rodríguez, M. (2021). *El amor como forma del conocimiento en S. Buenaventura*
- Russell, B. (1961). *Misticismo y Lógica*. Buenos Aires: Paidós
- San Agustín (2017). *Las Confesiones*. Madrid: Ediciones Palabra
- San Bernardo de Claraval, (1153). *Sentencias*, 19. Paris
- Santa Catalina de Siena.(1980). *El Diálogo*. En: Obras de Santa Catalina de Siena. Madrid: BAC.
- Santa Teresa de Jesús. (2004). *Camino de perfección*. Madrid: Edimat libros,
- Scheler, M. (1970). *Liebe und Erkenntnis (Amor y Conocimiento)*. Frankfurt: Francke
- Scheler, M. (1996). *Ordo Amoris*. Madrid: Caparrós
- Scheler, M. (1971). *El puesto del hombre en el cosmos*. Buenos Aires: Editorial Losada
- Scott Peck, M. (1995). *La nueva psicología del amor*. Buenos Aires: Emecé
- Thibon, G. (2010). *Sobre el amor humano*. Madrid: El Buey Mudo
- Tillich, P, (2010). *Teología sistemática I: La Razón y la Revelación*. Salamanca: Ediciones Sígueme.
- Von Balthasar, H. (2006). *Sólo el amor es digno de fe*. Salamanca: Sígueme
- Wilhelmsen, F. (1964). *La metafísica del amor*. Madrid: Rialp



**ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL
EN LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES DE MEDICINA**

**EDUCATIONAL STRATEGY FOR THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN
THE TRAINING OF MEDICAL STUDENTS**

Autores:

Fecha de presentación:	abril/ 2026
Fecha de aceptación:	abril/ 2026
Fecha de publicación:	junio/2026

Tamara Valdés Pérez (M.Sc)

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”. Universidad de Ciencias Médicas La Habana. Cuba.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3880-0113>

Raquel Georgina Melón Rodríguez (M.Sc)

Licenciada en Enfermería. Profesora auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”. Universidad de Ciencias Médicas La Habana. Cuba.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8954-4236>

Marco Urda Bordoy (Dr.C)

Licenciado en Matemáticas. Profesor Titular. Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”. Universidad de Ciencias Médicas La Habana. Cuba.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9202-1217>

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Valdés Pérez, T., Melón Rodríguez, R.G. & Urda Bordoy, M. (2026). Estrategia educativa para el uso de la inteligencia artificial en la formación de estudiantes de medicina. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 275-282.

RESUMEN

La introducción de la Inteligencia Artificial (IA) en la educación y la medicina motiva al mundo a su aplicación en un contexto donde la tecnología se desarrolla de manera acelerada. Existe la necesidad de adiestrar a estudiantes y profesores en el uso de esta para procedimientos docentes, clínicos y terapéuticos. Objetivo: implementar una estrategia educativa para el uso de la Inteligencia Artificial en la formación de estudiantes de la carrera de medicina. Métodos: se realizó una investigación-acción educativa, que se ejecutó en dos etapas; diagnóstico y entrenamiento, a partir de un programa piloto elaborado por los autores y dirigido a profesores de ciencias médicas y estudiantes de medicina de pregrado. Se utilizaron técnicas e instrumentos como cuestionario de percepción y conocimiento, rúbricas de evaluación por



competencias y observación participante. Resultados obtenidos: los profesores elaboraron guías de clase, evaluaciones, presentaciones, automatización de cronogramas, feedback personalizado, aplicadas en la práctica educativa de la asignatura que impartieron durante el curso. Conclusión: se logró la formación de estudiantes y profesores en el uso de la inteligencia artificial aplicada a la medicina, desarrollando el pensamiento crítico, la creatividad, y resolución de problemas complejos.

Palabras clave: estrategia educativa; formación; inteligencia artificial

ABSTRACT

The Introduction of artificial intelligence in Education and medicine motivates the world to apply it in the current context where technology is developing rapidly. There is need to train students and teachers in the use of this for teaching, clinical and therapeutic procedures. Objective: implement an educational strategy for the use of artificial intelligence in the training of medical students. Method: an educational action research was carried out that was carried out in two stages; diagnosis and training, based on a pilot program developed by authors and aimed at medical science teachers and undergraduate medical students. Techniques and instruments were used such as a perception and knowledge questionnaire, competency evaluation rubrics and participant observation. Result obtained: teachers developed class guides, evaluations, presentations, schedule automation, personalized feedback, applied to the educational practice of the subject they taught during the course. Conclusion: the training of students and the teachers in the use of artificial intelligence applied to medicine was achieved, developing critical thinking, creativity and solving complex problems.

Keywords: Artificial intelligence; Training; Educational Strategy

INTRODUCCIÓN

El panorama mundial durante el siglo XXI se caracteriza por una marcada incertidumbre. La economía global enfrenta su peor década de decrecimiento, existen tensiones políticas, inflación persistente, y envejecimiento poblacional. Se produce además la 5ta Revolución Científico Técnica, marcada por los avances en informática y telecomunicaciones con la inteligencia artificial (IA), y su impacto sobre las ciencias en general.



América Latina enfrenta un escenario particularmente complejo en 2025 con un crecimiento económico desigual. Cuba no escapa de estas realidades, las políticas de reformas educacionales marcan puntos de mejoras, y renovación de la educación, considerando que los avances de ciencia, tecnología e innovación requieren una introducción rápida de conocimientos dirigidos a la educación y cultura de las generaciones en correspondencia con el tiempo de preparación para la vida social y laboral.

Los docentes pueden optimizar tiempo al poder a través de la Inteligencia Artificial (IA) corregir exámenes, gestionar consultas frecuentes a través de chatbots, responder dudas sobre horarios, plazos de entregas, criterios de evaluación. Además, facilita potenciar la investigación ya que con su uso se pueden analizar grandes volúmenes de datos (Big Data); esta puede encontrar patrones que serían imposibles detectar para un humano. ⁽¹⁾

La IA permite crear modelos complejos para prevenir propagación de enfermedades y revisar literatura científica. Facilita el desarrollo en los estudiantes de habilidades complementarias, quienes deben aprender a “colaborar con ella” desarrollando el pensamiento crítico, la creatividad, ética y resolución de problemas complejos.

La integración de IA no está exenta de riesgos, lo que hace aún más necesario abordarla de forma consciente por lo que es imprescindible adiestrar a los profesores en su uso correcto, con el objetivo de educar, investigar y preparar mejor a los estudiantes, para el mundo real. El propósito no es “robotizar la educación”, sino crear un ecosistema híbrido donde la inteligencia humana y artificial se complementen para expandir las fronteras del conocimiento y formar profesionales más competentes, críticos y adaptables, cumpliendo con el papel de la universidad: ser un motor de progreso y preparación para la sociedad. ⁽²⁾

La Universidad de Ciencias Médicas de La Habana declara la instrumentación de las estrategias curriculares de la carrera de Medicina. En relación con las Tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs) e Investigación Médica, argumenta que esta contribuye a que el médico egresado sea capaz de utilizar la investigación científica como herramienta metodológica para la acción en el diagnóstico y análisis de la situación de salud de su comunidad, así como en la planificación y ejecución de las intervenciones que contribuyan a elevar la calidad de la Atención Médica. Todo esto, apoyado en las habilidades para la utilización de las tecnologías informáticas y competencias para orientarse en la actualización sistemática de conocimientos, en el campo de las TICs. ⁽³⁾



La integración de la Inteligencia Artificial (IA) en las Universidades ya no es una opción futurista, sino una necesidad estratégica impulsadas por una convergencia de factores. No se trata de reemplazar el elemento humano sino de potenciarlo y preparar a los estudiantes para un mundo que ya está transformado por la IA.

Su uso se hace necesario para mejorar y personalizar el aprendizaje al permitir tutorías personalizadas al adaptarse al ritmo y el estilo de aprendizaje de cada estudiante, identificando sus puntos débiles y ofreciendo materiales adicionales o ejercicios específicos; corrigiendo errores de forma instantánea. Además, alerta a los profesores y tutores sobre estudiantes en riesgo de abandonar sus estudios, lo que permite intervenir oportunamente.

Se destaca, entre sus usos en la medicina, la mejora en la precisión diagnóstica, ya sea a través de redes neuronales, algoritmos de aprendizaje automático o procesamiento de lenguaje natural. Algunos estudios se enfocan en el análisis de datos clínicos, mientras que otros se centran en la detección de anomalías en imágenes médicas. ⁽⁴⁻⁸⁾

Las técnicas y modelos varían mostrando la diversidad en la aplicación de la IA en la medicina. Aunque existen avances significativos en el uso de estas herramientas para diagnósticos médicos, aún hay falta de estudios que integren diversas herramientas de IA para una evaluación integral en la medicina general. ⁽⁹⁻¹⁰⁾ Por otra parte, estudios recientes del uso de la IA en educación superior reconocen cómo la integración de la IA generativa (GenAI) especialmente los modelos en la enseñanza y la práctica oftalmológica puede potenciar la precisión en el diagnóstico y mejorar el cuidado del paciente. ^(7, 8)

Se identifica la siguiente situación problemática: los estudiantes de medicina carecen de competencias digitales y éticas para integrar herramientas de IA en diagnóstico, investigación y gestión clínica. Los profesores como mediadores del aprendizaje necesitan adquirir competencias pedagógicas y técnicas en IA. Existe la necesidad de capacitar a los profesores que integran la muestra de estudio, para la aplicación de la IA en las diversas asignaturas que imparten.

Ante esta situación problemática se plantea el siguiente problema científico: ¿Cómo contribuir al uso de la Inteligencia Artificial para la formación de estudiantes de medicina? Para darle solución a la problemática identificada se traza el siguiente objetivo: implementar una estrategia



educativa para el uso de la Inteligencia Artificial en la formación de estudiantes de la carrera de medicina, durante el curso 2025-2026.

DESARROLLO

Se desarrolla una investigación-acción educativa, con enfoque mixto (cualitativa y cuantitativa; analítica y explicativa). En una primera etapa, se encuesta a 50 estudiantes y 50 profesores.

En la encuesta a estudiantes, se identificó que, en su mayoría, no consideran atractivas las clases impartidas por sus profesores (87.2%); algunos profesores utilizan IA en el proceso de enseñanza-aprendizaje (25%) y un 75 % afirman que ninguno la utiliza; el 10% refiere que sus profesores le orientan y enseñan el uso de algunas herramientas de la Inteligencia Artificial para su proceso de aprendizaje; de estos solo el 5% lo hacen siempre; el 90% no lo hacen; el 100 % afirma que no ha sido motivado para investigar sobre el uso de la IA. Sin embargo, el 38% refiere que utilizan la IA para la solución de casos clínicos, pero ninguno está involucrado en proyecto de investigación sobre el uso de IA.

Resultados de la encuesta a profesores: solo el 5% ha recibido entrenamiento para el uso de la IA en el proceso docente educativo; el 100% identifica como necesidad de aprendizaje el uso de IA; solo el 5% conoce y utiliza la IA Generativa, el resto desconoce estas herramientas; el 5% utiliza la IA en procesos pedagógicos, para elaborar guías, presentaciones y otros recursos; así como para la búsqueda de bibliografía actualizada.

En una segunda etapa se realiza capacitación docente a través de talleres prácticos, guías metodológicas, y simulaciones. En un tercer momento se entrena a estudiantes a través de clases virtuales, casos clínicos simulados, proyectos colaborativos; recogidos en el programa piloto.

Se valorará el impacto de la estrategia a través de la comparación constante entre los datos arrojados por las encuestas aplicadas a estudiantes y profesores; en dos tiempos (pre-test/post/test), con rúbricas de competencias, y el análisis cualitativo de experiencias.

La población y muestra estuvo representada por 50 profesores de ciencias médicas y 50 estudiantes de medicina de pregrado seleccionados por conveniencia. Se aplican diversas técnicas e instrumentos: cuestionario de percepción y conocimiento, rúbricas de evaluación por competencias; observación participante y registro de desempeño en simulaciones y análisis estadístico descriptivo y comparativo (SPSS/Excel)

Estrategia educativa para profesores



- Contenidos: fundamentos de la IA, aplicaciones médicas, herramientas accesibles, ética y seguridad digital.
- Metodología: talleres prácticos, aprendizaje basado en problemas, co-creación de recursos digitales, guías.
- Recursos: Copilot para generación de contenidos, Canva para diseño visual, Bing Imagen Creator para ilustraciones médicas.
- Evaluación: proyectos aplicados (ejemplo: diseño de materiales docentes asistido por IA).

Estrategia de entrenamiento para estudiantes

- Contenidos: introducción de IA en medicina, uso de herramientas digitales, análisis de casos clínicos simulados.
- Metodología: aprendizaje activo, simulaciones clínicas, trabajo colaborativo.
- Evaluación: resolución de casos, presentación de proyectos, autoevaluación y coevaluación.

Los resultados sociales de tipo educativo estuvieron en correspondencia con las ventajas que ofrece el curso de entrenamiento que se implementó. Con este, los docentes optimizan tiempo al poder a través de la Inteligencia Artificial (IA) corregir exámenes, gestionar consultas frecuentes a través de chatbots, responder dudas sobre horarios, plazos de entregas, criterios de evaluación, elaboración de materiales educativos inclusivos y accesibles.

Los profesores se apropiaron de conceptos básicos, tipos de IA. Además, generaron guías de clase, evaluaciones, presentaciones, automatización de cronogramas y feedback personalizado, las que aplicaron en la práctica educativa de la asignatura que imparten.

Esta investigación facilita una vía para la instrumentación de las estrategias curriculares de la carrera de Medicina, al proporcionar un uso adecuado de la información científico-técnica junto a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, en la solución de problemas profesionales. Contribuye a que el médico egresado sea capaz de utilizar la investigación científica como herramienta metodológica para la acción en el diagnóstico y análisis de la situación de salud de su comunidad. Permite, asimismo, mejorar la planificación y ejecución de las intervenciones médicas y elevar la calidad de esta, apoyado en las tecnologías informáticas y, en particular, con el uso de la IA.

Se logra la formación de estudiantes con competencias digitales aplicadas a la medicina y el desarrollo de habilidades complementarias, quienes aprenden a “colaborar con la IA”,



conociendo sus sesgos, el respeto a la ética en el uso de esta herramienta en las investigaciones que realizan, los artículos que publican, desarrollando el pensamiento crítico, la creatividad, ética y resolución de problemas complejos. El estudiante, después de ser entrenado integra de manera coherente el manejo de herramientas de la Inteligencia Artificial, en el desarrollo de trabajos científicos orientados a resolver problemas reales en el campo de la salud.

Su aplicación no trajo costo económico alguno, y tuvo un impacto social debido a que se logró una mayor calidad en el proceso docente educativo, con clases más motivadoras para el estudiante. Además, los resultados permitirán valorar las ventajas que ofrece la IA y su impacto en la calidad del Proceso Docente Educativo. Se aspira a generalizar los resultados de esta estrategia educativa en otros colectivos de profesores, y otras áreas de aplicación.

CONCLUSIONES

Se logra el adiestramiento de profesores en el uso de la IA, aumentando la calidad de los medios de enseñanza, y del proceso docente educativo, así como la motivación de los estudiantes, y su adecuada orientación en el uso de esta herramienta tecnológica. Se elaboran guías de clase, evaluaciones, presentaciones, automatización de cronogramas, feedback personalizado, las que se aplican en la práctica educativa de la asignatura que imparte cada profesor que fue entrenado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kroff F, Coria D, Ferradas, C A. Inteligencia artificial en la educación universitaria: Innovaciones, desafíos, oportunidades. Espacios. 2025; 45 (05); 1-6. <https://www.revistaespacios.com>
2. Perdomo B, González OA. Inteligencia artificial en educación superior. Educativa. 2025; 16(2); 1-20. <https://doi.org/10.18861/cied.2025.16.2>
3. Ministerio de Salud Pública. Plan E Carrera de Medicina. 2019
4. Aguirre M, Gómez J F, Jiménez L A, Moreno M, Moreno J. Uso de la inteligencia artificial en la educación médica: ¿herramienta o amenaza? Revisión de alcance. Investigación en Educación Médica, 2025. 14(53). <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2025.53.24659>
5. Hernández Borroto C E, Medrano Plana Y. La integración de la inteligencia artificial en la educación médica y su impacto en la práctica clínica. FEM, 2024. 27(2). <https://dx.doi.org/10.33588/fem.272.1327>



6. Andrade Castellanos C A, Alcantar Vallin M L, Medina-González R. Integración de la inteligencia artificial en el currículo de la carrera de medicina. Investigación en Educación Médica, 2024. 13(50)
<https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2024.50.24590>
7. Díaz-López, M M, Gómez, L. A, Martínez, J C. Reimaginar la educación médica: uso de la tecnología e inteligencia artificial para educar, innovar y participar. Educación Médica Superior, 2025. 39.
8. Armenteros I, Gasi M, Vidal M J. Educación Médica Superior e Inteligencia Artificial. EMS. 2025; 39:e4743 <https://creativecommons.org>
9. Heinkea A, Radgoudariza N, Bonnie B. Una revisión de la educación en la oftalmología, en la era de la Inteligencia Artificial generativa. 2025.
<https://proc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC193232/>
10. Glenn J. Artificial general intelligence issues and opportunities foresiht on Demand. 2023. Acceso [27/04/2025]; 1:88-96.
<https://www.millennium.project.org/wp.content/uploads/2023/05/EC-AGI-paper.pdf>



ESTUDIANTES CON DESEMPEÑO ESTUDIANTIL EXITOSO Y ESTILO DE
APRENDIZAJE PREFERENTE

STUDENTS WITH SUCCESSFUL ACADEMIC PERFORMANCE AND
PREFERRED LEARNING STYLE

Autores:

Fecha de presentación:	abril/ 2026
Fecha de aceptación:	mayo/ 2026
Fecha de publicación:	junio/2026

Isidoro Alejandro Solernou Mesa

Dr. en Ciencias Pedagógicas.

Profesor e Investigador Titular de Pedagogía y Psicología.

Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez".

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8693-2751>

Manuel Villanueva Betancourt

M.Sc. en Ciencias de la Educación.

Profesor auxiliar de Psicología. Facultad "Victoria de Girón".

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1524-4724>

Rafaela Ambrosio Borroto

M.Sc. en Ciencias de la Educación. Profesora auxiliar de Filosofía e Historia. Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8915-8239>

Yamilia Menéndez Zapata

Dra. en Ciencias de la educación médica. Profesora titular de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5896-203x>

Eduardo Yaque Villega

Dr. en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular de Psicología.

Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez".

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8624-355X>

Cita sugerida (Vancouver, edición 2026)

Solernou Mesa, I.A., Villanueva Betancourt, M., Ambrosio Borroto, R., Menéndez Zapata, Y. & Yaque Villega, E. (2026). Estudiantes con desempeño estudiantil exitoso y estilo de aprendizaje preferente. Revista Pensamiento Científico Latinoamericano, 5(9), 283-296.



RESUMEN

El proceso pedagógico centrado en el aprendizaje del estudiante exige satisfacer las demandas de atención individual. Este desarrollo, que debe ser autogestionado exige de la modelación previa de influencia educativa que comprende la facilitación de los procesos psicológicos relacionados con el estudio, donde se ubica la determinación de los estilos y estrategias de aprendizaje que conducen al éxito, entre otros aspecto que hoy resalta la neuroeducación.

Objetivo: Identificar el estilo de aprendizaje preferente en estudiantes de medicina. **Métodos** fundamentales de trabajo. En lo teórico, fue realizada la indagación bibliográfica donde la inteligencia artificial (específicamente Deep seek) facilitó gran parte de la información actualizada. También fue imprescindible la consulta de los expedientes académicos de los estudiantes, de los cuales se garantizó el anonimato siempre. Esto unido a métodos empíricos como la autobiografía, encuesta y entrevista fueron empleados para hacer el estudio de los casos, que son estudiantes de alto rendimiento académico y desempeño estudiantil exitoso(participación en actividades extradocentes y extraescolares). Todos los resultados fueron ubicados en una base de datos confeccionada con Excel y transportada a R. **Resultados.** Resultó evidente que los estudiantes que constituyeron unidad de estudio mantienen un control constante y conscientemente planificado sobre sus resultados expresado en participación exitosa en actividades extradocentes y extraescolares y predomina en ellos el estilo de observación reflexiva y experimentación activa.

Palabras claves: Desempeño exitoso; estilos de aprendizaje; estudiantes de medicina.

ABSTRACT

The student-centered learning process requires meeting the demands of individual attention. This development, which must be self-managed, requires prior modeling of educational influence, including facilitating the psychological processes related to studying. This involves determining the learning styles and strategies that lead to success, among other aspects highlighted by neuroeducation. **Objective:** To identify the preferred learning style in medical students. Fundamental working **methods:** Theoretically, a literature review was conducted, where artificial intelligence (specifically DeepSeek) facilitated much of the updated information. Consulting the students' academic records was also essential, and their anonymity was guaranteed at all times. This, combined with empirical methods such as



autobiography, surveys and interviews, was used to conduct the case studies of high-achieving students with successful academic performance (participation in extracurricular and after-school activities). All results were stored in a database created with Excel and then imported into R. **Results.** It was evident that the students in this study group maintain constant and consciously planned control over their results, expressed through successful participation in extracurricular and after-school activities. Their learning style is predominantly reflective observation and active experimentation.

Keywords: learning styles; medical students; successful performance.

INTRODUCCIÓN

Cada sociedad en sus distintas organizaciones procura la identificación, estimulación, desarrollo de su capital humano. Las universidades son la cuna de los que en años siguientes lidereen la mayoría de las mejoras sociales. De ahí que fue, es y será tarea de las instituciones de educación superior el trabajo con los que en ocasiones son reconocidos como “talentos”.

Los autores han tenido posibilidad de aprender con resultados de investigaciones al respecto,¹ como la desarrollada por el entonces Instituto Superior Pedagógico “*Enrique José Varona*” denominada Proyecto “Modelo de intervención educativa para el desarrollo del talento” (Proyecto Argus).

El éxito académico, que en la mayoría de las universidades es sinónimo de talento, título de oro ha estado sujeto en lo fundamental a índice académico generalmente. Es una expresión de externalización de lo aprendido. Hay muchos ejemplos de estos estudiantes que en cada graduación se premian como los mejores. Pero ¿qué otros aspectos los identifican?

Al responder a esa pregunta es interminable la cantidad de aspectos, factores, que juegan un papel. Por esa enorme cantidad ha sido imposible para los autores encontrar un informe de una investigación que reporte un estudio de casos de más de un estudiante donde esos aspectos estén reflejados e integrados.

Es de destacar que ese resultado en el estudiante “talento” transitó por un proceso de lo externo a lo interno, de asimilación y procesamiento en su personalidad y un paso a externo en forma de comportamiento exitoso. La vía es a través de la comunicación. Cada estudiante procesa de forma individual, donde está ubicado la categoría de estilos de aprendizaje



(EA) Los autores sienten la necesidad de continuar en esta línea con la intención de que al producir un resultado en cuanto al EA de los estudiantes sea posible realizar el ajuste de la información (contenido y valores) a transmitir para que sea asimilado de manera que produzca el comportamiento exitoso esperado. Es la misión de la educación.

Posibilita hipotetizar que acercarse a que el estudiante pueda identificar su EA predominante o preferente sea una condición necesaria, nunca decisiva, por supuesto, para que el rendimiento académico y el desempeño estudiantil en general sea exitoso. Desempeño estudiantil exitoso en Cuba es considerado por los autores como la presencia del estudiante más allá del aprobado con notas de cinco, sino también participación en actividades extradocentes (encuentros de conocimientos, exámenes de premio) y extraescolares como las jornadas científico-estudiantiles, los festivales de la clase, los seminarios de historia, seminarios de estudios martianos (sobre José Martí, apóstol de la independencia de Cuba).

En la mayor parte de los estudios de casos realizados en diversas investigaciones y en estudios grupales, el estilo de aprendizaje como variable de caracterización parece ser una categoría que genera dudas, incertidumbre.² En la cotidianeidad, es frecuente el simplismo, lo que se evidencia en que los usuarios de esta categoría (psicólogos, maestros) emplean una clasificación tan elemental como estilo de aprendizaje visual, auditivo o práctico, que está basada en lo fundamental en el empleo de los analizadores, situación esta que limita el análisis al funcionamiento anatomo-fisiológico, muy alejado del enfoque dialéctico e integrativo del aprendizaje. La neurología es indispensable para la educación, pero no para segmentar a

los educandos con etiquetas de "visuales", "auditivos" o "kinestésicos", sino para comprender la biología compartida del aprendizaje. Puede considerarse como una conclusión parcial de este informe que en la mayoría de las fuentes consultadas los EA, carecen de respaldo empírico sólido y ha sido catalogado como un "neuromito".³

A este estado ha contribuido la psicología cognitiva , que por ejemplo acogió, defendió y abandonó esta variable. En opinión de los autores, los criterios poseen argumentos científicos en su mayoría, pero no existe consenso en una posición única , congruente entre sus investigadores.



El estudio de los estilos de aprendizaje que parte de una concepción pedagógica cognitivista recoge hasta 19 definiciones (entre ellas, Revilla, 1998, Chevrier Jacques, 2001, Sperry y de McLean, Ned Herrmann, 2003, etc.) y sus clasificaciones, específicamente la de David Kolb (1988) es la que es escogida para esta exploración por ajustarse a las condiciones de desempeño de los estudiantes universitarios de medicina y permite concluir con el criterio de un estilo de aprendizaje preferente o predominante. (EAP)

La neurociencia contemporánea ha demostrado que el aprendizaje es un proceso corporizado y relacional. No existe un aprendizaje puramente "visual" o "auditivo" que ignore la emoción. La amígdala y el sistema límbico modulan la consolidación de la memoria en el hipocampo. Por lo tanto, los pedagogos, en cualquier nivel del sistema de educación y en la materia que trabajen tienen como indicador de desempeño profesional pedagógico efectivo la integración de la activación cognitiva con el compromiso emocional, un principio que la teoría de los EA en varias tendencias pedagógicas contemporáneas ignora por completo y cuyo conflicto solucionan, con la preferencia de considerar “estrategias de aprendizaje” en vez de EA. No es ineficiente el empleo de estrategia, pero en opinión de los autores, la elección de la estrategia atraviesa ineludiblemente por el EA.

En este momento de haber concluido el primer cuarto del siglo XXI la búsqueda en lo individual resultará seguramente lo conveniente ante la permanente y necesaria defensa de la neurodiversidad, de los escolares y estudiantes neurodivergentes. Los servicios de orientación psicológica para cualquier área del desarrollo humano tendrán en el dato de los EA una posibilidad mas de contribuir a un eficaz trabajo de prevención, promoción y rehabilitación.

Por tanto, en defensa de la investigación interdisciplinaria sobre los EA, los autores desean recalcar estas ventajas de su aplicación en el contexto educativo en sentido amplio y estrecho:

- Facilita adaptar metodologías a las diferencias individuales, favoreciendo la motivación y el compromiso académico.⁴ Campoverde Chamba (2025) señala que los docentes pueden ajustar sus estrategias para potenciar el rendimiento considerando componentes afectivos y cognitivos.
- Un factor más que mejora del rendimiento: Freiberg Hoffmann et al. (2022)⁵ encontraron un efecto positivo de los estilos de aprendizaje sobre el rendimiento académico en secundaria y universidad y disminuye las posibilidades de fracaso



escolar puesto que identificar estilos facilita la transición entre niveles educativos y puede disminuir la deserción académica.

- Variable que en posición del sujeto que aprenden favorece el desarrollo de estrategias de estudio: La investigación de RedCA (2025)⁶ muestra que explorar, descubrir, conocer el propio estilo, que implica o indica formación de competencias metacognitivas, ayuda a seleccionar estrategias más eficaces, reduce el esfuerzo y aumenta la eficacia en el aprendizaje.

Desde el enfoque histórico cultural y con la intención de aglutinar esfuerzos para un abordaje metodológico distinto, a partir de la necesidad de identificar los meta procesos implicados en el estudio, es que Solernou M, I.A. propone el análisis de los estilos de aprendizaje preferente (EAP) como una variable definida así: "Elaboración personal resultante de la reflexión en que la persona explora , descubre, utiliza y adecúa las posibilidades de sus procesos cognoscitivos y que, en unión su experiencia personal, favorece de forma autorregulada la asimilación de los contenidos necesarios para su vida. (Solernou, 2003)⁷ y que es resultado de la comunicación que se establece entre educador y educando en diferentes contextos.

Este artículo pretende responder a la siguiente pregunta de investigación ¿ Qué estilo de aprendizaje predomina o es el preferido en los estudiantes de medicina reconocidos con desempeño estudiantil exitoso?

En este trabajo es presentado como , desde la posición del enfoque histórico cultural , es factible estudiar los estilos de aprendizaje como factor que influye en el éxito académico de estudiantes universitarios .

El objetivo general es Identificar los estilos de aprendizaje preferentes en esos estudiantes y para lograrlo es necesario :

1. Valorar los resultados académicos, las conductas de estudiantes ante actividades extradocentes, extraescolares.
2. Analizar las relaciones entre los estos indicadores que los hacen tributarios de la denominación de estudiantes con desempeño exitoso (estudiantes talentos) académico.

Es un estudio descriptivo y correlacional simple con una variante de estudio de casos con metodología predominantemente cualitativa.



Para su logro, se realizó una búsqueda bibliográfica con ayuda de la inteligencia artificial, especialmente con Deep seek. Además, se aplicaron las siguientes técnicas para explorar el área cognitiva y la autovaloración sobre la forma en que aprenden

1. Revisión de expediente académico del estudiante.
2. Cuestionario de estilos de aprendizaje de D.Kolb.
3. Cuestionario de concepciones sobre el aprendizaje escolar (versión 2-M) de la Dra.C. D. Castellanos , del Proyecto "Modelo de intervención educativa para el desarrollo del talento" de la Universidad de Ciencias Pedagógicas “*Enrique José Varona*”.

En ellos se exploraron las variables siguientes:

En el 1, Historia de desempeño exitoso: Evidencias de participación en concursos municipales y provinciales, en fórum de ciencia y técnica estudiantiles, exámenes de premio y en jornada científica estudiantil. Además resultados académicos de más de 95 puntos en enseñanza precedente (preuniversitario, promedio al ingresar) y 4.75 o más hasta el momento en la enseñanza universitaria. Sirven para establecer la presencia de los indicadores de análisis. Se clasifican los resultados en potencial creativo o no potencial creativo.

Con el instrumento 2, el estudiante se autoanaliza y se pretende establecer cuál es su forma preferida de aprender , clasificándose según este autor en 4 tipos de estilos de aprendizaje:

EXPERIENCIA CONCRETA: (EC), OBSERVACION REFLEXIVA: (OR), CONCEPTUALIZACION ABSTRACTA:(CA), el EXPERIMENTACION ACTIVA: (EA), que son explicados en páginas siguientes.

Con el instrumento 2 y 3 es necesario resaltar que el estudiante hace una valoración metacognitiva de su propio proceso de aprendizaje, proceso que ha realizado de forma, a veces, intuitiva, por lo que un ejercicio de este tipo es potenciador de su autoconocimiento. Sus resultados específicos forman parte de otro artículo.

Los autores desean apuntar que estas técnicas o instrumentos son posibles herramientas que puede aplicar como parte de la caracterización la Unidad de Orientación estudiantil que debe existir en cada facultad de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.



Se seleccionaron de una población de 27 estudiantes cubanos. Estos 5 estudiantes clasificaron como inteligencia superior en el test de Raven aplicado en otra investigación colateral a esta e integran el movimiento de alumnos ayudantes.

Estas técnicas se aplicaron a 5 estudiantes de 5to año de la carrera de medicina que han ocupan los cinco primeros lugares en la lista de su grupo. A todos les fue explicado los objetivos de la investigación, se les pidió su consentimiento para participar y ha sido garantizado su anonimato.

DESARROLLO

Desde la última década del siglo XX el concepto de estilo, específicamente el de estilo de aprendizaje fue abordado por múltiples investigadores,⁸ que concuerdan con la necesidad de respetar cada vez la individualidad. Todas las teorías apuntan a la necesidad de prestar atención a las diferencias individuales de los educandos y de orientar de manera más individualizada su aprendizaje.

En las condiciones de superpoblación o densidad poblacional en el grupo etéreo donde la actividad principal es el estudio, esta necesidad resulta una imposibilidad por la carencia de educadores. Así, el enfoque centrado en el aprendizaje del estudiante, propio del humanismo y de la teoría de L.S.Vigotsky, otorgan un papel activo en su propio proceso, favorece minimizar esa contradicción. Realza así entonces la posibilidad de atender a los estilos, a los EA.

Desde una perspectiva fenomenológica las características estilísticas son los indicadores de superficie de dos niveles profundos de la mente humana: el sistema total de pensamiento y las peculiares cualidades de la mente que un individuo utiliza para establecer lazos con la realidad.⁹

Entonces, si el aprendizaje es el proceso que contribuye a una modificación estable de la conducta externa e interna de la persona, los estilos de aprendizaje se definirán como la forma personal en que cada persona logra hacer que la experiencia histórica social en que se está incluyendo, forme parte real de su conducta.

Son doce las definiciones encontradas en la bibliografía sobre este concepto de EA y 19 los criterios de clasificar esa forma personal.



Este auge investigativo fue aplicado en la didáctica de las ciencias de la salud, las que por el propio contexto en que se desarrollan permite un acercamiento más individualizado a cada estudiante. Así Hylton y Hartman en 1996, McManus en 1998,1999), evidencian la frecuencia con estos conceptos se apliquen en esta didáctica especial y las posibilidades de que sean efectivos.¹⁰⁻¹²

Paralelamente también avanzaba con fuerzas el concepto de estrategias de enseñanza y aprendizaje, que cuenta con todo lo acumulado por la didáctica y la Pedagogía desde su surgimiento, avala la posibilidad de ser aplicado ahora a la educación universitaria. Estas estrategias de aprendizaje son consideradas como actos intencionales, coordinados y contextualizados, consistentes en aplicar unos métodos o procedimientos que sirven de puente entre una información y el sistema cognitivo del sujeto, con el propósito de conseguir un objetivo de aprendizaje (Monereo, 1992)¹⁶. Por lo tanto, lo necesario es que el estudiante aprenda a ser estratégico, lo cual necesita a su vez del dominio de sus propias condiciones metacognitivas resumidas en el EA.

La diferencia entre estilo y estrategia de aprendizaje desde un análisis epistemológico bien merece otro artículo.

Retomamos aquí la posición vigostkiana¹³ de que los tres conceptos fundamentales de toda la investigación radica en el concepto de función psíquica superior, el concepto de desarrollo cultural de la conducta y el concepto del dominio de los procesos de la propia conducta,(6) Entramos en la posibilidad que abre a un adecuado aprendizaje el dominio que las personas tengan de sus propios procesos de conducta, en este caso mental, donde se inscribe entonces, el dominio que tengan de su estilo de aprendizaje preferente (EAP), según Solernou.¹⁴

Preferente pues cada persona tiene su realidad cognitiva y afectiva que conforman su personalidad, pero que en ninguna forma es estática, sino que debe ser lo suficiente flexible para que le permita adaptarse a todas las estimulaciones que lleguen, entiéndase e por estimulaciones en este contexto lo relacionado con las distintas asignaturas que él debe interiorizar. Indiscutiblemente, el nivel de integración de la motivación profesional influirá decididamente en la movilización o no, potencialización o no, de las posibilidades de la esfera cognitiva.



Resulta entonces importante ambos conceptos, pero en primer lugar el de estilo de aprendizaje si pretendemos favorecer ese enfoque centrado en el aprendizaje del estudiante.

Son 19 los criterios de clasificación de los estilos de aprendizaje, lo que es indicador indiscutiblemente de una anarquía metodológica que puede ser superada desde una perspectiva cuanti-cualitativa. Esta excesiva clasificación de criterios hace incongruente la categoría estilo, Sin embargo, la autorreflexión sobre el estilo de cada uno podrá arrojar desde la reflexión personal un perfil de cómo cada estudiante trabajar y así favorecer ese aprendizaje.

Desde un trabajo anterior,⁷ se escogió y aplicó el criterio de David Kolb. Según este autor, existen 4 tipos de estilos de aprendizaje:

EXPERIENCIA CONCRETA : (EC) La persona aprende como resultado de experiencias específicas que se obtienen en la relación con otras personas, confía mucho en sus sentimientos y es de un criterio amplio de fácil adaptabilidad .

OBSERVACION REFLEXIVA: (OR), el aprendizaje ocurre por medio de canales sensoriales, en la observación. Observan antes de hacer un juicio, "leen", buscan el significado de las cosas , ven las cosas desde distintos puntos de vistas .

CONCEPTUALIZACIÓN ABSTRACTA: (CA), el aprendizaje ocurre al analizar las ideas con determinada lógica, planifica sistemáticamente como aprender y se actúa basándose en la comprensión racional, intelectual de una situación .

EXPERIMENTACIÓN ACTIVA; (EA), muy dedicado a obtener resultados, que pueden ser para influir en las personas o situaciones o cambiar a estas últimas, asume riesgos, actúa con ingenuidad.

Este artículo propone considerar que los estilos de aprendizaje constituyen la forma verdadera interna y personal en que la persona logra aprender. El término estrategia trae de por si incluido al de estilo pero exige ya de operaciones en el plano instrumental o material concreto que el concepto de estilo lo aprecia en una pequeña dimensión. Es de interés en esta investigación hacer un estudio longitudinal del desempeño , definido para éste artículo como desempeño exitoso, que en sus antecedentes tiene el de estudiante talento, solo que a la luz del



valor de las ciencias sociales y económicas los términos competencia y desempeño hacen posible su aplicación a la realidad contemporánea

RESULTADOS

Tabla 1:

Comportamiento de indicadores de desempeño exitoso (n=5)

Variables e indicadores		Estudiante				
		1	2	3	4	5
Historia de desempeño exitoso	Participación concursos municipales y provinciales	Sí	2do lugar	Sí	Sí	Sí
	Forum estudiantiles	Sí	Sí	Premio	Sí	Premio
	Encuentro de conocimientos	Sí	Sí	Sí	Sí	1er lugar
	Exámenes de premio	3er lugar	Sí	1er lugar	Sí	2do lugar
	Jornada científica estudiantil	Mención	Mención	Premio	Sí	Sí
Estilo de aprendizaje		Observación reflexiva y experimentación activa experimentación activa				

Fuente: base de datos de los autores

En los estudiantes muestreados se encontró evidente relación entre su historia de desempeño exitoso y su rendimiento actual como alumnos ayudantes.

Los resultados respecto al estilo de aprendizaje fue de observación reflexiva y experimentación activa según esta clasificación de D.Kolb, es decir las respuestas por ellos dadas a su autoobservación hicieron que puntearan con gran ventaja en estos dos estilos, con una diferencia entre ellos de solo + - 3 lugares y quedará así establecido un primer diagnóstico de su estilo de aprendizaje preferente.

Estos datos no concuerdan con los de otro trabajo anterior⁷ realizado con otros estudiantes del mismo grupo, sin desempeño estudiantil exitoso desde los criterios empleados por los autores, donde se encontró que el tipo de estilo que predominaba era el de conceptualización abstracta.



Esta diferencia refuerza el carácter individual de los EA, expresa la propia diversidad humana, así como las posibilidades autorreflexivas que en ocasiones pueden estar influidas por factores como el nivel de funcionamiento de los procesos cognitivos¹⁵, otros como estado de ánimo, conflictos, situación bioemocional y que pudiera ser la causa o explicación de que ante un mismo test la misma persona pueda responder de forma diferente aunque es reconocible que la exploración de esta categoría resulta necesaria para que el estudiante pueda elaborar su estrategia con vistas a mantener o superar su propio aprendizaje a través del uso de las estrategias.

Por otra parte, en los cinco casos se encontró que durante la fase de asimilación y almacenamiento, el estudiante va teniendo control de los recursos nemotécnicos descubiertos anteriormente y utilizarlos ahora en esta fase de la vida. Los estudiantes respondieron que desde hace años ellos han descubierto que características tienen sus exigencias cognitivas (canal sensorial por el que más aprende, colores preferidos, tipo de letra, forma de organización de la información y adecuación permanente a los que deben aprender).

CONCLUSIONES

El estudio de los EA en estudiantes de desempeño exitoso tiene aspectos positivos como la personalización o individualización educativa tan exigida por todos los principios de todas las corrientes pedagógicas, pero también enfrenta críticas por su falta de evidencia sólida y riesgo de etiquetar a los alumnos solo por el EA.

El estilo de aprendizaje preferente de los cinco estudiantes con desempeño estudiantil exitoso escogidos como casos fue el de observación reflexiva y el de experiencia concreta. En ellos, fue evidente la existencia de relación entre la historia de éxito personal con el que pudieran obtener mejores resultados.

En este modelo pedagógico contemporáneo, predominantemente no presencial sin perder la imprescindible relación médico paciente es necesario considerar que la exploración del estilo de aprendizaje preferente (EAP) viene a ser una de las claves para que el estudiante tome conciencia de su forma de aprendizaje y le sea facilitado entonces realizar o revisar cuales son las estrategias que debe aplicar para el éxito en el estudio, en el camino a la excelencia en su desempeño.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ansari D, De Smedt B, Grabner RH. *Neuroeducation – A critical overview of an emerging field. Neuroethics.* 2012;5(2):105-117
2. Zarria Soto PM, Zarria Soto CP, Paredes Mena GF, Montenegro Yugsi LM, Puetate Ortega NM. *Neurociencia del aprendizaje: Estrategias para aprovechar el potencial del cerebro en el aula. Ciencia Latina Rev Cient Multidisciplinar.* 2025;9(2):3555-3586.
3. Paredes Bernal JJ, Paredes Ortiz EM, Campoverde Buele WJ, Sánchez Verdugo LM, Agurto Sánchez IF. *Relación entre estilos de aprendizaje y procesos cognitivos: un enfoque desde la neuropsicología educativa. Rev Cient Multidisciplinar SAGA.* 2025;2(3):452-466.
4. Campoverde Chamba CR. Perspectivas múltiples sobre los estilos de aprendizaje a partir de una revisión sistemática. *Revista InveCom.* 2025;6(2):45-67.
5. Freiberg Hoffmann A, Fernández Liporace MM, Uriel FE. ¿Cómo aprenden los estudiantes de educación secundaria y universitaria? Un análisis integral desde los estilos de aprendizaje. *Avances en Psicología Latinoamericana.* 2022;40(3):1-20.
6. Universidad Autónoma del Estado de México. Estrategias de estudio, Estilos de Aprendizaje y Rendimiento Académico de Estudiantes Universitarios. *Revista RedCA.* 2025;7(21):82-106.
7. Solernou Mesa, IA., Quesada Rodríguez , M. "Acercamiento a los estilos de aprendizaje de estudiantes de medicina "Trabajo presentado en el Taller de la Comisión de Ingreso y orientación a estudiantes del ISCM Habana 2004
8. Alonso, CM. , D.J.Gallego y P. Honey: "Los estilos de aprendizaje: procedimientos de diagnóstico y mejora"; Ediciones Mensajero, Bilbao, España, 1994 , página 45 .
9. Zarria Soto PM, Zarria Soto CP, Paredes Mena GF, Montenegro Yugsi LM, Puetate Ortega NM. *Neurociencia del aprendizaje: Estrategias para aprovechar el potencial del cerebro en el aula. Ciencia Latina Rev Cient Multidisciplinar.* 2025;9(2):3555-3586.
10. Hylton J. Y S.E. Hartman: The learning styles of medical students: an annotated bibliography of twenty years of research" *Perceptual and motor skills*, 1996, páginas 1411-1420.



11. McManus IC: "Clinical experience, performance in final examinations, and learning style in medical students: prospective study" BMJ 1998; 316:345-350 (31 January)
12. ____: "Intercalated degrees, learning styles, and career preferences: prospective longitudinal study of UK medical students" BMJ 1999;319:542-546 (28 August)
13. Vygotsky, L. S. "Historia de las funciones psíquicas superiores". Editorial Científico-técnica. Ciudad de La Habana, 1987, página 22.
14. Solernou Mesa, I.A. "Estilos de aprendizaje preferente y nivel de desarrollo de la motivación profesional: variables para caracterizar al estudiante de medicina". Tesis de Maestría en educación, mención en Psicología Educativa, Instituto Superior Pedagógico "Enrique José Varona", La Habana, 1996.
15. Paredes Bernal JJ, Paredes Ortiz EM, Campoverde Buele WJ, Sánchez Verdugo LM, Agurto Sánchez IF. *Relación entre estilos de aprendizaje y procesos cognitivos: un enfoque desde la neuropsicología educativa. Rev Cient Multidisciplinar SAGA.* 2025;2(3):452-466.
16. Monereo Font, C. (coordinador) Estrategias de enseñanza y aprendizaje. Formación del profesorado y aplicación en la escuela. Editorial Graó, serie Pedagogía, página 23 a 27. Barcelona, España, 1999, sexta edición.