



Revista Salud Integral
Facultad de Medicina
Universidad de El Salvador

Volumen 3, número 3
julio - diciembre 2025

<https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si>
saludintegral@ues.edu.sv



ISSN-L: 3005-5946
ISSN en línea: 3005-5954
Imprimir ISSN: 3005-5946



DOI: 10.5281/zenodo.10433802

Revista Salud Integral gestionada por el programa de maestrías de la Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador.

**Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”,
Final de Av. Mártires y Héroes del 30 de julio, San
Salvador, El Salvador, América Central.**

Teléfono: +503 2271 0279

Correo electrónico: saludintegral@ues.edu.sv

Enfoque y Alcance

La Revista Salud Integral de la Universidad de El Salvador (UES) fue publicada inicialmente el 19 de agosto de 2023 (Vol.1 Núm1), desde esa fecha está a la disposición de la comunidad científica, academia y estudiantes del doctorado en Medicina y de las Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina. Así mismo, para profesionales de otras disciplinas de instituciones nacionales y extranjeras; fomentando una política de acceso abierto y gratuita a los lectores.

La Revista acepta manuscritos de investigadores que deseen publicar artículos originales, de revisión, Nota técnica, Casos Clínicos, Ensayo Científico relacionados a diferentes campos de las ciencias de la salud, salud pública, epidemiología, salud ambiental, medicina social y especialidades médicas, odontológicas y otras relacionadas al campo de la salud.

Objetivo

Convertirse, en un instrumento de comunicación científica de artículos inéditos que contribuya a la toma de decisiones basadas en evidencia científica, internacionalizar el

Periodicidad

Tiene una periodicidad semestral correspondientes a los períodos de enero - junio y julio - diciembre.

Público

La Revista Salud Integral se encuentra dirigida a un público académico que comprenden docentes y estudiantes orientados en el área de la medicina humana, así como profesionales de otras disciplinas, tanto a nivel nacional como internacional.

Descargo de responsabilidad

Las ideas y opiniones contenidas en los trabajos y artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no expresan necesariamente el punto de vista de la Universidad de El Salvador.



Autoridades Universitarias

Ing. Agr. M.Sc. Juan Rosa Quintanilla Quintanilla

Rector

Dra. Evelyn Beatriz Farfan Mata

Vicerrectora Académica

M.Sc. Roger Armando Arias Alvarado

Vicerrector Administrativo

Lic. Pedro Rosalfo Escobar Castaneda

Secretario General

Lic. Carlos Amilcar Serrano Rivera

Fiscal General

M.Sc. Carlos Armando Villalta

Presidente Asamblea General Universitaria (AGU)

Dr. Saul Díaz Peña

Decano

Lic. Franklin Arnulfo Méndez Duran

Vicedecano

Comité Científico

Internos

Marvin José Nuñez

Profesor - Facultad de Química y Farmacia - Universidad de El Salvador

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0411-6962>

Isidro Galileo Romero Castro

Director Revista Minerva - Secretaría de Investigaciones Científicas, Universidad de El Salvador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5023-9130>

Externos

Cirelda Carvajal

Universidad de las Ciencias Médicas de la Habana Cuba, Cuba

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5348-9167>

María Guadalupe Jiménez Ambriz

Universidad Nacional Autónoma de México, México

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9021-275X>

Montserrat Amorós Gómez

Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2133-8153>

Equipo Editorial

Director Editorial

Miguel Angel Serrano Melgar

miguel.serrano@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0396-2519>

Editor Adjunto

Jazmín del Rocío López Castaneda

rocio.lopez@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0939-7378>

Editores de sección

Blanca Aracely Martínez

blanca.martinez@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7051-1250>

Edgar Remberto Quintero Martínez

edgar.quinteros@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0939-7318>

Edwin Mazariego Flores

edwin.mazariego@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1396-6026>

Noe Rigoberto Rivera

noe.rivera@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9553-0554>

Correctores de texto

Karen Patricia Hernández Martínez

karen.hernandez2@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7671-0701>

Melissa Graciela Alvarado Palacios

melissa.alvarado@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0123-201X>

Luis Gonzalo Portillo Martínez

gonzalo.portillo@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5132-1521>

Gestor Bibliotecaria

Ingrid Carolina Pineda de Ortega

ingrid.pineda@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4564-4076>

Diseño y diagramación

Iris Veronica Luna Cruz

iris.luna@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0639-4810>

Soporte informático

Julio Antonio Cedillos Bolaños

julio.cedillos@ues.edu.sv

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2274-0420>

Revista Salud Integral

Vol.3, Núm. 3

<https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si>
saludintegral@ues.edu.sv

ISSN en línea: 3005-5954 | Imprimir ISSN: 3005-5946



Universidad de El Salvador
Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", Final de Av.
Mártires y Héroes del 30 de julio, San Salvador, El Salvador,
América Central.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Misión

La Universidad de El Salvador es una institución pública y autónoma de educación superior, científica, crítica, participativa, democrática y comprometida con el desarrollo nacional integral, con la formación de profesionales de alta calidad humana, científica, tecnológica y con el medio ambiente y la vida, en todas sus formas y manifestaciones, así como con la producción y aplicación contextualizada del conocimiento, a través de la praxis integrada de la docencia, la investigación y la proyección social.

Visión

Ser una universidad transformadora de la educación superior y desempeñar un papel protagónico relevante, en la transformación de la conciencia crítica y prepositiva de la sociedad salvadoreña, con liderazgo en la innovación educativa y excelencia académica, a través de la integración de las funciones básicas de la universidad: la docencia la investigación y la proyección social.

Carta Editorial

Carta al Editor:

Gestión sanitaria e intersectorialidad; pilares estratégicos

Por: Dr. Cs. Pastor Castell-Florit Serrate. Doctor en Medicina. Doctor en Ciencias de la Salud. Especialista de I y II grado en Administración de Salud. Master en Salud Pública. Profesor Emérito, Titular y Consultante. Investigador Emérito y Titular. Presidente del Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud (CNSCS), Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Director de la Escuela Nacional de Salud Pública (Ensap), Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. (UCM-H), Cuba.

Línea de investigación: Gerencia e Intersectorialidad. <https://orcid.org/0000-0003-2999-3803>

Como investigador en el campo de las Ciencias de la Salud con especialización en Administración de Salud, y en el rol de Presidente del Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud en Cuba, se aprecia profundamente el espacio que esta revista ofrece para la discusión académica y la toma de decisiones basadas en evidencia científica, objetivos centrales de esta publicación.

La Administración en Salud es un pilar fundamental para materializar los principios de la salud pública contemporánea. En la actualidad, la gestión de los sistemas de salud trasciende la mera eficiencia operativa y precisa integrar una visión estratégica que priorice la equidad, la calidad y la sostenibilidad. La complejidad de los determinantes sociales de la salud exige que los administradores fomenten modelos de gobernanza que faciliten la acción coordinada más allá de los límites tradicionales del sector sanitario.

La intersectorialidad emerge entonces como una estrategia indispensable. La gestión de cualquier proceso de salud, bienestar y calidad de vida requiere la concurrencia y alianza de los sectores implicados con un propósito común. La intersectorialidad actúa como la plataforma que permite integrar las acciones de diversos sectores de la sociedad para el tratamiento integral de los determinantes sociales de la salud. Un claro ejemplo de esta sinergia se observa en el volumen especial de la revista sobre "Maestría en enfermería con especialidad en cuidados críticos e intensivos", donde la colaboración multidisciplinaria y sectorial es inherente a la efectividad de los cuidados.

La confluencia de una administración de salud robusta y la práctica intersectorial conduce a un "empoderamiento intersectorial", constructo que puede definirse como el proceso mediante el cual directivos y líderes comunitarios desarrollan las capacidades, la motivación y la determinación para participar de manera proactiva y consciente en acciones colectivas por la salud pública. Este empoderamiento es un catalizador para que los distintos actores sociales compartan recursos, información y liderazgo, superando la participación reactiva y esporádica hacia un compromiso sostenible.

Insto, por tanto, a la comunidad de investigadores y profesionales que lee la Revista Salud Integral a profundizar en la investigación aplicada y la documentación de experiencias que evidencien cómo la administración en salud, mediante mecanismos intersectoriales, contribuye a resolver problemas sanitarios complejos. La internacionalización del conocimiento, otro de los objetivos de esta revista, se verá así enriquecida con evidencia local y regional que promueva la discusión académica y, en última instancia, la mejora de la salud de nuestras poblaciones.



CONTENIDO

CONTENTS

- 09** Prevalencia de malnutrición en niños con trastorno del espectro autista (TEA) en escuelas de educación especial del distrito de San Miguel, El Salvador.
Malnutrition prevalence among children with autism spectrum disorder (ASD) in special education schools in San Miguel district, El Salvador.
José Rogelio Cisneros Santín, José Giovanni García Bolaños
- 21** Efecto del grupo de ayuda mutua sobre la salutogénesis del control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un centro de salud urbano en Chiapas, México
Effect of mutual support groups on the salutogenesis of metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus at an urban health center in Chiapas, Mexico
Néstor Rodolfo García Chong, Miguel Angel Rodríguez Feliciano, Carlos Gómez-Díaz, Hilda María Jiménez-Acevedo, Margarita Yvon Valdéz-Morales
- 31** Percepción y significado de una mujer viviendo con VIH, San Salvador, El Salvador.
Perception and meaning of a woman living with VIH San Salvador, El Salvador
Yanira Elizabeth Cerón Cerón
- 47** Disfunción ventricular izquierda asintomática: el riesgo silencioso que no debemos ignorar. Una revisión bibliográfica sobre nutrición humana
Asymptomatic left ventricular dysfunction: the silent risk we should not ignore. A literature review on human nutrition
RJorge Andrés Hernández Navas, Dulcey Sarmiento, Luis Andrés, Juan Sebastián Therán León, Jaime Alberto
- 53** Escoliosis lumbar: evaluación y manejo de una alteración biomecánica en una posta médica de Arequipa
Lumbar scoliosis: evaluation and management of a biomechanical disorder in a medical clinic in Arequipa
I Vera-Mendoza Edwin Michel



Prevalencia de malnutrición en niños con trastorno del espectro autista (TEA) en escuelas de educación especial del distrito de San Miguel, El Salvador.

Malnutrition prevalence among children with autism spectrum disorder (ASD) in special education schools in San Miguel district, El Salvador.

Artículo Original | Original Article

RESUMEN

El presente estudio analizó resultados estadísticos derivados de mediciones antropométricas y evaluaciones del estado nutricional en niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) que asistieron a escuelas de educación especial del sector público del distrito de San Miguel, El Salvador, durante el periodo de julio a septiembre de 2024. El objetivo general fue identificar qué factores estaban asociados a la prevalencia de malnutrición en niños con TEA. Mediante un diseño descriptivo, observacional y transversal, con enfoque cualitativo, se exploraron factores que influyen en la alimentación y el estado de salud de niños con TEA, de 5 a 10 años. Entre los hallazgos destacan: alteraciones sensoriales y trastornos gastrointestinales que afectan la aceptación de alimentos; problemas conductuales relacionados con la alimentación; dificultades específicas, como hiperselectividad alimentaria, monotonía en la dieta, rechazo de alimentos preparados fuera del entorno familiar y conductas como la pica. Dicho estudio reflejó que, de un total de 25 niños evaluados, el 36% presentó obesidad, 20% sobrepeso, 16% desnutrición o retraso en talla, y un 24% estado nutricional normal. En conclusión, estos resultados indican que la malnutrición en niños con TEA constituye un problema de salud pública en El Salvador, con una prevalencia de 60 casos de malnutrición por exceso y 16 casos de malnutrición por deficiencia por cada 100 niños. Estos hallazgos subrayan la necesidad urgente de implementar intervenciones específicas y estrategias integrales para mejorar la salud nutricional de esta población vulnerable.

Palabras clave: trastorno del espectro autista, educación especial, índice de masa corporal, estado nutricional, salud del niño.

Autores

Cisneros Santín, José Rogelio^{1,2}
García Bolaños, José Giovanni^{1,3}

Correspondencia

José Rogelio Cisneros Santín
cs98040@ues.edu.sv

Presentado

05 de febrero de 2025

Aceptado

03 de junio de 2025

1. Universidad de El Salvador
2. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8075-9728>
3. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1659-2866>

<https://hdl.handle.net/20.500.14492/32339>

Cómo citar este artículo:
Cisneros Santín JR, García Bolaños JG. Prevalencia de malnutrición en niños con trastorno del espectro autista en escuelas de educación especial del distrito de San Miguel. El Salvador. Rev.Sal.Int. 2025, 3 (3): pp 9-20

Este contenido está protegido bajo la licencia CC BY
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Plataforma digital de la revista: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si/>

ABSTRACT

This study analyzed statistical results derived from anthropometric measurements and nutritional status evaluations of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) who attended public Special Education Schools (SES) in San Miguel, El Salvador, during the period from July to September 2024. The general objective was to: Identify the factors associated with the prevalence of malnutrition in children with ASD. Using a descriptive, observational, and cross-sectional design with a qualitative approach, factors influencing the dietary habits and health status of children with ASD, aged 5 to 10 years, were explored. Key findings include Sensory alterations and gastrointestinal disorders that affect food acceptance. Behavioral issues related to eating. Specific difficulties include food selectivity, dietary monotony, refusal of foods prepared outside the family environment, and behaviors such as pica. The study revealed that, out of a total of 25 children evaluated, 36% were obese, 20% were overweight, 16% experienced undernutrition or stunted growth, and 24% had a normal nutritional status. In conclusion, these results indicate that malnutrition in children with ASD is a public health problem in El Salvador, with a prevalence of 60 cases of overnutrition and 16 cases of undernutrition per 100 children. These findings underscore the urgent need to implement specific interventions and comprehensive strategies to improve the nutritional health of this vulnerable population.

Keywords: Autism spectrum disorder, special education, body mass index, nutritional status, child health

INTRODUCCIÓN

La malnutrición en niños con TEA es un problema crítico, especialmente en contextos de vulnerabilidad social como en El Salvador, al presentar barreras únicas que afectan su nutrición, como alteraciones sensoriales, trastornos gastrointestinales, hiperselectividad alimentaria y dificultades conductuales. Estos factores, junto con la falta de recursos especializados y las limitaciones socioeconómicas, aumentan el riesgo de malnutrición, ya sea por exceso (sobrepeso y obesidad) o por deficiencia (desnutrición).

Este estudio se enfoca en evaluar el estado nutricional de niños con TEA de 5 a 10 años que asisten a las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel, durante el período de julio de 2024, a través de mediciones antropométricas y análisis de índices nutricionales; se busca determinar la prevalencia de malnutrición, identificar sus factores asociados y caracterizar las necesidades alimentarias específicas de estos estudiantes. Los hallazgos podrían contribuir al diseño de intervenciones nutricionales personalizadas, prevenir enfermedades

crónicas, reducir la carga en los sistemas de salud y mejorar el bienestar de esta población vulnerable.

Según la OMS (9), a nivel global, millones de niños menores de 5 años sufren retraso en el crecimiento, emaciación o sobrepeso, y casi la mitad de las muertes en este grupo están relacionadas con la desnutrición. Esto subraya la urgencia de abordar la malnutrición en poblaciones vulnerables, como los niños con TEA. La investigación plantea la pregunta: ¿Cuáles son los factores asociados a la malnutrición en niños con TEA entre 5 y 10 años que asisten a las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel? El estudio busca responder esta pregunta y proporcionar evidencia científica para impulsar políticas y programas que mejoren la calidad de vida de estos niños. Además, se espera sentar las bases para estrategias integrales, como capacitación para familias y educadores, adaptaciones en entornos escolares y comunitarios y políticas públicas que promuevan el acceso a alimentos adecuados y servicios de salud especializados.

METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló bajo un diseño descriptivo, observacional y de corte transversal con enfoque mixto, combinando métodos cualitativos para evaluar los comportamientos alimentarios y cuantitativos para el análisis de datos antropométricos. El estudio incluyó como población de referencia a 31 niños diagnosticados con TEA, con edades comprendidas entre 5 y 10 años, matriculados en escuelas de educación especial, públicas del distrito de San Miguel, El Salvador, durante el período de julio a septiembre de 2024. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, alcanzando una participación de 25 niños, lo que representa el 81% de cobertura de la población objetivo.

Para la recolección de datos se emplearon dos instrumentos principales: en primer lugar, entrevistas semiestructuradas aplicadas a los cuidadores o responsables de los niños, dirigidas a explorar los patrones de alimentación y las dificultades relacionadas; en segundo lugar, se realizó un registro antropométrico estandarizado mediante mediciones directas en las instalaciones de las escuelas de educación especial, utilizando equipos calibrados que incluyeron básculas, tallímetros y cintas métricas. Previo al trabajo de campo, los instrumentos fueron sometidos a validación a través de una prueba piloto aplicada a 5 niños con TEA y sus respectivos cuidadores, seleccionados de instituciones no incluidas en el estudio principal.

El estudio incorporó protocolos éticos que garantizaron el tratamiento confidencial y anónimo de los datos, asignando

códigos de identificación a cada participante. Cuando se identificaron condiciones patológicas que representaban riesgos para la salud de los niños, se procedió a su derivación al primer nivel de atención para el manejo clínico correspondiente. La investigación obtuvo la aprobación del comité de ética institucional correspondiente y contó con el consentimiento informado debidamente firmado por los padres o tutores legales de todos los participantes.

La Variable independiente de este estudio es Factores asociados a las condiciones nutricionales de niños con TEA y comprende las Alteraciones Sensoriales: Gustativas, olfato, visuales; Alteraciones Gastrointestinales: Intolerancias alimentarias, alergias alimentarias, otras; Problemas Conductuales: Rituales marcados, alteraciones del ritmo, rechazo alimentario, conducta de pica; y la Oferta de Dieta Alimentaria: Disponibilidad de alimentos, tipo de alimento, frecuencia de consumo, variabilidad alimentaria, aporte calórico. La variable dependiente de este estudio es la prevalencia de malnutrición, la cual se clasificará en dos categorías principales: malnutrición por exceso (que incluye sobrepeso y obesidad) y malnutrición por deficiencia (que comprende desnutrición y talla baja).

Los datos recolectados se procesaron utilizando los programas Microsoft Excel y SPSS. Para la visualización de los resultados, se emplearon gráficos de barras y de pastel, que facilitaron la interpretación de los datos. La medición de estas variables se realizó a través de medidas antropométricas estandarizadas, incluyendo los indicadores peso para la edad, talla para la edad e índice de masa corporal (IMC). Estos parámetros se evaluarán según los patrones de crecimiento establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Adicionalmente, se realizó un examen físico-clínico que incluyó la revisión de la historia clínica del paciente, con énfasis en sus hábitos alimentarios y antecedentes médicos relevantes, así como una evaluación física para identificar signos clínicos asociados tanto a la desnutrición como a la obesidad.

Distribución de las escuelas de educación especial en San Miguel, El Salvador.

La educación especial en El Salvador se imparte en diversas instituciones educativas, tanto públicas como privadas, adaptándose a las necesidades específicas de los estudiantes. En el caso de las discapacidades y los trastornos del neurodesarrollo, las Escuelas de Educación Especial son las principales responsables de brindar atención especializada. Sin embargo, otras áreas de la Educación Especial, como los problemas de aprendizaje, lenguaje y emocionales, son atendidas en centros educativos regulares que cuentan

con unidades de apoyo especializadas. Estas instituciones trabajan desde un enfoque preventivo hasta la atención específica, garantizando una educación inclusiva y adaptada a cada estudiante.

En el distrito de San Miguel, las escuelas de educación especial del sector público se distribuyen de la siguiente manera:

1. **Escuela de Educación Especial de San Miguel:** ubicada en la zona sur poniente de la ciudad, frente al Hospital Regional ISSS.
2. **Escuela de Educación Especial Santa Inés:** situada en la zona nororiente, en la Colonia Santa Inés, Cantón El Zamorán.
3. **Escuela de Audición y Lenguaje Licenciada Ofelia Castellón:** localizada en el sector nororiente, en la Colonia La Esperanza.

Además, en el sector privado destaca la **Escuela de Educación Especial Nuestra Señora de la Paz**, ubicada en la zona sur poniente, en la Colonia Ciudad Jardín de San Miguel.

Estas instituciones representan un esfuerzo conjunto por ofrecer una educación inclusiva y de calidad, adaptada a las necesidades de todos los estudiantes, promoviendo su desarrollo integral y su participación activa en la sociedad. (6)

Trastornos del neurodesarrollo.

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de condiciones mentales que surgen debido a un desarrollo cerebral no neurotípico o a alteraciones en la maduración del sistema nervioso. Dentro de este grupo se encuentra el Trastorno del Espectro del Autismo, definido por el Departamento de Servicios de Salud Mental de los Estados Unidos como: "un conjunto de trastornos del desarrollo caracterizados por dificultades en la comunicación e interacción social, así como por comportamientos repetitivos o intereses restringidos, cuyos síntomas suelen manifestarse durante la primera infancia". El TEA impacta significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen, afectando tanto su dimensión mental como social. Por ello, es fundamental un diagnóstico temprano que permita implementar un tratamiento adecuado y oportuno, con el fin de mejorar el bienestar y la integración social de las personas con esta condición (1)

Los problemas de alimentación en niños con TEA no pueden equipararse, ni en sus causas ni en su metodología de intervención, a otros trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa o la bulimia. La falta de ingesta de alimentos o de nutrientes esenciales puede tener consecuencias graves en el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño. Tanto la

desnutrición como el exceso de alimentación pueden dificultar su vida activa, su movilidad y su desarrollo cognitivo. Además, es importante considerar que ciertos fármacos utilizados en el tratamiento del TEA pueden provocar efectos secundarios relacionados con el apetito, ya sea disminuyéndolo o aumentándolo, así como alteraciones en el gusto (3).

Algunos factores que originan problemas alimentarios en niños con TEA: a) Alteraciones sensoriales: relacionadas con el gusto, el olfato, la visión, la audición y el tacto; b) Híper selectividad: preferencia extrema por ciertos alimentos o texturas, c) Alteraciones gastrointestinales: como intolerancias, alergias o enfermedades digestivas; d) Condicionamientos clásicos negativos: asociaciones negativas con ciertos alimentos o situaciones relacionadas con la comida; e) Problemas conductuales: vinculados a otras áreas del desarrollo, como la comunicación o la interacción social (3)

Principales problemas alimentarios en niños con TEA: a) Alteraciones en el ritmo de la comida; b) Negativa a consumir alimentos sólidos; c) Variedad extremadamente limitada de alimentos; d) Rituales marcados durante las comidas; e) Problemas conductuales relacionados con la alimentación; f) Conducta de pica (consumo de sustancias no alimentarias) (3). Problemas gastrointestinales comunes en pacientes con TEA: a) Dolor abdominal crónico; b) Constipación; c) Diarrea crónica; d) Reflujo gastroesofágico; e) Vómitos; f) Encefalopatía; g) Mioclonías; h) Acidosis láctica (3).

Prevalencia de síntomas gastrointestinales en niños con TEA: los síntomas más frecuentes incluyen: a) flatulencias; b) distensión abdominal; c) dolor abdominal; d) diarrea; e) eructos; f) impactación fecal; g) reflujo gastroesofágico; h) constipación (3). Estos problemas no solo afectan la salud física del niño, sino también su bienestar emocional y su calidad de vida. Por ello, es fundamental abordar estas dificultades desde un enfoque multidisciplinario que incluya atención médica, terapias sensoriales y estrategias conductuales adaptadas a las necesidades individuales de cada niño.

En América Latina y el Caribe, durante el año 2016, el sobrepeso afectó a 49 millones de niños y adolescentes de entre 5 y 19 años, lo que representa una prevalencia del 30,6%. Esta cifra es considerablemente más alta que la prevalencia mundial, que se sitúa en el 18,2%. En el caso de El Salvador, se observa una baja prevalencia de sobrepeso en niños menores de 5 años (6%); sin embargo, existe el riesgo de que esta cifra aumente con la edad, lo que representa un desafío futuro para la salud pública del país. Por otro lado, El Salvador ha logrado

avances significativos en la reducción de la desnutrición crónica en escolares. En 1988, la prevalencia de este problema era del 29,8 %, mientras que para el año 2007 se redujo al 15,5 % (13). Esto significa una disminución del 50%, lo que implica que 15 de cada 100 niños han mejorado notablemente su calidad de vida gracias a las intervenciones nutricionales y políticas públicas implementadas (4)

Recomendaciones Nutricionales.

Los grupos de alimentos son cinco: cereales, granos y raíces. Huevos, leche y derivados. Verduras y frutas. Aves, Res, Pescado, Menudos. Aceites y azúcares. La variedad de alimentos empleados en la alimentación refleja hasta cierto punto la calidad nutricional de la dieta. Un solo alimento no posee todos los nutrientes que el organismo necesita para crecer y mantener una buena salud. Estas deben consumirse de la siguiente manera: hidratos de carbono. 50-55 % 0,75- 1 g/kg de peso corporal; grasas o lípidos, 25-30 % 200 - 250 g/día; proteínas. 15-20 % 30-40 g/día. (8)

Alimentación en niñas y niños de 5 a 9 años: A esta edad, el niño y la niña deben comer diariamente 3 tiempos de comida completos y 2 refrigerios. En cada refrigerio deben comer uno de los siguientes alimentos: fruta, pan dulce, pan francés o tortilla con queso, crema o frijoles. El desayuno es un tiempo de comida muy importante; por ningún motivo permita que el niño o la niña deje de hacerlo o lo haga incompleto. Dar por lo menos dos alimentos fritos al día como arroz, frijoles, plátano o yuca frita, pan con margarina, crema o aguacate, entre otros, para cubrir los requerimientos energéticos diarios. Incluir en su alimentación diaria alimentos ricos en hierro o vitamina "A", como hojas de mora, chipilín, espinaca, ayote, zanahoria, frijoles, huevo, hígado y otros menudos de res o pollo, carne de res, pollo o pescado; frutas como mango, papaya y melón. No dar golosinas, bebidas gaseosas, refrescos o sopas artificiales, porque contienen químicos y colorantes que pueden producir alergias. Por su alto contenido de azúcar, pueden dañar los dientes y ser causa de obesidad. Cuando el niño o la niña ya va a la escuela, ponerle refrigerios nutritivos, como fruta, pan con huevo frito, queso, crema o frijoles. Promover que los niños beban agua limpia y segura. Los líquidos deben ofrecerse al finalizar la comida. (7)

Requerimientos nutricionales para la población salvadoreña: Estas recomendaciones se actualizan con regularidad por organismos internacionales de acuerdo con los resultados de la investigación nutricional. (9). En la más reciente propuesta el gasto real de energía para niños y adolescentes ha sido medido mediante la utilización de técnicas isotópicas, que se presentan a continuación (Tabla 1) (10)

Tabla 1

Recomendaciones dietéticas diarias de energía por edades y según actividad física.

GRUPO	SEXO	Kcal/d	Liviana	Moderada	Intensa
5 - 11.9 años	Niños	1,350 -1,750	1,750	2,050	2,350
	Niñas	1,300 – 1,600	1,600	1,900	2,150

Fuente: (MINSAL, 2012)

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación se manejaron de manera confidencial y anónima. En casos donde se identificaron patologías de riesgo para la salud de los participantes, se les derivó al primer nivel de atención para un abordaje adecuado del problema detectado. La elaboración de las tablas y gráficos fue de fuente primaria a partir de la recolección de datos en la población de estudio.

La prevalencia de malnutrición por exceso en niños con TEA en las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel, se encontró elevada durante el 2024, registrándose 60 casos por cada 100 habitantes, cuya cifra supera significativamente las estadísticas epidemiológicas reportadas por UNICEF (12) para América Latina y el Caribe, donde el sobrepeso afectaba a 49 millones de niños, niñas y adolescentes de 5 a 19 años, lo que representaba una prevalencia del 30,6% (clasificada como alta) (13). En contraste, otros estudios indican que, en niños con TEA, el estado nutricional eutrófico es más frecuente (70,9%), mientras que el sobrepeso y la obesidad presentan una prevalencia del 12,9% cada uno (4).

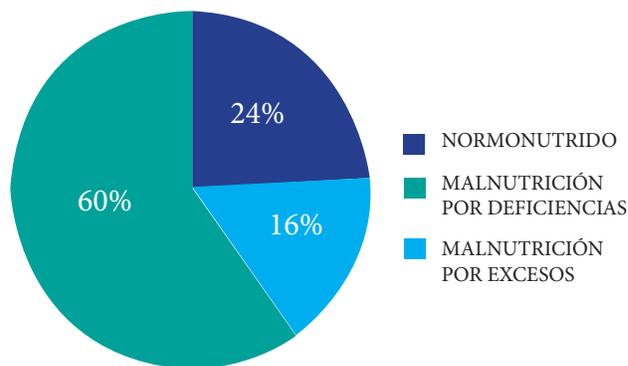


Figura 1

Proporción de casos de malnutrición en niños de 5 a 10 años con trastorno del espectro autista de las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel de julio a septiembre de 2024

En cuanto a la malnutrición por deficiencias, la prevalencia observada fue de 16 casos por cada 100 habitantes. Este dato es consistente con los hallazgos del Tercer Censo Nacional de Talla en Escolares, que reveló que El Salvador ha experimentado una reducción sostenida de la desnutrición crónica desde 1988 hasta 2007. En 1988, la prevalencia era del 29,8%, mientras que en 2007 se redujo al 15,5%, lo que representa una disminución del 50% en este problema nutricional (10), (Fig. 1), (Tabla 2), (Tabla 3).

Tabla 2

Distribución de niños de 5 a 10 años con trastorno del espectro autista de las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel de julio a septiembre de 2024.

INSTITUCION EDUCATIVA	EDAD (años)	SEXO	PESO (kg)	TALLA (mts)	IMC	Clasif. PESO	Clasif. TALLA	TIPO DE MALNUTRICION
EEE de San Miguel	8	M	30	1.35	16.46	NP	NT	Normonutrido
	8	M	48	1.47	22.21	OB	TA	Excesos
	8	M	65	1.46	30.49	OB	TA	Excesos
	9	F	29	1.25	18.56	SP	NT	Excesos
	10	M	38	1.35	20.85	SP	NT	Excesos

	5	M	25	1.13	19.58	OB	NT	Excesos
	6	M	14	1.02	13.46	NP	RT	Deficiencias
	6	M	35.45	1.28	21.64	OB	NT	Excesos
	6	M	35	1.42	17.36	SP	TA	Excesos
	7	M	18	1.22	12.09	DN	NT	Deficiencias
	7	M	19	1.24	12.36	DN	NT	Deficiencias
	7	M	25	1.3	14.79	NP	NT	Normo nutrido
EEE del Cantón Santa Inés de San Miguel	8	M	27.3	1.32	15.67	NP	NT	Normo nutrido
	9	M	36.36	1.45	17.29	NP	NT	Normonutrido
	9	M	38.63	1.44	18.63	SP	NT	Excesos
	9	M	27.27	1.33	15.42	NP	NT	Normonutrido
	9	M	47.72	1.37	25.42	OB	NT	Excesos
	10	M	45	1.5	20	SP	NT	Excesos
	10	M	38.63	1.29	23.21	OB	NT	Excesos
	10	M	46	1.51	20.17	SP	NT	Excesos
	5	M	18	1.15	13.61	NP	NT	Normonutrido
	6	M	15	1.1	12.4	DN	NT	Deficiencias
EEE de Audición y Lenguaje de San Miguel	7	M	33.2	1.24	21.59	OB	NT	Excesos
	7	M	33.9	1.23	22.41	OB	NT	Excesos
	8	F	45	1.4	22.96	OB	NT	Excesos

En una población de 25 niños con TEA de las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel (92% masculinos), se observó: 36% con obesidad (OB), 20% con sobrepeso (SP), 16% con desnutrición (DN) o retardo en talla (RT), y 24% eutróficos con normopeso y normotalla (NP/NT).

Tabla 3

Prevalencia de casos de malnutrición en niños de 5 a 10 años con TEA de las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel de julio a septiembre de 2024.

Estado nutricional	#Casos	Prevalencia x 100 habitantes
Malnutrición por excesos	15	60
Malnutrición por deficiencias	4	16

En una muestra de 25 niños con TEA, se identificó una prevalencia de malnutrición por exceso de 60 casos por 100 habitantes (M:16), mientras que la malnutrición por deficiencia fue de 16 casos por 100 habitantes (M:4).

Oferta diaria de alimentos a niños con TEA de las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel, El Salvador.

Al comparar las recomendaciones alimentarias del MINSAL con los resultados obtenidos, se observa que la población de estudio cumple parcialmente con las pautas establecidas. Por un lado, se destaca el alto consumo de frutas y carbohidratos, como tortillas, pan, frijoles y arroz, lo que coincide con las recomendaciones. Sin embargo, existen áreas críticas que requieren atención, como el bajo consumo de verduras y vegetales, a pesar de su importancia en una dieta equilibrada. Además, se evidencia un alto consumo de alimentos malsanos, como boquitas, dulces y bebidas artificiales, los cuales contradicen las recomendaciones de evitar productos con alto contenido de azúcar y químicos. Aunque las proteínas, como huevos, carnes y lácteos, están presentes en la dieta, su consumo es menor en comparación con los carbohidratos. En resumen, mientras que algunos aspectos de la alimentación se alinean con las recomendaciones, es necesario promover un mayor consumo de verduras, reducir la ingesta de alimentos procesados y fomentar una hidratación adecuada con agua segura para mejorar la calidad nutricional de la dieta en esta población (Fig. 2).

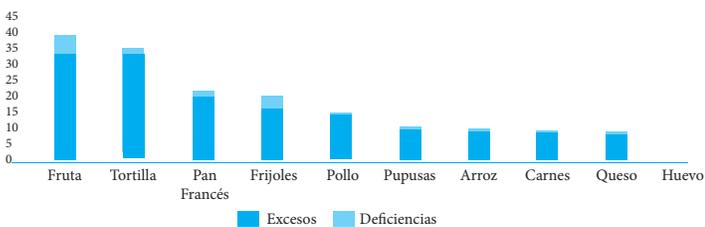


Figura 2

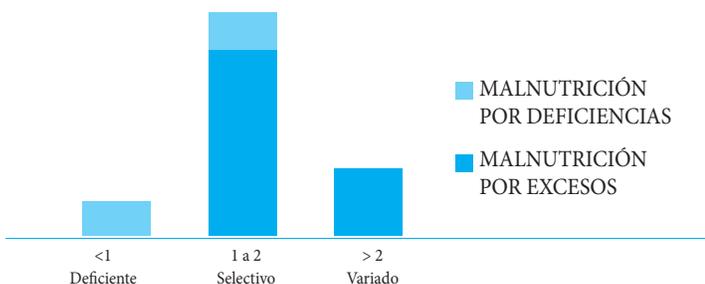
Principales alimentos de consumo diario, durante los principales tiempos de comida, en niños con TEA con malnutrición de las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel de julio a septiembre de 2024 (m:19).

De la población de estudio, se observó que los alimentos de mayor frecuencia de consumo fueron: frutas (guineos y manzanas), carbohidratos (tortillas, pan, frijoles, arroz), seguidos de alimentos proteicos (pollo, otras carnes, huevos y lácteos), y un menor consumo de vegetales y verduras. En cuanto a los refrigerios, los alimentos más consumidos fueron: frutas (100%), galletas (62,5%), leche y lácteos (31%), entre otros. Entre los alimentos malsanos de mayor consumo destacaron: boquitas (75%), dulces y golosinas (68%), bebidas artificiales (56%) y otros, sin variación según el tipo de malnutrición.

En relación con la variabilidad alimentaria, la población con malnutrición por exceso muestra un alto grado de selectividad, ya que, en promedio, consume sus alimentos en no más de dos formas de preparación o menús. Por otro lado, la población con malnutrición por deficiencias presenta un nivel aún más deficiente o hiperselectividad, ya que, en promedio, los alimentos no se varían o se consumen en una sola forma de preparación. Esta falta de variabilidad, junto con una oferta alimentaria accesible o limitada, podría ser un factor determinante del tipo de malnutrición observado en la población estudiada (Fig. 3).

Figura 3

Número de formas de preparación de alimentos diarias en niños con TEA con algún tipo de malnutrición de las escuelas de



educación especial del distrito de San Miguel 2024. (m:19)

De la población con malnutrición (M:19), el 68% se clasificó como selectivo, el 21% como variado y el 10% como hiperselectivo. Este último grupo, en su totalidad, presentó deficiencias nutricionales.

Respecto al número de integrantes por vivienda, se observó que los hogares con 2 a 3 miembros predominan en los casos de malnutrición por exceso, mientras que aquellos con 4 o más integrantes son más comunes en los casos de malnutrición por deficiencias. Estos hallazgos coinciden con la situación analizada en El Salvador, donde la disponibilidad promedio de energía es de 1,588 kcal/persona/día en hogares con más de 7 miembros, en contraste con una disponibilidad promedio de 2,128 kcal/persona/día en hogares con menos de 5 miembros. Esta diferencia en la disponibilidad calórica podría explicar, en parte, las disparidades en el estado nutricional de los niños con TEA según el tamaño del hogar (Tabla 4) y (Fig. 4) (8).

De la población con malnutrición (M:19), el promedio de calorías consumidas fue: desnutrición (1301.7 kcal), talla baja por edad (1876 kcal), sobrepeso (2500.8 kcal) y obesidad (2711.7 kcal).

Tabla 4

Promedio del aporte calórico diario en la alimentación de niños con TEA con malnutrición en sus diferentes formas de las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel de 2024. (M:19)

Promedio de calorías (kcal) diarias, por tipo de malnutrición			
	Talla baja x edad		Obesidad
1301.7	1876	2500.8	2711.7

El número de integrantes por vivienda de los niños con TEA con malnutrición (M:19) varía según el tipo: en su mayoría, quienes padecen malnutrición por exceso viven en hogares de 2 a 3 integrantes, mientras que aquellos con malnutrición por deficiencias residen en viviendas con 4 o más personas.

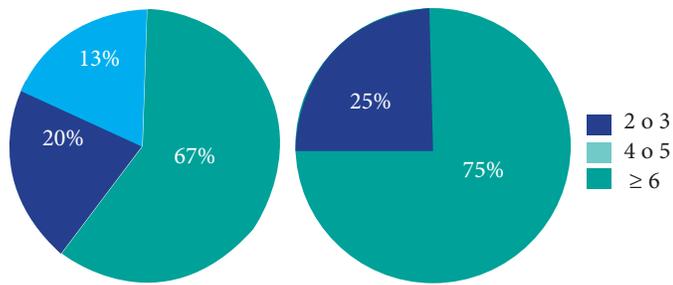


Figura 4.

Número de integrantes por vivienda en población de niños con TEA que presentan malnutrición de las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel 2024. (M:19)

El análisis de las condiciones socioeconómicas revela una paradoja nutricional: aunque las familias cuentan con acceso a servicios básicos y vivienda estable, enfrentan limitaciones económicas y educativas que impactan el estado nutricional de los niños con TEA. Este patrón se mantiene independientemente del tipo de malnutrición presente. En el caso de la malnutrición por exceso, considerada durante mucho tiempo como una afección de los ricos, es ahora cada vez más una afección de los pobres, lo que refleja la mayor disponibilidad de “calorías baratas” procedentes de alimentos grasos y azucarados a nivel mundial (12). En contraste, la malnutrición por deficiencia sigue patrones más tradicionales, donde convergen múltiples factores adversos: escasez de alimentos, condiciones de vida precarias, prácticas alimentarias inadecuadas, falta de agua potable, limitado acceso a servicios de salud y bajo nivel educativo de los cuidadores (13). Esta dualidad nutricional refleja los complejos desafíos que enfrentan las familias en el contexto actual (Tabla 5).

Tabla 5

Frecuencias predominantes de las condiciones socioeconómicas de las familias de niños con TEA que presentan malnutrición en sus diferentes formas, atendidos en las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel, 2024. (M:19)

Condición Socioeconómica (M:19)					
Subempleo	Salario mínimo	Sector Urbano	Vivienda Concreto o Bloque	Educación básica	Todos los servicios básicos
11	9	12	17	12	15

Los niños con TEA que presentan malnutrición en escuelas de educación especial provienen de familias con condiciones socioeconómicas variadas; 11 están en situación de subempleo; 9 dependen del salario mínimo como principal fuente de ingresos. La mayoría reside en zonas urbanas (12 familias) y habita en viviendas de concreto o de bloque (17 familias). En cuanto al nivel educativo, 12 familias tienen como máximo la educación básica, lo que podría limitar sus oportunidades laborales. Sin embargo, 15 familias cuentan con acceso a todos los servicios básicos, lo que indica una cobertura relativamente buena en este aspecto.

Alteraciones sensoriales.

Al comparar la literatura con los resultados obtenidos, se observa una clara correspondencia entre los factores que originan problemas alimentarios en niños con TEA y las alteraciones identificadas en la población estudiada. La literatura destaca que las alteraciones sensoriales, particularmente las relacionadas con el gusto, el olfato, la visión, la audición y el tacto, son uno de los principales factores que contribuyen a los problemas alimentarios en niños con TEA. Esto coincide con los resultados, donde las alteraciones gustativas fueron las más frecuentes (89 %), seguidas de las alteraciones auditivas (63 %), visuales (58 %) y olfatorias (31,5 %). Estas alteraciones sensoriales pueden explicar la hipersensibilidad alimentaria, otro factor mencionado en la literatura, que se manifiesta como una preferencia extrema por ciertos alimentos o texturas, limitando la variedad de la dieta.

En la infancia, la exploración de sabores y texturas alimentarias permite establecer preferencias o rechazos. En niños con autismo, la selectividad alimentaria se vincula a la hipersensibilidad sensorial (gusto/olfato/tacto), asociándose al trastorno evitativo-restrictivo de la ingesta de alimentos (ARFID) (16, 17), donde comer puede volverse doloroso. Esta aversión a ciertas texturas u olores limita la variedad dietética, llevando a desequilibrios nutricionales: exceso (por consumo de alimentos hipercalóricos) o deficiencia (por restricción extrema). La intervención temprana con terapia ocupacional y enfoques sensoriales personalizados es clave para diversificar la dieta. Es fundamental que cuidadores y profesionales comprendan estas alteraciones para diseñar estrategias adaptadas a cada niño (5), (Fig. 5)

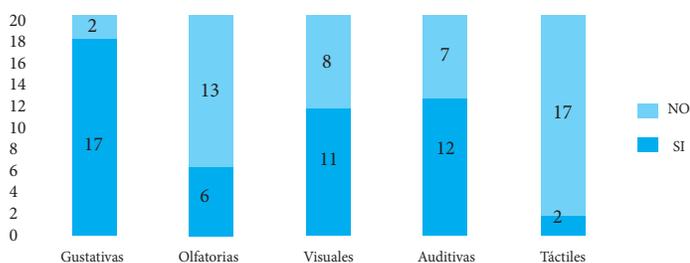


Figura 5

Percepción de los responsables en relación con las alteraciones sensoriales que presentaron los niños con TEA con malnutrición de las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel 2024. (m:19)

Entre la población de estudio con algún tipo de malnutrición (N:19), se observaron las siguientes alteraciones sensoriales: las alteraciones gustativas estuvieron presentes en el 89 % de los casos, seguidas de las alteraciones auditivas en el 63 %, las alteraciones visuales en el 58 % y las alteraciones olfatorias en el 31,5 %, sin variación según tipo de malnutrición.

Alteraciones gastrointestinales.

Según los resultados obtenidos y al contrastarlos con la literatura, se observa una relación directa entre las alteraciones gastrointestinales identificadas en la población con TEA y los problemas alimentarios descritos en los estudios previos. La literatura destaca que los niños con TEA suelen presentar una alta prevalencia de problemas gastrointestinales (18), como intolerancias alimentarias, alergias, estreñimiento, dolor abdominal y reflujo gastroesofágico, entre otros. Estos problemas pueden contribuir a dificultades alimentarias, como la selectividad extrema o la aversión a ciertos alimentos, lo que a su vez afecta su estado nutricional.

En los resultados obtenidos, se observa que la intolerancia alimentaria es la alteración gastrointestinal más frecuente (40%), seguida de la alergia alimentaria (20%) y las malformaciones anatómicas del sistema digestivo (13 %), (Fig. 6). Estos hallazgos coinciden con la literatura, que señala que las intolerancias y alergias alimentarias son comunes en niños con TEA y pueden limitar su capacidad para consumir una variedad de alimentos, exacerbando la hiperselectividad alimentaria. Además, aunque el estreñimiento y la enfermedad ácido-péptica tienen una prevalencia baja en los resultados (0,6 %), la literatura los identifica como

problemas recurrentes en esta población, lo que sugiere que podrían estar subdiagnosticados o no reportados en el estudio.

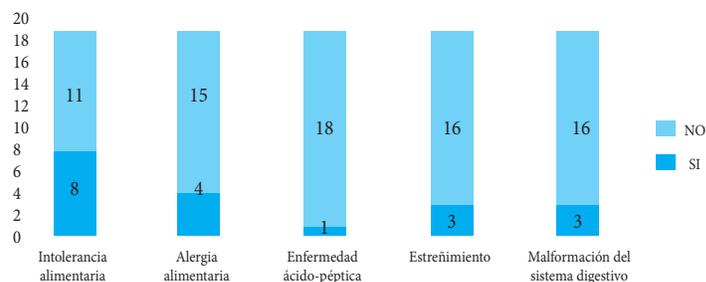


Figura 6

Principales alteraciones gastrointestinales en niños con TEA con malnutrición en exceso de las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel 2024. (m:15)

Entre las alteraciones gastrointestinales observadas en la población con malnutrición por exceso, se encontró que el 40 % padece de intolerancia alimentaria, el 20 % de alergia alimentaria, el 13 % de algún tipo de malformación anatómica del sistema digestivo (SD) y el 0,6 % presenta estreñimiento y enfermedad ácido-péptica. Estas condiciones gastrointestinales pueden contribuir a las dificultades alimentarias y al estado nutricional de los niños con TEA (18), sin variación según el tipo de malnutrición.

En resumen, los resultados confirman la presencia de alteraciones gastrointestinales en niños con TEA y malnutrición por exceso, lo que está en línea con lo reportado en la literatura. Estas condiciones, especialmente las intolerancias y alergias alimentarias, pueden ser factores clave que contribuyen a las dificultades alimentarias y al desequilibrio nutricional observado en esta población.

Trastornos Conductuales.

Los resultados obtenidos muestran una clara correspondencia con lo reportado en la literatura científica sobre los trastornos conductuales asociados a la alimentación en niños con TEA. Se observó que las conductas compulsivas o rituales durante las comidas fueron las más frecuentes (57%), seguidas por alteraciones en los horarios de alimentación (47%), conducta de pica (42%) y rechazo hacia alimentos ofrecidos por personas ajenas al entorno familiar (42%).

Estos patrones conductuales coinciden con lo descrito en estudios previos, donde se reporta que los niños con TEA suelen presentar comportamientos rígidos y ritualizados durante las comidas, lo que limita significativamente su aceptación de nuevos alimentos y preparaciones (Fig. 7).

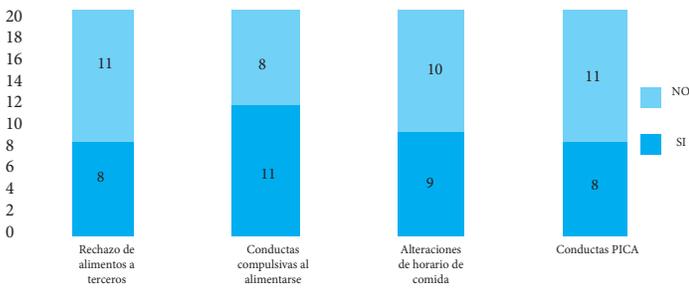


Figura 7. Principales trastornos conductuales en niños con TEA con malnutrición de las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel 2024. (m:19)

Entre los principales trastornos conductuales observados en niños con TEA y malnutrición, se encontró que el 57 % presenta conductas compulsivas al alimentarse, el 47 % muestra alteraciones en los horarios de comida, el 42 % manifiesta conducta de pica y el 42 % tiene rechazo alimentario hacia personas ajenas al entorno familiar, sin variación según tipo de malnutrición.

Un hallazgo particularmente relevante fue la diferencia en la aceptación de alimentos escolares según el tipo de malnutrición. Mientras que 7 de 15 niños con malnutrición por exceso rechazaron los alimentos ofrecidos en la escuela, por otro lado, solo 1 de 4 de aquellos con malnutrición por deficiencia mostraron este comportamiento (Gráfico 8).



Figura 8. Rechazo de alimentos de niños con TEA y malnutrición, proporcionados en las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel 2024. (m:19)

Del total de niños con TEA que presentan malnutrición, se observa que el 42% de los casos muestran rechazo a los alimentos proporcionados en las escuelas de educación especial del distrito de San Miguel.

Los hallazgos revelan un patrón contrastante: mientras los niños con sobrepeso suelen rechazar la comida escolar —posiblemente por dietas restrictivas en casa—, aquellos con déficits nutricionales muestran mayor aceptación, quizás reflejando limitadas opciones alimentarias fuera del colegio. Esta dicotomía subraya la urgencia de desarrollar programas personalizados que aborden las particularidades sensoriales y conductuales del autismo y consideren el contexto nutricional y familiar de cada caso. El desafío requiere estrategias integrales que transformen los hábitos alimentarios mediante intervenciones adaptadas a esta población neurodiversa.

CONCLUSIÓN

El estudio realizado en la población infantil con TEA de las escuelas de educación especial de San Miguel durante 2024 revela una situación nutricional crítica caracterizada por una doble carga de malnutrición. Por un lado, se observa una alarmante prevalencia de malnutrición por exceso, manifestada en altas tasas de sobrepeso y obesidad. Por otro lado, persiste la malnutrición por deficiencias, aunque en menor

proporción. Esta dualidad nutricional configura un complejo problema de salud pública que afecta especialmente a esta población vulnerable, requiriendo intervenciones urgentes y específicamente diseñadas.

En los casos de malnutrición por exceso, el análisis identifica un patrón alimentario preocupante marcado por el consumo excesivo de alimentos hipercalóricos, particularmente carbohidratos y productos procesados, junto con una notable carencia de vegetales y verduras en la dieta. Esta situación se agrava por el frecuente consumo de refrigerios poco saludables y bebidas azucaradas. Detrás de estos hábitos subyacen limitaciones socioeconómicas significativas, donde, a pesar de contar con infraestructura básica, las familias enfrentan restricciones económicas y educativas que dificultan el acceso a alimentos nutritivos.

La malnutrición por deficiencias presenta características distintivas, asociándose principalmente a hogares con mayor número de integrantes donde el acceso a alimentos es limitado. Estos niños muestran patrones alimentarios particularmente preocupantes, con apenas dos comidas diarias en muchos casos y una mínima variabilidad en la preparación de los alimentos. La selectividad alimentaria alcanza niveles extremos en este grupo, manifestándose en un consumo restringido a pocos alimentos, generalmente preparados de manera monótona, con rechazo sistemático a nutrientes esenciales.

Un hallazgo transversal a ambos tipos de malnutrición es el papel determinante de las alteraciones sensoriales, particularmente en los dominios gustativo y táctil. Estas alteraciones no solo explican las marcadas preferencias y aversiones alimentarias, sino que interactúan con otros factores como problemas gastrointestinales y condiciones sociofamiliares, creando un círculo vicioso que perpetúa los desequilibrios nutricionales. Es notable que los trastornos gastrointestinales, especialmente las intolerancias alimentarias, están presentes en ambos grupos, aunque su impacto parece agravarse en los casos de deficiencia nutricional debido a la mayor restrictividad dietética.

Un dato relevante es la mayor aceptación de la alimentación escolar entre los niños con malnutrición por deficiencias, lo que sugiere que programas como el PASE pueden representar un valioso recurso para este grupo particular. Este hallazgo refuerza la importancia de garantizar el acceso a alimentos adecuados

como estrategia básica para abordar las carencias nutricionales.

Las implicaciones de estos hallazgos son claras: se requieren abordajes diferenciados que consideren las particularidades de cada forma de malnutrición. Para el exceso nutricional, las intervenciones deben enfocarse en diversificar la dieta y regular el consumo calórico, mientras que para las deficiencias el énfasis debe estar en garantizar la ingesta mínima necesaria y superar las barreras sensoriales. En ambos casos, es fundamental desarrollar programas integrales que aborden simultáneamente las necesidades sensoriales, médicas y sociofamiliares de esta población, con el objetivo de romper los ciclos de mala alimentación y promover un desarrollo óptimo en estos niños. La urgencia de estas acciones es innegable, dado el profundo impacto que el estado nutricional tiene en la salud y calidad de vida de las personas con TEA.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5-TR. 2024. American Psychiatric Publishing. <https://www.psychiatry.org/>
2. American Society for Food and Nutrition Sciences [ASFNS]. Children's Activity Pyramid. 1999, May 10. <https://www.asfns.org/activity-pyramid>
3. Baratas, M., Hernando, N., Mata, M. y Villalba, L. Guía de intervención ante los trastornos de la alimentación en niños y niñas con trastorno del espectro del autismo. 2015. Federación Autismo de Madrid. <https://infoautismo.usal.es/wp-content/uploads/2015/07/08.-Guia-de-alimentacion.pdf>
4. Hernández, I., Covarrubias, A. y Vega, J. Estado de nutrición y frecuencia de consumo de alimentos de niños con trastorno del espectro autista. *Nutr Hosp*, 2023, 40(2):347- 353. <https://doi.org/10.20960/nh.04258>
5. Mayancela, M. Intervención en hiperselectividad y restrictividad alimentaria desde terapia ocupacional. A propósito de un caso. 2025. <https://hdl.handle.net/11000/33157>.

6. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de El Salvador. Evaluación al servicio del aprendizaje y del desarrollo. 2008. <https://www.mined.gob.sv/download/evaluacion-al-servicio-de-los-aprendizajes/>
7. Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL). Centro virtual de documentación regulatoria. 2009. <https://www.salud.gob.sv/servicios/centro-virtual-de-documentacion-regulatoria>
8. Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL). Guía alimentaria basada en alimentos para la población salvadoreña. 2012. <https://www.salud.gob.sv/servicios/centro-virtual-de-documentacion-regulatoria/>
9. OMS. Malnutrición. 2024, marzo 1. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
10. Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica [PRESANCA]. Censo Nacional de Talla de Escolares de El Salvador. 2007. INCAP. <https://bvssan.incap.int/local/D/DCE-218.pdf>
11. Rodríguez, M. (2015). Conductas alimentarias en niños con trastorno del espectro autista entre cinco y trece años de escuela especial particular incorporada, Rosario, Santa Fe, Uruguay. <http://repositorio.ucu.edu.ar/xmlui/handle/522/470>
12. UNICEF. Prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes. 2019. <https://www.unicef.org/media/96096/file/Overweight-Guidance-2020-ES.pdf>
13. UNICEF. Crece la ola de sobrepeso en la niñez. 2023. <https://www.unicef.org/lac/media/43026/file/Reporte%20sobrepeso%20niñez%20america%20latina%20caribe%202023%20UNICEF.pdf>
14. UNICEF. Desnutrición infantil. 2024. <https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil>
15. Zubiri, C., & Guzmán, L. (2024). Trastornos gastrointestinales en niños con trastornos del espectro autista. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 54(3), 231–238. <https://doi.org/10.52787/agl.v54i3.440>
16. Thomas, K.S., Keating, J., Ross, A.A. et al. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) symptoms in gender diverse adults and their relation to autistic traits, ADHD traits, and sensory sensitivities. *J Eat Disord* 13, 33 (2025). <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01215-z>
17. Fonseca, N.K.O., Curtarelli, V.D., Bertoletti, J. et al. Avoidant restrictive food intake disorder: recent advances in neurobiology and treatment. *J Eat Disord* 12, 74 (2024). <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01021-z>
18. Tomaszek, N.; Urbaniak, A.D.; Bałdyga, D.; Chwesiuk, K.; Modzelewski, S.; Waszkiewicz, N. Unraveling the Connections: Eating Issues, Microbiome, and Gastrointestinal Symptoms in Autism Spectrum Disorder. *Nutrients* 2025, 17, 486. <https://doi.org/10.3390/nu17030486>



Efecto del grupo de ayuda mutua sobre la salutogénesis del control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un centro de salud urbano en Chiapas, México

Effect of mutual support groups on the salutogenesis of metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus at an urban health center in Chiapas, Mexico

Artículo Original | Original Article

Resumen

Antecedentes: La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es una enfermedad crónica considerada un problema de salud pública en varios países. El control metabólico de estos pacientes evita el desarrollo de complicaciones. Formar grupos de ayuda mutua (GAM) puede ayudar a su control. **Objetivo:** Evaluar el efecto del Grupo de Ayuda Mutua (GAM) sobre la salutogénesis del control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en un Centro de Salud Urbano de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. **Método:** Se trata de un estudio de tipo observacional descriptivo, transversal, que se realizó con los pacientes con DMT2. **Resultados:** La muestra se integró por 185 pacientes con DMT2. Se registró una asistencia a los GAM del 38.91% del total y de 61.08% que no asistieron, el grupo etáreo mayoritariamente afectado estuvo entre 45 a 59 años; los pacientes con glucemia en ayuno controlados corresponden al 26.4%% del total manteniendo cifras de Hemoglobina glucosilada (HbA1c) <7% un 37.2%, los pacientes no controlados en glicemia en ayuno corresponden al 73.5% con cifras de HbA1c >7%, el 62.7%. **Conclusiones:** Se observa que existen anti-factores salutogénicos que juegan en contra de la promoción de la salud, siendo éstos: Son principalmente mujeres quienes no acuden al GAM, así como el grupo etario de 45 a 49 años, y son además quienes presentan condición de preobesidad, con una glucemia descompensada y una hemoglobina glicosilada muy alta, sin embargo, presentan niveles de colesterol normal.

Palabras clave: GAM, DMT2, control glicémico, diabetes mellitus.

Autores

García-Chong Néstor Rodolfo¹⁻²⁻³, Rodríguez-Feliciano Miguel Angel¹⁻⁴; Gómez-Díaz Carlos¹⁻⁵, Jiménez-Acevedo Hilda María¹⁻⁶; Valdéz-Morales Margarita Yvon¹⁻⁷

Correspondencia

Néstor Rodolfo García-Chong
nes26g@hotmail.com

Presentado

22 de abril 2025

Aceptado

3 de septiembre 2025

- 1 Facultad de Medicina Humana, Dr. Manuel Velasco Suárez, Universidad Autónoma de Chiapas
- 2 Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas
- 3 <https://orcid.org/0000-0003-2816-4907>
- 4 <https://orcid.org/0000-0002-5001-8749>
- 5 <https://orcid.org/0009-0007-0123-7471>
- 6 <https://orcid.org/0000-0002-5711-6827>
- 7 <https://orcid.org/0009-0004-1296-1914>

<https://hdl.handle.net/20.500.14492/32338>

Cómo citar este artículo:

García-Chong NR, Rodríguez-Feliciano MA, Gómez-Díaz C, Jiménez-Acevedo HM, Valdéz-Morales MY. Efecto del grupo de ayuda mutua sobre la salutogénesis del control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de un centro de salud urbano en Chiapas, México. Rev.Sal.Int. 2025, 3 (3): pp 21-29

Este contenido está protegido bajo la licencia CC BY
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Plataforma digital de la revista: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si/>

ABSTRACT

Background: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a chronic disease considered a public health problem in several countries. Metabolic control in these patients prevents the development of complications. Forming mutual support groups (MSGs) can aid in this control. **Objective:** To evaluate the effect of the Mutual Support Group (MSG) on the salutogenesis of metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus treated at an Urban Health Center in Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Mexico. **Method:** This is a descriptive, cross-sectional, observational study conducted with patients with T2DM. **Results:** The sample consisted of 185 patients with T2DM. Attendance at the MAGs was 38.91% of the total, with 61.08% not attending. The age group most affected was between 45 and 59 years old. Patients with controlled fasting blood glucose levels accounted for 26.4% of the total, with 37.2% maintaining glycosylated hemoglobin (HbA1c) levels <7%. Patients with uncontrolled fasting blood glucose levels accounted for 73.5%, with 62.7% having HbA1c levels >7%. **Conclusions:** There are anti-salutogenic factors that work against health promotion, namely: It is mainly women who do not attend the GAM, as well as the 45-49 age group, and they are also those who are pre-obese, with uncontrolled blood glucose and very high glycosylated hemoglobin, but normal cholesterol levels.

Keywords: GAM, T2DM, glycemic control, diabetes mellitus.

Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica no transmisible que se presenta cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. En las últimas décadas se ha convertido en foco de atención para la salud pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia (8).

El incremento en la prevalencia de la diabetes mellitus (DM) a nivel mundial se debe principalmente a la interacción compleja de factores socioeconómicos, demográficos, ambientales y genéticos. Entre los factores de riesgo más relevantes que contribuyen a este aumento están las dietas poco saludables, el elevado consumo de alimentos ultraprocesados, los estilos de vida sedentarios, la obesidad y los procesos de urbanización. Por lo tanto, la implementación de intervenciones que promuevan cambios en el estilo de vida—como una alimentación equilibrada, la práctica regular de actividad física, el control adecuado del peso corporal y la adopción de hábitos saludables— resulta fundamental para

la prevención y el control de la enfermedad. Estas estrategias son esenciales para la planificación terapéutica orientada al autocuidado y la mejora de la calidad de vida de las personas con DM (6).

La DM es una de las enfermedades no transmisibles más comunes a escala mundial se considera como una epidemia en muchos países desarrollados y recientemente industrializados, especialmente la diabetes tipo 2, que se ha constituido en un enorme problema de salud pública y de costos altos, ocupando los diez primeros lugares como consulta médica y hospitalización a nivel mundial (17). A nivel global se estima que los casos de diabetes alcanzarán los 592 millones en 2035, lo que afectará al 8,8 % de la población. En México, es la segunda causa de muerte y la primera causa de años de vida saludables perdidos; en 2011, el costo de atención a la diabetes se estimó en 7,7 mil millones de dólares. Por estas razones, en 2016 la diabetes fue declarada emergencia epidemiológica en el país (1).

Las personas con diabetes suelen requerir prioritariamente apoyo de su familia para manejar su enfermedad. La calidad y naturaleza de la respuesta familiar pueden influir significativamente en su adherencia al tratamiento y en el control efectivo de su diabetes. La familia representa un pilar fundamental en el entorno social del paciente, constituyendo una red de soporte esencial frente a diversas dificultades: desde la necesidad de consejo por parte de un hermano hasta el acompañamiento en la realización de actividades relacionadas con el autocuidado. La mayoría de los pacientes obtiene información sobre el manejo diario de su enfermedad principalmente a través de su familia y en menor medida a través de profesionales de la salud, como médicos y enfermeros (15). Este fenómeno resalta la importancia de incluir estrategias educativas familiares en los programas de atención y prevención para mejorar los resultados clínicos en personas con diabetes.

La familia del adulto mayor proporciona apoyo social, funcional, económico, afectivo y asistencial en múltiples dimensiones. El profesional de enfermería debe ofrecer comprensión y respaldo, promoviendo una comunicación efectiva entre la pareja involucrada. Además, las relaciones con amigos, vecinos y compañeros resultan igualmente importantes, ya que brindan distintos tipos de apoyo fuera del núcleo familiar. Estas conexiones se establecen a partir de intereses comunes y actividades compartidas, constituyendo un recurso esencial para el bienestar social y emocional del adulto mayor (8).

En México, en 1995, se implementó la estrategia nacional denominada Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Los GAM se definieron como organizaciones autogestionadas por los propios pacientes, que, bajo supervisión médica y con el respaldo de los servicios de salud, constituyen espacios para la capacitación dirigida al control efectivo de la diabetes. Su objetivo principal es mejorar la adherencia al tratamiento a través de actividades educativas en salud. Aunque existen algunas publicaciones sobre la implementación de los GAM en México, la evidencia sobre los resultados concretos de esta estrategia es limitada; sin embargo, informes recientes de los servicios estatales de salud confirman su continuidad y relevancia en la actualidad. En el marco del Programa Sectorial de Salud 2018-2024, se destacan como prioritarios la atención a la salud mental y el cuidado de la salud de la población indígena (7).

Los grupos de autoayuda brindan beneficios significativos al aumentar el nivel de conocimiento sobre la diabetes tipo 2, lo que repercute positivamente en el control de la hemoglobina glicosilada y en la prevención de complicaciones agudas. Los pacientes que participan en los Grupos de Apoyo y Autoayuda (GAA) presentan un menor riesgo de acudir a los servicios de urgencias, lo que sugiere que un mayor conocimiento sobre la enfermedad reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad, independientemente del nivel sociocultural del individuo (19).

Figura 1. Nivel de conocimiento del grupo de autoayuda (GAA) y el de consulta externa

	Consulta en los últimos seis meses						
	Si		No		OR	IC 95%	Valor de p
	Total	%	Total	%			
Grupo de AA	6	12.0	14	28.0	0.3	0.1-1.0	0.04
Consulta externa	44	88.0	36	72.0			

Fuente: (19)

El predominio del modelo biomédico, la expansión de la medicalización y el uso excesivo de la coerción psiquiátrica configuran el panorama contemporáneo de la salud mental, constituyendo un tema de debate a nivel global. En respuesta

a esta situación, se ha promovido el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental orientados a la recuperación y fundamentados en el respeto a los derechos humanos, que incluyen la relevancia del apoyo social y el uso de alternativas no farmacológicas. Asimismo, se destaca la importancia de la participación social y la inclusión comunitaria, evidenciando los beneficios que las personas obtienen al establecer vínculos sociales basados en el apoyo informal. Entre los aspectos más significativos de estas iniciativas sobresalen las modalidades de autoayuda y apoyo mutuo entre pares, que incorporan un enfoque despatologizador de la diversidad humana, fomentan la autonomía respecto a los servicios de salud mental tradicionales y facilitan el desarrollo personal sin necesidad de intervención psiquiátrica (20).

Los GAM se consolidan día a día como una estrategia educativa eficaz para mejorar el control de las enfermedades crónicas. La organización y participación activa de sus miembros potencian la efectividad y los beneficios de las intervenciones, además de actuar como un agente de cambio en los estilos de vida y hábitos alimenticios dentro de sus familias (8).

Los GAM pueden contribuir a disminuir el malestar físico y psicológico de los cuidadores, fortaleciendo de este modo el sistema familiar. Asimismo, la participación de los cuidadores en los GAM beneficia a las personas dependientes, al reducir la frecuencia de caídas. Las características fundamentales de los GAM se sustentan en el apoyo mutuo entre sus integrantes. Además, se han desarrollado GAM en modalidad virtual, que ofrecen ventajas adicionales como una mayor accesibilidad. Sin embargo, en nuestro contexto existen pocos estudios recientes sobre su efectividad, por lo que es necesario realizar investigaciones adicionales con un alto nivel de evidencia que permitan extrapolar los resultados a nuestra población y fomentar, finalmente, la implementación de los GAM en este entorno social (2).

Planteamiento del Problema

Se reconoce que dentro de los factores que influyen en la adherencia a los medicamentos: se encuentran los factores socioeconómicos: el apoyo familiar y social, el precio de los fármacos y su financiación por el Sistema de Salud, asimismo, se ha argumentado la importancia de emplear estrategias que impacten en el autocuidado, en la adquisición de conocimientos y motivos para desarrollar conductas que disminuyan los riesgos de un mal manejo de la enfermedad, así como la autorregulación para mejorar la adherencia al

tratamiento (21).

Los GAM son grupos que tienen como líder a un paciente, igual que Alcohólicos Anónimos (AA), están organizados y supervisados por un miembro del equipo. Son individuos con problemas de salud en común; tienen como finalidad brindar orientación y apoyo para que manejen de la manera más adecuada su padecimiento (15).

Ante la alta prevalencia alarmante de esta enfermedad, es crucial promover la adherencia al tratamiento entre los pacientes, dado que un control metabólico deficiente aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar complicaciones macrovasculares y microvasculares graves, que afectan negativamente tanto la calidad como la expectativa de vida de los individuos afectados (11).

La falta de adherencia terapéutica farmacológica (ATF) representa un problema grave que se asocia estrechamente con creencias negativas y el desconocimiento de la enfermedad. Se observan diferencias de género en este contexto: los hombres tienden a presentar respuestas poco veraces sobre su adherencia, mientras que las mujeres muestran mayor propensión al uso de plantas medicinales como complemento o sustituto del tratamiento. Por ello, resulta urgente fortalecer y ampliar la implementación de programas educativos dirigidos a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con el fin de promover una adherencia

terapéutica adecuada y mejorar los resultados en el control de la enfermedad (22).

Revisiones narrativas indican que los grupos de apoyo permiten mejorar significativamente la autoeficacia, estilos de vida, niveles de glicemia, hemoglobina glucosilada y adherencia al tratamiento farmacológico. Los grupos refuerzan el conocimiento sobre la enfermedad y favorecen el autocontrol en personas con diabetes tipo 2 (4).

Otro estudio mostró una disminución significativa en la hemoglobina glucosilada en pacientes con diabetes después de la intervención en un grupo de ayuda mutua, con valores promedio de HbA1c reduciéndose de 6,32 % a 5,93 % (5).

En relación con el apoyo familiar, considerado parte del apoyo social, se encontró que un mayor apoyo percibido se asocia con un mejor control glucémico en pacientes diabéticos tipo 2 y un menor riesgo de descontrol glicémico (3).

En general, la evidencia apunta a que los grupos de apoyo mutuo contribuyen a mejorar el control metabólico de la diabetes a través del apoyo emocional, educativo y social que promueven, lo que repercute en mejores niveles de glicemia y hemoglobina glucosilada, aunque algunos estudios no muestran diferencias estadísticas significativas estrictas.

Tabla 1. El Concepto Grupos de Apoyo Mutuo según diversos autores

Autor(es)	Concepto de Grupos de Apoyo Mutuo (GAM)	Enfoque y Beneficios	Observaciones
Piñón, 2017, México. Recursos institucionales para diabéticos mayas hablantes de Tizimín (Yucatán); Carencias y logros en los GAM.	Son grupos que tienen como líder a un paciente, igual que Alcohólicos Anónimos (AA), organizados y supervisados por un miembro del equipo sanitario.	Se reconoce que los GAM pueden tener un mayor impacto si orientan transversalmente sus acciones de detección-cuidado-control con pertinencia cultural y se capacita técnica e interculturalmente al personal de salud.	Permiten cuestionar la política pública sanitaria hacia los pueblos indígenas en México, en el contexto de unos servicios de carácter supuestamente universal en los que los programas son verticales, no se respetan las diferencias locales o regionales, sin tener pertinencia cultural para los pueblos indígenas.
Jiménez-León, 2016, México Intervención nutricional en un GAM en el municipio de El Rosario, Oaxaca de Juárez, México.	Es un grupo de individuos con problemas de salud en común. Tiene como finalidad brindar orientación y apoyo para que manejen de la manera más adecuada estos padecimientos.	Encontrándose en ellos una correlación positiva de 1, lo que da a entender que el seguimiento es pieza clave dentro del tratamiento nutricional en el grupo de ayuda mutua.	El nutriólogo juega hoy en día un papel importante en el hecho de atender estas enfermedades, a través del seguimiento en consultas y talleres propuestos. La organización y participación activa de sus participantes favorecen que las intervenciones sean mucho más efectivas y provechosas.

Navarrete et al, 2013, México. Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de adicciones.	Individuos que comparten una misma problemática se apoyan colectivamente y, eventualmente, resuelven su problema.	Surgieron los siguientes grupos o ejes temáticos como los más significativos: a) Dinámica de consumo; b) Proceso de internamiento; c) Experiencia de los usuarios en los CRAMAA; d) Uso de servicios.	Los centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones (CRAMAA) continúan siendo una opción de primera mano ante la escasez de centros residenciales especializados para la atención de las adicciones que se ajusten a las necesidades de la población.
Muñoz-Reyna, 2007, México. Influencia de los GAM entre diabéticos tipo 2: efectos en la glucemia y el peso corporal.	Individuos con un padecimiento específico, que permite el intercambio de experiencias y sentimientos, condición que proporciona a sus integrantes apoyo, motivación, sensación de no estar solos y promoción de la adherencia al tratamiento similares.	Los resultados de las pruebas inferenciales realizadas no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de estudio, al obtenerse un control glucémico.	Prioritario identificar la organización, funcionamiento y supervisión que el personal interdisciplinario realiza con los grupos de ayuda mutua.
Muñoz-Reyna y otros (2006)	Organización de pacientes con diabetes para compartir experiencias y apoyarse mutuamente.	Mejora en apoyo emocional y motivacional; sin diferencias claras en control glucémico o IMC en su estudio.	Estudio observacional pequeño; falta de evidencia sobre impacto clínico claro.

De ahí surge la necesidad de formar el Grupo de Ayuda Mutua (GAM), que tiene apoyo del personal de salud, que tiene como objetivo en común coadyuvar al control metabólico de la enfermedad a través de una estrategia educativa, el apoyo recíproco y la adopción y promoción de un estilo de vida saludable (17).

El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto del Grupo de Ayuda Mutua (GAM) sobre la salutogénesis del control metabólico en pacientes con DM2, atendidos en un Centro de Salud Urbano de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, 2022.

METODOLOGÍA

Para el presente trabajo, se utilizaron bases de datos públicas de la Secretaría de Salud como fuente primaria y se hizo la comparación del control de la DM2 de las personas que acuden al GAM.

Tipo de estudio: transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo.

Lugar de estudio: El estudio se realizó en un Centro de Salud Urbano al norte de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, del Estado de Chiapas, México, durante el 2022.

Tamaño de muestra y tipo de muestreo: se realizó con 185 pacientes con DM2, mediante un muestreo no probabilístico a conveniencia

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterio de Inclusión: todos los pacientes diagnosticados como diabéticos tipo 2, registrados en la base de datos pública de la Secretaría de Salud.

Criterio de exclusión: los registros de pacientes que más de un año de no acudir a consulta

Criterio de eliminación: los registros de pacientes que no estaban completas con las variables de estudios

Técnicas a utilizar: se trabajó mediante la recolección de información de la base de datos pública de la secretaria de salud y se trabajaron las variables que se encuentran en los registros de los pacientes, y que dan respuesta al objetivo planteado en el presente trabajo, y una vez concentrada la información en una base de datos elaborada en una hoja de cálculo, se procedió a realizar el análisis estadístico. Para garantizar la veracidad de la investigación, se consideró lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

Variables de estudio:

- Variables de control: edad, sexo, IMC
- Variable de exposición: Grupo de Ayuda Mutua
- Variable de respuesta: control DM2 (Glucemia, HbA1c)

Análisis estadístico:

- Primera fase:** Construcción de una base de datos en una hoja de cálculo (Excel)
- Segunda fase:** Tratamiento estadístico de las variables mediante la aplicación de estadística descriptiva (SPSS v27).
- Tercera fase:** tratamiento estadístico de las variables, mediante la aplicación de la estadística inferencial, por medio de la prueba de asociación chi-cuadrada (SPSS v27).

RESULTADOS

El análisis de los factores que impactan el control metabólico en pacientes con DMT2 y su relación con el GAM dio como resultado que, si bien no se encontró asociación estadística con ninguna de las variables, sí se observaron tendencias interesantes (cuadro 5).

Tabla 2. Variables asociadas al Grupo de Ayuda Mutua.

Variables	n	X ²	P
HbA1c	185	2.71	0.256
Glicemia	185	4.35	0.805
IMC	185	7.5	0.185 0.878
Colesterol	185	0.261	
Edad	185	15.286	0.226
Sexo	185	1.152	0.283

Respecto a los pacientes que asisten al GAM y su relación con la hemoglobina glicosilada, no se observó asociación estadística entre la HbA1c y los asistentes al GAM ($p=0.256$); sin embargo, se observa una tendencia en quienes presentan HbA1c muy alta y en los pacientes que no asisten al GAM (Tabla 2 y Fig. 1).

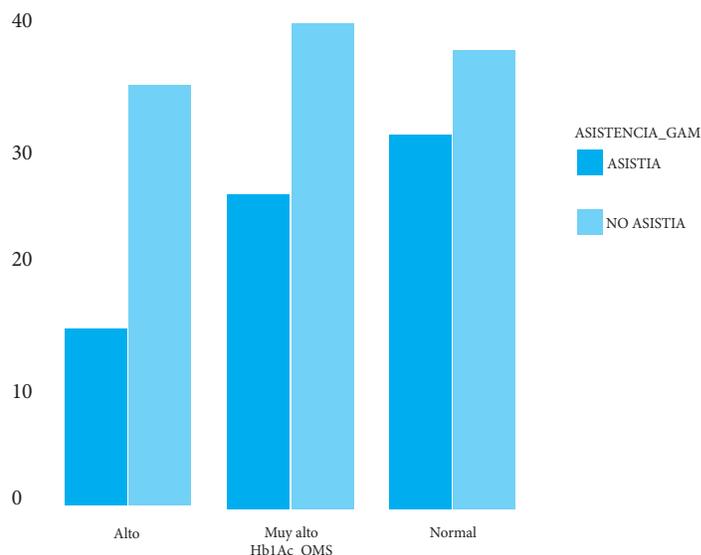


Figura 1. Tendencia de la hemoglobina glicosilada en pacientes que asisten o no a los GAM.

Por otra parte, no se encontró asociación estadística entre la **glicemia** central y la asistencia al GAM ($p=0.805$); sin embargo, se observa una tendencia hacia la diabetes descompensada de los que no asisten al GAM (Tabla 2 y Fig. 2).

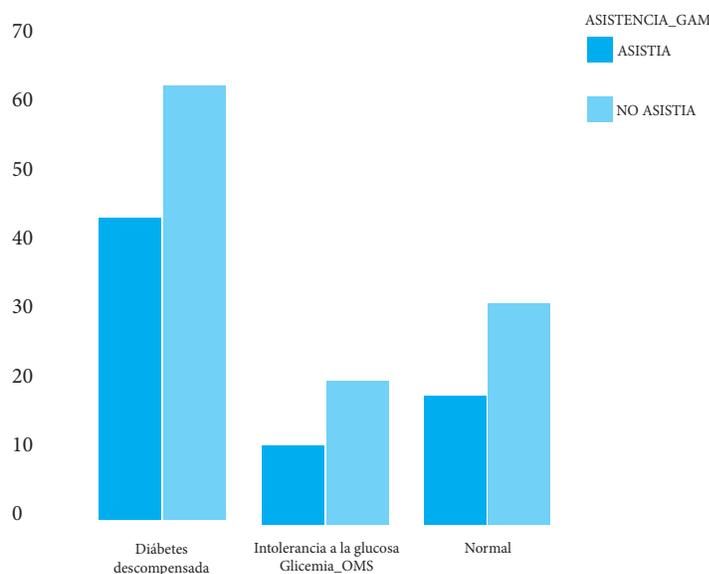


Figura 2. Tendencia de la glicemia según la OMS y asistencia a los GAM.

Respecto al IMC, no se observa asociación estadística entre la asistencia al GAM y el **IMC** ($p=0.185$); sin embargo, se observa una tendencia hacia la preobesidad en los que no asisten a los GAM (Tabla 2 y Fig. 3).

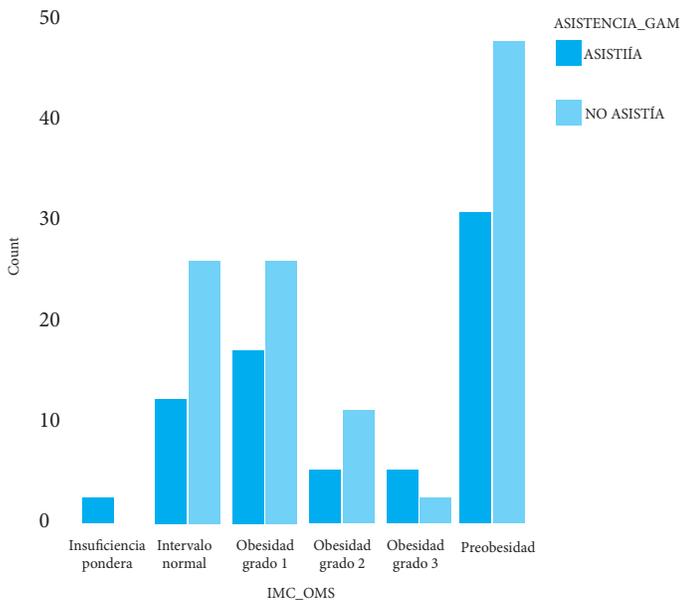


Figura 3. Tenencia del IMC según la OMS y asistencia a los GAM.

Respecto a los niveles de colesterol, no se observó asociación estadística entre el **colesterol** y la asistencia al GAM ($p=0.878$); sin embargo, se observa una tendencia a niveles de colesterol normales en pacientes no asistentes en comparación con los que sí asisten al GAM (Tabla 2 y Fig. 4).

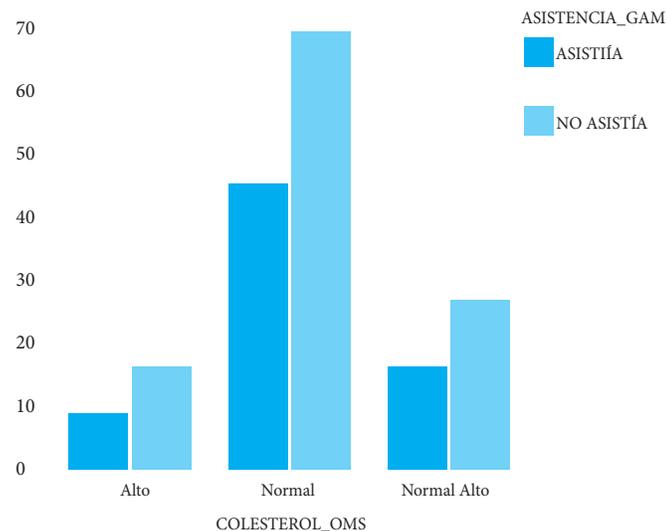


Figura 4. Tenencia del colesterol total y asistencia a los GAM.

Con relación a la edad, no se observó asociación estadística entre los grupos etarios y la asistencia al GAM ($p=0.226$); sin embargo, se observa una tendencia de no asistencia al GAM en quienes tienen entre los 45 y 49 años de edad (Tabla 2 y Fig. 5).

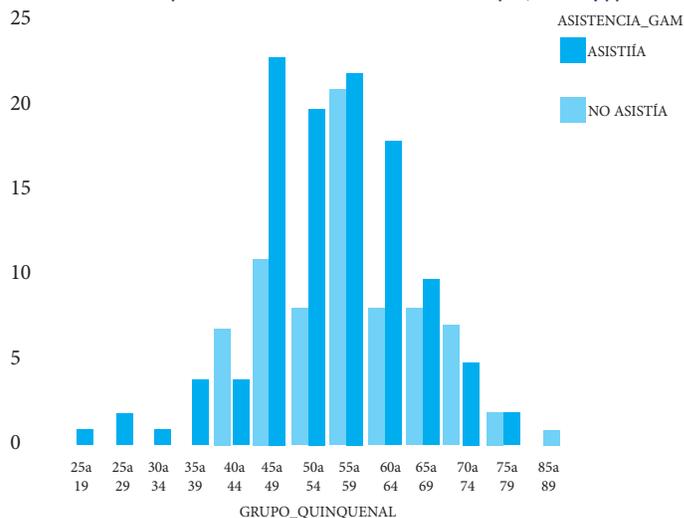


Figura 5. Tenencia de los grupos quinquenales y asistencia a los GAM.

Respecto al sexo, no se observó asociación estadística entre el sexo y la asistencia al GAM ($p=0.283$); sin embargo, se observa la tendencia de que es el género femenino quien principalmente no asiste al GAM (Tabla 5 y Fig. 6).

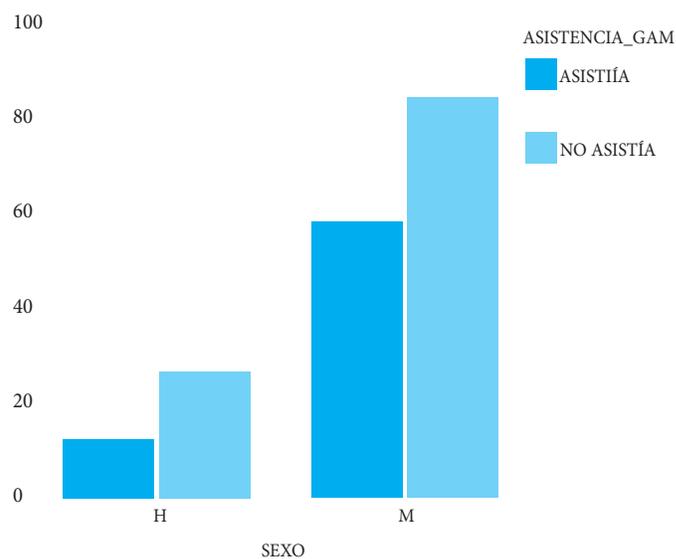


Figura 6. Tenencia del género y asistencia a los GAM.

Discusión

En la población estudiada, si bien no se encontró asociación entre los que asisten y no asisten a los GAM con respecto a la glicemia y la hemoglobina glicosilada, sí se observa una tendencia hacia la diabetes descompensada en el grupo que no asiste a los GAM. Se encuentra, además, que estos presentan preobesidad, siendo el grupo de mujeres

de 45 a 49 años el que menos asiste. Esto coincide con lo reportado por Castellanos (4), quien menciona que los GAM refuerzan el conocimiento sobre la enfermedad y favorecen el autocontrol. Asimismo, Carrillo (3) refiere que un mayor apoyo percibido se asocia con un mejor control glucémico en pacientes diabéticos. Además, Delgado (5) refiere una disminución significativa de la hemoglobina glicosilada en pacientes con diabetes que asisten a un GAM.

Con base en el objetivo planteado, se observó un efecto positivo de la asistencia a los GAM en el control del paciente diabético.

Por lo anterior, es necesario impulsar la integración de GAM que permita socializar la experiencia en diversos ámbitos para que puedan mantener un estado de equilibrio metabólico en estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Basto-Abreu A, Barrientos-Gutiérrez T, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, López-Olmedo N, De la Cruz-Góngora V, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barquera S, López-Ridaura R, Hernández-Ávila M, Villalpando S. Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la Ensanut 2016. Salud Pública Mex. 2020, 62: 50-59. <https://doi.org/10.21149/10752>
2. Bernabéu-Álvarez, C. et al. Revisión sistemática: influencia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre cuidadores familiares. Enfermería Global. 2020 Mar, 19 (2): 560–590. <https://doi.org/10.6018/eglobal.392181>
3. Carrillo Aguiar, L. A., Estrada Méndez, K. P., Martínez Pérez, O. E., Salas Flores, R., Cervantes López, M. J., & González Pérez, B. Asociación entre apoyo familiar y control glucémico en una Unidad de Medicina Familiar de Ciudad Madero, Tamaulipas. México. Archivos En Medicina Familiar. 2024, 26 (4): 191–195. <https://doi.org/10.62514/amf.v26i4.68>
4. Castellanos Guatame LX. Programa de Enfermería Facultad de Enfermería y Rehabilitación Universidad de la Sabana pp 1-22
5. Delgado-Rizo MG, Guerrero-Ceh JG, Ramírez-Chávez EdeJ, Pulido-Ornelas A. Análisis de beneficios que aportan los “Mapas de Conversación” en los pacientes con diabetes mellitus. RevSalJal. 2020 Mayo-Agosto, 7 (2): 71-79. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj202c.pdf>
6. Gouveia Bezerra, K.M. et al. 2023. Conocimiento y Autoeficacia en Personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Enfermería Global. 2023 jul, 22 (3): 68–109. <https://doi.org/10.6018/eglobal.553591>
7. Juárez-Ramírez C, Treviño-Siller S, Ruelas-González MG, Théodore F, Pelcastre-Villafuerte BE. Los grupos de ayuda mutua como posible estrategia de apoyo emocional para personas indígenas que padecen diabetes. Salud Pública Mex. 2021, 63:12-20. <https://doi.org/10.21149/11580>
8. Jiménez-León, AS, et al. Intervención nutricional en un grupo de ayuda mutua del municipio de “El Rosario”, Oaxaca de Juárez, México. Nutrición Hospitalaria. 2016, 33(2):310-313. <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309245773020.pdf>
9. Martínez-Royert, Judith Cristina et al. Calidad de vida en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo II. Salud Uninorte. 2021, 37 (2): 302-315. <http://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.36>
10. Márquez-Palacios JH. Relación entre sentido de coherencia y diabetes mellitus: una revisión sistemática. Ciência & Saúde Coletiva, 2020, 25 (10):3955-3967 <http://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34312018>
11. Mejía MA, Gil Y, Quintero O, D'Ávila MC. Intervención educativa en el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. 2018; 16 (1): 34-46. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375555047005>
12. Muñoz-Reyna, A., et al. (). Influencia de los grupos de ayuda mutua entre diabéticos tipo 2: efectos en la glucemia y el peso corporal. Archivos en Medicina Familiar 2007, 9 (2):87-91. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50711454004>
13. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

14. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4,215/salud/salud.htm>
15. Piñón SL. Recursos institucionales para diabéticos mayas hablantes de Tizimín (Yucatán). Carencias y logros en los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) Rev. pueblos front. digit. 2017 jun-nov, 12 (23). <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2017.23.288>
16. Reynoso-Vázquez J, et al. La atención en casa: el apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hosp Domic. 2020;4(4):199-207. <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v4i4.118>
17. CENAPRECE. Estrategia de grupos de ayuda mutua. Enfermedades crónicas, lineamientos de operación. Secretaría de Salud. 2016. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/LineamientosGAM_2016.pdf
18. Uyaguari-Matute, G. M., Mesa-Cano, I. C., Ramírez-Coronel AA., & Martínez-Suárez, P. C. Factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus II. Revista Vive, 2021, 4 (10): 95–106. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v4i10.79>
19. Ureta Cuata AA, Guzmán CL, Villegas Domínguez JE. Grupo de autoayuda, un factor protector para pacientes con diabetes tipo 2. Rev. Sanid. Milit. Mex. 2019 Sept-Dic, 72 (5-6): 311-316. <http://www.medigraphic.com/sanidadmilitar>
20. Marid JCC. Locura sin Estado: prácticas de apoyo mutuo y activismo comunitario en salud mental de la organización "Autogestión Libre-mente". Interface (Botucatu). 2023; 27: e220095. <https://doi.org/10.1590/interface.220095>
21. Díaz-Piñera A, Rodríguez-Salvá A, Achiong-Estupiñán F, Cardona-Garbey D, Maldonado-Cantillo G, Londoño-Agudelo E, Van-der-Stuyft P. Adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en cuatro áreas de salud del país. Revista Finlay. 2024; 14(1): pp 78-90. <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1367>
22. Mora-Romo JF. Adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en México: Estudio de metanálisis. 2022 Ene-Dic, 12:e493. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.493>



Percepción y significado de una mujer viviendo con VIH, San Salvador, El Salvador.

Perception and meaning of a woman living with VIH San Salvador, El Salvador
Artículo Original | Original Article

RESUMEN

El estigma social y la discriminación son solo dos de los efectos producidos como consecuencia del quebranto de la salud generado por el contagio del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La persona clave en esta investigación, Julissa, quien es una mujer de cuarenta y seis años, procedente del municipio de Ilopango, El Salvador, fue diagnosticada con VIH once años atrás. Se analizó la construcción sociocultural de la experiencia de vivir con VIH en mujeres, examinando los factores psicosociales, simbólicos y relacionales que configuran dicha vivencia. Se adoptó el interaccionismo simbólico como marco teórico-metodológico, priorizando el estudio de las interacciones sociales mediadas por sistemas simbólicos (significados, roles y narrativas compartidas). Este enfoque permitió interpretar las prácticas discursivas y conductuales de la participante (Julissa) como productos de negociaciones simbólicas, así como examinar la influencia de sus redes de soporte contextuales: ámbito familiar (cónyuge), asociación de pacientes, vínculo interpersonal (Luciana). Bajo el paradigma cualitativo, se reconstruyeron las dimensiones subjetivas de la experiencia, mediante el análisis situado de los entornos de socialización y la identificación de patrones de interacción simbólica en microcontextos. Entre los hallazgos clave se destacan el sólido apoyo y la comprensión brindados por su esposo. En el caso de Julissa, se observa un fenómeno de autoestigmatización: el temor a la discriminación de la condición psicológica, lo que la lleva a renunciar a informar sobre su diagnóstico tanto a su hija como a otros familiares. Esta situación evidencia la necesidad urgente de intervención psicológica para abordar posibles repercusiones emocionales.

Palabras clave. autoestigmatización, interaccionismo simbólico, VIH, grupos de apoyo, entornos de socialización

Autores

Cerón Cerón, Yanira Elizabeth ^{1,2}

Correspondencia

yanira.ceron@ues.edu.sv

Presentado

11 abril 2024

Aceptado

26 octubre 2025

1 Universidad de El Salvador, Directora Carrera Laboratorio Clínico, Escuela Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina

2 ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5659-2877>

<https://hdl.handle.net/20.500.14492/32340>

Cómo citar este artículo:

ICerón Cerón YE. Percepción y significado de una mujer viviendo con VIH, San Salvador, El Salvador. Rev. Sal. Int. 2025, 3 (3): pp 31-45

Este contenido está protegido bajo la licencia CC BY
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Plataforma digital de la revista: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si/>

ABSTRACT

Social stigma and discrimination are just two of the effects produced as a result of the damage to health caused by infection with the human immunodeficiency virus (HIV). The key person in this research, Julissa, is a 46-year-old woman from the municipality of Ilopango, El Salvador, who was diagnosed with HIV eleven years ago. The sociocultural construction of the experience of living with HIV in women was analyzed, examining the psychosocial, symbolic, and relational factors that shape this experience. Symbolic interactionism was adopted as the theoretical-methodological framework, prioritizing the study of social interactions mediated by symbolic systems (meanings, roles, and shared narratives). This approach allowed us to interpret the discursive and behavioral practices of the participant (Julissa) as products of symbolic negotiations, as well as to examine the influence of her contextual support networks: family environment (spouse), patient association, and interpersonal bond (Luciana). Under the qualitative paradigm, the subjective dimensions of the experience were reconstructed through the situated analysis of socialization environments and the identification of patterns of symbolic interaction in microcontexts. Among the key findings, the strong support and understanding provided by her husband stand out. In Julissa's case, a phenomenon of self-stigmatization can be observed: the fear of discrimination due to her psychological condition, leading her to refrain from informing both her daughter and other family members about her diagnosis. This situation highlights the urgent need for psychological intervention to address possible emotional repercussions.

Keywords. Self-stigmatization, symbolic interactionism, HIV, support groups, social environments

INTRODUCCIÓN

Además de las obvias consecuencias al quebranto de la salud, desde que se reportara el primer caso en 1984 (1), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tiene una connotación social que genera efectos negativos en las personas que lo padecen, sufren los efectos producidos por el estigma social y la discriminación debido a que aún existe baja aceptación de algunas personas, familiares, amigos y compañeros de trabajo por las formas de transmisión o al temor de contagio de infección; aun en el plano laboral, ya que en algunas empresas solicitan la prueba de VIH como requisito de contratación (2). Los efectos psicológicos que las personas

sobrellevan a raíz del estigma y la discriminación se reflejan en depresión, tristeza, miedo, rencor, ansiedad, pensamientos suicidas, baja autoestima, autoestigmatización y aislamiento. Estos tienden a ser comunes en las personas que viven con VIH y afectan más a las mujeres que han sido infectadas por sus cónyuges. Aparte de la infidelidad cometida por su pareja, dejan complicaciones de salud, el rechazo de hijos o de la demás familia y la dificultad para entablar nuevas relaciones de pareja. En la estigmatización influye el que la persona pueda ser culpada por su padecimiento o si la enfermedad tiene consecuencias para otras personas (3). Se ha comprobado que el grado de estigma asociado al VIH es mayor que el de otras condiciones médicas como herpes, hepatitis, abuso de drogas, diabetes o cáncer. La mayor estigmatización es producida por concepciones erradas acerca de cómo el VIH se transmite, la contagiosidad percibida y la sobreestimación de los riesgos en contactos casuales (4).

Referente a las relaciones de pareja y familiares, se afirma que la familia juega un rol indispensable para sobrellevar el diagnóstico de VIH. La diferencia se refleja en la actitud de las mujeres que cuentan con apoyo familiar y aquellas que no lo tienen. Las que cuentan con apoyo familiar se muestran más optimistas; consideran que, a pesar de su diagnóstico, pueden salir adelante, siempre y cuando se cuiden y tomen sus medicamentos. Los familiares que conocen el diagnóstico de las mujeres son principalmente el esposo, hijos y familiares cercanos como la madre, el padre, hermanos y tíos, quienes les han brindado apoyo y ayudan a mantener en reserva el diagnóstico (5).

Al tratar la temática de identidad y autoestigmatización en un estudio realizado, se establece que el estigma es muchas veces autoimpuesto por las pacientes. Autoestigmatizarse puede ser una forma de evasión social y de protección ante situaciones que no son favorables y que llega a constituir parte de la identidad personal. Esto se relaciona con el temor que sienten por ser discriminadas, por perder la relación familiar, amistades o por la representación social que supone. (6). El tema de investigación sobre la percepción y significado de una mujer que vive con VIH pretende acercarse a la comprensión de lo que representa para una mujer, vivir con VIH considerando todos los aspectos culturales y sociales de la realidad que vive, al permitir una interpretación contextualizada y totalizada de la enfermedad (7), aun cuando en El Salvador la incidencia se ha estabilizado en los últimos años (8). Es por ello por lo que se ha intentado escudriñar la situación de vida de -Julissa- considerando sus experiencias, motivaciones que la impulsan a continuar su vida y a formar

¹ Entidad de apoyo a Mujeres Viviendo con VIH/SIDA.

parte de un grupo de apoyo denominado OSW¹ (Organization Supporting Women living with AIDS, Organización de Apoyo a Mujeres viviendo con SIDA).

MÉTODOLÓGICA.

El estudio se realizó entre los años 2019-2021. La persona clave en esta investigación fue Julissa, quien forma parte del personal de OSW desde el 2012. Es una mujer que tiene cuarenta y seis años, procedente del municipio de Ilopango, San Salvador, El Salvador, y quien fue diagnosticada con VIH hace 16 años. En un plano secundario figuran Julio (nombre ficticio y esposo de Julissa, de 48 años) y Luciana (nombre ficticio, amiga de Julissa, de 52 años).

Las técnicas metodológicas cualitativas utilizadas fueron de dos tipos de entrevistas:

1. De profundidad, que son dirigidas al sujeto de estudio. La entrevista a profundidad fue utilizada por ser una técnica conversacional más libre y abierta que tiene por objetivo principal comprender a fondo la experiencia vivida, las perspectivas y el mundo interno de los participantes, lo que permite dar mayor énfasis al significado de las cosas (21, 23).
2. Semiestructuradas, dirigidas a informantes clave del entorno social del sujeto de estudio. Se basan en una guía flexible de preguntas o temas predefinidos, actúan como un “mapa” o una hoja de ruta que permite libertad en el orden, la redacción y la profundización de las preguntas según el flujo de la conversación (20, 23).

Blumer (15) sostiene que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas, en función de lo que éstas significan para él; que el significado de estas cosas se deriva de la interacción social que cada individuo mantiene con otro y que los significados no son estables; sino que se modifican a medida que el individuo va enfrentándose a nuevas experiencias. Por tanto, para la comprensión del significado sobre la percepción de una mujer viviendo con VIH a partir de la conversación y estudio de un caso se realiza desde los diferentes temas que se consideran de mucha importancia para nuestro sujeto de estudio que, a la vez proporcionan palabras claves que ayudan a comprender el significado que tiene para ella, “ya que nos comunicamos por medio del lenguaje y otros símbolos significativos p. 97”. (9)

El enfoque metodológico exige que sean tomadas como premisas (Fig. 1):

1. Los seres humanos actúan en relación con los objetos del mundo físico y de otros seres de su ambiente sobre la base de los significados que estos tienen para ellos.
2. Los significados que derivan de esa interacción social en la red de apoyo (comunicación, entendida en sentido amplio) en medio de los individuos. La comunicación es simbólica, ya que nos comunicamos, creamos o reproducimos símbolos. Para la forma de actuar de Julissa se consideró tomar como base el interaccionismo simbólico.
3. Estos significados se establecen y modifican por la interiorización e interpretación de los actores, quienes los seleccionan, moderan, suspenden, reagrupan y transforman a la luz de la situación en la que se encuentran.

Los significados son usados y revisados como instrumentos para la guía y formación de la investigación.

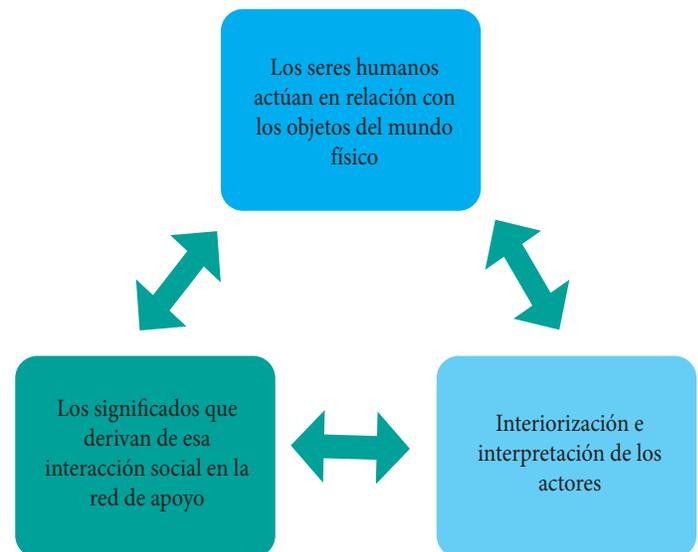


Figura 1. Premisas del enfoque metodológico utilizado en la investigación.

RESULTADOS

JULISSA Y SU VIDA CON VIH

Para comprender la realidad en la que se desenvuelve Julissa, es necesario considerar ciertos elementos que permitan adentrarse en cómo se encuentra la situación actual de una

mujer que vive con VIH. Para ello, se realiza una reseña de su vida. Ha tenido experiencias difíciles de vida, ha sido agredida sexualmente, ha sufrido violencia doméstica y ha recibido amenazas de muerte de su primera pareja. El rechazo de su padre por el embarazo de su única hija y burlas de sus compañeros de escuela, debido a problemas notorios de lenguaje (Disartria). Un día 27 de junio de hace más de una década, Julissa se realizó la prueba de VIH debido a problemas de salud. Fue en esa ocasión cuando le diagnosticaron la infección por el virus. A partir de esa experiencia, su vida cambió totalmente desde su condición de salud hasta su relación con las demás personas. Para evitar que conocidos observaran que era paciente del programa de VIH, cambió sus consultas al Hospital Nacional Rosales y no en el Hospital de Ilopango, el cual se encuentra más cercano y accesible a su domicilio, ya que **"sentía que todas las personas se me veían"**². Luego de recibir los resultados de la prueba de VIH, la primera persona que conoció su diagnóstico fue su esposo —Julio—, quien tenía tres años de estar acompañado de ella. Él no reaccionó de forma violenta y no tuvo la idea e intención de abandonarla, ya que consideró que es **"algo que a cualquier ser humano le puede pasar"**; por lo tanto, decidió continuar su relación conyugal y brindarle el apoyo incondicional, incluso no rechaza utilizar protección cuando mantienen relaciones íntimas. Es de hacer notar que Julio, al conocer la noticia del diagnóstico de Julissa, no aceptó realizarse la prueba, por lo que al momento del estudio se desconoce su estado serológico; sin embargo, no presenta ningún signo o síntoma de infección por VIH.

Desde ese momento, su diagnóstico está reservado para su familia y la de su esposo, debido al temor que existe de ser discriminada, ya que según expresa, **"sufrió discriminación por parte de personal de enfermería de un Hospital, lo cual la impulsó a no revelar su diagnóstico cuando pasa consulta en los Hospitales, Unidades de Salud y Clínicas que no cuentan con su expediente donde se refleje su condición de salud"**. Esto se vuelve una situación que genera mucho riesgo tanto para la persona que vive con VIH como para las que no lo tienen. Las personas diagnosticadas con VIH presentan mayor vulnerabilidad inmunológica, lo que incrementa su riesgo de contraer infecciones bacterianas u otras enfermedades (17,18). Este riesgo se manifiesta incluso en contextos como las consultas odontológicas (19), donde los procedimientos rutinarios pueden representar un peligro significativo para su salud. Asimismo, en el caso de los trabajadores de la salud, aumenta la posibilidad de contagio debido al manejo de instrumentos cortopunzantes y al contacto con sangre u

otros fluidos corporales de pacientes con VIH. Los diferentes espacios o escenarios geográficos en los que se desenvuelve Julissa y que tienen un gran significado para ella son: la Asociación OSW, el hogar en el cual convive con su esposo Julio, y la relación de amistad con Luciana; por lo que en cada uno de ellos se encuentran tipos de interrelaciones según el contexto y el espacio.

En una primera instancia, el escenario geográfico del periodo de investigación fue la OSW entre los años 2019-2021, así como el trabajo que realiza con las personas que asisten a los grupos de apoyo en el Hospital San Juan de Dios, en el departamento de San Miguel. Para Julissa, la Asociación es un espacio en el que se puede expresar el sentir de las mujeres que forman parte de los grupos de apoyo, desde sus experiencias de vida a partir de su diagnóstico que incluye relaciones sociales (familia, trabajo, comunidad). Esto les permite sobrellevar su condición de salud, ver su vida de forma positiva y continuar sus actividades cotidianas como una persona normal, haciendo alusión al concepto de Valdés (10). Además de tomar medidas de prevención y cuidado tanto de su salud como de la de las demás personas. La decisión de Julissa de formar parte del grupo de apoyo en la Asociación es sentirse bien, ser apoyada y apoyar a otras mujeres.

El trabajo que se realiza en OSW les ha permitido capacitar, asesorar y acompañar a otras mujeres y ayudarles a exigir sus derechos como personas que viven con VIH. Estos derechos se refieren específicamente a la salud, a un trabajo digno y a no ser discriminadas. Tal como ella lo expresa: **"Me ha ayudado mucho porque cuando llegué a OSW iba con miedo, temor, no conocía a nadie de mis compañeras...eh... sí, al principio tuve problemas con algunas de ellas, pero...lo he superado y otras me han apoyado"**. Además, OSW representa el lugar donde puede realizar actividades recreativas tales como manualidades, bisutería y recibir capacitaciones en lugares turísticos, con la finalidad que las mujeres que asisten a los grupos de apoyo se olviden de sus preocupaciones o problemas y evitar de cierta forma que se depriman por estar solamente en sus casas y realizando actividades rutinarias, como por ejemplo los oficios domésticos.

Otro de los espacios de ambiente social de gran importancia en la vida de Julissa es su hogar en el que comparte secretos, preocupaciones, alegrías y tristezas con su esposo Julio, quien desde el momento en que se enteró de su diagnóstico, le ha brindado incondicionalmente su apoyo y ha estado pendiente de cubrir todas sus necesidades, a tal grado de mencionarle en una ocasión que no existía necesidad que ella trabajase

² Entre comillado: transcripción directa de los entrevistados

en la asociación, porque él podía darle lo necesario o básico para vivir. La relación con Julio le ha permitido sobrellevar su diagnóstico y darse cuenta de que, a pesar de todas las experiencias difíciles sufridas en su vida, existen personas que la apoyan independientemente de su condición de salud.

Un tercer espacio donde se desenvuelve Julissa es la relación de amistad con Luciana. Ambas han entablado una buena relación amistosa, compartiendo tareas laborales, sus conocimientos, sentimientos y experiencias de trabajo en la asociación. Para Luciana, el trabajo en la asociación se ha convertido en un espacio de convivencia: *"Pues yo siento que quizás va mejorando (la relación) ... ¿verdad, porque nos vamos entendiendo a través de los temas, hay tareas que las tenemos que hacer, compartirlas, aunque los temas siempre sean yo quien los da (imparte)...pero le participo a ella lo que haremos, y de esa manera la vamos motivando a que siga con sus mejores conocimientos, sus mejores actitudes"*. La relación de amistad con Luciana le ha permitido realizar varias actividades que antes no desempeñaba, debido a la timidez y la disartria. A pesar de que aún existen aspectos que trabajar para el desarrollo de nuevas capacidades en ella, su amistad con Luciana la ha impulsado a no desistir y a no dejar de aprender cosas nuevas. Cada uno de los temas que son impartidos en la asociación se han convertido en una herramienta muy útil para Julissa, no sólo para adquirir conocimientos sino también para capacitar a otras mujeres del grupo de apoyo, a reclamar o defender sus derechos como persona y evitar la discriminación hacia ellas. Al respecto, Luciana menciona: *"...Hoy defiende sus derechos de mujer... es un avance grandioso que ha tenido"*.

Luciana representa para Julissa confianza y en quien puede pedirle con toda libertad el apoyo cuando lo necesita. El trabajo de la asociación ha creado una sólida amistad, reforzada por la realización de tareas laborales, compartir secretos, consejos y apoyo incondicional. Otros lazos de unión son gestos sutiles, como compartir alimentos, motivarse mutuamente para realizar tareas que consideran que no podrán realizar correctamente. De acuerdo a lo expresado por Julissa: *"Me siento apoyada, primeramente por la niña Lupita y segundo por...Luciana, que ahí estamos las dos, nos contamos nuestros problemas...ambas nos ayudamos"* Para Julissa son las personas que la han motivado a salir adelante, en no rendirse sin intentar primero hacer las cosas, al mismo tiempo este apoyo brindado por ellas se ve reflejado en el desarrollo de nuevas capacidades en Julissa así como su amiga Luciana lo dice: *"Al principio..., ella se sentía como... la veía como un poquito así apartada, ...a mí me daba pena ... por su condición vea que ahorita... eso la detenía pero aquí*

como que ha venido a desarrollarse más, ella ahora habla, participa...incluso hasta tiene salidas internacionales, la señora se la lleva con ella.... ya con esta vez que hemos ido a Panamá ya son tres veces que va".

Como se mencionó anteriormente, Julio se ha convertido en una de las personas más importantes en la vida de Julissa. **Él** se muestra como una persona serena y comprensiva ante el diagnóstico de su esposa; es el único miembro de su familia en quien confía con su condición de salud, dado que su familia y la de **él** desconocen que fue diagnosticada con VIH. A pesar de las diferencias de edad, Julio ha estado pendiente de cubrir todas las necesidades de Julissa, de conservar una relación conyugal basada en la comprensión, el respeto y el apoyo. *"Como...siempre...en las parejas pasan cosas, pero no por ello me voy a descontrolar o nos vamos a separar, yo siempre pensé en que los dos éramos adelante pues va...sin importar...vea...y...como se llama, yo siempre he tratado la manera de ayudarle a ella...vea...pues si...que ella se sienta bien vea, apoyarla aun así ella se ha ido recuperando vea... porque sí estaba bastante...cuando yo la conocí estaba delgada, y se ha ido recuperando...hay quienes la encuentran y dicen qué bonita estás Julissa*. Para Julissa, su esposo es una de las personas que no la han discriminado y que a la vez la han aceptado como una persona que vive con VIH. Manifiesta que, de no haber recibido su apoyo, se sentiría sola, aislada y siempre se reservaría el informarle a su familia sobre su condición de salud, ello por el temor de que sus hermanos, madre e hija la discriminen. Julissa manifiesta: *"Desde que a mí me diagnosticaron, yo le dije a él desde el principio...y... desde un principio me apoyó...me sentí segura con él... que nunca le iba a decir a nadie y estuvimos de acuerdo los dos"*. Este temor se debe a que en una oportunidad fue entrevistada por un medio de comunicación y, aunque fue entrevistada de espaldas y con voz distorsionada, un familiar logró identificarla y les comentó a sus hermanos e hija que era ella quien había brindado la entrevista. Esta situación afectó de gran manera a Julissa porque causó que una de sus hermanas y su hija la cuestionaran si era verdad que tenía VIH. Desde ese entonces, solicita a cualquier persona o medio de comunicación más confidencialidad al momento de entrevistarla. No permite fotografías ni exponerse ante cámaras de televisión, pero sí muestra disponibilidad para brindar información a personas, instituciones u otros medios que desean realizar estudios sobre personas que viven con VIH.

La directora de la Asociación (Guadalupe) es un referente indispensable en la vida de Julissa (no entrevistada), ya que representa a una de las personas que aprecia por haberla

apoyado cuando intentó abandonar el grupo de apoyo por comentarios y comportamiento de algunas de sus compañeras. La directora de la Asociación se ha mostrado como una persona de fuerte carácter, seria, profesional e interesada en velar por los derechos y el bienestar de las mujeres que viven con VIH. Según lo manifestado por otras mujeres participantes en la asociación, la "Niña Lupita" es una excelente persona, que les brinda ánimo ante las adversidades o conflictos de su vida cotidiana, específicamente a aquellas mujeres que tienen problemas familiares debido a su diagnóstico de VIH.

Para Julissa, su esposo, Luciana y la directora de la Asociación han brindado su apoyo incondicional y a la vez han mantenido en secreto su diagnóstico.

El ambiente social es el escenario donde se desenvuelve el sujeto, y está relacionado con el tiempo y espacio, en los cuales tienden a darse ciertas condiciones sociales, que permiten crear un ambiente social (11); pero tomando como base esas condiciones que ha experimentado y experimenta Julissa en su vida cotidiana; reconstruye ese ambiente social de acuerdo con la forma en que lo percibe, de tal manera que define sus acciones, conductas y comportamientos dentro de la sociedad.

Dentro de la interacción de Julissa con su entorno, los tres escenarios sociales (Fig. 2) en los que se desenvuelve y que al mismo tiempo están interrelacionados son: la Asociación OSW, el vínculo afectivo con la directora de la Asociación y Luciana; la convivencia con su esposo.



Figura 2. Escenarios sociales de interacción de Julissa. Los tres escenarios en los que se desarrolla la vida cotidiana están íntimamente relacionados.

El primer escenario representa el punto de partida donde Julissa ha establecido nuevas experiencias con otras mujeres que viven con VIH; al mismo tiempo, le ha sido favorable para eliminar sentimientos negativos generados por su diagnóstico. Los problemas que afrontó con algunas compañeras estaban relacionados con la forma en que realizaba las manualidades asignadas en cada jornada; dichos comentarios despertaban la sensibilidad de Julissa: *"No...quizás...como yo acababa de entrar...eh...como ellas ya podían hacer algunas cosas y yo no lo podía (sonríe) entonces es por eso que me decían cosas, me ponía a llorar"*.

Sin embargo, los conflictos con algunas compañeras de grupo cambiaron y se transformaron en la empatía hacia otras personas para motivarlas a que se cuiden y se protejan de las enfermedades, específicamente de las infecciones de transmisión sexual. Además, animar y motivar a otras mujeres a no rendirse por el hecho de vivir con VIH.

El modo de vida engloba el conjunto de variedades típicas de la actividad vital del individuo, del grupo social, comprendidas la clase y la nación, y de la sociedad en su conjunto, actividad que se toma en unión con las condiciones de vida que la determinan (12). Esta categoría permite estudiar integralmente las principales esferas de la actividad vital de los hombres: su trabajo, vida cotidiana, incluyendo las relaciones familiares y matrimoniales, su instrucción y cultura, así como su vida social, comprendidas las relaciones nacionales, y aclarar las orientaciones axiológicas de los hombres y las causas de su conducta (estilo de vida), determinada por el régimen socioeconómico, el nivel (bienestar material) y la calidad (bienestar espiritual) de la vida (13); "Como unidad tensa entre acción y simbolización, la experiencia constituye la base de construcción y cambio de identidades y prácticas sociales" (14, p.45). De esta forma, el paradigma cualitativo rescata todos esos elementos subjetivos del sujeto de estudio, que están dados por el entorno social donde ésta se desenvuelve, es decir, los que están relacionados con la familia, la asociación, su esposo y su amiga Luciana.

Tomando en cuenta lo anterior y relacionándolo con lo expresado sobre Julissa, su manera de percibir, darle significado a los hechos y actuar en los diferentes escenarios que ha vivido coincide con el estilo de vida que ella practica de forma cotidiana. El modo de vida se origina a partir de los elementos internos y externos del sujeto de estudio. En cada uno de esos espacios ha realizado distintas formas de comportamiento, pero al mismo tiempo influyen mucho su condición de salud y experiencias previas para que su personalidad sea tal como es, según su actitud, comportamiento, empatía específicamente hacia las mujeres

que viven con VIH.

El hecho de ser una mujer diagnosticada sigue representando una influencia en el comportamiento de Julissa y se refleja en su personalidad tímida y también por su disartria. Esta situación fue marcada por burlas de algunos de sus compañeros de estudio cuando era una niña. Le insistían en su dificultad para hablar y pronunciar palabras. En la etapa de adultez, experimentó situaciones difíciles de violencia conyugal "...(*suspiro*)... *bueno, yo pasé una situación muy terrible...de violencia...la pareja que tuve anteriormente, ya no vive, pero sí...queda un momento en mí...me ha costado superar esas heridas, pero estoy con unos puntos... esa pared siempre está en mí, pero yo trato la manera de olvidarlo, pero...vamos continuando*".

En la actualidad, dedica su tiempo a trabajar y realizar oficios domésticos en su hogar, donde convive y comparte sus sentimientos con su esposo. La forma de vivir con él se ha basado desde el inicio de la relación en la comunicación, respeto y confianza del uno al otro. Pero es importante mencionar que existen algunos comportamientos o costumbres que a Julissa no le parecen de su esposo, por lo que en ocasiones causa que ella se moleste con él. Según lo planteado por su amiga Luciana: "*Sí, yo admiro al señor y la aconsejo ...cuídelo, no por un momento de enojo...es que a veces ella se enoja. Si él no la cuestiona, ¿qué más quiere, mujer? Si él no la está maltratando, ¿qué más quiere?*"

El modo de vida de Julissa se basa en este caso particular en convivir con personas con las que ella ha elegido relacionarse, con las que ella se siente bien porque sabe que las aceptan, las respetan y las apoyan. Personas que conocen su diagnóstico, que conocen todas las experiencias que ha vivido y que, por lo tanto, la comprenden y le tienen paciencia. Con el resto de las personas y su familia sigue guardando confidencialidad de su diagnóstico por el temor a sufrir discriminación.

DISCUSIÓN

LOS ÁMBITOS DE INTERÉS PARA LA COMPRENSIÓN DEL SIGNIFICADO

Los ámbitos de interés para la comprensión del significado que Julissa manifiesta, tomando en cuenta a Blummer (15) y Pirlo (9), son el ambiente laboral, familiar y personal.

El ambiente laboral representa un espacio de importancia en el día a día en la vida de Julissa pues en él pasa gran parte de su tiempo; además de ser una fuente de ingresos representa el lugar donde ha encontrado una segunda familia como ella

lo expresa: "*Yo me siento en familia allí, porque como solo habemos mujeres...y...contamos (hablamos) con libertad lo que sentimos...*".

El ambiente familiar, a pesar de que Julissa no ha externado su padecimiento a su única hija por miedo a ser discriminada, el apoyo de Julio es quien mantiene firme la unión familiar, demostrando la confianza, respeto, solidaridad y comprensión que Julissa manifiesta necesitar: "*Quizás si él no me apoyara quizás me sintiera mal quizás...eh... discriminada o aislada*".

Finalmente, el ambiente individual, otro ambiente de sumo interés, es el que comparte Julissa desde su perspectiva individual, que a su vez genera subambientes, como su motivación para permanecer en la asociación, la experiencia que se autogenera al dar acompañamiento a otras mujeres y el significado que tiene para ella vivir con VIH. Hussler et al. (16) consideran que el mundo de los hombres involucra seres comunicándose que se perciben unos a otros como semejantes, porque comparan al otro con ellos mismos. Ubicando en ello las estructuras constitutivas de la experiencia intersubjetiva. Por tanto, Julissa, al interactuar con otras mujeres que comparten circunstancias similares, le sirve para reforzar su autoconcepto y encontrar la motivación para ayudar a sus demás compañeras.

ANÁLISIS DE CONTENIDO Y CATEGORIZACIÓN

La interpretación del significado que fue expresado por Julissa (Tabla 1) y en un plano secundario por el esposo (Tabla 2) y Luciana, su amiga (Tabla 3), se muestra a continuación. De la información proporcionada por estas personas clave, se realiza seguidamente una descripción de todos los aspectos cargados de significado.

Tabla 1. Análisis de contenido y categorización de la entrevista

sostenida con Julissa

Contenido de la entrevista	Estimulación externa	Interpretación de su entorno
<p>*Apoyo incondicional de pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda y apoyo de asociación para sobrellevar su diagnóstico. • Confianza en pareja actual. • Le da lo mismo / deseo de ayudar a otras mujeres para que no sufran. • Protección a la pareja/seguridad en su pareja. • Cuentan sus secretos y se ayudan / sola y sin amigas/ sentirse en familia. • Manualidades, ir a la playa, comer sorbete como forma de recreación. 	Apoyo y motivaciones	Sentido de superación
<p>* Trabajar en la asociación no por ella sino por otras mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da lo mismo / deseo de ayudar a otras mujeres para que no sufran. • Consejos a otras mujeres para la prevención. • Anima a mujeres a protegerse / no es fácil llevar el diagnóstico de VIH. • Acompaña a coordinar grupos. • Solidaria con otras mujeres. 	Solidaridad	Sentido de pertenencia
<p>* Iniciativa en cuidar su salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decisión de esterilizarse y no tener más hijos. • Cuidarse. • Ser responsable con la pareja. • Protegerse. • Defensa de derechos como persona que vive con VIH. • Insistencia en que el esposo se haga la prueba. • Protección a la pareja/seguridad con su pareja. 	Autoprotección	
<p>* Brindar información sobre VIH a su familia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma de evadir sospechas de su diagnóstico / no miente a sus hermanos. • Orientar a la familia / apoyo y no discriminación de la familia. • Ley para demandar / capacitaciones a empresas para que no discriminen. • No morir sin antes informar a su hija sobre su diagnóstico. 	Grado de compromiso	

* Síntomas de mala salud	Salud	Deterioro de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Cree que su pareja anterior le transmitió el VIH. • Compra medicamentos cuando no hay en el hospital. • Hermana lloró y le dijo que moriría por VIH. • Sentirse frustrada, aislada/no buscar apoyo de su familia. <p>* No informó su diagnóstico a empleadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercía empleos no formales. • Discriminación a la mujer en el área laboral sólo por vivir con VIH. 	Ambiente laboral	Temor a ser discriminada
<p>* Temor a que su familia conozca su diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recrea sólo con su pareja. • Negación de su diagnóstico ante su hija y familia. • La familia representa el área más afectada por su diagnóstico. 	Ambiente familiar	
<p>* No informa su diagnóstico en unidad de salud cuando se realiza citología</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discriminación de personal de enfermería por su diagnóstico. • Discriminación relacionada con lo psicológico. 	Ambiente hospitalario	
<p>* Diagnóstico en secreto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de soledad. • Discriminada y aislada si su pareja no la apoya. • Burlas de sus compañeros por problemas de lenguaje lleva a: Abandono escolar. • Incomodidad cuando cuestionaban si tenía VIH • Tener miedo / callar por discriminación. • No diría su diagnóstico a la familia, aunque su esposo se lo pidiera. • Soledad antes de llegar a la asociación. • Encontrarse mal/no sabe qué dirá su hija. • Indecisión de informar a su hija sobre su diagnóstico. • No informa la situación de violencia a la madre para evitar sufrimiento. 	Ámbito personal	
<p>* Medios de comunicación no guardan confidencialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medios de comunicación discriminan a personas con VIH. • La iglesia no guarda confidencialidad y divulga el diagnóstico de VIH. • La televisión no es buena forma de presentar a una persona. • Divulgan que vive con VIH. • Por su forma de vida libre. • No publicar información/autorización para hacerle preguntas. 	Situaciones del entorno	

<p>* Violencia de pareja anterior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primeras manifestaciones de violencia. • Amenazas de muerte. • Pareja anterior diez años mayor que ella. 	Violencia de cónyuge	Violencia intrafamiliar
<p>* Violencia de padre por su embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechazo del padre por su embarazo. • El rechazo del padre hace que se case con una persona mayor. 	Rechazo de padres	
<p>* Embarazo producto de violación sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación de violencia le afecta aparte de lo difícil del VIH. • Problemas con compañeras en la asociación / apoyo y agrado con la directora. • Antes asistía a la iglesia evangélica. • Ignorancia de las personas sobre formas de transmisión de VIH. • Saber cómo se pasa. • Todos somos iguales / la única diferencia es el diagnóstico. 	Situaciones de la realidad	Situaciones de la realidad

Tabla 2. Análisis de contenido y categorización a partir de la entrevista sostenida con Julio

Contenido de la entrevista	Estimulación externa	Interpretación de su entorno
<p>* Es algo normal/ le puede pasar a cualquiera</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada del otro mundo / a nadie le debe pasar. • Simplemente es un caso que pasó/no es para tanto. • En el mundo nadie es perfecto / todos podemos tener errores / apoyo familiar. 	Solidaridad	Comprensión
<p>* Salir los dos adelante/ tratar de ayudarlo/ que se sienta bien/apoyarla</p> <ul style="list-style-type: none"> • El apoyo es la mejor medicina /se siente bien él y ella / no hacer algo fuera del apoyo que le puede dar a su esposa. • Apoyar a las personas con VIH. 	Apoyo	Apoyo de pareja
<p>* No tener tiempo para hacerse la prueba de VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ya habrá oportunidad de hacerlo. • Siempre han usado protección. • Sentirse confiado porque siempre se ha protegido. 	Despreocupación ante el VIH	Indiferencia

* Su familia no sabe nada del diagnóstico	Diagnóstico en secreto	Confidencialidad
<ul style="list-style-type: none"> • Su familia sabe que trabaja en OSW y no sabe qué es OSW / Trabajan personas que están bien y que sí están enfermas. • No hablar sobre ese tema. • No saber la reacción de la hija al enterarse del diagnóstico. • Tal vez habría reacción distinta en la hija / no sabe por qué está en el mundo / pregunta por qué no quiere a su padre / sería algo difícil. 		
* Comenzar a protegerse desde que conoció el diagnóstico de su esposa	Autoprotección	Sentido de pertenencia
* Simplemente hay discusiones...lo normal en una pareja/	Relación estable	Buena relación conyugal
<ul style="list-style-type: none"> • No hay agresiones. • Tal vez hubieran tenido un hijo. 		
* Únicamente la hija de Julissa los ha visitado	Poca convivencia familiar	Relación familiar

Tabla 3. Análisis de contenido y categorización a partir de la entrevista sostenida con Luciana

Contenido de la entrevista	Estimulación externa	Interpretación de su entorno
* Tímida/lloraba por nada/no se relacionaba con las demás/	Dificultad de relaciones interpersonales	Difícil interacción con personas
<ul style="list-style-type: none"> • Se veía apartada / le daba pena por problemas de habla. 		
* Reuniones de grupo le han ayudado	Desarrollo de capacidades	Superación
<ul style="list-style-type: none"> • Quedarse en todos los grupos de apoyo hasta formar equipo de trabajo. • Se ha desarrollado, participa, habla, sale del país. • Le ha ayudado mucho compartir con las mujeres/ • Ha tenido un cambio muy grande. • Es una mujer activista / tiene la confianza de la directora para hacer actividades ella sola. • Ha tenido un cambio positivo / antes decía no poder hacer las cosas; no había nacido para eso. • Repetirle cosas para que las pueda realizar/hacerle pequeñas sugerencias cuando no está haciendo bien algo, por su bien. • Es para su bien y no para molestarla, no dañar su autoestima. • Si a las personas se les da una oportunidad, ellas aprovechan y avanzan positivamente/saben superarlo todo. • Hay cositas que hay que sugerírselas porque tiene mucho que aprender / decirle que no se preocupe, nadie nace aprendido. • Ha tenido un avance grandioso. • Se ven las ganas de superarse. • Se expresa mejor / dice mejores palabras. • El cambio ha sido bastante bueno. • Hoy se relaciona con muchas personas/ha aprendido mucho 		

* Hoy hasta defiende sus derechos	Defensa de derechos	Empoderamiento
* Motivarla a hacer las cosas hasta lograrlo • Le ha ayudado mucho compartir con las mujeres / compartir tareas para motivarla a mejorar conocimientos y actitudes. • Es de ayudarle, darle impulso para que lo haga.	Estimulación para hacer actividades	Motivación
* Al acercarse al stand de la asociación • Apoyo incondicional cuando la necesita. • Hacerle guías para que las estudie e imparta temas a las mujeres.	Necesidad de apoyo	Apoyo incondicional
* Nunca ha tenido problemas/se han sabido apoyar / siente que la amistad va mejorando • No pueden estar con problemas ya que ambas pasan en la asociación. • Hablar siempre de lo que les pasa / compartir alimentos u otras cosas / sentir que su amistad es muy fuerte y no puede ser mayor. • Somos así, ella para mí y yo para ella / cataloga que Julissa le tiene confianza. • A veces le enoja por pasar metida al teléfono / es más avanzada que ella con el teléfono.	Compañerismo	Relación de amistad
* Admira al esposo de Julissa porque la cuida más / el esposo es el papá • El esposo no la deja desprotegida, está pendiente. • Darle consejos sobre lo que no le gusta a Julissa de la relación con su esposo.	Relación conyugal de Julissa	Admiración de relación conyugal

Significados de Julissa viviendo con VIH

Tanto el esposo como su amiga Luciana representan pilares significativos para sobrellevar el peso de ocultar su diagnóstico a sus familiares, ambos respetan su decisión de revelar o no su condición de salud, para que se sienta armonía consigo misma.

El vivir día a día su diagnóstico le permite los siguientes significados

1. Trabajar en la Asociación, es para Julissa un espacio donde ha sentido apoyo, que ha sido favorable para seguir con su vida normal y, lo afirma de la siguiente manera: *"Sí...si porque si yo estuviera quizás en mi casa me sintiera quizás frustrada, sola, que no tuviera amigas ...aunque sí está el grupo de apoyo y voy al hospital, pero no es lo mismo quizás... porque me siento en familia ahí porque solo mujeres tenemos...y...contamos (hablamos) con libertad lo que sentimos".* Para Julissa, la OSW representa un entorno familiar donde tiene la confianza de expresar ante sus compañeras sus preocupaciones, problemas, alegrías y tristezas como una forma de desahogar sentimientos negativos o para la

convivencia entre las integrantes de los grupos de apoyo.

2. El segundo escenario simbólico lo constituye la directora de la Asociación, quien le ha brindado apoyo, a tal grado de permitirle formar parte del personal de trabajo en la Asociación, ayudándole a tener una fuente de ingresos económicos para cubrir sus necesidades, también le brinda consejos ante cualquier situación de su vida, sean estos relacionados a su diagnóstico o a temas familiares. *"...Yo ya no iba a continuar en la Asociación, pero como me habló la niña Lupita... yo quiero que usted continúe, estará aquí conmigo, me dice...y por eso me he sentido bien apoyada, le agradezco a Nía Lupita por todo eso..."* Además de la directora, Julissa siente apoyo por parte de Luciana, quien, al igual que ella, es empleada de la Asociación. Hablan de sus problemas y se ayudan mutuamente. Esta amistad que ha logrado entablar con ambas personas ha evitado que se sienta sola y sin amigas, porque al estar dentro del grupo de apoyo se siente en familia. Dado que sus integrantes sólo

son mujeres, pueden contar con libertad de lo que sienten: *"...cuando la compañera me decía algo, me ponía a llorar y la Niña Luciana le ha de contar que me apoyó mucho, al igual que otras compañeras que ya no están; me apoyaron mucho...y no ha sido fácil, pero lo he superado"*.

3. En el tercer escenario, con significado cardinal para Julissa, lo desempeña el papel de esposa y ama de casa. Dentro de este escenario, se mantiene un ambiente de confianza, de respeto y de apoyo hacia ella por parte de su esposo, sin importar su condición de salud. Al respecto expone: *"Pues...él me ha apoyado bastante...hasta este momento no me ha discriminado y en él confío, y hasta el momento en que sabe mi diagnóstico, no me ha discriminado"*. Esto ha permitido que Julissa confíe plenamente en su esposo y le exprese sus sentimientos ante cualquier problema o situación, como es el caso de no revelar su diagnóstico a su familia, por el temor a ser rechazada o discriminada, principalmente por su hija. Si no contara con ese apoyo, no acudiría a su familia: *"me sentiría frustrada, frustrada o... aislada"*. *Si estuviera sola, no buscaría apoyo de mi familia*

Dentro de los escenarios en los que se desenvuelve Julissa se encuentra el ambiente cultural en el que se desenvuelve Julissa, influido por comportamientos, creencias y costumbres de las personas en la sociedad. En este sentido, las creencias que se han generado y que se mantienen hasta la fecha inciden en su diario vivir.

CONCLUSIONES

Se identificó un fenómeno de aceptación incondicional por parte del esposo, quien proporciona una relación emocional estable, a pesar de conocer el diagnóstico de VIH de su pareja. Este hallazgo adquiere especial relevancia sociocultural al contrastar con los patrones de estigma predominantes en personas seropositivas, donde el abandono conyugal es frecuente, incrementando el impacto negativo del conocimiento del diagnóstico.

Los mecanismos de ocultamiento selectivo de Julissa en los servicios de salud impiden crear un historial clínico. Esta conducta evidencia una autoestigmatización, expresada como negación de su condición serológica por temor a la discriminación institucional. Dicho miedo la impulsó a ocultar su diagnóstico incluso a su hija y familiares, generando un riesgo epidemiológico que compromete su manejo clínico y

la prevención secundaria.

Paralelamente, se inició un círculo silencioso marcado por el miedo anticipado al rechazo familiar, conduciendo a un aislamiento emocional. Una culpa internalizada que deriva en autodesvalorización y sufrimiento emocional agravado por traumas pasados, con síntomas residuales de depresión. En este contexto, el reforzamiento psicológico profesional se revela como intervención vital para personas vulnerables, no solo por su diagnóstico médico, sino por su fragilidad emocional derivada del estigma social.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Todos los nombres de los participantes e instituciones son ficticios para salvaguardar su confidencialidad; sin embargo, los hechos son reales. La autora garantiza que todos los procedimientos realizados en este estudio se ajustaron a las normas éticas del comité o comités de investigación institucionales y/o nacionales y está acorde con los criterios de Committee on Publication Ethics (COPE). Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los participantes. Una copia del consentimiento por escrito está disponible para su revisión por parte de la oficina editorial de esta revista.

CONFLICTO DE INTERÉS:

La autora declara no tener conflictos de interés con relación al contenido de este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Aguilar de Mendoza AS, Alas Ramírez RA, Panameño Angel JA. (2018). Historia del VIH en El Salvador. 2018. Universidad Tecnológica de El Salvador. Tecno-impresos, S.A. de C.V. ISBN 978-99961-86-09-7. <https://www.utec.edu.sv/media/publicaciones/flips/coleccionInvestigaciones/2018/historia-vih-elsalvador/files/investigacion83.pdf>
2. Cortés H., C.; Chamizo M., M.; Regaño Monllor L., M.; Todorova K., V. y Cabezudo M., V. VIH y discriminación laboral: un estudio de los estándares internacionales de protección y su reflejo en el ordenamiento jurídico español. CJS-I. 2025 Jun. 30;1(1). <https://doi.org/10.7203/clinicajuridica.30995>

2. Fife B. & Wright, E. The Dimensionality of Stigma: A Comparison of its Impact on the Self of Persons with HIV/AIDS and Cancer. *Journal of health and social behavior*. 2000 41. 50-67. <https://doi.org/10.2307/2676360>.
3. Mak WW, Poon CY, Pun LY, Cheung SF. Meta-analysis of stigma and mental health. *Soc Sci Med*. 2007 Jul; 65(2):245-61. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.03.015. Epub 2007 Apr 25. PMID: 17462800.
4. Lazo G., Y.A. (2019). Experiencia vivencial de personas adultas diagnosticadas con VIH positivo de Juigalpa, Chontales. *Revista Científica de FAREM-Estelí. Medio ambiente, tecnología y desarrollo humano*. 2019 oct.-dic. 8(32). <https://doi.org/10.5377/farem.vo132.9230>
5. Kaplan C.V. Mirada social, exclusión simbólica y autoestigmatización. Experiencias subjetivas de jóvenes de educación secundaria. 2012. En Kaplan et al. 2012. Con ojos de joven, relaciones entre desigualdad, violencia y condición estudiantil. Edit Fac. Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. 152 p.; (Saberes). Pp. 15-78. ISBN 978-987-1785-54-4
6. Cardona Arias JA. Determinación socio-antropológica como elemento consubstancial al estudio del VIH/SIDA. *MÉD.UIS*. 2015;28(1):109-115. <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a11.pdf>
7. Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL). Informe Nacional de la situación del VIH en El Salvador. 2019. Ministerio de Salud de El Salvador. <https://mcpelsalvador.org.sv/wp-content/uploads/2019/08/informe-nacional-situacion-de-VIH-en-el-salvador-2018.pdf>
8. Perlo, C.L. "Aportes del interaccionismo simbólico a las teorías de la organización". *Revista Invenio*. 2006 jun, 9(16):89-107. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87701607>
9. Valdez Fernández Baca LM. Definiendo lo normal. [Editorial] *Rev Med Hered*. 2009. 20(4): 181-2 <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v20n4/v20n4e1.pdf>
10. Fischer, GN. Grupo-Institución, Cultura-Ambiente social. 1992. Ed. Narcea. ISBN 84-277-0976-5
11. Fernández-Niño JA, Vásquez-Rodríguez AB, Flores-García VA, Rojas-Botero ML, Luna-Orozco K, Navarro-Lechuga E, Acosta-Reyes JL, Rodríguez-Pérez DA. Modos de vida y estado de salud de migrantes en un asentamiento de Barranquilla, 2018. *Rev. Sal. Pub*. 2018. 20(4):530-538. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n4.75773>
12. Dytz JIG y Rocha SMM. Maternal mode of living and child health. *Rev. Bras. Enferm*. 2002 Feb. 55(2):151-156. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672002000200007>
13. Grimberg, M. VIH-Sida, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH. *Cuadernos médico-sociales*. 2001.82: 43-59. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/07/n82a394.pdf>
14. Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y Método*, España, Editorial HORA.
15. Husserl E, Bodei R, Hervis G. *La cultura del 900*. Filosofía, Psicología. 1985 Editorial Siglo XXI, México, pp. 175-179.
16. Donoso-Hofer F. Lesiones orales asociadas con la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana en pacientes adultos, una perspectiva clínica. *Rev. Chilena Infectol*. 2016; 33 (Supl 1): 27-35 <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v33s1/arto4.pdf>
17. Velastegui-Mendoza MA, Valero-Cedeño NJ, Márquez-Herrera LD, Rodríguez-Erazo LE. Infecciones oportunistas en personas adultas viviendo con VIH/SIDA (PVVS). *Dom. Cien*. 2020 Ene-Mar, 6(1): 266-291. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i1.1374>
18. Chorley-Sánchez J, Nájera-Ortiz JC. Lesiones en cavidad oral en pacientes con VIH en un estado del sur de México. *Odontol. Sanmarquina* 2019; 22(1): 13-18 <http://dx.doi.org/10.15381/os.v22i1.15857>

19. Elhami A, & Khoshnevisan B. Conducting an Interview in Qualitative Research: The Modus Operandi. MEXTESOL Journal. 2022. 46 (1): 1-7. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1333875.pdf>
20. DiCicco-Bloom B & Crabtree BF. The qualitative research interview. Med. Edu. 2006, 40: 314-321. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x
21. Kvale, S. y Brinkmann, S. (2015) Entrevistas: Aprendiendo el arte de la entrevista de investigación cualitativa. 3ª Ed., Sage Publications, Thousand Oaks, CA.



Disfunción ventricular izquierda asintomática: el riesgo silencioso que no debemos ignorar. Una revisión bibliográfica

Asymptomatic left ventricular dysfunction: the silent risk we should not ignore. A literature review

Artículo de revisión documental | Documentary review article

RESUMEN

Introducción: La disfunción ventricular izquierda asintomática (DVIA), estadio B según la clasificación ACC/AHA, se define por una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) reducida (<40%) sin síntomas de insuficiencia cardíaca. La detección temprana de esta condición de alto riesgo, facilitada por la ecocardiografía, es crucial debido a su potencial progresión a insuficiencia cardíaca sintomática, arritmias ventriculares, hospitalización y muerte súbita.

Métodos: Esta revisión, realizada en Medellín, Colombia, entre abril y junio de 2025, propone un enfoque práctico basado en la evidencia actual para la toma de decisiones clínicas en pacientes con DVIA, con el objetivo de prevenir complicaciones cardiovasculares graves. El estudio incorporó ensayos clínicos clave (SOLVD Prevention, DAPA-HF y PARADIGM-HF) y guías internacionales de práctica clínica de las principales sociedades de cardiología. El análisis se centró en la eficacia de las intervenciones farmacológicas tempranas y las estrategias de diagnóstico y seguimiento clínico. **Resultados:** La intervención temprana en la IDA con inhibidores de la ECA, betabloqueadores, ARM e inhibidores de SGLT₂, fármacos que reducen la progresión a insuficiencia cardíaca sintomática y mejoran la supervivencia. Se propone un algoritmo diagnóstico-terapéutico de cinco pasos: confirmación diagnóstica de la ICV, identificación etiológica (isquémica, miocardiopatías, tóxica, infiltrativa o inflamatoria), inicio del tratamiento farmacológico basado en la evidencia, evaluación del riesgo arritmico y estratificación del riesgo de muerte súbita, y seguimiento clínico y ecocardiográfico periódico. **Conclusiones:** La DVIA representa una entidad de riesgo elevado que requiere un abordaje activo incluso en ausencia de síntomas. La implementación de estrategias diagnósticas y terapéuticas tempranas mejora el pronóstico, previene eventos cardiovasculares mayores y optimiza los

Autores

Hernández Navas, Jorge Andrés¹⁻⁴ Dulcey Sarmiento, Luis Andrés²⁻⁵ Therán León, Juan Sebastián¹⁻⁶ Gómez Ayala, Jaime Alberto³⁻⁷ Gómez González, Jaime Andrés¹⁻⁸

Correspondencia

Jorge Andrés Hernández Navas
Correo electrónico: buc18181067@mail.udes.edu.co

Presentado

11 de junio 2025

Aceptado

29 de septiembre 2025

- 1 Universidad de Santander, Facultad de Medicina. Bucaramanga, Colombia.
- 2 Universidad de los Andes, Facultad de Medicina. Mérida, Venezuela.
- 3 Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Medicina. Bucaramanga, Colombia.
- 4 <https://orcid.org/0009-0001-5758-5965>
- 5 <https://orcid.org/0000-0001-9306-0413>
- 6 <https://orcid.org/0000-0002-4742-0403>
- 7 <https://orcid.org/0000-0002-1103-9598>
- 8 <https://orcid.org/0009-0002-0530-6642>

<https://hdl.handle.net/20.500.14492/32341>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Hernández Navas JA, Dulcey Sarmiento LA, Therán León JS, Gómez Ayala JA, Gómez González JA. Disfunción ventricular izquierda asintomática: el riesgo silencioso que no debemos ignorar. Una revisión bibliográfica. Rev.Sal.Int. 2025, 3 (3): pp 47-51

Este contenido está protegido bajo la licencia CC BY
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Plataforma digital de la revista: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si/>

recursos sanitarios. En este contexto, el manejo proactivo de la DVIA constituye no solo una estrategia costo-efectiva de prevención cardiovascular, sino también una medida éticamente responsable, al anticiparse a la evolución desfavorable de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Función ventricular, Fracción de eyección, Insuficiencia cardíaca

ABSTRACT

Background: Asymptomatic left ventricular dysfunction (ALVD), characterized by a reduced left ventricular ejection fraction (LVEF <40%) without heart failure symptoms, is classified as stage B in the ACC/AHA guidelines. Increased echocardiography use has led to more frequent ALVD detection. This high-risk condition can progress to symptomatic heart failure, ventricular arrhythmias, hospitalization, and sudden death. **Methods:** This review, conducted in Medellín, Colombia, between April and June 2025, proposes a practical, evidence-based clinical decision-making approach for ALVD patients to prevent major cardiovascular complications. Our analysis incorporated key clinical trials (SOLVD Prevention, DAPA-HF, and PARADIGM-HF) and international clinical practice guidelines from leading cardiology societies, focusing on the effectiveness of early pharmacological interventions and diagnostic/clinical follow-up strategies. **Results:** The available evidence supports early intervention in ADI through the use of ACE inhibitors, beta-blockers, mineralocorticoid receptor antagonists (MRAs), and sodium-glucose cotransporter 2 (SGLT2) inhibitors, drugs that reduce progression to symptomatic heart failure and improve survival. A five-step diagnostic-therapeutic algorithm was designed that includes: Diagnostic confirmation of LVHF, Etiological identification (ischemic, cardiomyopathies, toxic, infiltrative, or inflammatory), Initiation of evidence-based pharmacological treatment, Arrhythmic risk assessment and sudden death stratification, Periodic clinical and echocardiographic follow-up. **In conclusion,** AFVD represents a high-risk entity that requires an active approach even in the absence of symptoms. The implementation of early diagnostic and therapeutic strategies improves prognosis, prevents major cardiovascular events, and optimizes healthcare resources. In this context, proactive management of DVIA is not only a cost-effective cardiovascular prevention strategy but also an ethically responsible measure, as it anticipates the unfavorable progression of the disease.

Keywords: Ventricular function, Ejection fraction, Heart failure

INTRODUCCIÓN:

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye una de las principales causas de morbimortalidad cardiovascular a nivel mundial (1–4). Desde el punto de vista hemodinámico, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ha sido por décadas el principal parámetro para su clasificación, pronóstico y tratamiento. Una FEVI reducida (<40%) ha servido tradicionalmente como umbral para iniciar terapias farmacológicas con evidencia de impacto en la historia natural de la enfermedad (1–4). Sin embargo, el hallazgo incidental de una FEVI disminuida en pacientes asintomáticos, un escenario cada vez más frecuente gracias al mayor acceso a estudios ecocardiográficos, plantea un dilema clínico aún no resuelto: ¿intervenir tempranamente o vigilar? (1–4). La revisión propone un algoritmo práctico, fundamentado en la evidencia científica actual, que oriente la toma de decisiones clínicas ante el hallazgo de disfunción ventricular izquierda asintomática, con énfasis en la prevención de eventos cardiovasculares mayores y en la progresión hacia insuficiencia cardíaca sintomática.

METODOLOGÍA:

Se llevó a cabo una revisión narrativa estructurada entre abril y junio de 2025 en Medellín, Colombia. Fuentes de información: se consultaron las bases de datos PubMed, Scopus y ClinicalKey, abarcando publicaciones entre 2006 y 2024. En la estrategia de búsqueda se emplearon descriptores DeCS/MeSH, entre ellos *Heart Failure*, *Left Ventricular Dysfunction*, *Ejection Fraction*, *Asymptomatic Diseases*, *Pharmacological Treatment* y *Ventricular Remodeling*. La ecuación de búsqueda combinó operadores booleanos AND/OR para maximizar la sensibilidad y especificidad de los resultados. Los criterios de inclusión fueron artículos originales (ensayos clínicos, estudios observacionales), revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica que evalúen pacientes con disfunción ventricular izquierda asintomática, fracción de eyección reducida o tratamiento farmacológico en estadio B de insuficiencia cardíaca; y los criterios de exclusión fueron las publicaciones duplicadas, artículos sin acceso al texto completo, estudios con baja calidad metodológica o que no aportaran datos directamente relacionados con el tema de interés.

Proceso de selección y control de sesgos: dos revisores realizaron de forma independiente la selección de artículos en tres fases (título, resumen y texto completo). Las discrepancias se resolvieron por consenso. Para evaluar la calidad metodológica se aplicaron herramientas validadas según el tipo de estudio: CONSORT (ensayos clínicos) (9), STROBE (estudios observacionales) (10) y PRISMA (revisiones sistemáticas) (11). Actualidad: se dio prioridad a estudios publicados en los últimos diez años, aunque se incluyeron trabajos previos considerados hitos en el tema (p. ej., SOLVD Prevention Trial) (12).

Procesamiento de datos: se utilizó el software Mendeley para la gestión de referencias y Microsoft Excel para la organización de la base de datos de artículos seleccionados.

Dado que la evidencia científica sobre disfunción ventricular izquierda asintomática es aún limitada y heterogénea, se consideró pertinente incluir estudios publicados desde el año 2006. Esta decisión obedeció a la escasa disponibilidad de investigaciones específicas en periodos más recientes, lo cual hizo necesario ampliar el rango temporal para incorporar ensayos clínicos y estudios observacionales relevantes que continúan siendo referencia obligada en la práctica clínica actual.

Disfunción ventricular izquierda asintomática (DVIA)

Se clasifica dentro del estadio B de la clasificación de la American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA), que corresponde a pacientes sin síntomas de insuficiencia cardíaca, pero con evidencia de cardiopatía estructural, como la disfunción sistólica o diastólica del ventrículo izquierdo. Esta clasificación contempla cuatro estadios: el A, que incluye a individuos con factores de riesgo cardiovascular, pero sin alteraciones estructurales ni síntomas; el B, que agrupa a pacientes asintomáticos con evidencia de daño estructural cardíaco; el C, que corresponde a aquellos con cardiopatía estructural y síntomas manifiestos de insuficiencia cardíaca, como disnea, fatiga o intolerancia al ejercicio; y el D, que identifica a pacientes en fases avanzadas de la enfermedad, con síntomas persistentes o refractarios a pesar del tratamiento médico óptimo, y que suelen requerir terapias especializadas como dispositivos de asistencia ventricular o trasplante cardíaco. Estudios como DAVID-Berg, MESA y el Cardiovascular Health Study (CHS) han demostrado que la disfunción. El DAVID-Berg Trial, inicialmente diseñado para evaluar la programación de desfibriladores automáticos implantables, mostró que la presencia de disfunción ventricular subclínica se asocia con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares adversos (13).

El estudio MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis), una cohorte poblacional multiétnica, permitió identificar la DVIA como un marcador temprano de progresión hacia insuficiencia cardíaca clínica (14). De forma similar, el CHS, centrado en adultos mayores, documentó que la reducción de la fracción de eyección ventricular izquierda en pacientes asintomáticos predice hospitalización y mortalidad cardiovascular (15). En conjunto, estos hallazgos subrayan que la DVIA no es una condición inocua, sino un estadio intermedio de la enfermedad cardiovascular con riesgo elevado de progresión a insuficiencia cardíaca sintomática, aparición de arritmias ventriculares, hospitalización e incluso muerte súbita.

El SOLVD Prevention Trial (Studies of Left Ventricular Dysfunction) (12) marcó un hito al demostrar que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) reducen de manera significativa el riesgo de progresión a insuficiencia cardíaca y la tasa de hospitalización en pacientes con fracción de eyección ventricular izquierda reducida, aun en ausencia de síntomas. Los pacientes que más pueden beneficiarse de la terapia farmacológica son aquellos con disfunción ventricular izquierda más grave, con evidencia de alteraciones estructurales y funcionales del ventrículo izquierdo, como la dilatación ventricular. En contraste, los efectos de la terapia pueden ser menos claros o retrasados en situaciones en las que existen factores reversibles que contribuyen a la disfunción, como el consumo crónico de alcohol, en el que la mejoría depende en gran medida de la suspensión del agente causal (5). A este se suman estudios como PARADIGM-HF (Prospective Comparison of ARNI with ACEI to Determine Impact on Global Mortality and Morbidity in Heart Failure), que comparó el inhibidor de neprilisina/antagonista del receptor de angiotensina (sacubitrilo/valsartán) frente a enalapril en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida, demostrando una reducción significativa en hospitalizaciones y mortalidad cardiovascular; y DAPA-HF (Dapagliflozin and Prevention of Adverse Outcomes in Heart Failure), que evaluó el uso de dapagliflozina, un inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2i), mostrando beneficios consistentes en la reducción de eventos cardiovasculares mayores y progresión de la insuficiencia cardíaca, incluso en pacientes sin diabetes. Ambos ensayos han consolidado el papel de estas terapias en estadios tempranos de disfunción ventricular izquierda, ampliando el arsenal terapéutico más allá de los IECA y los antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ARM) tradicionales (16-17).

No obstante, en la práctica clínica persiste una considerable

heterogeneidad en la conducta frente a la DVIA, muchas veces por falta de lineamientos específicos (5). Por ello, se propone el siguiente algoritmo práctico ante el hallazgo de una FEVI <40% en paciente asintomático: El análisis de la literatura disponible muestra que cada uno de los pasos propuestos en el algoritmo diagnóstico-terapéutico para la disfunción ventricular izquierda asintomática se encuentra respaldado por diferentes autores y estudios. La confirmación diagnóstica mediante ecocardiografía o resonancia magnética cardíaca, así como la evaluación etiológica integral, cuenta con el soporte de las guías recientes de Thompson et al. (2) y del Statement de la HFSA (7).

En cuanto al inicio del tratamiento farmacológico basado en inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas del receptor de angiotensina II, betabloqueadores, antagonistas de los receptores de mineralocorticoides e inhibidores de SGLT₂, la principal evidencia proviene del consenso de la HFSA (7), con un apoyo indirecto en las guías de Thompson et al. (2) y de estudios como SOLVD (12), que demuestran beneficios pronósticos claros.

La valoración para la indicación de un desfibrilador automático implantable primario también está fundamentada en el documento de la HFSA (7), con consideraciones adicionales aportadas por las guías de Thompson et al. (2) y por estudios como el DAVID Trial (13).

Finalmente, el seguimiento clínico y ecocardiográfico periódico se respalda de manera sólida tanto por la recomendación explícita del Statement de la HFSA (7) como por la evidencia pronóstica de múltiples estudios que han demostrado el riesgo de progresión a insuficiencia cardíaca sintomática, arritmias ventriculares y mortalidad, entre los que destacan los trabajos de Gripe et al. (1), Gori et al. (3), Kosmala y Marwick (4), Echouffo-Tcheugui et al. (5), Pandhi et al. (6), Yeboah et al. (8), y Gottdiener et al. (15). En conjunto, estos siete artículos refuerzan la necesidad de un control estrecho y continuo en esta población de alto riesgo. Cabe señalar que, si bien esta revisión científica respalda el enfoque propuesto para el manejo de la disfunción ventricular izquierda asintomática, será igualmente fundamental llevar a cabo ensayos clínicos controlados que permitan validar o reforzar dicha estrategia terapéutica en el futuro.

CONCLUSIÓN

La revisión confirma que la disfunción ventricular izquierda asintomática constituye un estado clínico de riesgo elevado

que demanda una estrategia de manejo activo. La evidencia disponible demuestra que la identificación temprana y el inicio oportuno de terapias basadas en guías reducen de manera significativa la progresión a insuficiencia cardíaca sintomática, las hospitalizaciones y la mortalidad. Por lo tanto, el abordaje propuesto no solo representa una intervención costo-efectiva, sino que además establece un marco ético y clínico para optimizar la prevención cardiovascular en pacientes en estadio B de insuficiencia cardíaca.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Este trabajo es original; fue desarrollado sin plagio y respeta los principios de integridad académica. Todas las fuentes están debidamente referenciadas y no se emplearon datos de pacientes reales. La información utilizada proviene de literatura científica confiable y está presentada de forma clara y honesta.

CONFLICTO DE INTERÉS:

Los autores declaran no tener conflictos de interés con relación al contenido de este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Gripe WJ, Van Kuijk JP, Hoeks SE, Kuiper R, Schouten O, Goei D, Elhendy A, Verhagen DJM, Thomson IR, Bax JJ, Fleisher LA, Poldermans D. Prognostic implications of asymptomatic left ventricular dysfunction in patients undergoing vascular surgery. *Anesthesiology*. 2010 Jun; 112(6):1316–24. DOI: [10.1097/ALN.0b013e3181da89ca](https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181da89ca)
2. Thompson A, Fleischmann KE, Smilowitz NR, de las Fuentes L, Mukherjee D, Aggarwal NR, et al. 2024 AHA/ACC/ACS/ASNC/HRS/SCA/SCCT/SCMR/SVM Guideline for Perioperative Cardiovascular Management for Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2024 Nov; 84(19):1869–969. DOI: [10.1016/j.jacc.2024.06.013](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2024.06.013)
3. Gori M, Redfield MM, Calabrese A, Canova P, Cioffi G, De Maria R, et al. Is mild asymptomatic left ventricular systolic dysfunction always predictive of adverse events in high-risk populations? Insights from the DAVID-Berg study. *Eur J Heart Fail*. 2018 Nov 1; 20(11):1540–8. Available from: DOI: [10.1002/ejhf.1298](https://doi.org/10.1002/ejhf.1298)

4. Kosmala W, Marwick TH. Asymptomatic Left Ventricular Diastolic Dysfunction: Predicting Progression to Symptomatic Heart Failure. *JACC Cardiovasc Imaging* [Internet]. 2020 Jan; 13(1): 215–27. DOI: [10.1016/j.jcmg.2018.10.039](https://doi.org/10.1016/j.jcmg.2018.10.039)
5. Echouffo-Tcheugui JB, Erqou S, Butler J, Yancy CW, Fonarow GC. Assessing the Risk of Progression From Asymptomatic Left Ventricular Dysfunction to Overt Heart Failure: A Systematic Overview and Meta-Analysis. *JACC Heart Fail.* 2016; 4(4): 237–48. DOI: [10.1016/j.jchf.2015.09.015](https://doi.org/10.1016/j.jchf.2015.09.015)
6. Pandhi J, Gottdiener JS, Bartz TM, Kop WJ, Mehra MR. Comparison of characteristics and outcomes of asymptomatic versus symptomatic left ventricular dysfunction in subjects 65 years old or older (from the Cardiovascular Health Study). *Am J Cardiol.* 2011 Jun 1;107(11):1667–74. DOI: [10.1016/j.amjcard.2011.01.051](https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.01.051)
7. None HFSOA. Management of asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fraction. *J Card Fail.* 2006 Feb;1 2(1):e26–8. DOI: [10.1016/j.cardfail.2005.11.010](https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2005.11.010)
8. Yeboah J, Rodriguez CJ, Stacey B, Lima JA, Liu S, Carr JJ, et al. Prognosis of individuals with asymptomatic left ventricular systolic dysfunction in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Circulation.* 2012 Dec 4;126(23):2713–9. DOI: [10.1161/CIRCULACIONHA.112.112201](https://doi.org/10.1161/CIRCULACIONHA.112.112201)
9. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *BMJ.* 2010;340:c332. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c332>
10. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med.* 2007;4(10), e296. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>
11. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021;372: n71. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
12. The SOLVD Investigators. Effect of enalapril on mortality and the development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fractions. *N Engl J Med.* 1992; 327(10): 685–91. DOI: [10.1056/NEJM199209033271003](https://doi.org/10.1056/NEJM199209033271003)
13. Wilkoff BL, Cook JR, Epstein AE, Greene HL, Hallstrom AP, Hsia H, et al. Dual-chamber pacing or ventricular backup pacing in patients with an implantable defibrillator: the Dual Chamber and VVI Implantable Defibrillator (DAVID) trial. *JAMA.* 2002 Dec 25; 288(24):3115–23. doi:[10.1001/jama.288.24.3115](https://doi.org/10.1001/jama.288.24.3115).
14. Bluemke DA, Kronmal RA, Lima JA, Liu K, Olson J, Burke GL, Folsom AR. The relationship of left ventricular mass and geometry to incident cardiovascular events: the MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis) study. *J Am Coll Cardiol.* 2008 Dec 9;52(25):2148–55. doi:[10.1016/j.jacc.2008.09.014](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.09.014).
15. Gottdiener JS, McClelland RL, Marshall R, Shemanski L, Furberg CD, Kitzman DW, et al. Outcome of congestive heart failure in elderly persons: influence of left ventricular systolic function. *Ann Intern Med.* 2002 Oct 15;137(8):631–9. doi:[10.7326/0003-4819-137-8-200210150-00006](https://doi.org/10.7326/0003-4819-137-8-200210150-00006).



Escoliosis lumbar: evaluación y manejo de una alteración biomecánica en una posta médica de Arequipa

Lumbar scoliosis: evaluation and management of a biomechanical disorder in a medical clinic in Arequipa

Caso clínico | Clinical case.

RESUMEN

La escoliosis lumbar es una condición biomecánica que, aunque en algunos casos puede ser congénita, también posee asociación directa con los factores posturales degenerativos. Dicha alteración genera compromiso no solo en la alineación vertebral, sino que también puede detonar la aparición de dolor crónico, limitaciones funcionales, problemas laborales y sociales, incluso discapacidad, dependiendo de su complejidad. El propósito de este caso fue describir el manejo y evolución de un paciente con escoliosis lumbar atendido en Perú. Se presentó el caso de una mujer de 36 años que acude a la consulta médica por presentar dolor lumbar intenso y restricción en los movimientos cotidianos. El examen físico reveló tensión, tono muscular aumentado y restricciones de movimiento, los cuales coinciden con hallazgos compatibles con lumbalgia mecánica y alteración postural. Se implementó un tratamiento fisioterapéutico integral que incluyó diversas técnicas como termoterapia, electroterapia, masoterapia y kinesioterapia. El enfoque principal es el estiramiento muscular para corregir las deformidades en la columna vertebral y, a su vez, generar reeducación postural, todo ello orientado a mejorar la estabilidad del raquis vertebral y la corrección de las deformidades asociadas. La paciente evidenció evolución clínica favorable, presentando atenuación del dolor y mejora en la movilidad. Esto resalta la relevancia del tratamiento fisioterapéutico personalizado. Dicho caso evidencia la necesidad de un enfoque fisioterapéutico multidisciplinario, donde la elongación muscular y el potenciamiento de esta conforman el pilar fundamental para una adecuada calidad de vida en pacientes con escoliosis lumbar.

PALABRAS CLAVE: Escoliosis, rotación lumbar, espondilosis lumbosacra, lumbalgia

Autores

Vera-Mendoza Edwin Michel^{1,2}

Correspondencia

jev1290@gmail.com

Presentado

9 de septiembre de 2024

Aceptado

15 de julio de 2025

1. Universidad Continental, Perú.
2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3796-6189>

<https://hdl.handle.net/20.500.14492/32342>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Vera-Mendoza EM. Escoliosis lumbar: Evaluación y manejo de una alteración biomecánica en una posta médica de Arequipa. Rev.Sal.Int. 2025, 3(3): pp 53-59

Este contenido está protegido bajo la licencia CC BY
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Plataforma digital de la revista: <https://revistas.ues.edu.sv/index.php/si/>

ABSTRACT

Lumbar scoliosis is a biomechanical condition that, although in some cases it can be congenital, is also directly associated with degenerative postural factors. This disorder not only affects spinal alignment but can also trigger chronic pain, functional limitations, occupational and social problems, and even disability, depending on its complexity. The purpose of this case was to describe the management and evolution of a patient with lumbar scoliosis treated in Peru. The case presented was that of a 35-year-old woman who came to the doctor's office complaining of severe lower back pain and restricted movement in her daily activities. The physical examination revealed tension, increased muscle tone, and restricted movement, which are consistent with findings compatible with mechanical low back pain and postural abnormalities. A comprehensive physiotherapy treatment was implemented, including various techniques such as thermotherapy, electrotherapy, massage therapy, and kinesiotherapy. The main focus is on muscle stretching to correct spinal deformities and, in turn, generate postural re-education, all aimed at improving spinal stability and correcting associated deformities. The patient showed favorable clinical progress, with pain relief and improved mobility, highlighting the importance of personalized physical therapy treatment. This case demonstrates the need for a multidisciplinary physical therapy approach, where muscle stretching and strengthening are the cornerstones of an adequate quality of life for patients with lumbar scoliosis.

KEYWORDS Scoliosis, lumbar rotation, lumbosacral spondylosis, low back pain

INTRODUCCIÓN

La palabra escoliosis se origina del término griego "scolios", que significa curvatura, describiendo una anomalía en la estructura de la columna vertebral (1, 2). La escoliosis es una condición en la columna vertebral que se produce debido a la degeneración gradual de los elementos que la mantienen recta. En la edad adulta, esta condición afecta a entre el 6% y el 68% de la población (3). La diversificación en la prevalencia se debe a diferencias en las técnicas de diagnóstico, criterios aplicados y características de la población incorporada; esto evidencia la necesidad de unificar parámetros radiológicos y clínicos.

La escoliosis moderna se define como una alteración tridimensional de la columna vertebral, esta consiste en tres

desviaciones: 1) la inclinación en el plano coronal supera los 10 grados, 2) el desplazamiento lateral de la vértebra que cruza la línea media del cuerpo y, 3) el grado de rotación vertebral (1,4), muy por el contrario la actitud escoliótica (postural incluye a: 1) la giba y 2) la rotación vertebral, que la diferencian de la escoliosis (5). También se utilizan términos que pueden resultar confusos, como rotoescoliosis, que implica un desplazamiento y una rotación de las vértebras; en consecuencia, el empleo de dicho término sería redundante (1). En el campo clínico, el empleo de los términos inadecuados enmarca confusiones, ya que una terminología inadecuada conduce a diagnósticos imprecisos y decisiones terapéuticas inapropiadas.

Aunque las curvas, incluso las severas, suelen ser toleradas sin mayores dificultades, su evolución natural conlleva un riesgo significativo de afectar la calidad de vida del paciente (3). En casos avanzados, el avance de la deformidad podría generar dolor crónico, alteración mecánica muy marcada y, en especial, problemas respiratorios. Esto justifica la necesidad de contar con un seguimiento y terapéutica oportunos. Las causas que contribuyen a este problema son diversas. En primer lugar, las posturas inadecuadas al transportar mochilas y bolsos pueden provocar la elevación del hombro y la fatiga muscular. En segundo lugar, la disimetría en las extremidades inferiores es responsable de ocho de cada diez casos de escoliosis. Por último, existen causas de tipo antiálgico, entre ellas tumores, traumatismos e infecciones (5). Asimismo, existe evidencia científica sobre la presencia de factores hereditarios y predisposición génica que acrecientan las condiciones para el desarrollo de escoliosis (6); esto abre un nuevo rumbo en las investigaciones orientadas a comprender los múltiples factores detonantes de la patología osteoarticular. En este sentido, el objetivo de la presente investigación fue describir el manejo y evolución de un paciente con escoliosis lumbar atendido en Perú.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 36 años, múltipara (dos partos), sin evidencia de cicatrices o señales de cesárea y sin antecedentes relevantes para el cuadro actual, salvo dolor en la región lumbar con una evolución de tres años. Este dolor la motivó a consultar en medicina privada, donde se le administró tratamiento sintomático con ibuprofeno durante tres días, sin observarse una mejoría clínica adecuada. La paciente refiere haber practicado actividad física intensa en años anteriores, como danza y gimnasio. Actualmente se desempeña laboralmente en el cuidado de adultos mayores como enfermera técnica. Meses antes de acudir al servicio de

Terapia Física, decidió realizarse un examen radiológico de la zona lumbosacra, el cual evidenció alteraciones biomecánicas y degenerativas. En esa ocasión, el médico traumatólogo le indicó tratamiento fisioterapéutico complementado con analgésicos y antiinflamatorios.

En el examen físico de ingreso al área de Terapia Física se evidenciaron zonas musculares tensas en la región lumbar, atribuibles a la alteración biomecánica de la columna vertebral, además de disminución del tono muscular a nivel abdominal, compatible con hipotonía de la musculatura de la pared abdominal. Se halló dolor a la palpación, sin presencia de parestesias en los miembros inferiores. Asimismo, se constató disminución de la flexibilidad y restricción de los movimientos en la región lumbar, producto del dolor.

La radiografía de columna lumbosacra mostró una alteración del eje mecánico, relacionada tanto con la escasa elasticidad de la musculatura lumbar como con las posturas inadecuadas mantenidas a lo largo de su vida. La imagen radiográfica evidenció una disminución del espacio intervertebral, indicativa de deshidratación de los anillos fibrosos, además de signos de artrosis en evolución (espondilosis). Otros hallazgos mecánicos fueron: rotación vertebral, pinzamiento nervioso secundario a escoliosis y espondiloartrosis (*osteofitos tipo pico de loro*) (Figura 1).

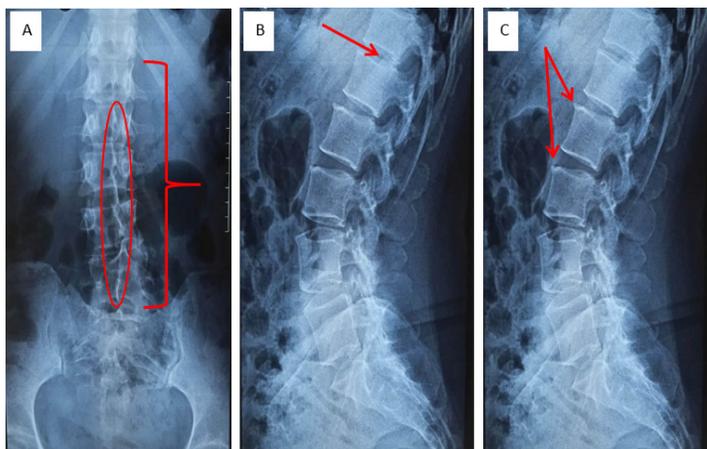


Figura 1. Alteraciones en región lumbosacra de la columna vertebral de la paciente previo al inicio del tratamiento. **A.** Rayos X con presencia de concavidad izquierda de columna lumbar, lo que refleja una escoliosis (llave). Se acompaña de rotación vertebral izquierda que se evidencia en las apófisis espinosas (elipse). **B.** Disminución del espacio intervertebral producto de la deshidratación del anillo fibroso, signo de posible hernia de núcleo pulposo (flecha). **C.** Presencia de espondilosis vertebral, signo característico de proceso degenerativo conocido como artrosis de cuerpo vertebral (doble flecha). DISCUSIÓN DEL CASO

La biomecánica de la columna se estudia de manera integrada debido a su diseño modular, conformado por una unidad funcional que incluye dos cuerpos vertebrales y un disco intervertebral (7,8). Las funciones biomecánicas del raquis comprenden la carga, el sostén, la protección, la dispersión de fuerzas axiales y rotacionales, así como la transmisión del movimiento. Para cumplir con estas funciones, la columna adopta una postura curvilínea con cuatro curvas: las cifosis dorsal y sacra y las lordosis lumbar y cervical (9). Esta disposición incrementa la capacidad de la columna para soportar fuerzas, multiplicándola por diez y mejorando su resistencia frente a la acción gravitatoria (10, 11).

Entre las potenciales causas que pueden desencadenar una escoliosis se incluyen factores internos, como las vértebras, los discos y los ligamentos, así como factores externos, entre ellos la caja torácica, la musculatura abdominal y las posturas inadecuadas (12, 13). En más del 85 % de los casos, la causa de este trastorno es desconocida y se le considera una patología mecánica de la columna vertebral. Se reconoce, además, que se trata de un signo o síndrome de origen multifactorial, aunque investigaciones recientes sugieren que los factores genéticos también desempeñan un papel relevante. La escoliosis no se clasifica como diagnóstico ni como enfermedad, sino como la descripción de una anomalía estructural. Constituye un signo clínico y radiológico objetivo que puede medirse en la persona afectada (14).

A lo largo del tiempo se han destacado los beneficios de fortalecer los músculos abdominales y paravertebrales como medida preventiva para evitar la sobrecarga de la columna lumbar (9). En una persona sana, los músculos abdominales se organizan en tres capas, cuyos ejes de movimiento —los de los músculos transversos y oblicuos— se cruzan para formar un verdadero corsé abdominal. Estos músculos cumplen una función esencial en la estabilización de la columna dorsolumbar (7, 9). En el examen físico se evidenció debilidad y disminución del tono en la musculatura abdominal (hipotonía), lo que favoreció la aparición temprana y acelerada de la escoliosis.

El paciente con aumento de la curvatura lumbar, conocido como hiperlordosis, presenta tensión excesiva en el músculo psoas y debilidad en la pared abdominal; en consecuencia, la pelvis adopta una inclinación hacia adelante. Por el contrario, cuando la curvatura lumbar disminuye, se genera tensión excesiva en el músculo recto anterior y en los glúteos, lo que provoca una inclinación y retroversión pélvica (9). Asimismo, el músculo cuadrado lumbar cumple un papel estabilizador al oponerse a los músculos abdominales y su contracción unilateral produce una inclinación lateral del tronco (7). Con

base en este análisis biomecánico, pueden plantearse diversos tratamientos fisioterapéuticos adecuados para el paciente, considerando principalmente la ampliación del espacio intervertebral, la elongación muscular y el fortalecimiento para estabilizar la columna.

Al evaluar la estática de un paciente con dolor lumbar, resulta esencial considerar la musculatura antes descrita. Se recomienda evitar el uso de tablas de ejercicios estandarizadas y, en su lugar, personalizar los programas de ejercicio para cada individuo (15) (16). La radiografía de columna constituye la herramienta principal de diagnóstico, la cual debe realizarse en dos proyecciones—anteroposterior y lateral— que incluyan las crestas ilíacas y la región inferior a estas (17). Se estima que entre un 75 % y un 80 % de la población ha experimentado dolor lumbar en algún momento. En la mayoría de los casos, el dolor agudo de espalda es autolimitado e inofensivo, sin causa identificada en aproximadamente el 95 % de los pacientes. En estos, el origen suele radicar en una lesión muscular o ligamentaria (18).

La utilidad de los rayos X radica en su capacidad para evaluar fracturas, deformidades óseas, cambios degenerativos, sacroilitis, el espacio intervertebral y la densidad ósea. No obstante, estas imágenes no son sensibles para detectar hernias discales ni resultan útiles en el diagnóstico de la compresión de raíces nerviosas (18). Es importante señalar que una adecuada valoración clínica multidisciplinaria —realizada por médico y fisioterapeuta— puede orientar hacia una interpretación más precisa del caso.

La tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) han mejorado significativamente el diagnóstico de las causas del dolor lumbar; sin embargo, se trata de técnicas costosas y de disponibilidad limitada (18). Se recomienda que los pacientes con escoliosis que presenten malformaciones óseas complejas en radiografías simples se sometan a una TAC y/o una RMN. Asimismo, aquellos con síntomas clínicos como dolor persistente o disfunción neurológica deben considerarse candidatos a estos estudios. Ambas técnicas son de gran utilidad en la planificación quirúrgica y en el seguimiento postoperatorio (19).

El tratamiento de la paciente se fundamentó en tres principios derivados de la patomecánica de la escoliosis: (1) mejorar la percepción postural mediante el fortalecimiento de los músculos responsables de mantener la corrección, (2) flexibilizar los segmentos cóncavos a través de ejercicios isotónicos concéntricos y (3) estirar la musculatura

acortada mediante ejercicios isotónicos excéntricos (14). Adicionalmente, se recomendó realizar una evaluación posterior al tratamiento, complementada con radiografías de control.

El dolor temporal fue aliviado de manera momentánea mediante la aplicación de agentes físicos como la termoterapia (compresas húmedas calientes), la electroterapia TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) (20) y la masoterapia. No obstante, la mejoría más significativa se obtuvo gracias a la práctica de actividades físicas como caminar, realizar estiramientos y ejecutar los ejercicios de Williams. Estos últimos requieren como condición esencial la estabilización articular (21).

Las sesiones de fisioterapia se llevaron a cabo tres veces por semana durante un período de tres meses. La aplicación de termoterapia fue constante, mientras que la electroterapia se utilizó de manera condicionada al dolor. Los ejercicios de Williams se implementaron de forma progresiva, ya que cada uno de ellos cumple un propósito específico y puede generar molestias si no se aplica en el momento adecuado. Su desarrollo dependió del progreso individual de la paciente (22, 23). Los resultados en la mejora biomecánica y estructural derivados de la combinación de estos ejercicios y de los agentes fisioterapéuticos se aprecian en las figuras 2 y 3, donde se muestran imágenes comparativas del estado inicial y posterior al tratamiento. La importancia del movimiento corporal humano queda demostrada en su capacidad para aliviar dolores musculares, padecimientos y alteraciones biomecánicas (24).

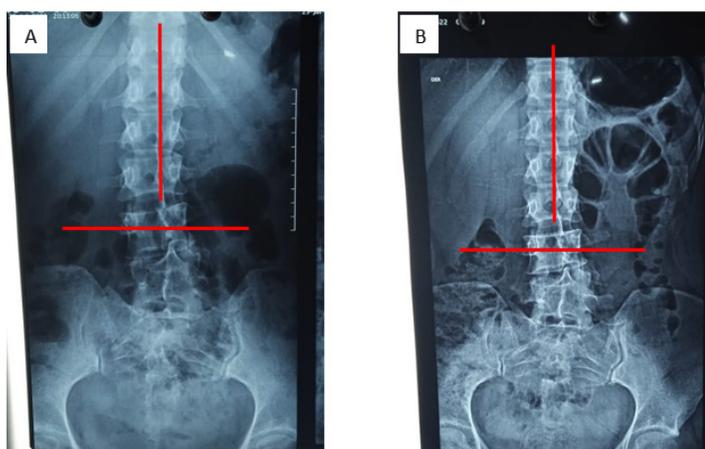


Figura 2. Radiografía de columna en región lumbosacra mostrando la mejora en biomecánica y estructural posterior a la combinación de termoterapia, electroterapia y ejercicios de Williams. **A.** Rayos X con fecha 25 de julio del 2021, se observa inclinación lateral derecha del cuerpo vertebral lumbar "L-4", se observa la zona superior izquierda del cuerpo vertebral sobresaliente acorde a la línea imaginaria proyectada (línea horizontal). Presencia de rotación vertebral izquierda, esta rotación aleja la estructura anatómica de la línea media imaginaria proyectada, estas son observables en apófisis espinosas (línea vertical). **B.** Rayos X con fecha 18 de mayo del 2022, se evidencia notable mejoría en cuerpo vertebral lumbar "L-4", es notoria la mejoría en dicha vertebra, ya que se observa disminución de la porción vertebral superior izquierda sobresaliente, esto acorde a la línea imaginaria proyectada (línea horizontal). Es notoria la mejoría en cuanto a la disminución de la rotación vertebral izquierda, evidenciando corrección de la disposición de las apófisis espinosas, todo esto acorde a la línea media imaginaria proyectada (línea vertical).

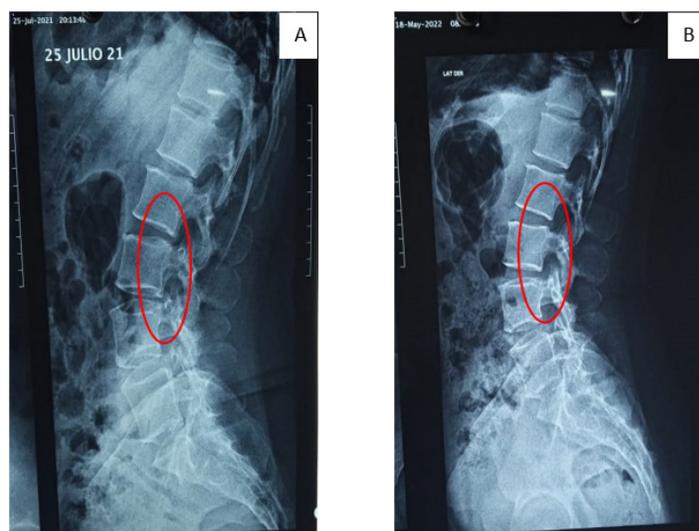


Figura 3. Imagen radiográfica de la proyección lateral de la región lumbosacral de la columna vertebral que muestra el estado inicial y la evolución y mejora posterior a fisioterapia. **A.** Rayos X con fecha 25 de julio del 2021, es observable la disminución del espacio intervertebral lumbar a predominio posterior "L-2 con L-3 y L-3 con L-4" (elipse). **B.** Rayos X con fecha 18 de mayo del 2022, se observa cierta mejoría en cuanto a los espacios lumbares intervertebrales "L-2 con L-3 y L-3 con L-4", dicha mejora se concluye como el aumento del espacio entre los discos vertebrales (elipse).

CONCLUSIONES

La columna, al ser una estructura esencial para el soporte y la movilidad del cuerpo humano, tiene la capacidad de desarrollar trastornos como la escoliosis, muchas veces sin una causa clara, conocida como escoliosis idiopática. Esta condición puede afectar a niños y adultos, comprometiendo la alineación natural de la columna y creando asimetría en el cuerpo. Un enfoque completo del tratamiento se basa en fortalecer y estirar los músculos centrales, intentando corregir los desequilibrios musculares y mejorar la estabilidad. Asimismo, se centra en mejorar la postura mediante la reeducación postural y evitando posiciones viciosas y nocivas que puedan agravar la deformidad o provocar dolor.

Un tratamiento eficaz requiere una evaluación clínica detallada, complementada con técnicas de imagen avanzadas —como radiografías o resonancia magnética— que permitan controlar la progresión de la escoliosis y ajustar el abordaje terapéutico según sea necesario. Asimismo, no debe subestimarse la importancia de un movimiento adecuado. La actividad física regular no solo contribuye a mantener la salud de la columna, sino que además ofrece el beneficio adicional de aliviar el dolor, no únicamente en la región lumbar, sino a lo largo de toda la columna vertebral. En este sentido, la implementación de programas de ejercicio específicos, bajo la supervisión de profesionales de la salud, resulta fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por escoliosis u otras patologías de la

columna.

Además, es de interés mencionar que el diagnóstico temprano es un pilar fundamental en la prevención de futuras complicaciones a gran escala. El seguimiento médico y fisioterapéutico constante permite adecuar las estrategias fisioterapéuticas para evitar la progresión y deformidad de la columna. Del mismo modo, una educación e higiene posturales son saludables; una ergonomía y actividades laborales de bajo impacto contribuyen a la atenuación de la alteración presentada; todo ello se convierte en un ente esencial para el manejo integral de la escoliosis. El caso presentado concluye que la evidencia es suficiente para que la fisioterapia brindada de forma personalizada y multidisciplinaria no solo contribuye a una mejoría sintomática, sino que también suma a la recuperación funcional y, sobre todo, a la disminución de futuras discapacidades. Finalmente, el reporte de caso reafirma la necesidad de seguir indagando y documentando afecciones similares que contribuyan a generar evidencia clínica contundente, enfocada en la mejora de los protocolos de tratamiento, de esta forma, promover políticas públicas que contribuyan a la prevención y, en especial, a garantizar un enfoque basado en la calidad de vida del paciente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El autor manifiesta haber cumplido cada uno de los requisitos éticos que demanda una publicación de un reporte de caso.

CONFLICTO DE INTERÉS

El autor declara no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Tejada Barreras M. Escoliosis: concepto, etiología y clasificación. *Orthotips AMOT*. 2011;7(2):75-82.
2. Ruiz G, Torres-Lugo NJ, Marrero-Ortiz P, Guzmán H, Olivella G, Ramírez N. Early-onset scoliosis: a narrative review. *SPINE*. 1 agosto 2022; 7(8):599-610. <https://doi.org/10.1530/EOR-22-0040>
3. García-Ramos CL, Obil-Chavarría C, Zárate-Kalfópulos B, Rosales-Olivares L, Alpizar-Aguirre A, Reyes-Sánchez A. Escoliosis degenerativa del adulto. *Acta Ortopédica Mexicana*. 2015;29(5):127-38. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2015/or152l.pdf>
4. Liu T, Wang Y, Yang Y, Sun M, Fan W, Bungler C, et al. A multi-scale keypoint estimation network with self-supervision for spinal curvature assessment of idiopathic scoliosis from the imperfect dataset. *Artificial Intelligence in Medicine*. 1 de marzo de 2022; 125:102235. <https://doi.org/10.1016/j.artmed.2021.102235>
5. Bueno Sánchez AM. Exploración de columna y cadera: cómo manejar la escoliosis. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014;16(23):111-7. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000200015>
6. Sun D, Ding Z, Hai Y, Cheng Y. Advances in epigenetic research of adolescent idiopathic scoliosis and congenital scoliosis. *Front Genet*. 26 Jul 2023; 14:10. <https://doi.org/10.3389/fgene.2023.1211376>
7. Lomelí-Rivas A, Larrinúa-Betancourt J. Biomecánica de la columna lumbar: un enfoque clínico. *Acta Ortopédica Mexicana*. 2019;33(3):185-91. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2306-41022019000300185&script=sci_arttext
8. Wahbeh JM, Hookasian E, Lama J, Alam L, Park SH, Sangiorgio SN, et al. An additively manufactured model for preclinical testing of cervical devices. *JOR SPINE*. 2024;7(1): e1285. <https://doi.org/10.1002/jsp2.1285>
9. Hernández-Herrero D. Equilibrio postural y dolor de espalda: lumbalgia y biomecánica. *Bol Soc Esp. Hidro. I Med*. 2016;31(2):203-9. <http://dx.doi.org/10.23853/bsehm.2017.0214>
10. Whitehead-Clarke T, Brown C, Ail G, Mudera V, Smith C, Kureshi A. Characterisation of human posterior rectus sheath reveals mechanical and structural anisotropy. *Clinical Biomechanics*. 1 Jun 2023; 106:105989. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2023.105989>
11. Liew BXW, Pfisterer F, Rügamer D, Zhai X. Strategies to optimise machine learning classification performance when using biomechanical features. *Journal of Biomechanics*. 1 Mar 2024; 165:111998. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2024.111998>
12. Roberts TJ, Dick TJM. What good is a measure of muscle length? The how and why of direct measurements of skeletal muscle motion. *Journal of Biomechanics*. 1 agosto 2023; 157:111709. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2023.111709>
13. Hsiung W, Lin HY, Lin HH, Yao YC, Wang ST, Chang MC, et al. MRI-based lesion quality score assessing ossification of the posterior longitudinal ligament of the cervical spine. *The Spine Journal*. 1 jul 2024;24(7):1162-9. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2024.02.007>
14. González NA, Pérez EG, Puig JFR. Enfoque actual en la rehabilitación de la escoliosis. *Anatomía Digital*. 4 jul 2019;2(3):6-17. <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v2i3.1083>

15. Hegerty C, Ostini R. Benefits and harms associated with an increase in gestational diabetes diagnosis in Queensland, Australia: a retrospective cohort comparison of diagnosis rates, outcomes, interventions, and medication use for two periods, 2011–2013 and 2016–2018, using a large perinatal database. *BMJ*. 1 May 2023;13(5):eo69849. <https://10.1136/bmjopen-2022-069849>
16. She H, Qin Y, Peng W, Zhou Y, Dai Y, Wang Y, et al. Anterior Quadratus Lumborum Block for Total Laparoscopic Hysterectomy: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *The Clinical Journal of Pain*. nov. 2023;39(11):571. <https://10.1097/AJP.0000000000001156>
17. Chehrassan M, Nikouei F, Shakeri M, Behnamnia A, Mahabadi EA, Ghandhari H. The role of environmental and seasonal factors in spine deep surgical site infection: air pollution, a factor that may be underestimated. *Eur Spine J*. 1 agosto 2024;33(8):3148-53. <https://doi.org/10.1007/s00586-024-08183-z>
18. Ribero ZO, Paez RD, Ramirez JE. Signos radiológicos más frecuentes relacionados con dolor lumbar y su aplicabilidad en valoración preocupacional. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*. 30 jun 2018; 8(1):5049-5049. https://10.18041/2322-634X/rc_salud_ocupa.1.2018.5049
19. Zapata KA, Virostek D, Ma Y, Datcu AM, Gunselman MR, Herring JA, et al. Outcomes for nighttime bracing in adolescent idiopathic scoliosis based on brace wear adherence. *Spine Deform*. 1 may 2024;12(3):643-50. <https://doi.org/10.1007/s43390-024-00835-w>
20. Rodríguez Lagos L, Arribas-Romano A, Fernández-Carnero J, González-Zamorano Y, Laguarda Val S. Effects of Percutaneous and Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation on Endogenous Pain Mechanisms in Patients with Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Med*. 1 abr 2023;24(4):397-414. <https://doi.org/10.1093/pm/pnac140>
21. García Jorge MD. Fisioterapia en la lumbalgia como principal trastorno musculoesquelético. *NPunto*. 2022;5(55):56-79. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8949384>
22. Avendaño-Badillo D, Díaz-Martínez L, Varela-Esquivias A. Eficacia de los ejercicios de estabilización lumbopélvica en pacientes con lumbalgia. *Acta Ortopédica Mexicana*. 2020 ;34(1):10-5. <https://10.35366/94617>
23. Fatemi R, Javid M, Najafabadi EM. Effects of William training on lumbosacral muscle function, lumbar curve, and pain. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*. 1 agosto 2015;28(3):591-7. <https://10.3233/BMR-150585>
24. Ludwig C, Luthy C, Allaz AF, Herrmann FR, Cedraschi C. The impact of low back pain on health-related quality of life in old age: results from a survey of a large sample of Swiss elders living in the community. *Eur Spine J*. May 2018;27(5):1157-65. <https://10.1007/s00586-017-5427-6>