

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DEL ESTERO  
REPÚBLICA ARGENTINA



ISSN 1853-6425

REVISTA  
**trazos**  
UNIVERSITARIOS

EDICIÓN ESPECIAL

15 años

Facultad  
de Ciencias  
de la Salud

Universidad Católica  
de Santiago del Estero  
*Scientia Deo Et Patriae Servire*



EDICIONES UCSE

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DEL ESTERO**  
Av. Alsina y Dalmacio Vélez Sarsfield, 4200 Santiago del Estero, Argentina

RECTOR  
**Ing. Luis Eugenio Lucena**

VICERRECTORA ACADÉMICA  
**Abog. Liliana del Valle Abdala**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

DECANA  
**Mg. Analía Marcela Valentini Cristina**

VICEDECANO  
**Lic. Mario Diosquez**

SECRETARIA ACADÉMICA  
**Mg. Daniela Machao**

PROSECRETARIA DE EXTENSIÓN  
**Lic. Silvia Santillán**

PROSECRETARIA DE INVESTIGACIÓN  
**Dra. Eliana Neme**

PROSECRETARIA DE DOCENCIA  
**Lic. Ana Elena Marcos**



## REVISTA TRAZOS UNIVERSITARIOS

### DIRECTORA

Mg. Analía Marcela Valentini Cristina

### EDITORA

Mg. Adriana López

### CONSEJO ASESOR CIENTÍFICO

Dra. Patricia Álvarez

Dra. Ana María Bonet

Dr. Rodolfo Arancibia

Dr. Hernán Seoane

Dra. Juliana Huergo

Dra. Evangelina Norma Contini

Dra. María Paula Carreras

Dra. María Alejandra Carreras

Dr. Gustavo Goroso

Dr. Fernando Castro

Dr. Mario Clozza

Dr. Horacio Lejarraga

Dra. María de los Ángeles Hinalaf

Mgter. Sandra Mónica Bertoldi

### EDITORES ASOCIADOS

Mgter. Analía Valentini

Dra. Eliana Neme

Mgter. Daniela Machao

Lic. Antonio Di Pietro

Bioq. Claudia Lucena

Bioq. Marcelo Ovejero

### DISEÑO EDITORIAL

Lic. Carlos León Roldán

# Índice

## Artículos con referato

- La credibilidad en la prueba testimonial de niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual: Aportes de la psicología del testimonio al sistema judicial argentino  
*por: Florencia Stefanía Ovejero*
- El antiplatonismo en Nietzsche y Arendt: crítica a la tradición metafísica occidental  
*por: Victoria Dahbar Kofler*
- Psicopedagogía en Salud: La construcción de estrategias de prevención y promoción de aprendizajes y el estudio de las características socio-ambientales de pacientes en el contexto hospitalario.  
*por: Virginia Sáñez, Eliana Neme, Ángela Marianella Bucci, Rocio Aracelli Corvalan Sieira, Eliana Martínez, Joel Villalba*
- Función gastrointestinal y uso de antibióticos en adultos de Santiago del Estero: conocimientos, actitudes y prácticas.  
*por Lavaisse, L. M., Valoy, F., Figueroa Saganías, D., Gerez, G.*
- La inclusión de personas con discapacidad en el nivel universitario. Un recorrido teórico en el ámbito nacional  
*por: Nora I. Abate, María Agustina Salvatierra, Mirta Silvia Gallardo, Jorge Mariano Barboza Dantur, María de la Paz Nieto Barthaburu*
- Estrategias de Terapia Ocupacional en infantes con trastornos del neurodesarrollo, durante el proceso de adquisición del control de esfínteres. Aportes desde la perspectiva de Integración Sensorial  
*por: María Guillermina Petracca*
- Abordaje Neurokinésico En Paciente Pediátrico Con Síndrome De Guillain-Barré  
*por: Nicolás Fonzo*
- Nivel de conocimiento y prácticas sobre la alimentación complementaria y estado nutricional actual de niños de 12 a 24 meses de edad atendidos en el CAPS Santísimo Sacramento, Santiago del Estero.  
*por Victoria Agustina Sosa Faravelli*
- Gestión organizacional para una cultura preventiva de seguridad y salud en el trabajo en MiPyMEs en Santiago del Estero.  
*por Roxana M. Arce*

## Artículos de opinión y ensayos

- Entre la ansiedad y el futuro: salud mental, universidad y proyectos de vida en tiempos de incertidumbre social  
*por: Paula Acosta*

## Colaboraciones

- Desarrollo de un sistema iot para el cultivo automatizado de hongos comestibles pleurotus spp: alineado con principios de la industria 4.0  
*por: David A Pineda R, Pablo M. Sain*
- Imágenes del Cuidado Frente al Dengue: Salud, Cultura Visual y Comunicación Pública  
*por Carlos León Roldán*
- Evaluación agroecológica de un agroecosistema de la Localidad de Sumamao, Departamento Silipica, Provincia de Santiago del Estero  
*por Sergio Eduardo Maldonado*

## Reseña de libros

- El latido humano detrás de la clínica: Una mirada comunitaria a la Psicología de la Salud  
*por: Gustavo Enrique Ledesma Vallejo*

# Editorial

Al beneplácito que nos genera cada nuevo número en línea, sumamos en esta ocasión otro aditamento: la celebración de los 15 años de vida de nuestra querida revista; acontecimiento que genera esta edición especial.

Trazos Universitarios Ediciones UCSE ISSN 1853-6425 nace en abril de 2011 por iniciativa y tarea conjunta de la Facultad de Ciencias de la Educación y se radica en el mes de marzo de 2018 en el área de Investigación de la actual Facultad de Ciencias de la Salud.

El grato acontecimiento de los 15 años de su existencia hace que sumemos a esta edición un mayor número de artículos con filiación institucional propia y reforcemos el rasgo identitario que nos singulariza: el trabajo en la prevención y la promoción de la Salud desde su multidimensionalidad.

Celebramos igualmente la oportunidad de habilitar la palabra al colectivo de investigadores, docentes y estudiosos del ámbito universitario y colegiado del contexto provincial, nacional e internacional, como aporte a la práctica de la escritura académica y a la posibilidad de contar con un saber divulgado y sostenido científicamente, con alta trascendencia institucional y sociocomunitaria.

# Editorial

Revista Trazos Universitarios cumple 15 años de vida institucional y es ésta una ocasión propicia para recordar sus orígenes y su crecimiento sostenido en este tiempo. Salió a la luz en abril de 2011 por iniciativa de la entonces Decana de la Facultad de Ciencias de la Educación, Prof. Elsa Hernández. Un primer equipo de trabajo se avocó al nacimiento de la propuesta que obtuvo su sello digital con el ISSN 1853-6425. Los primeros tiempos fueron un aprendizaje conjunto y un desafío permanente buscando la generación de contenidos para la publicación. Esa revista original tenía otra impronta, más comunicacional y de divulgación. Buscaba lograr la participación de la comunidad educativa con los aportes de docentes y alumnos que se animaban a compartir sus escritos.

Posteriormente, con el cambio estructural que vivió la Universidad Católica de Santiago del Estero (UCSE), la revista se radicó en la naciente Facultad de Ciencias de la Salud, a partir de marzo de 2018. Desde ese momento el giro epistemológico estuvo liderado por la Decana Lic. María Rosa Barbarán. Los equipos tuvieron entonces la labor de realizar la migración no sólo del formato sino del cambio de perspectiva, camino hacia una publicación más académica.

El desafío siempre se orientó a lograr la publicación de artículos que estuvieran a la altura de los requerimientos científicos actuales, acompañando a nuestros propios docentes en el reto de escribir, pero promoviendo también las publicaciones de autores externo que pudieran dar relevancia a nuestra revista, siempre con una política de acceso libre y gratuito.

Desde 2025 acompaño como Directora la propuesta editorial con la convicción de que la publicación de nuestros docentes y egresados nos permite dar visibilidad al trabajo silencioso de investigación y hacer conocer que en nuestra Unidad Académica se escribe, se investiga y se publica.

Este aniversario encuentra a nuestra Unidad Académica en el marco del “Plan de Desarrollo 2025-2030”, plenamente alineado con el Plan Ético y Estratégico de la UCSE. En él redefinimos nuestra visión bajo el amparo de la ecología integral, asumida como principio ético superador. En tal sentido, concebimos la salud no como un fenómeno aislado, sino desde una perspectiva integral y cristiana del conocimiento que reconoce y sitúa en el centro la dignidad de la persona humana, propiciando la construcción de entornos accesibles, equitativos e inclusivos. En esta línea, uno de nuestros objetivos estratégicos se orienta a incrementar la producción científica en Ciencias de la Salud. Anhelamos que este crecimiento se vea acompañado no sólo por un incremento en la cantidad de proyectos de investigación, sino también por una expansión significativa de las instancias de transferencia y de socialización del conocimiento generado. La revista es sin dudas un espacio favorable para esto, ya que se constituye como un valioso aporte al desarrollo de la práctica de la escritura académica y a la consolidación de un conocimiento científicamente respaldado, dotado de alta relevancia tanto en el ámbito institucional como en el plano social y que pueda ser difundido más allá de nuestras fronteras académicas.

Renuevo como autoridad mi compromiso en este sentido augurando más años de crecimiento editorial.

*Mgter. Analía Marcela Valentini Cristina*

Decana de la Facultad  
de Ciencias de la Salud





REVISTA  
**trazos**  
UNIVERSITARIOS

EDICIÓN ESPECIAL

15 años

# ARTÍCULOS CON REFERATO

**Facultad  
de Ciencias  
de la salud**

Universidad Católica  
de Santiago del Estero  
*Scientia Deo Et Patriae Servire*





# La credibilidad en la prueba testimonial de niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual: Aportes de la psicología del testimonio al sistema judicial argentino.

Por: Ovejero Florencia Stefanía

Contacto: Florovejero.8@gmail.com

Referencia Institucional: Universidad Abierta Interamericana (UAI) Cohorte: 2023

## Resumen

El presente trabajo analiza críticamente la evaluación de la credibilidad testimonial en niños, niñas y adolescentes (NNyA) con discapacidad intelectual en el sistema judicial argentino. Desde un enfoque cualitativo de tipo descriptivo-analítico, se realiza una revisión documental de normativa vigente, guías institucionales y modelos técnico-forenses de la psicología del testimonio. En particular, se examinan los enfoques SVA, CBCA, HELPT, CAPALIST21 y ECAT-DI con el objetivo de identificar sus alcances y limitaciones en su aplicación a esta población. Los resultados muestran que los criterios tradicionales de evaluación presentan dificultades para dar accesibilidad a las características cognitivas y comunicacionales de los NNyA con discapacidad intelectual, lo que puede derivar en sesgos en la valoración de sus testimonios. Asimismo, se identifican vacíos en la sistematización de protocolos específicos en el contexto argentino, por lo que se propondrán las siguientes líneas de acción a seguir: la accesibilidad y validación de instrumentos de evaluación de la credibilidad que contemplen la diversidad cognitiva, la formación específica de los profesionales involucrados sobre la psicología del testimonio aplicada en discapacidad, y la articulación entre dispositivos de accesibilidad y criterios de evaluación, evitando su tratamiento como dimensiones independientes.

## Palabras clave

Psicología del Testimonio, Discapacidad Intelectual, Credibilidad.

RECIBIDO ABRIL DE 2026 | EVALUADO JUNIO DE 2026 | PUBLICADO JUNIO DE 2026



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución NoComercial CompartirDerivadasIgual 3.0  
[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es\\_AR](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR)

## Abstract

This paper critically analyzes the assessment of testimonial credibility in children and adolescents with intellectual disabilities within the Argentine judicial system. Adopting a descriptive-analytical qualitative approach, a documentary review of current regulations, institutional guidelines, and forensic-technical models in the psychology of testimony was conducted. Specifically, the SVA, CBCA, HELPT, CAPALIST21, and ECAT-DI approaches are examined to identify their scope and limitations when applied to this population. The results show that traditional assessment criteria present difficulties in providing accessibility to the cognitive and communication characteristics of children and adolescents with intellectual disabilities, which can lead to biases in the evaluation of their statements. Furthermore, gaps are identified in the systematization of specific protocols within the Argentine context. Consequently, the following lines of action are proposed: the accessibility and validation of credibility assessment tools that account for cognitive diversity, specific training for the professionals involved regarding the psychology of testimony applied to disability, and the coordination between accessibility devices and assessment criteria, avoiding their treatment as independent dimensions.

## Keywords

Psychology of Testimony, Intellectual Disability, Credibility.

## 1. Introducción

La evaluación de la credibilidad del testimonio en niños, niñas y adolescentes (NNyA) constituye un campo de creciente desarrollo en la psicología jurídica, particularmente en contextos en los que dichos testimonios adquieren centralidad probatoria (Cánepa et al., 2024). Sin embargo, cuando se trata de NNyA con discapacidad intelectual (DI), este proceso enfrenta desafíos específicos vinculados tanto a las características cognitivas y comunicacionales de esta población como a las limitaciones de los dispositivos técnico-forenses disponibles para su abordaje.

En el ámbito judicial argentino, la incorporación de perspectivas basadas en derechos -en consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas (2006)- ha promovido el reconocimiento de la capacidad jurídica y el pleno acceso a la justicia de este colectivo. Un reflejo fundamental de este avance se materializa en los lineamientos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y el Sistema Argentino de Información Jurídica [SAIJ] (2023), a través de la Guía de Buenas Prácticas para el Acceso a la Justicia de las Personas con Discapacidad.

No obstante, estos avances normativos no siempre se traducen en prácticas periciales y procedimentales ajustadas a las particularidades de los NNyA con DI. En este sentido, persiste una tensión entre marcos regulatorios que enfatizan la inclusión y dispositivos de evaluación que continúan operando bajo supuestos estandarizados, diseñados para población sin discapacidad.

Desde la psicología del testimonio, la credibilidad no se reduce a la veracidad objetiva de un relato, sino que implica una valoración técnico-forense de su calidad, considerando tanto las características del NNyA como las condiciones de obtención de la declaración. Arce, R., & Fariña, F. (2005).

Existen para ello, modelos como la Evaluación de la Validez de las Declaraciones (SVA), el protocolo holístico HELPT y desarrollos más recientes como CAPALIST21, que han intentado sistematizar criterios para este análisis. Sin embargo, la literatura especializada advierte que la aplicación de estos enfoques en población con DI requiere ajustes más específicos, dado que ciertos indicadores tradicionalmente utilizados -como la riqueza narrativa,

la coherencia lógica o la atribución de estados mentales- pueden manifestarse de manera diferencial sin que ello implique menor veracidad del testimonio.

En este contexto, el presente trabajo tiene por objetivo analizar críticamente los principales enfoques técnico-forenses de evaluación de la credibilidad testimonial para el abordaje de NNyA con discapacidad intelectual en el contexto judicial argentino.

Desde un enfoque cualitativo de tipo descriptivo-analítico, se realiza una revisión documental de normativa nacional, guías institucionales y literatura especializada en psicología del testimonio, junto con un análisis comparativo de los modelos ECAT-DI, SVA, CBCA, HELPT y CAPALIST21.

Se parte del supuesto de que los criterios de evaluación de la credibilidad, cuando no son ajustados a las particularidades cognitivas y comunicacionales de los NNyA con DI, pueden introducir sesgos en la valoración del testimonio, afectando su peso probatorio. En consecuencia, el problema no radica en una supuesta incapacidad testimonial de esta población, sino en la inadecuación de los dispositivos técnico-forenses utilizados para su evaluación. A partir de este marco, el trabajo busca identificar los principales límites de los enfoques actuales y analizar sus implicancias en el acceso a la justicia.

## 2. Estado actual del conocimiento sobre la evaluación de la credibilidad testimonial en niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual.

Durante las últimas décadas, la psicología del testimonio ha experimentado un importante desarrollo como campo especializado orientado a la evaluación científica de las declaraciones de testigos y víctimas en contextos judiciales. Los principales avances se han concentrado en la construcción de herramientas destinadas a analizar la credibilidad de los relatos y a identificar factores que pueden afectar la calidad de la información obtenida (Manzanero, 2010; Vrij, 2008). Sin embargo, gran parte de estos desarrollos fueron elaborados y validados en población general, por lo que su aplicación a personas con discapacidad intelectual continúa siendo objeto de debate. La literatura especializada señala que los criterios tradicionalmente utilizados para valorar la credibilidad testimonial



pueden verse influidos por características cognitivas, lingüísticas y comunicacionales propias de esta población, generando riesgos de interpretación errónea cuando son utilizados sin considerar dichas particularidades (Contreras, Silva y Manzanero, 2015). Diversos estudios han demostrado que las personas con discapacidad intelectual pueden presentar relatos más breves, menor elaboración contextual o dificultades para organizar secuencialmente los acontecimientos narrados. No obstante, estas características no constituyen indicadores suficientes de falta de credibilidad ni permiten inferir una menor exactitud de los recuerdos. Por el contrario, la evidencia disponible sugiere que, cuando las entrevistas son realizadas mediante procedimientos adecuados y libres de sugestión, las personas con discapacidad intelectual pueden proporcionar información válida y relevante acerca de experiencias vividas (Manzanero et al., 2013; Verdugo Alonso, 2012). En respuesta a estas preocupaciones, distintos autores han desarrollado propuestas metodológicas orientadas a incorporar las particularidades de esta población en los procesos de evaluación testimonial. Entre ellas se destacan los aportes de Manzanero y González (2018), quienes proponen el Protocolo Holístico de Evaluación de la Prueba Testifical (HELPT), una herramienta que integra el análisis de la declaración, las capacidades del testigo y las condiciones contextuales de producción del relato. Del mismo modo, CAPALIST21 introduce la evaluación previa de capacidades cognitivas relevantes para el testimonio, mientras que el protocolo ECAT-DI, desarrollado por la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual de España, se orienta específicamente a identificar necesidades de apoyo y accesibilidad durante el proceso judicial (Recio y Alemany, 2013). A pesar de estos avances, la literatura coincide en señalar la ausencia de instrumentos universalmente aceptados y validados para la evaluación de la credibilidad testimonial en niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual. La mayor parte de las herramientas disponibles han sido desarrolladas en contextos europeos y presentan escasa evidencia de validación en países latinoamericanos, lo que limita su transferencia automática a otros escenarios institucionales y socioculturales (Contreras et al., 2015). En el contexto argentino, la producción científica sobre esta problemática continúa siendo relativamente limitada. Los avances más significativos se observan en el plano normativo e institucional, particularmente a partir de la incorporación de la perspectiva de derechos humanos en materia de discapacidad y del desarrollo de dispositivos orientados a garantizar el acceso a la justicia. Entre ellos pueden mencionarse las acciones impulsadas por el Programa Nacional de Asistencia para las Personas con Discapacidad en sus Relaciones con la Administración de Justicia (ADAJUS), la elaboración de guías de buenas prácticas para operadores judiciales y la incorporación progresiva de figuras de apoyo para la comunicación y accesibilidad (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2023). No obstante, estos avances no han sido acompañados por un desarrollo equivalente de herramientas técnico-forenses específicamente orientadas a la evaluación de la credibilidad testimonial en personas con discapacidad intelectual. En consecuencia, persiste una brecha entre los principios de accesibilidad y participación reconocidos por la normativa vigente y los procedimientos efectivamente utilizados para valorar los testimonios producidos en el ámbito judicial. En síntesis, el estado actual del conocimiento permite identificar un consenso creciente respecto de la necesidad de superar enfoques basados exclusivamente en criterios estandarizados de evaluación testimonial y avanzar hacia modelos que incorporen la diversidad cognitiva, la accesibilidad comunicacional y los ajustes de procedimiento requeridos para garantizar una participación efectiva. Sin embargo, continúan existiendo vacíos relevantes en relación con la validación de herramientas específicas, la formación especializada de operadores judiciales y la producción de evidencia empírica situada en contextos latinoamericanos y argentinos. Estos aspectos constituyen áreas prioritarias para el desarrollo futuro del campo.

### 3. Marco Conceptual

#### 3.1. Psicología del testimonio y evaluación de declaraciones

La psicología del testimonio constituye un campo específico de la psicología jurídica orientado al estudio de los procesos cognitivos implicados en la obtención, conservación y recuperación de recuerdos relevantes para contextos judiciales. Sus desarrollos se sustentan principalmente en aportes de la psicología cognitiva y experimental vinculados con la percepción, la atención, la memoria y la comunicación, con el objetivo de comprender las condiciones bajo las cuales un testimonio puede constituirse en una fuente confiable de información sobre hechos pasados (Manzanero, 2010).

A diferencia de enfoques tradicionales centrados en la detección del engaño a partir de indicadores conductuales o expresiones emocionales, la psicología del testimonio contemporánea se enfoca en el análisis científico de los procesos de memoria y en las condiciones de producción de las declaraciones. En este sentido, los trabajos pioneros de Loftus (2005) demostraron que los recuerdos no constituyen reproducciones exactas de la realidad, sino reconstrucciones susceptibles de modificaciones derivadas de factores internos y externos, incluyendo el paso del tiempo, la influencia de terceros y las características de los procedimientos de entrevista.

Desde esta perspectiva, la evaluación pericial no busca determinar directamente si una persona miente o dice la verdad, sino valorar las condiciones cognitivas y contextuales bajo las cuales se produjo y recuperó el recuerdo. Esta orientación ha dado lugar al desarrollo de distintos modelos de análisis de credibilidad testimonial que actualmente constituyen herramientas centrales en la práctica forense (Arce y Fariña, 2005; Manzanero, 2010).

#### 3.2. Credibilidad testimonial como construcción técnico-forense

Dentro de la psicología del testimonio resulta fundamental distinguir entre exactitud, veracidad y credibilidad. La exactitud refiere al grado de correspondencia entre el recuerdo y los acontecimientos efectivamente ocurridos; la veracidad remite a la intención subjetiva del declarante de decir la verdad; mientras que la credibilidad constituye una valoración técnico-forense sobre la probabilidad de que una declaración se encuentre basada en una experiencia realmente vivida (Manzanero, 2010).

Uno de los antecedentes fundamentales en este campo es la hipótesis formulada por Undeutsch (1967), según la cual los relatos derivados de experiencias reales presentan características cualitativamente diferentes de aquellos contruidos a partir de la fantasía, la invención o la sugestión. Sobre esta base se desarrollaron posteriormente instrumentos como el Criteria-Based Content Analysis (CBCA) y el Statement Validity Assessment (SVA), ampliamente utilizados en la evaluación de testimonios de niños, niñas y adolescentes.

No obstante, diversos autores han advertido que la interpretación de estos indicadores requiere considerar las características particulares de quienes declaran, dado que variables como la edad, el desarrollo cognitivo, las habilidades lingüísticas y el contexto de obtención del relato pueden influir significativamente en la manifestación de los criterios tradicionalmente asociados a la credibilidad (Vrij, 2008; Manzanero y González, 2015).

Desde esta perspectiva, la credibilidad no constituye una propiedad inherente del testimonio ni del sujeto que declara, sino el resultado de un proceso interpretativo mediado por herramientas metodológicas, conocimientos especializados y condiciones institucionales específicas.

#### 3.3. Discapacidad intelectual y particularidades de la producción testimonial

La Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) define la discapacidad intelectual como una condición caracterizada por limitaciones significativas tanto en el



funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresadas en habilidades conceptuales, sociales y prácticas, con inicio durante el período de desarrollo (Schalock et al., 2021).

Actualmente existe consenso en considerar que las personas con discapacidad intelectual presentan perfiles heterogéneos de funcionamiento, por lo que resulta inapropiado atribuir características uniformes a este colectivo. La evidencia científica muestra que pueden existir diferencias en determinados procesos cognitivos vinculados con la atención, la memoria de trabajo, la comprensión verbal o la organización narrativa, sin que ello implique una incapacidad para brindar información válida acerca de experiencias vividas (Verdugo Alonso, 2012; Contreras et al., 2015).

En particular, investigaciones realizadas en el ámbito de la psicología del testimonio señalan que las personas con discapacidad intelectual pueden presentar relatos más breves, dificultades para organizar cronológicamente los acontecimientos o limitaciones para atribuir estados mentales complejos a terceros. Sin embargo, cuando las entrevistas son realizadas mediante procedimientos adecuados y libres de sugestión, la exactitud de la información espontáneamente recuperada resulta comparable a la observada en población sin discapacidad intelectual (Manzanero et al., 2013).

Por otra parte, diversos estudios advierten una mayor vulnerabilidad a preguntas sugestivas o a contextos de interrogatorio altamente directivos, situación que refuerza la necesidad de implementar procedimientos especialmente diseñados para minimizar sesgos durante la obtención de la declaración (Gudjons-son, 2018).

Estas evidencias sugieren que las dificultades observadas en la valoración de los testimonios no pueden atribuirse exclusivamente a características individuales de los declarantes, sino que deben analizarse en relación con las condiciones institucionales y metodológicas que estructuran el proceso de producción de la prueba testimonial.

### 3.4. Modelo social de la discapacidad y acceso a la justicia

El modelo social de la discapacidad constituye actualmente uno de los principales marcos interpretativos para el análisis de las relaciones entre discapacidad, ciudadanía y derechos humanos. Desde esta perspectiva, la discapacidad no es entendida exclusivamente como una condición individual o médica, sino como el resultado de la interacción entre las características de las personas y las barreras sociales, institucionales, comunicacionales y actitudinales presentes en su entorno (Oliver, 1990; Palacios, 2008).

Este enfoque fue consolidado a nivel internacional mediante la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, instrumento que reconoce el derecho de las personas con discapacidad a participar en igualdad de condiciones en todos los ámbitos de la vida social, incluido el acceso efectivo a la justicia.

En particular, el artículo 13 de la Convención establece la obligación de los Estados de garantizar ajustes de procedimiento y adecuaciones apropiadas que permitan la participación efectiva de las personas con discapacidad en los procesos judiciales. Desde esta perspectiva, las dificultades que pueden surgir durante la producción o valoración de testimonios no deben interpretarse como limitaciones inherentes al sujeto, sino como manifestaciones de barreras institucionales que restringen el ejercicio de derechos.

En consecuencia, el análisis de la credibilidad testimonial en niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual requiere desplazar la atención desde una lógica centrada en el déficit individual hacia una evaluación crítica de los dispositivos institucionales utilizados para producir, interpretar y valorar la prueba testimonial. Este enfoque permite comprender que la accesibilidad comunicacional, los ajustes razonables y la formación especializada de los operadores judiciales constituyen condiciones necesarias para garantizar la igualdad de acceso a la justicia.

## 4. Aspectos Metodológicos

El presente trabajo se desarrolló desde un enfoque cualitativo de carácter descriptivo-analítico, basado en una revisión documental de literatura científica, normativa jurídica y documentos técnico-institucionales vinculados con la evaluación de la credibilidad testimonial en niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual.

La estrategia metodológica consistió en la identificación, selección y análisis de documentos relevantes para el problema de investigación, con el propósito de examinar los principales modelos de evaluación de la credibilidad utilizados en el ámbito forense y analizar sus alcances y limitaciones en relación con esta población.

La búsqueda documental se realizó durante el primer cuatrimestre de 2026 en bases de datos académicas internacionales y regionales, incluyendo Scopus, PsycINFO, PubMed, SciELO y Dialnet. Asimismo, se consultaron repositorios institucionales y organismos especializados, entre ellos el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, el Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Se incluyeron artículos científicos revisados por pares, libros especializados, tesis académicas, normativa nacional e internacional, documentos técnicos y guías institucionales que abordaran al menos uno de los siguientes ejes: a) psicología del testimonio; b) evaluación de la credibilidad y exactitud testimonial; c) discapacidad intelectual en contextos judiciales; d) acceso a la justicia y ajustes de procedimiento; y e) modelos técnico-forenses de evaluación de declaraciones.

Se utilizaron herramientas de la inteligencia artificial para mejorar la redacción y agilizar la búsqueda de referencias bibliográficas.

Se excluyeron artículos de opinión, notas periodísticas, literatura sin evaluación académica, así como estudios centrados exclusivamente en técnicas de detección del engaño basadas en indicadores fisiológicos o conductuales carentes de respaldo empírico consistente en la literatura contemporánea de la psicología del testimonio.

A partir del corpus seleccionado se realizó un análisis comparativo de cinco modelos de referencia: Statement Validity Assessment (SVA), Criteria-Based Content Analysis (CBCA), Holistic Evaluation of Testimonial Evidence Protocol (HELPT), CAPALIST21 y Evaluación de Capacidades que Afectan al Testimonio de Personas con Discapacidad Intelectual (ECAT-DI). El análisis se orientó a identificar los supuestos conceptuales que sustentan cada propuesta, los criterios utilizados para valorar la credibilidad y las posibilidades de adecuación a las características cognitivas y comunicacionales de niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual.

Finalmente, los hallazgos fueron interpretados a la luz del modelo social de la discapacidad y del enfoque de derechos humanos consagrado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, con el propósito de analizar en qué medida los dispositivos existentes favorecen o limitan el acceso efectivo a la justicia de esta población.

Se parte del supuesto de que los criterios de evaluación de la credibilidad, cuando son aplicados sin contemplar las necesidades de accesibilidad cognitiva y los ajustes de procedimiento requeridos para garantizar la participación efectiva de niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual, pueden introducir sesgos en la valoración del testimonio y afectar su peso probatorio.

## 5. Resultados

5.1. Limitaciones de los modelos SVA y CBCA para la evaluación de testimonios de NNyA con discapacidad intelectual

El análisis de los modelos Statement Validity Assessment (SVA) y Criteria-Based Content Analysis (CBCA) permitió



identificar importantes limitaciones para su aplicación en niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual. Ambos enfoques fueron desarrollados a partir de la hipótesis de Undeutsch y se sustentan en la presencia de determinados indicadores narrativos considerados característicos de relatos basados en experiencias reales.

Sin embargo, diversos criterios utilizados por estos modelos presuponen habilidades lingüísticas, comunicacionales y metacognitivas que pueden expresarse de manera diferente en personas con discapacidad intelectual. Aspectos tales como la riqueza descriptiva, la contextualización espacio-temporal, la incorporación de detalles periféricos o la atribución de estados mentales a terceros suelen presentar variaciones asociadas al funcionamiento cognitivo, sin que ello implique necesariamente una menor correspondencia entre el relato y los hechos vividos.

En consecuencia, la aplicación rígida de estos criterios puede conducir a interpretaciones sesgadas y aumentar el riesgo de falsos negativos, es decir, considerar poco creíbles testimonios que efectivamente se encuentran basados en experiencias reales. Los hallazgos sugieren que estos modelos conservan utilidad analítica, aunque requieren ser interpretados considerando las características particulares del declarante y las condiciones de producción del testimonio.

#### 5.2. Aportes y límites del protocolo HELPT

Entre los modelos analizados, el Protocolo Holístico de Evaluación de la Prueba Testifical (HELPT) constituye uno de los enfoques que mejor incorpora la complejidad de los procesos de producción testimonial. A diferencia de los modelos centrados exclusivamente en el análisis del contenido de la declaración, HELPT propone una evaluación integral que contempla simultáneamente las características del testigo, las condiciones de la entrevista y el contexto general de obtención de la prueba.

Este enfoque permite reducir el peso atribuido a indicadores aislados de credibilidad y favorece una comprensión más amplia de los factores que pueden influir en la calidad del relato. Asimismo, reconoce la necesidad de analizar las capacidades del declarante y las posibles fuentes de contaminación del testimonio antes de emitir conclusiones sobre su credibilidad.

No obstante, el análisis realizado muestra que su aplicación demanda elevados niveles de formación especializada en psicología del testimonio y una capacitación específica que no siempre se encuentra disponible en los equipos técnicos del ámbito judicial argentino. Además, si bien incorpora una mirada más contextualizada, el protocolo no fue desarrollado específicamente para población con discapacidad intelectual, por lo que persisten desafíos vinculados a la operacionalización de criterios adaptados a la diversidad cognitiva.

#### 5.3. Aportes y límites del protocolo ECAT-DI

El protocolo Evaluación de Capacidades que Afectan al Testimonio de Personas con Discapacidad Intelectual (ECAT-DI) constituye una de las herramientas más relevantes identificadas en la literatura para el abordaje específico de personas con discapacidad intelectual en contextos judiciales. Su principal aporte radica en la evaluación previa de capacidades cognitivas, comunicacionales y adaptativas potencialmente involucradas en la producción testimonial.

A diferencia de otros modelos orientados directamente a valorar la credibilidad del relato, ECAT-DI permite identificar necesidades de apoyo, barreras comunicacionales y requerimientos de accesibilidad que deben ser considerados durante el proceso judicial. En este sentido, proporciona información relevante para la implementación de ajustes de procedimiento orientados a garantizar una participación efectiva.

Sin embargo, el análisis también permitió identificar algunas limitaciones. En primer lugar, el protocolo no constituye una herramienta de evaluación de credibilidad propiamente dicha, por lo

que no resuelve de manera directa la problemática de la valoración testimonial. En segundo lugar, existe el riesgo de que sus resultados sean utilizados de manera incorrecta para justificar restricciones en la participación de las personas con discapacidad intelectual, reproduciendo interpretaciones centradas en el déficit individual. Finalmente, su validación se ha desarrollado principalmente en contextos europeos, existiendo escasa evidencia sobre su utilización sistemática en países latinoamericanos y particularmente en Argentina.

#### 5.4. Hallazgo transversal: tensión entre accesibilidad y evaluación de la credibilidad

Un hallazgo transversal surgido del análisis comparativo de los modelos examinados es la persistencia de una tensión entre los avances logrados en materia de accesibilidad y las herramientas disponibles para la evaluación de la credibilidad testimonial. Mientras que dispositivos institucionales y normativos recientes promueven condiciones más favorables para la participación de personas con discapacidad intelectual en los procesos judiciales, los instrumentos utilizados para valorar sus testimonios continúan apoyándose, en gran medida, en criterios desarrollados para población general.

Esta situación pone de manifiesto una brecha entre las políticas orientadas a garantizar el acceso a la justicia y los procedimientos técnico-forenses empleados para valorar la prueba testimonial. Los resultados sugieren que la incorporación de ajustes razonables y condiciones de accesibilidad constituye un requisito necesario, aunque insuficiente, para resolver las dificultades asociadas a la evaluación de la credibilidad en esta población.

## 6. Discusión

Los resultados obtenidos permiten identificar una tensión persistente entre los avances alcanzados en materia de acceso a la justicia para personas con discapacidad intelectual y las herramientas disponibles para la evaluación de la credibilidad testimonial. Si bien los distintos modelos analizados presentan fortalezas específicas, ninguno parece resolver de manera completa los desafíos que surgen al valorar testimonios producidos por niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual en contextos judiciales. Los hallazgos muestran que los enfoques tradicionalmente utilizados para la evaluación de la credibilidad, particularmente aquellos basados en el análisis de contenido de las declaraciones, fueron desarrollados a partir de parámetros de funcionamiento cognitivo, lingüístico y comunicacional propios de la población general. En consecuencia, cuando estos criterios son aplicados sin considerar la diversidad cognitiva, existe el riesgo de interpretar como indicadores de escasa credibilidad características que pueden estar asociadas al modo en que determinadas personas organizan, recuerdan o comunican sus experiencias. Esta observación resulta consistente con los aportes de la psicología cognitiva y de la psicología del testimonio, que han señalado que variables tales como la riqueza narrativa, la secuencialidad temporal, la atribución de estados mentales o la amplitud descriptiva pueden verse influidas por factores evolutivos, cognitivos y comunicacionales, sin que ello implique necesariamente una menor exactitud de los recuerdos ni una menor correspondencia con hechos efectivamente vividos (Manzanero, 2010; Verdugo Alonso, 2012). En este sentido, los resultados permiten cuestionar la persistencia de supuestos implícitos que continúan asociando discapacidad intelectual con menor fiabilidad testimonial. La evidencia revisada sugiere que el problema no radica en una supuesta incapacidad para testificar, sino en las limitaciones de los dispositivos utilizados para interpretar y valorar los testimonios producidos por esta población. Esta conclusión coincide con los planteos desarrollados por diversos autores que advierten que los errores en la valoración testimonial suelen originarse más frecuentemente en las condiciones de evaluación que en las capacidades de quienes declaran (Contreras et



al., 2015; Gudjonsson, 2018). Asimismo, el análisis realizado permite observar que los modelos que incorporan una evaluación previa de capacidades o una consideración explícita de las condiciones contextuales de producción del testimonio ofrecen mayores posibilidades para abordar esta problemática. Tanto HELPT como CAPALIST21 y ECAT-DI introducen elementos que permiten comprender el testimonio en relación con las características del declarante y las condiciones de accesibilidad presentes durante la entrevista. Sin embargo, incluso estos enfoques presentan limitaciones asociadas a la escasa validación empírica en contextos latinoamericanos y a la ausencia de una incorporación sistemática dentro de los procedimientos judiciales argentinos. Desde la perspectiva del modelo social de la discapacidad, estos hallazgos adquieren una relevancia particular. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que los Estados deben garantizar ajustes de procedimiento y condiciones de accesibilidad que permitan la participación efectiva de las personas con discapacidad en los procesos judiciales. En consecuencia, la evaluación de la credibilidad testimonial no puede limitarse al análisis de las características individuales del testigo, sino que debe considerar también las barreras institucionales y metodológicas que pueden afectar la producción, comprensión y valoración de sus declaraciones. Bajo esta perspectiva, la incorporación de ajustes razonables y estrategias de accesibilidad comunicacional no debe interpretarse como una flexibilización de los estándares de evaluación ni como una excepción metodológica. Por el contrario, constituye una condición necesaria para garantizar que los procesos de valoración testimonial se desarrollen en condiciones de igualdad y respeten los principios de debido proceso y acceso efectivo a la justicia. Finalmente, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la producción de conocimiento en este campo dentro del contexto argentino y latinoamericano. La escasez de investigaciones empíricas, la limitada validación local de instrumentos y la insuficiente formación especializada de operadores judiciales constituyen obstáculos relevantes para el desarrollo de prácticas evaluativas consistentes con el enfoque de derechos humanos y con los avances contemporáneos de la psicología del testimonio. En este sentido, el estudio aporta elementos para pensar futuras líneas de investigación y desarrollo institucional orientadas a construir procedimientos de evaluación más accesibles, rigurosos y respetuosos de la diversidad cognitiva.

## 7. Consideraciones finales

El presente trabajo se propuso analizar críticamente los principales enfoques técnico-forenses utilizados para la evaluación de la credibilidad testimonial de niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual, con el propósito de identificar sus alcances, limitaciones e implicancias para el acceso a la justicia en el contexto argentino.

El análisis realizado permitió constatar que los modelos actualmente disponibles ofrecen aportes relevantes para la valoración de testimonios en contextos judiciales, pero presentan dificultades cuando son aplicados sin considerar las particularidades cognitivas, comunicacionales y contextuales que atraviesan a esta población. En particular, se observó que diversos criterios tradicionalmente utilizados para valorar la credibilidad testimonial fueron desarrollados sobre parámetros de funcionamiento propios de la población general, lo que puede generar interpretaciones sesgadas cuando se utilizan de manera descontextualizada.

Uno de los principales hallazgos del trabajo consiste en evidenciar que las dificultades observadas en la valoración de los testimonios no pueden atribuirse exclusivamente a características individuales de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual. Por el contrario, el análisis sugiere que una parte significativa de los problemas identificados se vincula con las limitaciones de los dispositivos de evaluación disponibles, la insuficiente incorporación de criterios de accesibilidad cognitiva y la

escasa articulación entre los avances normativos en materia de derechos y las prácticas técnico-periciales efectivamente implementadas.

Desde esta perspectiva, el estudio contribuye a desplazar el foco analítico desde una mirada centrada en el déficit individual hacia una comprensión relacional del problema, en la que adquieren centralidad las condiciones institucionales, metodológicas y comunicacionales que intervienen en la producción y valoración de la prueba testimonial. Este desplazamiento resulta consistente con los principios establecidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y con los desarrollos contemporáneos del modelo social de la discapacidad, que conciben las barreras del entorno como un elemento central para comprender las situaciones de exclusión y desigualdad.

Los hallazgos obtenidos permiten sostener que la accesibilidad comunicacional y los ajustes razonables no constituyen elementos accesorios del proceso judicial, sino condiciones indispensables para garantizar una participación efectiva y una valoración adecuada de los testimonios producidos por personas con discapacidad intelectual. En consecuencia, la evaluación de la credibilidad requiere ser concebida como un proceso que articule rigurosidad técnica, accesibilidad y enfoque de derechos, evitando la reproducción de criterios que puedan derivar en formas indirectas de exclusión.

Finalmente, este trabajo identifica la necesidad de profundizar la producción de conocimiento en el contexto argentino y latinoamericano sobre la evaluación testimonial en personas con discapacidad intelectual. En particular, resulta necesario promover investigaciones orientadas a la validación de instrumentos en contextos locales, al desarrollo de criterios de evaluación sensibles a la diversidad cognitiva y al fortalecimiento de la formación especializada de operadores judiciales y profesionales de la psicología forense.

En este sentido, más que ofrecer respuestas definitivas, el trabajo busca contribuir a una discusión aún incipiente en nuestro medio, aportando elementos para la construcción de prácticas judiciales más accesibles, rigurosas y respetuosas de los derechos de niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual.

## Referencias Bibliográficas

- Arce, R., y Fariña, F. (2005). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio: la huella psíquica y la simulación. En C. Sierra, M. Jiménez y G. Buena-Casal (Coords.), *Psicología forense: manual de técnicas y aplicaciones* (pp. 563-601). Biblioteca Nueva.
- Caimari, L. (2019). *La vida en el archivo: goce, tedios y desvíos en el oficio de la historia*. Siglo XXI Editores.
- Cánepa, S., Donato, M. G., Dousdebés, D. M., y Vitale, G. M. A. (2024). Prácticas judiciales en los testimonios de niñas, niños y adolescentes. En G. Vitale (Comp.), *Medusa: víctimas, familiares y activistas contra el abuso sexual en la infancia*. EDULP.
- Contreras, M. J., Silva, E. A., y Manzanero, A. L. (2015). Evaluación de capacidades para testificar en víctimas con discapacidad intelectual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25(1), 87-96.
- González, J. L., y Manzanero, A. L. (2018). Obtención y valoración del testimonio: Protocolo holístico de evaluación de la prueba testifical (HELPT). Pirámide.
- Gudjonsson, G. H. (2018). *The psychology of false confessions: Forty years of science and practice*. Wiley-Blackwell.
- Loftus, E. F. (2005). Searching for the memory of things past. *American Psychologist*, 60(4), 361-366.



- Manzanero Puebla, A. L. (2010). Memoria de Testigos: Obtención y valoración de la prueba testifical. Pirámide.
- Manzanero, A. L. (2010). Hitos de la psicología del testimonio. Pirámide.
- Mercurio, E. (2021). Discapacidad intelectual y acceso a la justicia: desafíos para la evaluación testimonial. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 32(154), 45-54.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. ADAJUS. (s.f.). Programa Nacional de Asistencia para las Personas con Discapacidad en Relación con la Administración de Justicia. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/justicia/afianzar/discapacidad>
- Oliver, M. (1990). The politics of disablement. Macmillan.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Discapacidad. OPS.
- Pablo Solares de Lima, P. M. S. (2022). Actuación profesional del Perito Psicólogo de Parte.
- Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. CINCA.
- Recio, M., y Alemany, A. (2013). Protocolo de evaluación de las capacidades que afectan al testimonio de la persona con discapacidad intelectual (ECAT-DI). Fundación Carmen Pardo-Valcarce.
- Schallock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports (12th ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).
- Steller, M., & Köhnken, G. (1989). Criteria-based content analysis. En D. C. Raskin (Ed.), *Psychological methods in criminal investigation and evidence* (pp. 217-245). Springer.
- Undeutsch, U. (1967). Beurteilung der Glaubhaftigkeit von Aussagen. En U. Undeutsch (Ed.), *Handbuch der Psychologie* (Vol. 11, pp. 26-181). Hogrefe.
- Verdugo Alonso, M. Á. (2012). Discapacidad intelectual: adaptación social y problemas de comportamiento. Pirámide.
- Vrij, A. (2008). Detecting lies and deceit: Pitfalls and opportunities (2nd ed.). Wiley.
- Wells, G. L., & Lindsay, R. C. L. (1983). How do people categorize memory accuracy? En S. Lloyd-Bostock & B. Clifford (Eds.), *Evaluating witness evidence* (pp. 41-55). Wiley.

# El antiplatonismo en Nietzsche y Arendt: crítica a la tradición metafísica occidental

Por: Victoria Dahbar Kofler

UNSE (Instituto de Investigaciones Filosóficas - FHCSyS)  
CONICET / UCSE (Facultad de Ciencias de la Salud)

*...sólo como fenómenos estéticos aparecen revestidos de justificación el mundo y la existencia  
...Heráclito, 'el oscuro', comparaba la fuerza creadora del mundo a un niño que, de un lado a otro, juega a hacer construcciones con piedras y arena para luego  
proceder a derribarlas  
Nietzsche*

*Nada se edifica sobre la piedra, todo sobre la arena, pero nuestro deber es edificar como si fuera piedra la arena...  
Borges*

## Resumen

El artículo analiza el antiplatonismo en Friedrich Nietzsche y Hannah Arendt como crítica a la tradición metafísica occidental inaugurada por Platón, caracterizada por la escisión entre un mundo verdadero y uno aparente. Nietzsche denuncia esta dualidad como origen de la decadencia cultural y del nihilismo, profundizada por el cristianismo. Frente a ello, propone afirmar la vida en su carácter conflictivo, rechazando toda trascendencia y entendiendo la verdad como una construcción metafórica. Su antiplatonismo se articula en la crítica al dualismo, a la moral y en la reivindicación del cuerpo, el conflicto y la voluntad de poder.

Por su parte, Arendt desarrolla un antiplatonismo político y fenomenológico. Critica la subordinación de la política a la contemplación filosófica, iniciada por Platón, y reivindica la esfera pública como espacio de acción, pluralidad y discurso. Para Arendt, la verdad política no es absoluta sino contingente, ligada al juicio y al intercambio entre ciudadanos.

Ambos autores coinciden en cuestionar los "patrones fijos" de verdad y en revalorizar el mundo sensible y la experiencia humana. Mientras Nietzsche enfatiza la afirmación vital y la creación de valores, Arendt destaca la importancia del discurso, la acción y el mundo común. Así, sus propuestas convergen en la necesidad de recuperar la dimensión de la vida, la pluralidad y el conflicto frente a una tradición que los ha devaluado.

## Palabras clave

antiplatonismo; pluralismo; verdad

RECIBIDO ABRIL DE 2026 | EVALUADO JUNIO DE 2026 | PUBLICADO JUNIO DE 2026



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución NoComercial CompartirDerivadasIgual 3.0  
[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es\\_AR](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR)



## Abstract

This article examines the anti-Platonism of Friedrich Nietzsche and Hannah Arendt as a critique of the Western metaphysical tradition inaugurated by Plato, which established a division between a true, eternal world and a mutable, apparent one. Nietzsche interprets this dualism as the origin of cultural decline and modern nihilism, later reinforced by Christianity. In response, he affirms life in its conflictual and dynamic character, rejects transcendence, and redefines truth as a system of historically constructed metaphors. His anti-Platonism thus involves a critique of metaphysics, morality, and the devaluation of the body.

Arendt, by contrast, develops a political and phenomenological anti-Platonism. She criticizes Plato's elevation of contemplation over political action and argues that this shift undermined the public sphere. For Arendt, politics is grounded in action, plurality, and discourse, while truth in political life is not absolute but contingent and tied to collective judgment.

Despite their differences, both thinkers challenge fixed notions of truth and emphasize the importance of the sensible world and human experience. Nietzsche focuses on life-affirmation and value creation, whereas Arendt highlights discourse, action, and the shared world. Together, they offer a critique of metaphysical tradition and a renewed understanding of human existence grounded in plurality, conflict, and contingency.

## Keywords

anti-platonism; plurality; truth

El pensamiento occidental se ha configurado, en gran medida, a partir de una escisión inaugurada por Platón: la distinción entre un ámbito inteligible, verdadero y eterno, y un mundo sensible, cambiante y perecedero. Esta operación no solo estructuró una ontología, sino también una jerarquía de valores que orientó la comprensión de la vida, el conocimiento y la política. La subordinación de lo sensible a lo inteligible y de la praxis a la contemplación constituye uno de los núcleos problemáticos de la tradición metafísica occidental.

En este marco, las críticas de Friedrich Nietzsche y Hannah Arendt pueden leerse como dos formas divergentes pero convergentes de antiplatonismo. La hipótesis de este trabajo sostiene que, a pesar de sus diferencias de registro (genealógico y vital en Nietzsche; fenomenológico y político en Arendt), ambos autores comparten un gesto crítico fundamental: la impugnación de los "patrones fijos" de verdad y la consiguiente revalorización del mundo de la experiencia como ámbito constitutivo de sentido. Este desplazamiento implica, a su vez, una reconfiguración de las categorías de verdad, lenguaje y acción.

Mientras Nietzsche denuncia el dualismo metafísico como origen de una cultura de la negación de la vida, proponiendo su afirmación en términos de conflicto, immanencia y creación de valores, Arendt cuestiona la subordinación de la política a la filosofía, reivindicando la pluralidad, el juicio y el discurso como dimensiones irreductibles del mundo común. En ambos casos, el rechazo del platonismo no se limita a una crítica histórica, sino que habilita una reconsideración de las condiciones bajo las cuales la existencia humana puede adquirir sentido.

El objetivo de este artículo es, por un lado, reconstruir los fundamentos del antiplatonismo nietzscheano y, por otro, analizar el modo en que Arendt se enfrenta al legado platónico, especialmente en el ámbito de la filosofía política. Finalmente, se propone identificar los puntos de convergencia y divergencia entre ambos autores, mostrando que su crítica a la tradición metafísica no sólo desestabiliza la noción de verdad como correspondencia con un orden trascendente, sino que también abre la posibilidad de pensar la vida humana desde la contingencia, la pluralidad y el conflicto.

## Nietzsche y la crítica al platonismo

Para Nietzsche, Platón es el iniciador de un proceso de decadencia cultural y filosófica que culmina en el nihilismo moderno. La oposición entre mundo verdadero y mundo aparente, sea bajo la forma de la dualidad inteligible/sensible, alma/cuerpo o razón/pasión, funda una jerarquía que desprecia la vida concreta. La metafísica platónica se convierte así en el primer movimiento que Nietzsche analiza en profundidad; mientras, el cristianismo aparece como un segundo momento, aquel que ha sido denominado "un platonismo para el pueblo".

En *El nacimiento de la tragedia* (2010 [1871]), Nietzsche diagnostica que la cultura griega clásica había encontrado en la tragedia una síntesis estética entre lo apolíneo y lo dionisiaco, capaz de reconciliar al hombre con la existencia. Sin embargo, la irrupción de Sócrates y Platón introduce el dominio de la dialéctica y la razón como remedio frente al sufrimiento, lo que produce una cultura optimista, racionalista y, en última instancia, decadente. La tragedia se ve desplazada por el logos, y la vida queda reducida a un "problema de conocimiento".

Este movimiento funda lo que Nietzsche entiende como una enfermedad: la sustitución de la afirmación trágica de la vida por la negación ascética. Platón, según interpreta el filólogo alemán, inaugura la promesa de un mundo trascendente que redime la existencia, pero que, al mismo tiempo, la devalúa. En consecuencia, la tarea de Nietzsche será mostrar que la vida debe ser afirmada en su carácter conflictivo, sin recurrir a consuelos metafísicos.

### I. Vida y conflicto

La pregunta por lo que es bueno para la vida es un hilo conductor de la obra nietzscheana. Primero está la vida, nos importa esta misma en tanto vida, dirá; después el "bien". En *El nacimiento de la tragedia* el arte aparece como la actividad central y metafísica<sup>1</sup> de la vida.

1 En la griega clásica se llamaba "meta" a los camiones de mudanza: aquello que transporta algo de un lugar a otro.



Allí, se muestra cómo Nietzsche dispone la vida en términos metafísicos. El conflicto aparece como el antagonismo entre lo apolíneo y lo báquico o dionisiaco. En el primer caso, la forma representada a través de la plástica y los sueños (fenómeno fisiológico de lo apolíneo) da lugar al "principio de individuación" o "principio de aparición radiante". En el segundo caso, tiene lugar otro principio que nos conduce detrás de la apariencia:

En el ditirambo dionisiaco el hombre se siente impelido a intensificar todas sus facultades simbólicas; es entonces cuando algo hasta ahora nunca experimentado apremia para manifestarse: la destrucción del velo de Maya, la unificación en cuanto genio de la especie, hasta de la misma naturaleza. Es el momento en el que la esencia de la naturaleza debe expresarse simbólicamente; se necesita un nuevo mundo de símbolos: de entrada, toda simbólica corporal, no sólo el simbolismo de la boca, del rostro, de la palabra, sino de todos los gestos completos de baile susceptibles de mover rítmicamente todos los miembros. (Nietzsche, *El origen de la tragedia*, 2010, p. 32)

La Unidad primordial (Ur-eine) muestra su fulgor a través del fenómeno fisiológico de la embriaguez. Nietzsche sostiene que la Tragedia del s. VII clásico combinó ambas instancias y, de algún modo, redimió al antagonismo. Es así que, en esta primera obra, Nietzsche expone al arte como una necesidad vital, especie de Dios salvador que permite soportar la vida, instancia que para ser soportable tiene que redimir (Erlösung: redención) la existencia a través del arte mismo y de la religión. El plano de la existencia es donde se desarrolla lo malo y lo sufriente. El volumen metafísico es de la existencia a lo apolíneo y a lo dionisiaco, para lograr la redención. Lo apolíneo impulsa hacia arriba, lo dionisiaco hacia abajo. Estos dos planos son impulsos fisiológicos, efectos sentidos en el cuerpo: en el caso de lo dionisiaco a través del sueño (belleza plástica), en el caso de lo apolíneo a través de la embriaguez (desindividuación báquica).

Ahora bien, ¿cómo se relaciona esto con el conflicto? En ambas instancias estéticas el hombre se encuentra calmo y seguro, ya que por medio de los dos impulsos redimimos el conflicto presente en el plano de la existencia. La salud aparece como ese pesimismo trágico que produce impulsos básicos por medio del arte y de la religión. La enfermedad, en cambio, aparece como el optimismo socrático que coloca a la razón como remedio (que no es lo mismo que cura). Si hay algo que en Nietzsche se sostiene es la idea de una existencia que posee inherentemente al conflicto y a lo sufriente. Lo que sí cambia al romper el esquema metafísico<sup>2</sup> que aparecía en *El origen de la tragedia* es que la existencia no va a seguir siendo vista como una instancia completamente<sup>3</sup> negativa. El problema de esa instancia racional que Nietzsche señala como el comienzo de la decadencia con Sócrates y la dialéctica, es que la vía racional posibilita deshacer el conflicto y el sufrimiento. El hombre trágico tiene una actitud de pesimismo que significa el reconocimiento de la existencia como algo horrible, lo que produce una "vida fuerte". En cambio, el hombre del siglo V, tiene a Sócrates como figura de decadencia. En esta época triunfa la dialéctica, el razonamiento hablado, por sobre el arte. La actitud vital de la época de decadencia es el optimismo (la vida en sí no es considerada como sufriente).

En Nietzsche la vida ascendente atraviesa el conflicto y el sufrimiento, la vida descendente, en cambio, lo evita: el conflicto es entendido como la potencialidad de algo, el movimiento y el carácter historizante de la vida humana. Cuando hay conflicto hay instancias (azar, accidente) que se abren, aquí se encuentra el valor de la vida porque es el momento en el que puede pasar algo no predeterminado: el conflicto sirve para crecer.

2 En *El origen de la tragedia* se busca no modificar la existencia sino volverla más soportable mediante movimientos metafísicos y estéticos.

3 En *Humano, demasiado humano* Nietzsche aborda la dinámica vital a partir de las disposiciones fundamentales vinculadas al dolor y al placer: aquello que produzca dolor será visto como negativo. No será sino en *Así habló Zaratustra* cuando la existencia adquiere un valor afirmativo (a partir de la noción de "inocencia del devenir").

#### I. Hendir el propio caparazón

En sus obras de madurez, como *Humano, demasiado humano* (2010 [1878]), *La gaya ciencia* (2010 [1882]) y *Así habló Zaratustra* (2010 [1883-1885]), Nietzsche rompe con el marco metafísico inicial de su pensamiento y profundiza en la crítica a los valores heredados. La vida ya no es justificada mediante un trasfondo estético o trascendental, sino que se la concibe como pura immanencia, voluntad de poder, conflicto de fuerzas. La existencia se despliega en un plano único, sin mundos superiores, donde el cuerpo y sus impulsos adquieren centralidad.

En este contexto, el cristianismo es visto como la radicalización del error platónico: no sólo consolida la oposición entre lo verdadero y lo aparente, sino que introduce la moral como una forma de resentimiento contra la vida. El resultado es la pérdida de valor de los valores supremos y la incapacidad de la cultura occidental para afirmar la existencia sin recurrir a trascendencias. El antiplatonismo nietzscheano se expresa, entonces, en tres ejes fundamentales: la crítica al dualismo metafísico, la denuncia de la moral como herencia platónica y cristiana, y la afirmación de la vida y el cuerpo en su carácter conflictivo<sup>4</sup>.

En *Humano, demasiado humano*, Nietzsche rompe con el esquema metafísico presentado en *El origen de la tragedia*. Allí, sostendrá que la metafísica produce error. Luego, se produce una síntesis de la totalidad de los planos al plano de la existencia. Esto se puede leer como una implosión: todo cae y se junta en mismo plano; los planos se pliegan, entonces, el problema es otro: ¿Cómo se distribuye la energía? ¿Cómo es un mismo plano en donde todo se condensó, se produce la distribución de las fuerzas? Lo que es seguro es que los movimientos son immanentes y ya no trascendentes, pero no sabemos cuál es ese movimiento immanente.

Los antiguos caminos trascendentales: metafísicos, fijos y seguros, desaparecen si ya no poseemos los planos que positivizan, si rompemos el esquema metafísico (acá había traslación a los planos, sus movimientos nos daban la redención) y pasamos al plano de la existencia (donde no hay nada seguro ni fijo). Entonces, algo bueno tiene que haber en la existencia misma. Los impulsos vitales acá van a significar la búsqueda de placer y la evasión del dolor: se reconfiguran porque la existencia es mutable, conflictiva (economía vital austera, el objetivo va a ser reducir el riesgo vital y evitar el conflicto lo más posible).

En *La gaya ciencia* el impulso vital va a ser el de autoconservación, economía insensata de una dinámica vital que busca la alegría malvada y vive la ansia de dominio. Acá para conservarse hay que arriesgarse, no se trata de conservar la vida en general. Ahora, lo que queremos conservar es una vida específica.

Aun teniendo en cuenta las diferentes modificaciones en el corpus nietzscheano, la manera de preguntar por la vida se sostiene: ¿qué es lo bueno para la vida? Mientras que la propuesta nietzscheana en *El origen de la tragedia* y *Humano, demasiado humano* es levantar el peso de la existencia y la vida enferma se entiende como el desorden de los impulsos, traducido en un conflicto interno; en *La gaya ciencia* la vida tiene que vivir a través del conflicto, en el riesgo.

4 Bacarlett Pérez (2006) trabaja la categoría de "cuerpo" como clave hermenéutica para comprender el vitalismo nietzscheano y su crítica a la tradición metafísica occidental. El cuerpo, lejos de ser una entidad secundaria frente al alma o la razón, constituye en la lectura nietzscheana de la autora el punto de intersección entre vida y existencia, allí donde se libran los conflictos internos y externos que caracterizan la experiencia vital. Bacarlett Pérez subraya que la noción nietzscheana de enfermedad no debe entenderse de manera patológica estricta, sino como metáfora del desorden de los impulsos vitales, es decir, como una vida que ha perdido la capacidad de afirmación. En este sentido, la enfermedad cultural que Nietzsche diagnostica se relaciona directamente con la herencia platónica y cristiana, que habrían desviado la energía vital hacia ideales trascendentes, negando el valor de la existencia concreta. La salud, en cambio, se asocia con la capacidad de asumir el conflicto y el sufrimiento como parte constitutiva de la vida, transformándolos en ocasión de crecimiento y de creación de nuevos valores. En este marco, el cuerpo es la instancia donde se produce la lucha de fuerzas y donde se decide la posibilidad de una vida ascendente.



## Arendt y el antiplatonismo político

Hannah Arendt, en el marco del siglo XX, también cuestiona el legado de Platón, aunque lo hace desde un registro distinto al de Nietzsche en el marco de una especie de "fenomenología política". En *La condición humana* (2020 [1958]) y en *La vida del espíritu* (2002 [1978]), Arendt muestra cómo Platón introduce una inversión fundamental en la filosofía política: el desplazamiento de la esfera pública de la polis en favor de la contemplación filosófica.

Este desarrollo es claro en la producción política arendtiana de los años '50: conferencias, textos y obras que cuentan con la reflexión acerca de una posible articulación entre filosofía y política. En este contexto, el pionero será su *Sócrates* (2015 [1954]). El juicio y condena de Sócrates, según Arendt (p. 44), marca para Platón la evidencia de que la polis es incapaz de reconocer el valor del filósofo. En consecuencia, el ateniense propone sustituir el gobierno de los ciudadanos por el gobierno del filósofo-rey. De este modo, la política deja de ser un espacio de acción y deliberación entre iguales, y se convierte en una actividad subordinada a la sabiduría contemplativa. La célebre alegoría de la caverna simboliza para Arendt este gesto anti-mundano: el filósofo que abandona el mundo de las apariencias para contemplar las ideas se aparta de la pluralidad y del juicio (facultad política por excelencia). El resultado es una tradición filosófico-política que desconfiaba de la política y que tiende a imponer modelos absolutos sobre la vida en común.

Para Arendt, la filosofía platónica inaugura la supremacía de la teoría sobre la práctica. Los patrones absolutos, eternos e inmutables que la filosofía busca no pueden servir como medida de la acción política, la cual se caracteriza por su contingencia y su imprevisibilidad. La política, sostiene Arendt, es el ámbito de la acción y de la palabra, del encuentro entre iguales en un mundo común.

### I. Lenguaje: discurso y narratividad

Hannah Arendt sostiene, particularmente en *La condición humana*, que el "discurso" ocupa un lugar central como dimensión constitutiva de la praxis. No se trata simplemente de la capacidad de hablar, sino de una facultad que revela la singularidad de cada sujeto en el espacio público y que, al mismo tiempo, da sentido a la acción al hacerla comprensible para otros (Arendt, 2020, p. 200). El discurso es, entonces, el medio por el cual los asuntos humanos se vuelven visibles y reales. El mismo cumple con una doble función: por un lado, iguala, porque todos compartimos la capacidad de hablar; por otro lado, distingue, porque el discurso revela a alguien en su diferencia. Sólo en este intercambio, en esta revelación frente a otros que escuchan y responden, la acción adquiere veracidad y sentido.

Arendt insiste en que esta dimensión reveladora del discurso es inseparable del "mundo común": ese espacio compartido que une y separa, como una mesa alrededor de la cual nos sentamos (Arendt, 2020, p. 62). Sin discurso, la acción permanece muda; y cuando el discurso se degrada en propaganda o en lenguaje meramente técnico, la vida política pierde su riqueza y hasta su misma posibilidad. La acción pierde orientación y reconocimiento, y la política corre el riesgo de desaparecer como "espacio de aparición".

Aquí es donde Arendt rescata figuras como Sócrates y Lessing: el primero, como paradigma de un pensamiento aporético que no pretende alcanzar verdades definitivas sino ejercitar el diálogo (Arendt, 2015, p. 53); el segundo, como ejemplo de una actividad intelectual que se sostiene en un "diálogo anticipado con otros" sin clausurarse en resultados (Arendt, 2017, p. 20). En ambos casos, se trata de modelos de un pensamiento plural y comunicativo que iluminan el mundo común. Para ellos, la política no consistía en imponer una verdad, sino en abrir un espacio donde las opiniones múltiples puedan encontrarse.

El Lessing político, y esto es lo que interesa profundamente a Arendt, insistió en que la "verdad" solo puede existir donde cada hombre no dice lo que se le ocurre sino lo que "considera verdadero", es decir, allí donde cada hombre opina críticamente. Y la particularidad de la opinión es que da cuenta de la posición: "la objetividad se

encuentra relacionada con una parcialidad siempre vigilante por la relación de los hombres con su mundo, teniendo en cuenta sus posiciones y opiniones" (Arendt, 2017, p. 40).

En esta línea, Julia Kristeva (2013, p. 101) ha señalado que Arendt se consagró a lo "no divino", es decir, a la palabra viva que despliega la vida del espíritu como vida política. Y lo hizo dándole al relato un lugar fundamental. Para Arendt, la acción sólo se vuelve plena cuando es narrada, cuando puede convertirse en historia compartida. Así, nuestra autora entiende que el relato organiza la memoria y resguarda la acción del olvido, permitiendo que cobre sentido para los demás.

Ahora bien, ¿qué sucede cuando el discurso se cierra sobre sí mismo? El 11 de mayo de 1960, bajo el gobierno de Frondizi, fue capturado en la República Argentina Adolf Eichmann. Eichmann fue acusado de 15 delitos: contra el pueblo judío, crímenes de lesa humanidad, y crímenes de guerra. Se declaró inocente (en el sentido en que se formula la acusación). Arendt (2016, p. 84) señala que Eichmann posee una marcada incapacidad para articular un discurso propio sin recurrir a frases hechas y clichés; sostiene que su pensamiento estaba "repleto hasta el borde" de fórmulas estereotipadas que le proporcionaban una sensación de satisfacción, incluso cuando se enfrentaba a los crímenes de los que era acusado. Eichmann había estado a cargo de la deportación, del transporte que llevaba al exterminio a los judíos.

Para Arendt, Eichmann no miente, no es fanático, tampoco odia; es leal a Hitler, y la palabra de Hitler se convierte, para él, en ley. La banalidad del mal es el momento en el cual las palabras se sienten impotentes: Eichmann se presentaba a sí mismo como alguien que no debía juzgar las órdenes recibidas, limitándose a obedecerlas. Arendt se basa en esto para defender el juicio al que todo ser humano se debe. La banalidad del mal es esto, nos dirá, la imposibilidad o dificultad para pensar y juzgar.

El discurso cumple la función de cristalizar lo común, es una de las dimensiones de la praxis mediante la cual la compleja trama de lo humano adquiere "sentido". Arendt muestra cómo su resquebrajamiento da lugar a ideologías, cosmovisiones homogéneas y pérdida del mundo común. Cuando algo de esto sucede, el elemento común a todos los hombres puede confundirse con una "naturaleza" o "esencia" (nuevamente, ideas fijas y absolutas).

Cuando el discurso se convierte en un repertorio de fórmulas inamovibles, cuando se erige como verdad única o se degrada en insultos, lo que está en riesgo es la ciudadanía misma. Como advierte Arendt, cuando la palabra deja de revelar y se convierte en mera arma, la política se degrada a propaganda o a técnica de dominio. Lo que se pierde en este tipo de discurso es precisamente lo que Arendt defendía: la posibilidad de un espacio común donde la pluralidad de perspectivas puede entrelazarse. Sin pluralidad no hay ciudadanía, solo administración, obediencia o confrontación vacía.

¿Cuáles son las consecuencias de no dejar de lado el impulso a explicar de manera total y definitiva lo que ocurre en el mundo? Arendt ensayó su respuesta acorde a su tiempo, con la propuesta de preservar la diversidad de puntos de vistas, de pluralidad de perspectivas; y, por lo tanto, también el disenso, como aquellas dimensiones dinamizadoras de los asuntos humanos.

Sin discurso la ciudadanía se degrada a mera administración o control, perdiendo su carácter creativo y deliberativo. Aquella ciudadanía que implica responsabilidad por el mundo, y que por ello se encuentra ligada a la capacidad de juicio y al compromiso con la pluralidad. En tanto el sentido no está dado de antemano, surge de la interacción de discursos múltiples, muchas veces conflictivos: pues sí, la ciudadanía es una práctica.

La reflexión arendtiana nos recuerda que el discurso político no es un mero instrumento, sino el tejido mismo de la ciudadanía. Allí donde se empobrece, ya sea por la tecnificación económica o por la violencia verbal, la vida política pierde su capacidad creadora. En tiempos de discursos simplificadores y excluyentes, recuperar el carácter plural, narrativo y revelador del discurso constituye no sólo una exigencia académica, sino también un acto de resistencia



ciudadana. Por ello, y en contra del uso de "ideas" pétreas que carecen de sentido, en el marco de estas investigaciones se seguirá sosteniendo: más democracia.

## II. Arendt lectora de Nietzsche

Ambos autores cuestionan las consecuencias políticas, éticas y ontológicas de la tradición platónica, especialmente su tendencia a despreciar el mundo concreto en favor de realidades ideales. Si bien de diversos modos, y reconociendo a la Arendt lectora de Nietzsche, la pregunta por el modo de actuar del hombre en la complejidad de una historia que lo "tira para abajo" y atenta contra sus características más propias (en Arendt, la condición de la "pluralidad", en Nietzsche "conflicto y riesgo") es un hilo fundamental para la comprensión de sus corpus:

La particularidad del pensamiento de Hannah Arendt reside efectivamente en saber asumir críticamente, dentro de sus preguntas sobre la relación entre filosofía y el mundo de los asuntos humanos, el significado de la reacción filosófica y cultural ocurrido entre finales del siglo XIX y principios del XX, señalada por la crítica radical de Nietzsche y por la reflexión que esta herencia intelectual desarrolla. Si ahora nos tuviéramos que preguntar, como a menudo se ha hecho, si Arendt está con Aristóteles o con Nietzsche, o bien si su filosofía es portadora de propuestas normativas o 'refundativas' o propuestas críticas y 'deconstructivas', se podría también formular de este modo la cita: Hannah Arendt hace un uso nietzscheano, o mejor dicho, como veremos, post-nietzscheano, de algunas categorías aristotélicas. (Forti, 2001, pp. 38-39)

Arendt comparte con Nietzsche la crítica a la trascendencia y al desprecio del mundo sensible. Su propuesta es la relectura crítica de la tradición. Tal y como Passerin d'Entrèves (1994) señaló, influida por Heidegger y Benjamin, Arendt desarrolla una hermenéutica fragmentaria y deconstructiva, que busca recuperar los orígenes perdidos de los conceptos y rescatar las experiencias de pluralidad y acción frente a la tradición metafísica. En el caso de Benjamin, la autora ha utilizado su historia fragmentaria buscando identificar los momentos de ruptura, desplazamiento y dislocación de la historia. Respecto a Heidegger, utiliza su lectura deconstructiva de la tradición filosófica occidental, la cual nos permite recuperar los orígenes perdidos de nuestros conceptos y categorías filosóficas.

## III. Espacio de aparición, juicio y discurso

En este marco, el antiplatonismo de Hannah Arendt puede comprenderse, en primer lugar, como una reivindicación del ámbito de la apariencia frente a la tradición que la ha devaluado. Contra el gesto platónico que opone verdad y mundo sensible, Arendt sostiene que la realidad de los asuntos humanos no se encuentra "detrás" de lo que aparece, sino precisamente en el aparecer mismo, en aquello que se manifiesta en un espacio compartido. El mundo común no es un velo a atravesar, sino la condición misma de lo real en política. En este sentido, la autora invierte la jerarquía metafísica heredada: no hay una verdad superior que funde la experiencia, sino que es la experiencia plural la que constituye el horizonte de sentido. La crítica arendtiana no implica un relativismo, sino un desplazamiento: de la verdad como adecuación a un orden trascendente hacia la verdad como fenómeno que emerge en el "entre" de las relaciones humanas.

Esta reconfiguración se articula con una concepción específica del juicio<sup>5</sup>, entendida como facultad política fundamental. A diferencia de los modelos que buscan aplicar normas universales a

los casos particulares, el juicio en Arendt es siempre situado, contingente y dependiente de la pluralidad de perspectivas. Inspirada en su lectura de Kant, la autora concibe el juzgar como la capacidad de "pensar representativamente", es decir, de considerar los puntos de vista de otros sin subsumirlos en una regla fija. De este modo, el juicio se opone tanto a la imposición de verdades absolutas como a la disolución de todo criterio: no hay fundamentos últimos, pero tampoco indiferencia. Esta concepción permite comprender la política como un espacio de deliberación en el que el sentido no está dado de antemano, sino que se construye en la interacción entre ciudadanos.

Finalmente, el lugar central que Arendt otorga al discurso refuerza su crítica al platonismo en clave política. El discurso no es meramente un instrumento de comunicación, sino la condición de posibilidad de la acción y de la constitución del mundo común. A través de la palabra, los individuos no solo intercambian opiniones, sino que revelan su singularidad y hacen inteligibles sus acciones ante otros. Cuando esta dimensión se degrada (ya sea por su reducción a fórmulas estereotipadas, lenguaje técnico o propaganda) no solo se empobrece la comunicación, sino que se ve amenazada la existencia misma de lo político. En este sentido, el análisis arendtiano de figuras como Adolf Eichmann resulta paradigmático: la incapacidad de articular un discurso propio, más allá de clichés y obediencias, expresa una falla en la facultad de juzgar y, con ello, una forma extrema de desvinculación respecto del mundo común. Así, la crítica al platonismo se traduce en una defensa de la palabra viva, del juicio y de la pluralidad como condiciones irreductibles de la vida política.

El antiplatonismo arendtiano, entonces, puso el acento en el rostro político y fenomenológico del asunto: afirmó la importancia del aparecer, de la pluralidad, del juicio y de la acción frente a una tradición que los subordinó al gobierno de los "sabios" y a la contemplación de lo eterno.

## Sobre verdad

Un punto de contacto interesante entre Nietzsche y Arendt es la crítica a los "patrones fijos" de verdad heredados del platonismo. Para Nietzsche, en su ensayo *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral* (2010 [1873]), la verdad no es un acceso a una esencia inmutable, sino un conjunto de metáforas cristalizadas por el uso. El lenguaje es una ficción útil que permite la vida en común, pero que no debe confundirse con una correspondencia absoluta con la realidad. A los valores se los tiene en tanto y en cuanto tengo una pauta fija, lo que Nietzsche plantea es que no tenemos seguridad para determinar de una vez y para siempre esta pauta fija.

Arendt, por su parte, sostiene que Platón introduce en política un modelo de verdad que busca patrones absolutos, extraños a la contingencia de la acción. En "Verdad y política" (2016 [1967]), Arendt subraya que la política no se mide por verdades eternas, sino por la capacidad de juicio de los ciudadanos en común: verdades de hecho o fácticas. El problema del platonismo es que convierte al filósofo en poseedor de una verdad "absoluta", despojando a la política de su carácter plural y deliberativo.

En ambos autores, entonces, la verdad se redefine como algo ligado al mundo humano, histórico y conflictivo, y no como una esencia trascendente. El lenguaje, en consecuencia, no es un mero reflejo de la realidad, sino una herramienta de creación y de acción. Tanto en Nietzsche como en Arendt encontramos la misma insistencia en torno a los "patrones fijos" que desde el platonismo funge como la medida de asuntos que tienen en su núcleo constitutivo un carácter conflictivo. Esta crítica condiciona en ambos autores la redefinición del concepto de "verdad".

Por su parte, Nietzsche define al hombre como un animal astuto que inventa el conocer. A su vez, el conocimiento tiene su propio efecto: el engaño. El intelecto humano es el recurso que nos conserva, mientras desarrolla sus fuerzas en la ficción, ya que mediante la ficción el hombre logra aplacar la lucha (que es constitutiva) por la existencia. Ahora bien, ¿de dónde procede,

5 Sobre la teoría del juicio en Hannah Arendt mucho se ha dicho y debatido. Nuestro trabajo se retrotrae a otro momento de su práctica reflexiva. De todos modos, nos interesa remarcar que el juicio es, en el corpus arendtiano, la facultad que permite la conexión entre el pensamiento y el espacio de aparición. El "juicio" que aquí mencionamos se corresponde con el modelo de juicio reflexivo (Kant distingue entre "juicios determinantes", en los cuales se subsume un particular bajo un universal, y "juicios reflexivos", en los cuales se pretende hallar lo universal contando sólo con un particular). Arendt se ha centrado, para el estudio del juicio, en la prudencia aristotélica y la "mentalidad ampliada" del estudio kantiano sobre el juicio estético. Se inspira en ambos autores para pensar modos de juzgar. La pensadora política detiene su inquietud en el juicio reflexivo porque es el que le permite pensar los asuntos contingentes y particulares de los asuntos humanos.



teniendo en cuenta el engaño del intelecto, el impulso hacia la verdad? Necesitamos de un "Tratado de Paz", sostendrá, que fije acuerdos como una instancia necesaria para vivir con otros. La verdad nietzscheana es una metáfora cristalizada y el lenguaje una ficción y herramienta útil con capacidad de creación de la realidad (crear conceptos es fijar algo). Necesitamos que las ficciones se solidifiquen o fijen. A su vez, la verdad se construye históricamente, aquí operan el "olvido" y el "uso" permanente. La búsqueda de fijeza en torno a las metáforas que tienen movimiento permite: orden. El problema reside en tomar a las ficciones por "verdades absolutas o fijas".

Para Nietzsche, una vida decadente significa vivir a través del fundamento o de "un" fundamento: hay fundamento, pero el fundamento es construido y no hay nada que no esté dentro del carácter metafórico.

### El vitalismo nietzscheano

En Más allá del bien y del mal ([1886] 2010), Nietzsche distingue entre lo "malvado" y lo incorrecto, subrayando que la moral convencional no siempre coincide con lo vitalmente significativo. La vida, para Nietzsche, se organiza en torno a los ejes de autoconservación, crecimiento y expansión del sentimiento de poder, principios que se desarrollan con mayor claridad en Así habló Zaratustra, donde introduce la noción del hombre como puente y la aspiración hacia el superhombre.

El concepto de "voluntad de poder" se distingue de la mera voluntad de vida: mientras la primera implica trayectoria vital, conflicto y autosuperación (*Selbstüberwindung*), la segunda se orienta simplemente a la conservación. La vida, según Nietzsche, debe inscribirse en la lógica de la lucha, soportando el sufrimiento y superando continuamente las limitaciones impuestas por la cultura y la moral heredadas. Este dinamismo se expresa también en el lenguaje, que en Así habló Zaratustra adquiere un carácter creativo y ficticio, como el ditirambo, permitiendo nombrar la existencia y otorgarle sentido.

En su evolución filosófica, Nietzsche pasa de concebir la vida en términos metafísicos y estéticos, como en El nacimiento de la tragedia, a una concepción estrictamente immanente, donde los impulsos vitales y el conflicto constituyen la base de la existencia. Obras posteriores como Humano, demasiado humano y La gaya ciencia desarrollan esta perspectiva, rechazando fundamentos absolutos y proponiendo la creación de conceptos como herramientas útiles para organizar la vida y la civilización. La voluntad de poder se realiza a través de resistencias y la interacción con el mundo exterior, mientras que la capacidad creativa determina el carácter activo frente a la vida decadente.

Sobre todo, Nietzsche aborda una cuestión axiológica: no se trata de conservar la vida per se, sino de elegir qué tipo de vida se desea, orientando la energía vital hacia la autosuperación y la proyección transformadora sobre el mundo. Critica la lectura darwinista<sup>6</sup> de la vida, por imponer patrones biológicos/naturales sobre lo humano, y afirma la plasticidad de la existencia, donde la lucha y la resistencia son condiciones para alcanzar una vida ascendente y saludable.

En síntesis, la filosofía nietzscheana articula un proceso de transformación de los valores, priorizando la afirmación de la vida y la creatividad. La pregunta central que guía su obra es cómo modificar la dirección hacia una vida plena frente a dos mil años de decadencia occidental, utilizando la experiencia, el arte, el lenguaje y la reflexión ética como herramientas de resistencia y de reconfiguración. Eso sí, Nietzsche busca alcanzar el equilibrio, pero para volver a arriesgar.

6 Véase: Bacarlett Pérez, M. L. (2006); Zengotita, A. (2016). Al respecto nos interesa, sobre todo, marcar que el "gran" problema señalado por Nietzsche no es tanto la religión ni la figura de Dios (como se suele sostener) sino los "valores" cristianos, valores que continúan en las ciencias modernas. En eso también coincide con Arendt, gran crítica de las ciencias modernas y de su modelo hegemonizado (véase el prólogo a La condición humana).

### A modo de cierre

Si bien Nietzsche y Arendt operan en registros distintos, comparten un diagnóstico crítico: los efectos del platonismo produjeron una vida decadente en la historia de Occidente. Ambos consideran que este gesto tiene consecuencias negativas para la cultura occidental: en Nietzsche, conduce a la decadencia y a la pérdida de valores vitales; en Arendt, a la desvalorización de la política y del mundo común mientras lo que se pierde es el "sentido" de lo que hacemos.

Tal como señala Zengotita (2016, p. 64), en la filosofía nietzscheana el viviente se modeliza conflictivamente: Nietzsche afirma la vida en su conflictividad. Por su parte, Arendt reivindica el carácter conflictivo de los asuntos humanos nombrado en su corpus a partir del carácter deliberativo de la esfera pública en donde acción y pluralidad permiten a las singularidades revelar identidad en una trama de relaciones humanas.

Nietzsche concibe su crítica como una genealogía de la moral y de los valores, cuyo horizonte es la afirmación vital. Arendt asume la tradición como un campo de diálogo y reconstrucción (aquí, su formación hermenéutica será clave): su lectura de Platón es crítica. Arendt propone re-pensar la tradición para rescatar la dignidad de lo político y la libertad de las ciudadanas y los ciudadanos. Si pensamos a la tradición como el legado histórico, Nietzsche también reivindica momentos históricos: la Grecia trágica, el Imperio Romano, el Renacimiento, o la Francia napoleónica.

Tanto el antiplatonismo de Nietzsche como el de Arendt constituyen una de las claves para comprender sus proyectos filosóficos. En Nietzsche, el rechazo a Platón es la denuncia de una tradición cristiana que devalúa la vida en favor de mundos trascendentes, y su respuesta es la afirmación de la existencia como voluntad de poder, conflicto y creación. En Arendt, la crítica a Platón apunta a la subordinación de la política a la filosofía, y su propuesta es diferenciar ambas actividades, y reivindicar la acción, la pluralidad y el mundo común frente a una tradición que los despreció.

Ambos autores coinciden en señalar que la fidelidad a Platón implica una negación del mundo, y que la tarea del pensamiento es, precisamente, devolverle valor a la vida y a la experiencia concreta. Aun así, ambos autores poseen una base sólida mediante la lectura platónica y resguardan una profunda amistad intelectual con el ateniense.

Volver a pensar lo que hacemos fue la propuesta arendtiana en el extraordinario prólogo a La condición humana. Volver a pensar qué es lo bueno y lo malo en el marco de la pregunta primordial y valiente sobre qué vida queremos fue la propuesta nietzscheana que acompañó su corpus. La historia, en ambos autores, cobra el sentido de una vida narrada y posible a través de la fuerza plástica. La relevancia actual de este diálogo es evidente: frente a los intentos contemporáneos de absolutizar valores, verdades o modelos políticos, Nietzsche y Arendt nos recuerdan la necesidad de asumir la contingencia, la pluralidad y el conflicto como dimensiones constitutivas de la existencia humana; y elevarlas como flechas para dirigir las nuevas formas del futuro.

### Referencias Bibliográficas

- Arendt, H. (2015 [1954]). Sócrates. En La promesa de la política. Paidós.
- Arendt, H. (2020 [1958]). La condición humana. Paidós.
- Arendt, H. (2017 [1960]). "Sobre la humanidad en tiempos de oscuridad: reflexiones sobre Lessing". En Hombres en tiempos de oscuridad. Gedisa. Trad. de C. Ferrari & A. Serrano de Haro.
- Arendt, H. (2016 [1963]). Eichmann en Jerusalén. Penguin Random House.
- Arendt, H. (2016 [1967]). "Verdad y política". En Entre el pasado y el futuro. Ocho ejercicios sobre la reflexión política (1961-1968). Ariel.
- Arendt, H. (2002 [1978]). La vida del espíritu. Paidós.

Bacarlett Pérez, M. L. (2006). FRIEDRICH NIETZSCHE. La vida, el cuerpo y la enfermedad. Universidad Autónoma de México.

Forti, S. (2001). Vida del espíritu y tiempo de la polis: Hannah Arendt entre filosofía y política. Cátedra.

Kristeva, J. (2013). El genio femenino I: Hannah Arendt. Paidós. Traducción: Jorge Piatogorsky.

Nietzsche, F. (2010). Obras completas. Tomos: I, II, III. Gredos.

Passerin d'Entrèves, M. (1994). The political philosophy of Hannah Arendt. Routledge.

Zengotita, A. (2016). "Nietzsche y Darwin: el valor de un discurso como ficción útil". En Estudios Nietzsche, Espíritu Santo, 7(1), pp.56-79.



# Psicopedagogía en Salud: La construcción de estrategias de prevención y promoción de aprendizajes y el estudio de las características socio-ambientales de pacientes en el contexto hospitalario.

Autores: Lic. Virginia Sáñez; Dra. Eliana Neme.  
Becarios: Ángela Marianella Bucci; Rocio Aracelli Corvalan Sieira; Eliana Martínez; Joel Villalba

Lic. en Psicopedagogía. Facultad de Ciencias de la Salud. UCSE

## Resumen

El artículo presenta los resultados de un estudio psicopedagógico desarrollado en el Servicio de Psicopedagogía del CePSI "Eva Perón" (Santiago del Estero), orientado a analizar las características socio-ambientales de la población asistente y su vinculación con los procesos de aprendizaje, a fin de generar estrategias de prevención y promoción en el ámbito de la salud pública. Desde un enfoque cualitativo con alcance exploratorio-descriptivo, se analizaron 247 entrevistas iniciales y se complementó la información mediante entrevistas semi-estructuradas, aplicando un proceso de triangulación para la construcción de categorías analíticas.

Los hallazgos evidencian una alta concentración de niños en edad escolar primaria, mayoritariamente provenientes de contextos urbanos y periurbanos, aunque con presencia significativa de población del interior provincial, lo que introduce variables de accesibilidad al servicio. En términos socio-ambientales, predominan condiciones de vulnerabilidad asociadas a bajo nivel educativo de los adultos a cargo, inserción laboral precaria y limitaciones en el acceso a recursos materiales y culturales. Los motivos de consulta más frecuentes incluyen dificultades en la adquisición de aprendizajes escolares, trastornos del desarrollo, del lenguaje y problemáticas conductuales, con fuerte incidencia de derivaciones escolares y de servicios de salud.

El estudio reafirma la centralidad del enfoque contextual e interdisciplinario para la comprensión de los procesos de aprendizaje, destacando la necesidad de estrategias que integren familia, escuela y sistema de salud. Asimismo, se subraya el valor formativo del proyecto en la formación de becarios, quienes desarrollaron competencias en investigación aplicada y en lectura situada de las problemáticas, así como la potencialidad de transferencia de los resultados a distintas cátedras de la carrera, fortaleciendo la articulación entre producción de conocimiento, formación académica e intervención profesional.

## Palabras clave

psicopedagogía- condiciones socio ambientales- contexto hospitalario

RECIBIDO ABRIL DE 2026 | EVALUADO JUNIO DE 2026 | PUBLICADO JUNIO DE 2026



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución NoComercial CompartirDerivadasIgual 3.0  
[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es\\_AR](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR)

## Abstract

This article presents the results of a psychopedagogical study conducted at the Psychopedagogy Service of CePSI "Eva Perón" (Santiago del Estero), aimed at analyzing the socio-environmental characteristics of the assisted population and their relationship with learning processes, in order to develop prevention and promotion strategies within the public health field. From a qualitative approach with an exploratory-descriptive scope, 247 initial interviews were analyzed and complemented with semi-structured interviews, applying a triangulation process for the construction of analytical categories.

Findings reveal a high concentration of children in primary school age, mainly from urban and peri-urban contexts, although with a significant presence of populations from rural and distant areas, introducing variables related to accessibility to the service. In socio-environmental terms, conditions of vulnerability predominate, associated with low educational levels of caregivers, precarious employment, and limited access to material and cultural resources. The most frequent reasons for consultation include difficulties in the acquisition of school learning, developmental and language disorders, and behavioral problems, with a strong incidence of referrals from schools and health services.

The study reaffirms the centrality of a contextual and interdisciplinary approach to understanding learning processes, highlighting the need for strategies that integrate family, school, and the health system. It also emphasizes the formative value of the project for scholarship students, who developed competencies in applied research and context-sensitive analysis, as well as the potential transfer of results to different university courses, strengthening the articulation between knowledge production, academic training, and professional practice..

## Keywords

educational psychology- socio environmental conditions- hospital context

## Introducción

En este trabajo se presentan los resultados del Proyecto de Investigación de Cátedra desarrollado en el marco de la Convocatoria 2025 de la Facultad de Ciencias de la Salud, titulado "Localización y características socio ambientales de la población asistente al Servicio de Psicopedagogía del CePSI: aportes para la prevención y la promoción de intervenciones interdisciplinarias" aprobado por Disposición N° 125/25. Durante el mismo, el equipo conformado por docentes investigadores y por estudiantes avanzados en calidad de becarios de la Lic. en Psicopedagogía, desarrolló un abordaje exploratorio- descriptivo del servicio de Psicopedagogía de un hospital público de Santiago del Estero con la pretensión de ampliar el conocimiento de la población asistente y de generar estrategias preventivas aplicables en el ámbito de la salud.

La investigación, anclada en la confluencia de las intervenciones psicopedagógicas en el ámbito de la salud y en la resignificación de los datos obtenidos a partir de ellas, se propuso construir categorías de análisis para conocer las características socio ambientales singulares de la población asistente al Servicio de Psicopedagogía del Centro Provincial de Salud Infantil (en adelante CePSI) durante los años 2022 al 2025.

El objetivo general del proyecto fue analizar las características contextuales de la población asistente al Servicio de Psicopedagogía del CePSI "Eva Perón" obtenidas de las entrevistas iniciales para vincularlas con sus características de aprendizaje y desde allí promover estrategias de prevención y promoción dentro de la Salud Pública y que también enriquezcan la trayectoria formativa de los estudiantes. En este sentido, el trabajo de las profesionales y de los becarios diseñó las acciones que fueron permitiendo obtener datos significativos y valiosos para pensar las estrategias de intervención clínica y la planificación de acciones preventivas.

Los hallazgos a los que se arribó demostraron que el puente entre la salud y la educación -materializado en la intervención psicopedagógica en el hospital infantil- que se nutre de las prácticas y las reflexiones que devienen en el andar cotidiano cuando son miradas en clave de investigación cualitativa y situada posibilitan la construcción de aportes valiosos para el enriquecimiento de la profesión.

Siguiendo a Baeza (2015):

ante tanta complejidad de los contextos actuales, como los de los propios sujetos que producen problemáticas multicausales, se requiere de miradas que no se agoten en una única disciplina, donde el trabajo interdisciplinario sume estrategias de intervención más comprensivas y respetuosas con el sujeto (p. 149)

La posibilidad de contar con un espacio dentro del contexto hospitalario donde la interdisciplina encuentra su campo de acción y en el que se pueda desarrollar una investigación desde un enfoque psicopedagógico constituye una de las principales conquistas para la situacionalidad de la disciplina en el ámbito de la salud. Por ende, el sostenimiento de los procesos de investigación en él expresa la pretensión de lograr no sólo la transferencia de los datos obtenidos a las prácticas y el encuentro con otros profesionales dedicados a la atención y cuidado de la salud infanto juvenil, sino también -y sobre todo- a provocar la apertura de otros interrogantes que permitan dialogar y poner en tensión las intervenciones cotidianas para brindar aportes teóricos y prácticos contextualizados.

## Aportes teóricos que orientaron el estudio

La investigación llevada a cabo se sustentó conceptualmente en aportes y teóricos que permitieron pensar y construir las categorías de análisis para comprender la relación entre el desarrollo infantil, las condiciones de pobreza y la influencia del contexto socioambiental en las trayectorias de niños y niñas que acceden a servicios de salud pública.

El desarrollo infantil es un proceso dinámico y multidimensional que involucra aspectos biológicos, cognitivos, emocionales y sociales, y que se encuentra profundamente influenciado por las condiciones del entorno en el que el niño crece. Desde una perspectiva integral, el desarrollo no puede ser comprendido de manera aislada, sino en estrecha relación con los contextos familiares, comunitarios, institucionales y socioeconómicos que lo atraviesan.

En este sentido, la pobreza constituye una condición estructural que incide de manera significativa en las oportunidades de desarrollo, acceso a derechos y posibilidades de aprendizaje. Las situaciones de vulnerabilidad social suelen asociarse a entornos con



múltiples factores de riesgo —como el acceso limitado a servicios básicos, condiciones habitacionales precarias y menor disponibilidad de recursos educativos y culturales— que pueden impactar negativamente en el desarrollo infantil y en la demanda de atención psicopedagógica.

Asimismo, el contexto socio ambiental adquiere un rol central como mediador entre el niño y sus posibilidades de desarrollo. Las características del territorio, las redes de apoyo, las prácticas de crianza y la presencia de instituciones de salud y educación configuran escenarios que pueden funcionar tanto como factores protectores como de riesgo. En el ámbito hospitalario, el abordaje psicopedagógico se posiciona como un espacio privilegiado para identificar estas variables contextuales y comprender cómo influyen en las problemáticas de aprendizaje y desarrollo que motivan la consulta.

### La importancia de lo socio-ambiental

El análisis del contexto, específicamente de las características socio-ambientales, permite identificar aquellas características que participan en los comportamientos, conductas y aprendizajes de los sujetos. Según Roa Venegas (2002) el análisis del ambiente puede realizarse desde dos perspectivas o realidades: una realidad física, social y cultural en la que se observan los vínculos y relaciones entre los miembros, y otra que tiene que ver con la percepción de esa realidad por parte de cada sujeto. En la presente investigación ambas realidades fueron indagadas ya que se sostuvo el supuesto de que las cualidades sociales, culturales y estructurales en las que se desarrollan los niños les proporciona rasgos distintivos en sus comportamientos y en sus aprendizajes. En este sentido, cobra relevancia la relación recíproca y dinámica entre el sujeto y su entorno, entendiendo que ambos se nutren y co-determinan en el proceso mismo de vinculación. Y también se aprecia la concepción del aprendizaje como proceso situado, que se enlaza a las características del entorno y de los objetos que le son ofrecidos al sujeto en situación de aprendizaje.

En este punto Figiacone (2015) plantea que “la conducta humana supone la necesidad de la adaptación al entorno y la generación de maneras nuevas de responder a él a medida que las contingencias ambientales cambian” (p.35), asociando el aprendizaje con el proceso de incorporar conocimientos a partir de la experiencia. Es así que las condiciones socio ambientales resultan importantes para comprender los fenómenos y procesos que se gestan entre los sujetos que forman parte de determinados sectores y que se reflejan en sus aprendizajes, en el modo en el que se comportan y también en las dificultades que pueden surgir en ellos.

La inteligencia, las capacidades cognitivas, los dispositivos básicos del aprendizaje resultan de procesos fisiológicos sostenidos en el sistema nervioso central y también de la respuesta adaptativa del sujeto a su entorno, a las normas que éste posee y a las condiciones en las que se desarrolla. La posibilidad de realizar una mirada integral (física, fisiológica, social, cultural) brinda a los profesionales insertos en ámbitos de salud datos significativos que colaboran con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las situaciones que aquejan a los sujetos que asisten a la consulta, lo que motiva la significatividad de conocerlos y considerarlos de acuerdo al contexto del que emergen.

### Cuando lo cognitivo se relaciona con el contexto

El sistema nervioso está formado por una parte central (cerebro y médula espinal) y otra parte periférica (conexiones con órganos); ambas funcionan de forma complementaria y se relacionan con otros sistemas como el inmunológico, endocrino y linfático. Durante toda la vida, el sistema nervioso se organiza y cambia en función del individuo y su contexto.

El desarrollo y el aprendizaje se construyen y evolucionan a partir del continuo intercambio de información entre las caracterís-

ticas individuales - la construcción que surge de la identidad genética de cada individuo - y el conjunto de eventos ambientales, que incluyen el universo de insumos materiales y simbólicos que cada cultura y sociedad ofrecen (Lipina, 2016, p.53).

De esta manera se comprende que el aprendizaje no es un proceso sólo fisiológico ya que sucede en este vínculo que el sujeto establece con el entorno (Figiacone, 2015).

Luego del nacimiento, cada experiencia de vida tiende a generar contactos entre las neuronas, que se producen a través del crecimiento de dendritas y axones. La regulación e integración de la información que cada neurona recibe a través de miles de sinapsis son las responsables de la capacidad de procesamiento del cerebro. Otro proceso celular de suma importancia es la mielinización.

La interacción entre la actividad genética y los cambios neurales por adaptación al ambiente es compleja y se produce tempranamente durante el desarrollo. Los momentos de mayor organización de los sistemas neurales que sostienen conductas son llamados “períodos críticos”:

Desde la concepción y hasta los 5 años, el suministro adecuado de nutrientes, la generación de vínculos afectivos que garanticen un apego seguro entre los cuidadores y los niños, y la estimulación del aprendizaje son aspectos que contribuyen a un desarrollo adecuado de las funciones autorregulatorias que se apoyan en las redes neurales multimodales (las dedicadas a procesar información de diferente tipo). (Lipina, 2016, p.50).

En su investigación, Carreras (et al, 2024) también indica que “el desarrollo infantil es un proceso dinámico y continuo de organización progresiva de funciones biológicas, psicológicas y socioculturales en compleja relación” reiterando que ello se produce desde el momento mismo de la concepción hasta la madurez a la par del desarrollo del sistema nervioso.

Por ende, la influencia del ambiente continúa más allá de la etapa de la infancia ya que las características socioambientales y el contexto influyen en el desarrollo casi tanto como la genética en sí misma. Asimismo, pone de realce la importancia de la cognición social (Figiacone, 2015) que refiere al carácter profundamente social del aprendizaje. Proceso que encadena mecanismos cerebrales específicos con comportamientos adaptativos que posibilitan la interacción social de los sujetos.

### Objetivos y las decisiones metodológicas

Para materializar lo indicado en el planteo del problema, la investigación se propuso como objetivo general: “Analizar las características contextuales de la población asistente al Servicio de Psicopedagogía del CePSI “Eva Perón” obtenidas de las entrevistas iniciales y vincularlas a sus características de aprendizaje para generar estrategias de prevención y promoción dentro de la Salud Pública y de la trayectoria formativa”.

Desde él, se desagregaron los siguientes objetivos específicos:

- Identificar la procedencia de los pacientes que asisten al Servicio de Psicopedagogía del CePSI “Eva Perón” a partir de los datos proporcionados en las entrevistas iniciales.
- Especificar las características socio ambientales de los pacientes asistentes al Servicio de Psicopedagogía del CePSI “Eva Perón” describiendo el nivel de instrucción y la inserción laboral de los adultos a cargo; el estatus socio económico y los antecedentes de salud.
- Categorizar los motivos de consulta recurrentes y vincularlos con las condiciones socio-ambientales y escolares de los pacientes que asisten al Servicio de Psicopedagogía del CePSI “Eva Perón”.
- Identificar líneas de acción prioritarias en prevención y promoción tanto en salud pública como en educación en todos los niveles.



Para planificar el ingreso en el terreno, la estrategia metodológica de la investigación tuvo las particularidades de la lógica cualitativa, pese a que el foco del problema estaba asentado en la realización del relevamiento y en la determinación de los indicadores necesarios para caracterizar las condiciones sociales, ambientales y la localización de la población analizada.

En este sentido, el trabajo del equipo consideró los datos presentes en las entrevistas iniciales del Servicio de Psicopedagogía del CePSI "Eva Perón" como elementos esenciales que permitieron delinear las peculiaridades advertidas sin pretender generalizarlos ni estandarizarlos pero focalizando la atención en plantear recurrencias y puntos en común.

El análisis realizado desde una postura inductiva fue lo que permitió la construcción de categorías que posibilitaron conocer la procedencia de los pacientes que asisten al Servicio antes mencionado, sus características socio ambientales y los motivos de consulta frecuentes de los pacientes que asistan al Servicio.

Las unidades de observación fueron las entrevistas iniciales que se encuentren en el Servicio hasta el año 2025, con un muestreo intencional ya que los investigadores definieron como criterio excluyente que las entrevistas analizadas ya hayan formado parte de la casuística del proyecto de investigación anterior.

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos fueron la observación no participante, el análisis documental de las entrevistas iniciales (247 en total) y veintitres entrevistas semi estructuradas a las madres de los asistentes que se administraron antes de finalizar el trabajo de campo. Este último instrumento aplicado evidenció el sentido de la lógica cualitativa ya que en el análisis permanente que se iba haciendo de los datos obtenidos surgió la necesidad de complementar lo observado en las entrevistas con la palabra misma de sus protagonistas, lo que permitió enriquecer la información obtenida y su posterior análisis.

Para el procesamiento y análisis de la información se aplicó el proceso de triangulación de las técnicas, la lectura teórica y los aportes que desde la investigación fueron surgiendo.

### El contexto de la investigación

En la ciudad capital de Santiago del Estero el CePSI "Eva Perón" constituye el ámbito de salud por excelencia en donde se reciben consultas de niños, niñas y preadolescentes de toda la provincia. Su infraestructura y el equipo de profesionales que forman parte de él proporcionan la atención en todas las áreas de la salud y la tecnología que posee les da la posibilidad a las familias de contar con evaluación, diagnósticos y, en los casos de ser necesario, tratamientos frente a las demandas y emergentes.

El Servicio de Psicopedagogía, actualmente conformado por tres profesionales egresadas de la UCSE, recibe cotidianamente gran cantidad de pacientes que asisten en mayor medida por derivación de otros profesionales o por iniciativa de los adultos a cargo. Estas consultas generalmente revelan las problemáticas que se van presentando en el ámbito educativo y que requieren de intervenciones interdisciplinarias desde la salud pública, poniendo de manifiesto la manera en la cual diversas situaciones críticas por la que la población atraviesa desde lo social, cultural y sanitario impacta en los procesos de aprendizaje de los niños.

Desde el Servicio de Psicopedagogía del CePSI "Eva Perón" de Santiago del Estero la atención integral a estas demandas se materializan en los procesos de evaluación, diagnóstico, eventualmente tratamiento, complementadas con las derivaciones hacia otros profesionales y con las correspondientes sugerencias a las escuelas de los sujetos asistentes. Los mismos, que acuden de la capital de Santiago del Estero y del interior de la provincia, cumplen una serie de requisitos para poder formar parte de la población destinataria:

- El proceso de admisión: generalmente comienza por la derivación del Servicio de Neurología y Fonoaudiología del

mencionado centro de salud. En un menor porcentaje los pacientes arriban por sugerencia de las escuelas para acompañar procesos de aprendizaje y otros acuden por iniciativa de las familias cuando evidencian desafíos en el aprendizaje en sus hijos.

El abordaje terapéutico: comienza con la primera entrevista o entrevista inicial, en la cual las profesionales toman contacto con los adultos a cargo y profundizan en el motivo de consulta y las causas que ocasionaron la demanda a la atención psicopedagógica.

### La primera entrevista y la utilidad de los datos proporcionados

En este momento inaugural (la primera entrevista), los adultos a cargo proporcionan información valiosa que sirve para dar inicio al proceso de diagnóstico psicopedagógico. Todo este cúmulo de datos va incorporándose en el sistema del CePSI (de manera sintetizada) y también queda en un registro escrito en el Servicio. A partir de la investigación "La entrevista psicopedagógica inicial: herramienta de investigación, intervención y aprendizaje"<sup>1</sup> desarrollada durante los años 2023-2024, se pudo advertir que este instrumento propio de la clínica permite la generación de datos situados y de amplia significatividad no sólo para la práctica profesional sino también para el trabajo interdisciplinario y la elaboración de aportes que colaboren con la prevención de los aprendizajes, sobre todo en la población infanto juvenil asistente al hospital.

El relevamiento de noventa y cuatro entrevistas iniciales administradas del 2022 al 2024 en el Servicio de Psicopedagogía del CePSI "Eva Perón" permitió caracterizar los principales aspectos indagados por las profesionales durante su primer encuentro con los adultos a cargo. La riqueza de esos datos, que en aquella primera investigación solamente quedaron presentados ya que el objetivo se remitió a analizar el instrumento, abrió la posibilidad a la postulación de los objetivos del presente proyecto al considerarse relevante realizar la sistematización que permita categorizar los datos presentes en el Servicio, tales como la localización, las condiciones socio ambientales y otras circunstancias distintivas de la población asistente al CePSI.

Desde aquí, la problemática a investigar se enmarcó en la importancia de reconocer las características propias de los niños y familias asistidos por las psicopedagogas del hospital mediante un análisis específico de las entrevistas iniciales para precisar las características del contexto, la localización de la población demandante, los motivos de derivación y las cuestiones relacionadas a los aspectos socio ambientales de la población demandante.

Como transferencia, el proyecto se propuso que con la información construida se puedan proponer estrategias de intervención preventivas y asistenciales para la población del Servicio de Psicopedagogía del CePSI "Eva Perón" buscando la promoción de oportunidades de aprendizaje saludables.

### Variables consideradas para la investigación

Tomando los aportes de Roa Venegas (2002), en este estudio se trabajó sobre las siguientes variables socio-ambientales:

- Nivel socioeconómico: recursos materiales y financieros disponibles en el hogar.
- Nivel cultural: grado académico y acceso a la cultura de los padres.
- Composición familiar: número de miembros, orden de nacimiento y tipología del hogar.
- Uso del tiempo libre: actividades recreativas compartidas o individuales fuera de las obligaciones.
- Recursos del entorno: acceso a servicios, espacios de ocio y redes de apoyo comunitario.

1 Proyecto de Investigación de Cátedra: "La entrevista psicopedagógica inicial: herramienta de investigación, intervención y aprendizaje". Convocatoria 2023. UCSE- FCS



En función a estas variables el equipo construyó una matriz de datos en la cual se fueron volcando los datos de las doscientas cuarenta y siete entrevistas analizadas organizándolos en los siguientes indicadores:

1. Localización de la familia del niño/a:

- capital (barrio)

- Interior

- otras provincias

2. Principales demandas al Servicio (motivo de consulta)

3. Nombre de la escuela a la cual asiste el niño/a

4. Adulto que asiste acompañando al niño/a las consultas

5. Características socio ambientales:

- Infraestructura: tipo de vivienda (características)

- ¿Es propia o alquilada?

- ¿Vive la familia sola o hay otros miembros?

• Acceso a servicios y prestaciones básicas (luz, gas, cloaca, pavimento, medios de transporte).

• Prestaciones de salud: obra social; pensión; asignación; beneficios sociales; certificado por discapacidad; otros.

- Nivel de instrucción de los adultos a cargo.

- Inserción laboral de los adultos a cargo

- Estatus socio económico

- Antecedentes de salud

En tanto, el guión de la entrevista semi estructurada que se administró posteriormente para complementar los datos contó con los siguientes tópicos:

- Edad del niño/a

- Escuela

- ¿El/la niño/a tiene CUD?

- Terapias a las que asiste además de Psicopedagogía.

- Edad de la mamá. Edad del papá. Cantidad de hermanos

- Barrio

- Localidad

- Ocupación de los padres/ adultos a cargo

- Estudios de los padres/ adultos a cargo

- Con quién vive el/la niño/a

- Tipo de vivienda (Casa propia- Casa alquilada- Casa prestada- Departamento- Rancho- Casa del IPVU-Otros)

- Servicios que dispone en su hogar (Luz- Gas natural-

Cloaca- Baño en la casa- Baño fuera de la casa- TV- Cable- Internet)

- Servicios de salud que dispone en su localidad: UPA<sup>2</sup>-

CAPS- Posta sanitaria- Hospital

- Medios de transporte disponible en su localidad:

Colectivo- Remis- Taxi

- ¿En qué se moviliza la familia? Moto- Auto- Colectivo-

Otro medio de transporte

## Resultados obtenidos

El análisis de la matriz de datos elaborada por el equipo de investigación que contó con el registro de 247 entrevistas expresa información valiosa sobre los pacientes, sus contextos socio-ambientales y escolares, y los motivos de consulta.

Siguiendo el Objetivo específico N°1: Identificar la procedencia de los pacientes que asisten al Servicio de Psicopedagogía del CePSI "Eva Perón", a partir de los datos proporcionados en las entrevistas iniciales se puede indicar:

• la edad de la población atendida se concentra principalmente en la edad escolar, con un promedio de 8 años, abarcando un rango de 4 a 15 años. Los grupos de edad más frecuentes son los de 7, 9, 6 y 10 años, lo que indica una alta demanda de atención psicopedagógica durante la educación primaria.

La fuerte concentración de las entrevistas (90.61%) corresponden a la población infantil y pre-adolescente cuyas edades oscilan entre los 5 a 12 años. Se apreció que la actividad principal de la intervención psicopedagógica se relaciona a los desafíos o problemáticas cognitivas que surgen durante la etapa de

escolaridad primaria. Pese a que la edad promedio de las personas entrevistadas fue de 8 años, la edad con mayor frecuencia en la asistencia de niños fue la de los 7 años, que corresponde al primer ciclo de la educación primaria (1° - 2° grado).

el perfil demográfico y de procedencia de los pacientes refiere a que la mayoría son de la ciudad capital de Santiago del Estero y sus alrededores (incluyendo la ciudad de La Banda), lo que sugiere que el Servicio atiende predominantemente a la población urbana y periurbana cercana al CePSI.

| DEPARTAMENTO                | CANTIDAD DE PACIENTES | DISTANCIA APROXIMADA HASTA EL CEPSI |
|-----------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Alberdi, Sachayoj           | 2                     | 334 km                              |
| Atamisqui                   | 6                     | 114 km                              |
| Campo Gallo                 | 1                     | 244 km                              |
| Capital                     | 109                   | -                                   |
| Choya, Frias                | 4                     | 113 km                              |
| Avellaneda, Colonia Dora    | 2                     | 143 km/ 163 km                      |
| Copo                        | 1                     | 394 km                              |
| Robles, Fernández           | 5                     | 45 km                               |
| Figuerola                   | 4                     | 98 km                               |
| Guasayán, Guampacha         | 5                     | 79 km                               |
| Avellaneda, Herrera         | 4                     | 143 km                              |
| La Banda                    | 22                    | 6 km                                |
| Silipica                    | 8                     | 44 km                               |
| Pellegrini, Las Delicias    | 2                     | 254 km                              |
| Loreto                      | 6                     | 60 km                               |
| Pellegrini, Nueva Esperanza | 3                     | 214 km                              |
| Maquito                     | 2                     | 10 km                               |
| Copo, Monte Quemado         | 2                     | 333 Km                              |
| Termas de Río Hondo         | 18                    | 71 km                               |
| Moreno, Quimilí             | 2                     | 203 km                              |
| General Taboada             | 5                     | 247 km                              |
| Sarmiento                   | 1                     | 90 km                               |
| Salavina                    | 2                     | 213 km                              |
| J. F. Ibarra, Suncho corral | 2                     | 265 km/ 95 km                       |
| Moreno, Tintina             | 3                     | 206 km/186 km                       |
| San Martín                  | 3                     | 86 km                               |

Teniendo en cuenta la procedencia de los pacientes que recurren al Servicio de Psicopedagogía del CePSI "Eva Perón" emerge que, si bien la mayor parte de la demanda proviene de Santiago del Estero (capital) y de la ciudad de La Banda y Termas de Río Hondo (departamentos cercanos a Capital), es necesario considerar que el otro grupo de asistentes se agrupan en localidades y departamentos cuya distancia hasta el hospital oscila entre los 100 y los casi 400 kilómetros. Esto permite comprender que muchos de los niños, niñas y adolescentes que recurren a los servicios del CePSI, en este caso específicamente a la atención psicopedagógica, tienen un promedio de viaje previo a la consulta de entre dos y seis horas, dato no menor al momento de considerar las condiciones que los pacientes y sus cuidadores poseen antes de cada encuentro. Asimismo, también es preciso plantear que los pacientes asisten en promedio dos veces por mes (cada quince días) al Servicio, con lo cual realizan por lo menos dos viajes fijos durante el mes para recibir la atención profesional.

Si bien el análisis de los datos refiere a que la población asistente proviene de zonas urbanas o periurbanas, con medios de transporte que acercan al hospital, la variable del tiempo que insume el traslado también es significativa frente a la posibilidad de generar estrategias que colaboren con mejores condiciones de atención, por ejemplo, desde la propuesta de tele salud o de atención remota, lo cual demandaría de organización y logística por parte del Servicio y de otros agentes del hospital.

Respecto al Objetivo específico N° 2: Especificar las características socio ambientales de los pacientes asistentes al Servicio de Psicopedagogía del CePSI "Eva Perón" describiendo el nivel de instrucción y la inserción laboral de los adultos a cargo; el estatus socio económico y los antecedentes de salud, a partir del análisis de las entrevistas semi estructuradas se obtuvo que:

• entre las características socio-ambientales se observó que la mayoría de los pacientes residen con su familia nuclear, siendo las

2 UPA: sigla que refiere a las Unidades primarias de atención. CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud

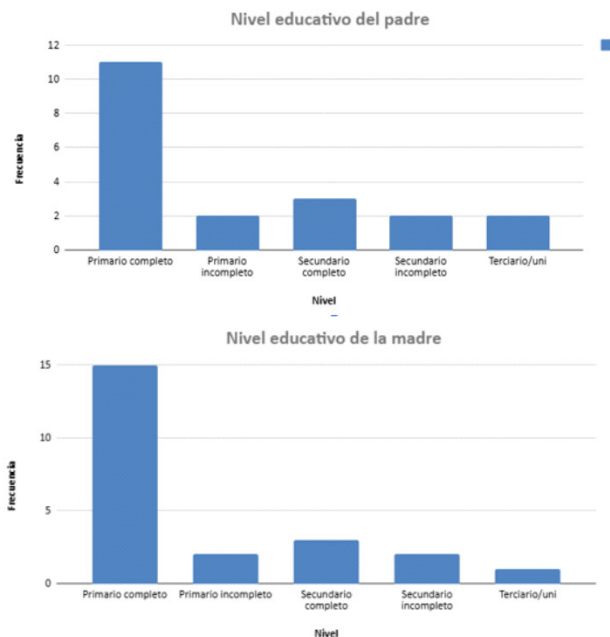


configuraciones más comunes las de "hermanos y padres" o "hermanos y madre". La madre es la principal acompañante en las consultas. El número promedio de hermanos es de tres, y la oscilación es de uno a seis hijos por familia.

ü la "edad" promedio de las madres es de 34 años y la de los padres es de 38 años.

ü la "ocupación" indica que las madres son "ama de casa" con mayor frecuencia. En tanto, la ocupación de los padres refiere a que son empleados independientes, empleados rurales y que trabajan en la construcción.

el "nivel académico" refiere que el 65% de las



ü en cuanto al "tipo de vivienda" si bien el 48% indicó contar con casa propia, un 35% manifestó "otros" refiriéndose a la co-habitación en casas prestadas junto con otros familiares.

ü en relación a los servicios se logró conocer que el 100% cuenta con luz, mientras que los otros servicios se distribuyeron de la siguiente manera:



- sobre los servicios de salud que dispone en su localidad las respuestas indicaron que el 61% cuenta con UPAs; el 13% posee CAPS, el 13% tiene posta sanitaria en la zona y el 30% tiene Hospital.

ü respecto al medio de transporte en el que se moviliza la familia el 43% indicó que en moto, el 4% en auto (una sola respuesta) y el 48% en colectivo.

En este punto, y producto de los comentarios que los adultos a cargo compartieron en las entrevistas, se advierte la gran valoración que el Servicio de Psicopedagogía posee para las familias.

En cierta medida, la posibilidad de que sus hijos cuenten con atención profesional en el hospital, más allá de las cuestiones de distancia, del tiempo que les insume asistir y de la frecuencia de atención, es ampliamente valorada por los tutores lo cual se puede comprender con cierto horizonte de posibilidad y de superación que ellos encuentran para sus hijos y para las dificultades escolares que poseen.

En referencia al Objetivo específico N° 3: Categorizar los motivos de consulta recurrentes y vincularlos con las condiciones socio ambientales y escolares de los pacientes que asisten al Servicio de Psicopedagogía del CePSI "Eva Perón" se advirtió que las principales fuentes de derivación al Servicio son las escuelas primarias y el Servicio de Fonoaudiología y Neurología del mencionado hospital destacando la importancia de la colaboración interinstitucional y la detección temprana de problemáticas en el ámbito educativo y del lenguaje.

En el análisis de los motivos de consulta y contexto escolar se puede indicar que:

ü Los motivos de consulta recurrentes son el Retraso Mental (RM), TDAH, Trastorno del Espectro Autista (TEA), dificultades específicas en la adquisición de aprendizajes escolares ("no aprendió a leer", lectura silabeada, dificultades para comprender y resolver consignas, no reconoce letras, no logra nominarlas, solo reconoce las vocales, reconoce solo algunos fonemas), trastornos de conducta, marcados desafíos conductuales en la casa, problemas en el lenguaje (desafíos en pronunciación y organización del lenguaje). Desde la investigación se considera que estos datos son cruciales para priorizar las áreas de intervención del Servicio.

ü en cuanto al contexto escolar y las derivaciones más frecuentes se apreció que los grados más representados son 3° y 4° grado, lo que se alinea con la edad promedio de los pacientes. La información sobre la repetencia escolar es limitada, pero se puede inferir que es un factor presente en la población atendida.

ü como aspectos significativos a considerar sobre la presencia de asistentes con Discapacidad y/o Certificado Único de Discapacidad (CUD) se puede mencionar que existen niños que se encuentran en proceso de gestión de dicho certificado ("CUD en Trámite") pero no en un número significativo, sugiriendo que la discapacidad es un factor relevante en una parte de la población atendida.

Los datos proporcionados por la matriz de datos construida y por las entrevistas semi estructurada no permiten realizar una explicación causal entre "motivos de consulta" y "condiciones socio-ambientales" pero sí considerar que ciertos indicadores (por ejemplo el nivel educativo alcanzado por los tutores o adultos a cargo) colaborarían con el proceso terapéutico potenciando o no sus efectos de acuerdo a la valoración y a la importancia que se le otorgue al Servicio.

En general, las condiciones socio-ambientales de los pacientes no difieren entre los que provienen del interior de la provincia y los que asisten de la capital. La ocupación de los tutores, en su mayoría asalariados, sin trabajo y sueldo fijo, beneficiarios de asistencia o ayuda económica otorgada por el Estado (asignación universal por hijo, pensión por discapacidad), revela la importancia de la atención proporcionada desde la salud pública, sobre todo en una institución como el CePSI "Eva Perón" que nuclea múltiples servicios terapéuticos para el cuidado, la atención y la prevención de mejores condiciones de salud de los niños, niñas y adolescentes.

### Análisis cualitativo de los datos obtenidos a partir de la Matriz

A pesar de la naturaleza no estructurada de los datos, se pudieron identificar algunos temas recurrentes que son cruciales para comprender las complejidades de cada caso:

· Antecedentes de Salud y Desarrollo: en algunos niños existen condiciones de nacimiento, accidentes, enfermedades crónicas, discapacidades físicas o sensoriales además del historial



médico general que puede influir en el desarrollo psicopedagógico.

- Dificultades de aprendizaje y rendimiento escolar: el discurso de los adultos a cargo con frecuencia detalla problemas específicos en áreas académicas (lectura, escritura, matemáticas), dificultades de atención, memoria y posibles diagnósticos como Dislexia, Discapacidad Intelectual o TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad).

- Comportamiento y Habilidades Sociales: el comportamiento de los niños en diferentes entornos (hogar, escuela) expresados por los adultos a cargo indican dificultades en las habilidades de interacción social en los niños, presencia de estereotipias (ej. aleteo, movimientos repetitivos) y desafíos en el manejo de emociones o límites.

- Contexto familiar y dinámicas: producto posiblemente de las condiciones socio ambientales o de los hábitos y costumbres de la mayor parte de la población asistente al CePSI se observan conductas que no colaborarían con el fortalecimiento de procesos de identidad y aprendizaje de acuerdo a las expectativas para la edad infantil. Afirmaciones como "Duerme con la hermana", "la madre la cuidó hasta los cuatro años, no tiene relación con el padre", "Comparte cama con el padre", "Mamá víctima de violencia de género" son indicadores de las características de la estructura familiar, las relaciones entre sus miembros, eventos traumáticos o situaciones de vulnerabilidad que pueden impactar el bienestar emocional y el desarrollo del paciente.

- Desarrollo Psicomotor y Autonomía: en la mayoría de los niños los hitos del desarrollo (marcha, desarrollo del lenguaje, control de esfínteres) revelan dificultades apreciadas en la motricidad fina y gruesa y el nivel de autonomía en actividades de la vida diaria. Afirmaciones como "Caminó más de los dos años", "habla sola, se arrastraba raro", "Le cuesta atarse el pelo, los cordones, agarra raro los cubiertos", "usó pañal hasta los seis años" dan cuenta de cierto retraso en la adquisición de indicadores evolutivos y madurativos presentes en la población consultante.

## Discusión

La posibilidad de contar con datos respecto a la localización y las condiciones socio-ambientales de los pacientes que asisten al Servicio de Psicopedagogía del CePSI "Eva Perón" permite contextualizar los procesos de aprendizaje atendiendo un tiempo y un espacio concretos. Estos datos, que proporcionan información útil y real, son insumos al momento de pensar la intervención terapéutica, de comprender la idiosincrasia de los adultos que acompañan a los pacientes y de adecuar el dispositivo clínico promoviendo mejoras en los procesos de aprendizaje comprometidos.

Sara Paín (2003) sostiene que "el aprendizaje supone el conjunto de los procesos de transmisión de los conocimientos por el cual el individuo se torna sujeto de la cultura sedimentada históricamente y asegura la conservación y adaptación progresiva de sí mismo y de la especie" (Vila, 2025, p. 162). Desde este concepto, la caracterización del lugar de procedencia y las condiciones sociales, culturales, económicas de las familias de los pacientes otorgan sentido a los procesos de construcción y encuentro con el objeto de conocimiento, permitiendo situar la intervención psicopedagógica y hacerla extensiva también a los adultos que acompañan a los niños, niñas y adolescentes destinatarios del Servicio.

Desde una perspectiva psicopedagógica, la presente investigación no se limitó solamente a la recolección de datos sino que implicó una lectura reflexiva e integral de los mismos atendiendo a la singularidad de las trayectorias y al entramado sociofamiliar en el que se inscriben los procesos de aprendizaje. En este sentido, y de acuerdo a lo planteado referido a que el aprendizaje es un proceso que se construye en un entramado de vínculos y significaciones, conocer el contexto y las características socioambientales de los asistentes resulta indispensable para comprender las dificultades que motivan la consulta y para pensar estrategias de intervención, prevención y promoción.

Es preciso indicar que desde la presente investigación y para dar cuenta del Objetivo específico N°4: Identificar líneas de acción prioritarias en prevención y promoción tanto en salud pública como en educación en todos los niveles, el equipo plantea la necesidad de instrumentar acciones y estrategias ligadas con:

- considerar las modalidades vinculares de los adultos a cargo fuertemente ligadas a sus condiciones socio-culturales y trabajar en la promoción de procesos de aprendizaje que se desplieguen en las familias de los asistentes mediante talleres, charlas, acompañamiento, espacios de socialización de experiencias, etc. Estos espacios permitirían potencializar los efectos terapéuticos generando en los tutores herramientas estratégicas que los incluyan dinámicamente en el proceso terapéutico de sus hijos.

- reconocer los estilos de comunicación intra familiar (características del lenguaje, vocabulario, relaciones interpersonales) y trabajar fuertemente en las intervenciones profesionales desde la disciplina y la interdisciplina buscando la vinculación de los modos de aprender (familiar/ individual) y lo socio-comunitario como oferta simbólica y de sentido.

- iniciar trabajo en redes mediante la presencia (virtual, remota o presencial) entre el Servicio y las escuelas que derivan a sus niños construyendo puentes que permitan que el espacio terapéutico haga anclaje en el espacio escolar y los niños y sus familias encuentren continuidad en las intervenciones de ambos espacios.

- generar un trabajo en red entre el Servicio de Psicopedagogía del CePSI "Eva Perón", los efectores de salud (UPAs, postas sanitarias) y los actores educativos (docentes y directivos de las escuelas de procedencia).

Por otra parte, la investigación permitió la formación de recursos humanos en investigación, articulando este campo tan importante dentro de la Psicopedagogía con las intervenciones en el ámbito hospitalario. En este punto, el trabajo de campo desarrollado en 2025 posibilitó a los becarios una aproximación concreta y reflexiva al abordaje psicopedagógico en el ámbito de la salud pública promoviendo la articulación entre los registros, las voces de las familias y la interpretación de los contextos socioambientales como parte de la construcción de los procesos de aprendizaje.

Las palabras textuales de los becarios que formaron parte de este proyecto permiten sostener la importancia de estas experiencias, las cuales generan en ellos aprendizajes, competencias y vivencias en las cuales integran lo aprendido, ponen en tensión los conocimientos y se habilitan espacios de reflexión y pensamiento:

Becaria 1: "El formar parte de este trabajo de investigación como becaria significó un gran desafío en mi formación como futura profesional, el poder vivir en primera persona la tarea que conlleva el investigar. Permitted poder reflexionar sobre la importancia de las entrevistas como una herramienta de recolección de datos que facilita el acercamiento y contextualización de los niños y sus familias que asisten al servicio de Psicopedagogía del CePSI"

Becaria 2: "Mi participación como becaria en esta investigación se da luego de haber formado parte de una investigación previa bajo la misma dirección. Es una experiencia que valoro especialmente por la confianza, el acompañamiento y la responsabilidad en la forma de trabajo, que hicieron posible un crecimiento como futura profesional. Ser becaria en esta investigación implicó mucho más que cumplir tareas técnicas. Significó estar presente en un espacio de salud pública, acercarme a las realidades de niños, niñas y a sus familias y aprender a leer las dificultades de aprendizaje como historias, trayectorias y esfuerzos del día a día.. Esta experiencia reafirmó para mí a la Psicopedagogía como una disciplina profundamente comprometida con lo humano, lo vincular y lo social".

Becaria 3: "La experiencia como becaria en este proyecto fue sumamente significativa para el desarrollo personal y profesional, ya que permitió conocer las realidades de niños con sus familias en la provincia. Llevando a desarrollar una mirada más contextualizada en el entorno del niño y sus vivencias. Por otro lado, destacó el



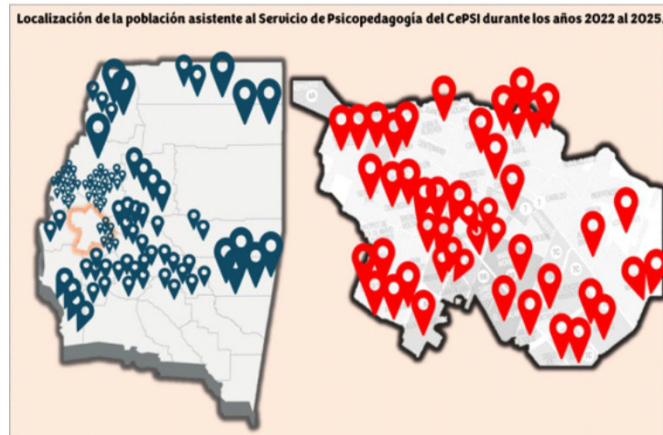
trabajo grupal entre los compañeros becarios y las investigadoras responsables, donde hubo un constante intercambio de información, enseñanzas, sensaciones, experiencias, etc. Y a su vez, este trabajo grupal, posibilitó la incorporación de conocimientos sobre los diversos programas digitales que facilitó la comprensión de los datos que arrojaban las diversas entrevistas”.

La posibilidad de que el equipo pueda participar en la Convocatoria de Proyectos de Investigación de Cátedra 2025 promovida por la Facultad de Ciencias de la Salud (UCSE) abonó a la formación integral de cada participante, posibilitó el fortalecimiento de la relación interinstitucional con el CePSI y dejó planteadas las líneas de acción ligadas a la extensión que se podrían seguir generando a partir de la investigación.

### Productos de la investigación

A partir de los datos analizados, desde el presente proyecto se logró:

1. La construcción del mapa con la localización de la población asistente al Servicio de Psicopedagogía durante los años 2022 al 2025:



### Referencias:

| DEPARTAMENTOS               | Cantidad   | PORCENTAJE |
|-----------------------------|------------|------------|
| Alberdi, Sachayoj           | 2          | 0,89%      |
| Atamisqui                   | 6          | 2,67%      |
| Campo Gallo                 | 1          | 0,44%      |
| Capital                     | 109        | 48%        |
| Choya, Frias                | 4          | 1,78%      |
| Avellaneda, Colonia Dora    | 2          | 0,89%      |
| Copo                        | 1          | 0,44%      |
| Robles, Fernández           | 5          | 2,23%      |
| Figueroa                    | 4          | 1,78%      |
| Guasayan, Guampacha         | 5          | 2,23%      |
| Avellaneda, Herrera         | 4          | 1,78%      |
| La Banda                    | 22         | 9,82%      |
| Silipica                    | 8          | 3,12%      |
| Pellegrini, Las Delicias    | 2          | 0,89%      |
| Loreto                      | 6          | 2,23%      |
| Pellegrini, Nueva Esperanza | 3          | 1,33%      |
| Maquito                     | 2          | 0,89%      |
| Copo, Monte Quemado         | 2          | 0,89%      |
| Termas de Río Hondo         | 18         | 8,03%      |
| Moreno, Quimilí             | 2          | 0,89%      |
| General Taboada             | 5          | 2,23%      |
| Sarmiento                   | 1          | 0,44%      |
| Salavina                    | 2          | 0,89%      |
| J. F. Ibarra, Suncho corral | 2          | 0,89%      |
| Moreno, Tintina             | 3          | 1,33%      |
| San Martín                  | 3          | 1,33%      |
| <b>TOTAL</b>                | <b>224</b> |            |
| sin datos de localización   |            | 46         |
| Entrevistas Analizadas      |            | 247        |

| BARRIOS CAPITAL      |           |
|----------------------|-----------|
| 750 Viviendas        | 2         |
| Almitante Brown      | 1         |
| Apliacion Solis      | 1         |
| Autonomia            | 2         |
| Bosco                | 2         |
| BarrioJuan 23        | 1         |
| Borges               | 2         |
| BrunoVolta           | 1         |
| Campo Contreras      | 1         |
| Centro               | 1         |
| GeneraPaz            | 1         |
| Huaico Hondo         | 1         |
| Industria            | 2         |
| J.F Ibarra           | 2         |
| Jorge Newbery        | 2         |
| La Católica          | 5         |
| Mariano Moreno       | 1         |
| Mosconi              | 2         |
| Pablo Sexto          | 1         |
| Puestito San Antonio | 2         |
| RamonCarrillo        | 1         |
| Saint Germain        | 2         |
| SanJose De Flores    | 1         |
| San Martin           | 4         |
| Santa Rosa Lima      | 3         |
| Sarmiento            | 1         |
| VillaDel Carmen      | 1         |
| Vinalar              | 1         |
| <b>TOTAL</b>         | <b>47</b> |

2. La digitalización de la localización de los pacientes asistentes al CePSI (años 2022 a 2025). Disponible en: <https://www.google.com/maps/d/embed?mid=17qpmYnWJz-PdLe9RsdZFPV-ILHt1sk4&ehbc=2E312F>

### Transferencia

A partir de la investigación se plantea como sustantivo sostener el trabajo inter-institucional entre la Facultad de Ciencias de la Salud-UCSE y el CePSI “Eva Perón” mediante:

- la generación de estrategias de prevención y promoción dentro de la Salud Pública y de la trayectoria formativa: trabajo en redes; trabajo desde Responsabilidad Social Universitaria- UCSE; programa de voluntariados, prácticas pre profesionales y/o de cátedra desde las carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud que brinden un servicio para las familias de los asistentes (por ejemplo: espacios de aprendizaje).

- Ampliar los resultados de la investigación a otras cátedras de la Lic. en Psicopedagogía para que se continúen trabajando los datos obtenidos (Neuropsicopatología- Psicomotricidad- Psicología Evolutiva- Psicopedagogía social y sociocomunitaria).

- Identificar líneas de acción prioritarias en prevención y promoción tanto en salud pública como en educación en todos los niveles y apostar por el trabajo en redes: agentes y efectores de salud, profesionales de las escuelas (docentes, equipos directivos), agentes responsables del trabajo socio-comunitario.

### Referencias bibliográficas

- Baeza, S. (2015) La Psicopedagogía en diálogo con el futuro. Encuentros – desencuentros - co construcciones. Revista Pilquen, Sección Psicopedagogía. Vol. 12 N° 2
- Carreras, M.A., Medina, S., Gutiérrez, M.J, Basbús, D.M., Ferrando, E., Martín, L., Morales, R., Muñoz Padilla, A., Palavecino, P. (2024) Desarrollo psicomotor entre los 0 y 24 meses en niños santiagueños. Asociación con variables neonatales y sociodemográficas. Revista Trazos Universitarios.
- Figiacone, S. (2015) Cognición social y aprendizaje. En Strano, A. & Caldara, P. (2015). Psicopedagogía, hacia una integración



entre salud y educación. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Lipina, S. (2016) Pobre Cerebro. Siglo XXI Editores Argentinos. Buenos Aires

Roa Venegas, J.M (2002) Interacción entre variables socioambientales y relaciones personales de la familia con algunas características personales, ambientales y valorativas del adolescente. Localización: [Eúphoros, ISSN 1575-0205, N.º. 4, 2002, págs. 299-308](#)

Vila, P. (2025) Veinte Puntos y diez vueltas. Una muestra de tejido para la formación en Psicopedagogía.

# Función gastrointestinal y uso de antibióticos en adultos de Santiago del Estero: conocimientos, actitudes y prácticas.

Por: Lavaisse, L. M., Valoy, F., Figueroa Saganías, D., Gerez, G.

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Santiago del Estero (FCS-UCSE),  
Santiago del Estero, Argentina

## Resumen

**Introducción.** El uso inadecuado de antibióticos constituye un problema asociado a la resistencia antimicrobiana y potenciales alteraciones gastrointestinales. Los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre estos medicamentos pueden estar influenciados por factores sociodemográficos y contextuales. En Argentina, la evidencia sobre estos aspectos y su relación con la función gastrointestinal es limitada. El objetivo fue caracterizar los CAP sobre el uso de antibióticos, la presencia de síntomas gastrointestinales y sus factores asociados en adultos de Santiago del Estero durante 2025.

**Metodología.** Estudio cuantitativo, observacional y transversal, participaron 170 adultos. La función gastrointestinal se evaluó mediante la Escala de Evaluación de Función Gastrointestinal y los CAP mediante un cuestionario sobre uso personal de antibióticos. Se aplicaron pruebas de chi-cuadrado, test exacto de Fisher y pruebas no paramétricas ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** El 40,6% presentó síntomas gastrointestinales leves, se observó asociación significativa con la situación laboral. El nivel educativo fue el factor más consistentemente asociado a conocimientos inadecuados y actitudes de riesgo. El 67,1% completó el tratamiento y la adherencia fue mayor en adultos mayores. Las fuentes formales de recomendación se asociaron con mayor adherencia (81,2%) y fueron más utilizadas por participantes con empleo (80%). Se observó alta prevalencia de almacenamiento inapropiado de antibióticos; el 95,7% de los no adherentes presentó manejo inapropiado de sobrantes. Un 18,4% modificó la dosis por cuenta propia, por percepciones subjetivas de riesgo y eficacia.

**Conclusiones.** Persisten creencias erróneas y prácticas inadecuadas sobre antibióticos, especialmente en grupos con menor nivel educativo y sin empleo. La baja adherencia, el uso de fuentes informales y el almacenamiento de sobrantes constituyen un patrón de uso no racional. Estos hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones educativas y estructurales en poblaciones vulnerables. Además, la sintomatología gastrointestinal podría estar influenciada por determinantes contextuales que exceden las conductas vinculadas al uso de antibióticos.

## Palabras clave

Antibióticos; Función gastrointestinal; Conocimientos, actitudes y prácticas.

RECIBIDO ABRIL DE 2026 | EVALUADO JUNIO DE 2026 | PUBLICADO JUNIO DE 2026



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución NoComercial CompartirDerivadasIgual 3.0  
[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es\\_AR](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR)



## Abstract

**Introduction.** The inappropriate use of antibiotics is a problem associated with antimicrobial resistance and potential gastrointestinal disorders. Knowledge, attitudes, and practices (KAP) regarding these medications can be influenced by sociodemographic and contextual factors. In Argentina, evidence on these aspects and their relationship with gastrointestinal function is limited. The objective was to characterize KAP regarding antibiotic use, the presence of gastrointestinal symptoms, and their associated factors in adults from Santiago del Estero during 2025.

**Methodology.** A quantitative, observational, cross-sectional study was conducted among 170 adults. Gastrointestinal function was assessed using the Gastrointestinal Function Assessment Scale, and KAP was assessed using a questionnaire on personal antibiotic use. Chi-square tests, Fisher's exact test, and non-parametric tests were applied ( $p < 0.05$ ).

**Results.** 40.6% presented mild gastrointestinal symptoms, with a significant association observed with employment status. Educational level was the factor most consistently associated with inadequate knowledge and risky attitudes. 67.1% completed treatment, and adherence was higher in older adults. Formal sources of recommendation were associated with greater adherence (81.2%) and were used more frequently by employed participants (80%). A high prevalence of inappropriate antibiotic storage was observed; 95.7% of non-adherent participants exhibited inappropriate management of leftover antibiotics. 18.4% modified the dose on their own, based on subjective perceptions of risk and efficacy.

**Conclusions.** Misconceptions and inappropriate practices regarding antibiotics persist, especially in groups with lower levels of education and those who are unemployed. Low adherence, the use of informal sources, and the storage of leftover antibiotics constitute a pattern of irrational use. These findings underscore the need for educational and structural interventions in vulnerable populations. Furthermore, gastrointestinal symptoms may be influenced by contextual factors beyond behaviors related to antibiotic use.

## Keywords

Antibiotics; Gastrointestinal function; Knowledge, attitudes and practices.

## Introducción

A lo largo de miles de años, los seres humanos y microorganismos han coevolucionado, estableciendo una interacción simbiótica. El cuerpo humano hospeda alrededor de 40 billones de microorganismos distribuidos en distintos hábitats, cada uno con características fisicoquímicas específicas, conformando ecosistemas complejos. Entre estos, el intestino alberga una de las comunidades microbianas más densas, variadas y dinámicas, compuesta principalmente por bacterias de los filos Bacteroidetes y Firmicutes, junto con otros microorganismos como hongos, virus y protozoos (De Vos et al., 2022; Kunath et al., 2024).

Estas comunidades microbianas desempeñan funciones esenciales para el huésped, incluyendo la digestión, el metabolismo, la síntesis de vitaminas, la protección frente a patógenos, la modulación de la función cerebral a través del eje cerebro-intestino, así como la regulación del sistema inmunológico y las respuestas inflamatorias (Kuziel y Rakoff-Nahoum, 2022; Zhang y Chen, 2019).

El equilibrio de esta microbiota es fundamental para la homeostasis intestinal. Su alteración, conocida como disbiosis, se ha asociado con diversas enfermedades metabólicas, inmunológicas e inflamatorias, así como con una mayor susceptibilidad a infecciones (Ahmadizar et al., 2017; Cavanaugh, et al., 2024; Chu et al., 2021; El Tekle y Garrett, 2023; Le Chatelier et al., 2013; Paun et al., 2017; Shanahan et al., 2021; Van Hul et al., 2024). Los síntomas de la disbiosis incluyen dolor y distensión abdominal, gases, diarrea y estreñimiento, lo que puede provocar malabsorción, deficiencias nutricionales, anemia e hipoproteïnemia. Además, se estimula la respuesta inflamatoria y esto puede conducir a la inflamación crónica (Banaszak et al., 2023; Takakura et al., 2024). Si bien la patogénesis de la disbiosis no se comprende en forma completa, existen resultados clínicos que demuestran que el microbioma intestinal desempeña un papel clave en la génesis de los síntomas (Heenan et al., 2019; Krosgaard et al., 2018). En este marco, la presencia de síntomas gastrointestinales constituye un indicador clínico relevante de posibles alteraciones en la función intestinal y en el equilibrio de la microbiota (Villarreal et al., 2012).

Entre los factores que pueden inducir disbiosis, el uso de

antibióticos ocupa un lugar central, ya que estos fármacos generan cambios tanto en la composición como en la diversidad microbiana, favoreciendo en algunos casos la proliferación de microorganismos patógenos (Duan et al., 2022; Huang et al., 2022). Se ha demostrado que la terapia antibiótica oral con macrólidos modifica la abundancia relativa de Bacteroides y Bifidobacterium (Korpela y de Vos, 2018), al igual que el tratamiento con ciprofloxacina y clindamicina (Rashid et al., 2015). Mientras que tratamientos que incluyen a la amoxicilina y vancomicina produce un incremento en la presencia de bacterias gram negativas como *Escherichia coli* (Kabbani et al., 2017) en paralelo a una reducción de bacterias grampositivas, principalmente Firmicutes (Vrieze et al., 2014). Del mismo modo se ha evidenciado la alteración de la microbiota intestinal en sujetos sanos que recibieron tratamientos con cefalosporinas (Raymond et al., 2016).

Si bien los antibióticos son herramientas terapéuticas fundamentales, y a pesar de la normativa vigente en Argentina que exige prescripción médica para la dispensación de antibióticos (Ley 27.680), la automedicación sigue siendo una práctica común. Además, se observan otras prácticas inadecuadas como la interrupción prematura de los tratamientos, el uso innecesario o incorrecto, la reutilización o compartición de antibióticos sobrantes. Estas prácticas no solo contribuyen al desarrollo de resistencia antimicrobiana, sino que también incrementan el riesgo de alteraciones en la microbiota intestinal y la aparición de síntomas gastrointestinales, constituyendo así un problema de salud pública a nivel mundial (McDonnell et al., 2021; Sachdev et al., 2022; Strati et al., 2021).

Diversos estudios han demostrado que el uso y abuso de antibióticos está influenciado por factores socioculturales, como el nivel educativo, la edad y las percepciones sobre la enfermedad y su tratamiento. Además, dentro de un mismo país pueden observarse diferencias significativas en el acceso y uso de antibióticos, determinadas por factores como la ocupación, el número de personas en el hogar y los hábitos de consulta médica (Gaygisiz et al., 2017; Hawkins et al., 2022).

En Argentina, el consumo de antibióticos y los patrones de resistencia presentan variaciones regionales, lo que sugiere la coexistencia de diferentes realidades sanitarias dentro del país (Boni et al., 2021). Sin embargo, existe limitada evidencia sobre el nivel de



conocimiento, las actitudes y las prácticas de la población en relación con el uso de antibióticos, así como sobre su posible asociación con la presencia de síntomas gastrointestinales vinculados a la alteración de la microbiota intestinal.

En este contexto, resulta necesario profundizar en el estudio de estos aspectos a nivel local, a fin de identificar conductas de riesgo y posibles brechas de conocimiento que puedan ser abordadas mediante estrategias educativas y de salud pública.

El objetivo de este estudio fue caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de antibióticos, así como la presencia de síntomas gastrointestinales, en adultos de Santiago del Estero durante 2025, y analizar su relación con variables sociodemográficas, patrones de consumo reciente y prácticas de manejo de antibióticos.

## Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal con el objetivo de evaluar la función gastrointestinal mediante la identificación del nivel de gravedad de síntomas gastrointestinales, y describir los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el uso de antibióticos en adultos residentes en la ciudad capital de Santiago del Estero. El estudio se llevó a cabo entre marzo de 2025 y enero de 2026.

La población de estudio estuvo constituida por personas de ambos sexos, mayores de 18 años, residentes en la ciudad mencionada. Se incluyeron individuos que hubieran consumido antibióticos o se encontraran bajo tratamiento antibiótico oral, que fueran usuarios de plataformas digitales y contaran con acceso a internet y disposición para completar la encuesta. Se excluyeron personas embarazadas y aquellas con diagnóstico confirmado de enfermedades gastrointestinales crónicas (enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, cáncer gastrointestinal, diverticulitis, enfermedad celíaca o úlcera péptica), así como quienes presentarían limitaciones para responder de forma autónoma.

El muestreo fue no probabilístico por cuotas, definido a partir de datos del último censo nacional (INDEC, 2022), considerando sexo, edad, nivel educativo y situación laboral. La recolección de datos se realizó mediante encuestas autoadministradas en formato online. Debido a la baja participación de adultos mayores ( $\geq 60$  años), se incorporó además la modalidad en formato papel para este grupo etario. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio.

La función gastrointestinal fue valorada a partir de los síntomas reportados por los participantes, mediante la Escala de Evaluación de Función Gastrointestinal, instrumento validado para población adulta en general. El mismo cuenta con nueve ítems, de los cuales los seis primeros evalúan síntomas gastrointestinales y los tres restantes evalúan el ritmo intestinal (Chaidez et al., 2020). Cada ítem se puntúa de 0 a 3 según la intensidad del síntoma. La puntuación total permite clasificar a los participantes en: función normal (0–5), disfunción leve (6–11), moderada (12–20) y severa ( $\geq 21$ ).

Para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de antibióticos se empleó el cuestionario validado de Mallah et al. (2020), este se encuentra organizado en tres bloques. El primero incluye 16 ítems que evalúan conocimientos sobre antibióticos, actitud hacia el uso personal de antibióticos y actitud hacia los profesionales sanitarios, mediante una escala de Likert de 0 a 10, donde 0 significa completamente en desacuerdo y 10 completamente de acuerdo. El segundo bloque incluye 11 preguntas que buscan medir las diferentes prácticas de uso indebido personal de antibióticos. El tercer bloque recoge variables sociodemográficas. Las preguntas del segundo y tercer bloque se responden seleccionando una o varias respuestas de una lista de posibles, excepto la "edad", que es introducida por los participantes.

El análisis de los datos se realizó utilizando Microsoft Excel y GraphPad Prism versión 9.0. Se aplicaron estadísticas descriptivas

(frecuencias, porcentajes, medianas y rangos intercuartílicos). Para el análisis inferencial se emplearon pruebas no paramétricas. Las asociaciones entre variables categóricas se evaluaron mediante prueba de chi-cuadrado, test exacto de Fisher o extensión de Fisher-Freeman-Halton para tablas  $R \times C$ , utilizando aproximación por simulación de Monte Carlo cuando fue necesario. Para la comparación de variables ordinales entre grupos se aplicaron las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

## Resultados y discusiones

### 1. Descripción de la muestra

Se obtuvieron 223 respuestas de personas mayores de 18 años. Tras la aplicación de los criterios de elegibilidad, se excluyeron 28 casos: dos por no haber consumido antibióticos, cinco por no residir en la ciudad capital de Santiago del Estero y 21 por presentar diagnóstico confirmado de alguna enfermedad gastrointestinal preexistente.

Posteriormente, se eliminaron 25 registros debido a datos incompletos en los instrumentos de recolección (13 correspondientes a la versión digital y 12 a la versión impresa). El proceso de selección de la muestra se detalla en la Figura 1. La muestra final fue de 170 participantes. En la Tabla 1 se presentan sus características sociodemográficas.

### 2. Función gastrointestinal

Según la gravedad de los síntomas manifestados por los

Figura 1  
Diagrama de flujo del proceso de selección de la muestra

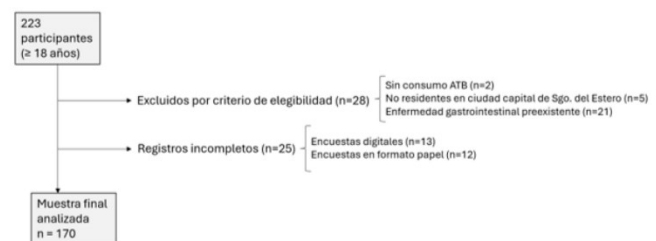


Tabla 1  
Características sociodemográficas de los participantes (n=170)

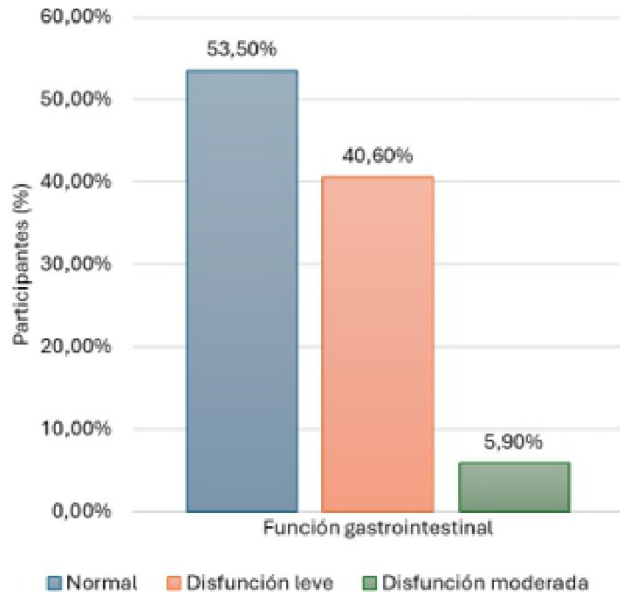
| Variable                 | n   | %    |
|--------------------------|-----|------|
| Sexo                     |     |      |
| Femenino                 | 98  | 57,6 |
| Masculino                | 72  | 42,4 |
| Edad (años)              |     |      |
| Juventud (18-29)         | 61  | 35,9 |
| Adultos (30-59)          | 97  | 57,1 |
| Adultos mayores (60 o +) | 12  | 7,1  |
| Nivel educativo          |     |      |
| Sin formación            | 1   | 0,6  |
| Primario                 | 5   | 2,9  |
| Secundario               | 44  | 25,9 |
| Terciario                | 22  | 12,9 |
| Universitario            | 98  | 57,6 |
| Situación laboral actual |     |      |
| Ocupado                  | 114 | 67,1 |
| Desocupado               | 56  | 32,9 |



participantes o su ausencia, se encontró que el 53,5 % (n= 91) de la población estudiada presenta función gastrointestinal normal, mientras que el 40,6 % (n= 69) se ubica en el rango de disfunción leve y solo el 5,9 % (n= 10) alcanza una disfunción moderada. No se registraron casos de disfunción severa en la muestra (Figura 2).

Estos hallazgos indican que, si bien la mayoría de los participantes no presenta alteraciones gastrointestinales significativas, una proporción importante refiere sintomatología leve, lo que

Figura 2  
Función gastrointestinal de la población (n=170)



podría reflejar alteraciones funcionales subclínicas en la población estudiada. La ausencia de casos severos sugiere una baja frecuencia de compromiso gastrointestinal avanzado en este grupo.

Se analizó la asociación entre las variables sociodemográficas y la función gastrointestinal. No se observaron diferencias estadísticamente significativas según sexo, grupo etario ni nivel educativo ( $p > 0,05$ ). En cambio, se evidenció una asociación significativa entre la situación laboral y la función gastrointestinal ( $p < 0,05$ ). Los resultados detallados se presentan en la Tabla 2.

Al analizar la situación laboral y la función gastrointestinal, se observó una mayor proporción función gastrointestinal alterada en los participantes sin empleo en comparación con aquellos que se

Tabla 2  
Asociación entre variables sociodemográficas y función gastrointestinal en la población estudiada (n = 170).

| Variable                 | Función gastrointestinal |               |                   | p      |
|--------------------------|--------------------------|---------------|-------------------|--------|
|                          | Normal<br>n (%)          | Leve<br>n (%) | Moderada<br>n (%) |        |
| Sexo                     |                          |               |                   |        |
| Femenino                 | 47 (48)                  | 43 (43,9)     | 8 (8,2)           | 0,135  |
| Masculino                | 44 (61,1)                | 26 (36,1)     | 2 (2,8)           |        |
| Edad (años)              |                          |               |                   |        |
| Juventud (18-29)         | 26 (42,6)                | 30 (49,2)     | 5 (8,2)           | 0,182  |
| Adultos (30-59)          | 60 (61,9)                | 33 (34)       | 4 (4,1)           |        |
| Adultos mayores (60 o +) | 5 (41,7)                 | 6 (50,0)      | 1 (8,3)           |        |
| Nivel educativo          |                          |               |                   |        |
| Sin formación            | 0 (0)                    | 0 (0)         | 1 (100)           | 0,102  |
| Primario                 | 1 (20)                   | 4 (80)        | 0 (0)             |        |
| Secundario               | 28 (63,6)                | 16 (36,4)     | 0 (0)             |        |
| Terciario                | 11 (50)                  | 11 (50)       | 0 (0)             |        |
| Universitario            | 51 (52,0)                | 38 (38,8)     | 9 (9,2)           |        |
| Situación laboral actual |                          |               |                   |        |
| Ocupado                  | 70 (61,4)                | 40 (35,1)     | 4 (3,5)           | 0,0071 |
| Desocupado               | 21 (37,5)                | 29 (51,8)     | 6 (10,7)          |        |

Nota. Para sexo y situación laboral se aplicó  $\chi^2$ , y para las restantes variables prueba exacta de Fisher.

encontraban ocupados. En concordancia, los individuos sin empleo presentaron una menor proporción de función gastrointestinal normal.

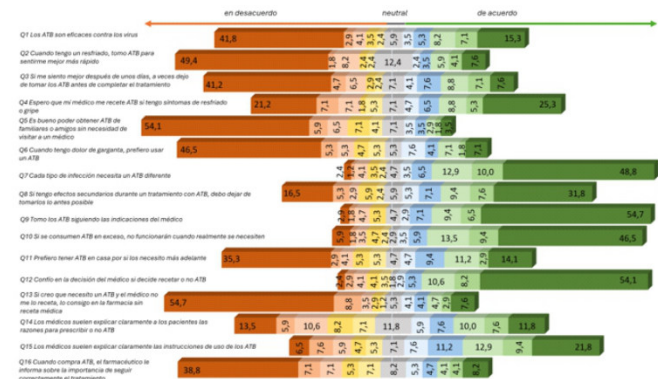
Si bien este estudio no permite establecer relaciones causales debido a su diseño, estos hallazgos podrían reflejar factores asociados a la situación laboral, como el nivel socioeconómico, el acceso a servicios de salud y condiciones psicosociales. En este sentido, estudios previos han demostrado que los síntomas gastrointestinales se asocian con el nivel socioeconómico, observándose una mayor frecuencia en grupos que pertenecen a clases socioeconómicas bajas (Bytzer et al., 2001), y que la situación de desempleo puede tener efectos acumulativos sobre la salud (Åslund et al., 2014).

### 3. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el uso personal de antibióticos

En el primer bloque del cuestionario, los ítems se encuentran agrupados en tres dimensiones: conocimiento sobre antibióticos, actitud hacia el uso personal de antibióticos y actitud hacia los profesionales sanitarios. Cabe señalar que, de acuerdo con la validación del instrumento, algunos ítems presentan carga cruzada, es decir, aportan a más de una dimensión. En la Figura 3 se muestra la distribución de las respuestas de los participantes para los 16 ítems del primer bloque.

Con el fin de complementar la información visual presentada en la Figura 3 y facilitar una caracterización cuantitativa de las respuestas, la Tabla 3 presenta los estadísticos descriptivos correspondientes a cada uno de los ítems del cuestionario. Dado el

Figura 3  
Distribución porcentual de las respuestas en escala Likert (0–10) para los ítems del bloque Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el uso personal de antibióticos



Nota. Los valores representan el porcentaje de participantes que seleccionó cada opción en la escala Likert. AB: antibióticos.

carácter ordinal de las respuestas, se reportaron tanto medidas paramétricas (media y desviación estándar) como no paramétricas (mediana e IQR), a fin de describir de manera complementaria la tendencia central y la dispersión de los ítems.

En la dimensión conocimiento sobre el uso de antibióticos, los enunciados evaluaron creencias relacionadas con el mecanismo de acción, las indicaciones y las consecuencias de su uso. En general, se observaron conocimientos favorables sobre la resistencia

Tabla 3  
Estadísticos descriptivos de los ítems del cuestionario Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el uso personal de antibióticos



| Variable | Enunciado                                                                                                               | Media | DE  | Mediana | IQR  |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|---------|------|
| C        | Q1. Los antibióticos son eficaces contra los virus                                                                      | 4,0   | 4,1 | 3       | 8    |
| C        | Q2. Cuando tengo un resfriado, tomo antibióticos pensando que me sentiré mejor más rápido                               | 3,0   | 3,6 | 1       | 5    |
| A        | Q3. Si me siento mejor después de unos días, a veces dejo de tomar los antibióticos antes de completar el tratamiento   | 3,6   | 3,8 | 2       | 7    |
| C        | Q4. Espero que mi médico me recete antibióticos si tengo síntomas de resfriado o gripe                                  | 5,3   | 3,9 | 6       | 8,75 |
| A        | Q5. Es bueno poder obtener antibióticos de familiares o amigos sin necesidad de visitar a un médico                     | 2,1   | 3,0 | 0       | 4    |
| C-A      | Q6. Cuando tengo dolor de garganta, prefiero usar un antibiótico                                                        | 3,0   | 3,5 | 1       | 6    |
| C        | Q7. Cada tipo de infección necesita un antibiótico diferente                                                            | 8,0   | 2,7 | 9       | 3    |
| A        | Q8. Si tengo efectos secundarios durante un tratamiento con antibióticos, debo dejar de tomarlos lo antes posible       | 6,1   | 3,8 | 7       | 7    |
| A-AP     | Q9. Tomo los antibióticos siguiendo las indicaciones del médico                                                         | 8,0   | 2,9 | 10      | 3    |
| C        | Q10. Si se consumen antibióticos en exceso, no funcionarán cuando realmente se necesiten                                | 7,7   | 3,1 | 9       | 3    |
| A        | Q11. Prefiero tener antibióticos en casa por si los necesito más adelante                                               | 4,2   | 3,9 | 4       | 8    |
| A-AP     | Q12. Confío en la decisión del médico si decide recetar o no antibióticos                                               | 8,0   | 2,9 | 10      | 3    |
| A        | Q13. Si creo que necesito un antibiótico y el médico me lo receta, lo consigo en la farmacia sin receta médica          | 2,5   | 3,5 | 0       | 5    |
| AP       | Q14. Los médicos suelen explicar claramente a los pacientes las razones para prescribir o no antibióticos               | 4,9   | 3,3 | 5       | 6    |
| AP       | Q15. Los médicos suelen explicar claramente las instrucciones de uso de los antibióticos                                | 6,2   | 3,3 | 7       | 5    |
| AP       | Q16. Cuando compro antibióticos, el farmacéutico le informa sobre la importancia de seguir correctamente el tratamiento | 3,2   | 3,5 | 2       | 6    |

Nota. La primera columna indica la dimensión a la que contribuye cada ítem: C = conocimiento sobre antibióticos; A = actitud hacia el uso personal de antibióticos; AP = actitud hacia los profesionales sanitarios.

bacteriana, evidenciados por el alto acuerdo y consenso con la afirmación de que el uso excesivo de antibióticos puede disminuir su eficacia futura (Q10). En relación con la especificidad de los antibióticos según el tipo de infección (Q7), también se observó un alto nivel de acuerdo. No obstante, desde una perspectiva microbiológica estricta la afirmación no es correcta, ya que un mismo antibiótico puede ser eficaz frente a distintas infecciones bacterianas. Este hallazgo podría explicarse por una posible interpretación alternativa del enunciado, algunos participantes podrían haber entendido la afirmación en un sentido clínico más acotado ("cada infección bacteriana requiere el antibiótico adecuado según la bacteria"), lo que reflejaría una comprensión parcial pero no necesariamente errónea. Esta ambigüedad interpretativa sugiere una limitación potencial del instrumento, propia de cuestionarios autoadministrados con enunciados generales.

Respecto a las afirmaciones referidas a la eficacia de los antibióticos frente a infecciones virales (Q1, Q2, Q6), predomina en términos generales el desacuerdo, lo que sugiere un conocimiento adecuado. Sin embargo, la elevada dispersión observada en estos ítems, evidencia la persistencia de creencias erróneas en un subgrupo relevante de participantes, particularmente en relación con el uso de antibióticos para cuadros virales (con un 39,4 % de participantes que manifiesta acuerdo) y un subgrupo de participantes con el uso de antibióticos en contextos en los que no están indicados, como resfriados (con un 23,5 % que manifiesta acuerdo) o dolor de garganta (con un 27,7 % que manifiesta acuerdo).

Por otra parte, la expectativa de prescripción médica ante síntomas gripales (Q4) mostró una marcada heterogeneidad. Mientras una parte de los participantes manifestó esperar prescripción médica (50,6 %), otro grupo expresó desacuerdo con esta afirmación (42,5 %). Este patrón sugiere la coexistencia de expectativas divergentes respecto al rol del médico en la prescripción. Desde una perspectiva aplicada, estos resultados podrían constituir un desafío para la comunicación clínica, al asociarse tanto con conductas de automedicación como con posibles presiones sobre el profesional de salud.

En la dimensión actitud hacia el uso personal de antibióticos, las sentencias refieren a disposiciones y comportamientos autoinformados en relación con su consumo. Si bien predominó el

desacuerdo el rechazo a conductas de riesgo como interrumpir el tratamiento al sentirse mejor (Q3) o acceder a antibióticos sin prescripción (Q5 y Q13), en varios ítems se observó una elevada dispersión, indicando la presencia de subgrupos que admiten estas prácticas. Este hallazgo resulta relevante desde el punto de vista sanitario, dado que tanto la interrupción prematura del tratamiento como la obtención informal de antibióticos pueden favorecer la selección de bacterias resistentes y promover prácticas de automedicación. En este sentido, y considerando que en Argentina la dispensación de antibióticos requiere receta archivada (Ley 27.680), resulta particularmente relevante que una proporción de participantes considere posible obtener antibióticos sin prescripción médica, lo que sugiere la persistencia de circuitos informales de acceso.

La percepción de que los antibióticos deben suspenderse ante la aparición de efectos secundarios (Q8) mostró un acuerdo moderado, siendo esta una creencia potencialmente inadecuada. Del mismo modo, la dispersión refleja posturas divididas, un 61,2 % acuerda con la afirmación, mientras que el 32,9 % se ubica en desacuerdo. En este punto es necesario aclarar que la suspensión unilateral del tratamiento ante efectos secundarios, sin consulta médica, puede comprometer la efectividad terapéutica y favorecer resistencias, por lo que este constituye un aspecto prioritario para intervenciones educativas.

La preferencia por conservar antibióticos para uso futuro (Q11), también mostró una marcada polarización, con participantes que rechazaron esta práctica (52,9 %) y otros que la avalaron (42,3 %). Este hallazgo resulta relevante, ya que el almacenamiento domiciliario de antibióticos puede facilitar conductas posteriores de automedicación.

En relación con la actitud hacia los profesionales sanitarios, los participantes reportaron elevados niveles de confianza en las indicaciones médicas y en la decisión clínica de prescribir o no antibióticos (Q9 y Q12). Estos resultados constituyen un aspecto favorable, dado que la confianza en el profesional se asocia con una mejor adherencia terapéutica y con el uso racional de antibióticos.

Sin embargo, la percepción sobre la calidad de la comunicación médica fue más heterogénea. Mientras algunos participantes consideraron que los médicos explican adecuadamente las razones de la prescripción y las instrucciones de uso (Q14 y Q15), otros manifestaron percepciones desfavorables. Esto sugiere que, pese a la elevada confianza declarada, la comunicación clínica podría fortalecerse, especialmente en lo referido a la explicación de las decisiones terapéuticas. Este déficit comunicativo podría afectar la comprensión del paciente y, en consecuencia, su adherencia a largo plazo. Esto sugiere que la confianza en la figura médica no necesariamente se sustenta en una comunicación clínica efectiva, sino que podría basarse en factores como la autoridad percibida o la relación previa con el profesional.

Por otra parte, predominó una percepción negativa respecto al asesoramiento brindado por el farmacéutico (Q16). En este contexto, resulta relevante considerar que, en muchas farmacias, la atención al público es realizada por personal no farmacéutico. Dado el rol estratégico del punto de dispensación en el uso racional de antibióticos, este hallazgo evidencia una oportunidad de mejora en la educación y orientación al paciente, especialmente en entornos donde la venta sin receta es una práctica frecuente.

Los resultados hasta aquí presentados, muestran que, si bien predominan conocimientos y actitudes favorables hacia el uso racional de antibióticos, persisten creencias erróneas y prácticas potencialmente inadecuadas en subgrupos específicos de participantes. La elevada heterogeneidad observada en varios ítems, destaca la importancia de evaluar su posible asociación con distintas variables sociodemográficas. Del mismo modo, resulta de interés analizar la posible relación con la función gastrointestinal, considerando que el uso inadecuado de antibióticos puede alterar la microbiota intestinal y afectar el equilibrio gastrointestinal.



### 3.1. Factores asociados a los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el uso personal de antibióticos.

Para evaluar la asociación entre los ítems correspondientes a las variables conocimiento sobre antibióticos, actitud hacia el uso personal de antibióticos y actitud hacia los profesionales sanitarios, y las variables sociodemográficas y la función gastrointestinal, se aplicaron pruebas no paramétricas para cada ítem. En el caso de variables dicotómicas, se utilizó el test de Mann-Whitney, mientras que para las variables con más de dos categorías se aplicó el test de Kruskal-Wallis. Se consideró un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

En relación con los ítems de conocimiento, se observaron asociaciones significativas principalmente con el nivel educativo, la edad y la situación laboral (Tabla 4). En particular, el ítem Q2 mostró diferencias según estas variables, evidenciando un mayor acuerdo con la creencia errónea sobre el uso de antibióticos ante

Tabla 4  
Asociación entre los ítems del cuestionario Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el uso personal de antibióticos, función gastrointestinal y las variables sociodemográficas (valores de  $p$ ).

| Enunciado | Sexo-p    | Edad-p      | Nivel educativo-p | Situación laboral -p | FG-p   |
|-----------|-----------|-------------|-------------------|----------------------|--------|
| Q1        | 0,2387    | 0,0561      | 0,0481            | 0,1270               | 0,2080 |
| Q2        | 0,2516    | 0,0235*     | 0,0004***         | 0,0015**             | 0,0567 |
| Q3        | 0,3630    | 0,0634      | 0,1233            | 0,0015**             | 0,4034 |
| Q4        | 0,7612    | 0,2664      | 0,8812            | 0,5714               | 0,2347 |
| Q5        | 0,0397*   | 0,0922      | 0,0355*           | 0,0007***            | 0,0661 |
| Q6        | 0,0001*** | 0,1691      | 0,0007***         | 0,4911               | 0,2900 |
| Q7        | 0,0564    | 0,4849      | 0,4661            | 0,8318               | 0,8946 |
| Q8        | 0,7856    | 0,2416      | 0,7465            | 0,6568               | 0,8926 |
| Q9        | 0,9910    | 0,9830      | 0,5715            | 0,9834               | 0,3376 |
| Q10       | 0,0558    | 0,0128*     | 0,1965            | 0,0495*              | 0,7911 |
| Q11       | 0,1547    | 0,0027**    | 0,0054**          | <0,0001****          | 0,9356 |
| Q12       | 0,8254    | 0,5455      | 0,2701            | 0,6204               | 0,7283 |
| Q13       | 0,0996    | <0,0001**** | 0,0018**          | 0,0066**             | 0,3001 |
| Q14       | 0,0085**  | 0,0839      | 0,0560            | 0,2838               | 0,9263 |
| Q15       | 0,0547    | 0,0896      | 0,1828            | 0,3237               | 0,7476 |
| Q16       | 0,0418*   | 0,0060**    | 0,0151*           | 0,1713               | 0,5165 |

Nota. FG: función gastrointestinal. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*\*\*  $p < 0,0001$

resfriados en participantes con menor nivel educativo (medianas 8 y 6, para sin formación y nivel primario, respectivamente), sin empleo (mediana 4) y de mayor edad (mediana 4,5). En contraste, los participantes con educación terciaria o universitaria, con empleo y el grupo de adultos presentaron un rechazo sistemático de esta afirmación (medianas 0).

El ítem Q6 se asoció con el sexo y el nivel educativo. Los varones mostraron mayor acuerdo con la afirmación (mediana = 5,5), mientras que las mujeres la rechazaron (mediana 0), lo que podría reflejar una mayor aceptación del uso de antibióticos ante síntomas inespecíficos en el primer grupo. Asimismo, los participantes con menor formación presentaron medianas más altas (6), mientras que aquellos con educación terciaria o universitaria rechazaron de forma consistente esta práctica (medianas = 0). Por

su parte, en el ítem Q10, aunque se observaron diferencias significativas según edad y situación laboral, todos los grupos mostraron niveles elevados de acuerdo, lo que indica un reconocimiento generalizado del riesgo asociado al uso excesivo de antibióticos.

En relación a la actitud hacia el uso personal de antibióticos, se identificaron asociaciones relevantes con distintas variables sociodemográficas. El ítem Q3 mostró diferencias según situación laboral, aunque ambos grupos tendieron al desacuerdo con la interrupción del tratamiento. El ítem Q5 presentó diferencias según sexo, nivel educativo y situación laboral, observándose una mayor tolerancia hacia la obtención informal de antibióticos en varones, personas sin empleo y con menor nivel educativo. Asimismo, los ítems Q11 y Q13 evidenciaron asociaciones consistentes con edad, nivel educativo y situación laboral, indicando mayor predisposición al almacenamiento de antibióticos y a su obtención sin receta en participantes jóvenes, adultos mayores, personas con menor formación y sin empleo.

En cuanto a la actitud hacia los profesionales sanitarios, se observaron diferencias en la percepción de la comunicación médica (Q14) según sexo, con una valoración más favorable en los varones. El ítem Q16 presentó asociaciones con sexo, edad y nivel educativo, evidenciando una mayor percepción del rol informativo del farmacéutico en varones, adultos mayores y participantes con menor nivel educativo.

En contraste, no se observaron asociaciones significativas entre los ítems del cuestionario y la función gastrointestinal. Esta relación ha sido escasamente explorada en la literatura, ya que la evidencia disponible se ha centrado principalmente, por un lado, en la asociación entre variables sociodemográficas y conocimientos, actitudes y prácticas sobre antibióticos, y por otro, en los efectos de estos fármacos sobre la función gastrointestinal. En particular, se ha documentado que los antibióticos pueden alterar la microbiota intestinal, favoreciendo el crecimiento de patógenos y comprometiéndola función de la barrera intestinal (Levy, 2000; Raymond et al., 2016). En este contexto, la ausencia de asociación observada en el presente estudio podría indicar que las percepciones y el uso de antibióticos no se relacionan directamente con el estado gastrointestinal autorreportado, aunque este aspecto requiere mayor investigación.

Los hallazgos son parcialmente consistentes con la literatura previa. Si bien la relación entre sexo y conocimiento sobre antibióticos muestra resultados heterogéneos (Aslam et al., 2020; Toro-Garay et al., 2023), diversos estudios han reportado mejores actitudes y prácticas en mujeres (Nepal et al., 2019; Pham-Duc y Sriparamanathan, 2021). En cuanto a la edad, la evidencia muestra patrones variables según el contexto y la población estudiada (Alruqayb et al., 2025; Sirijoti et al., 2014; Guo et al., 2021), lo que coincide con la ausencia de un patrón uniforme en los resultados aquí encontrados. Por otro lado, la evidencia sobre la situación laboral es limitada y suele centrarse en comparaciones entre personal sanitario y no sanitario, más que en la condición laboral general (Lim y Teh, 2012; Shatla et al., 2022), lo que dificulta la comparación directa con los presentes resultados.

En termino generales, la evidencia sugiere que las diferencias según sexo, edad y situación laboral son altamente contextuales y se encuentran mediadas por otros factores sociodemográficos, en particular el nivel educativo.

En este estudio, el nivel de educación emerge como el factor más consistentemente asociado tanto a conocimientos inadecuados como a actitudes de riesgo relacionadas con el uso de antibióticos. Este resultado es concordante con investigaciones previas que destacan el rol de la educación en la mejora del conocimiento (Alruqayb et al., 2025; Chatterjee et al., 2021; Nepal et al., 2019). No obstante, distintos estudios también han señalado la existencia de una brecha entre conocimiento y práctica (Sampedro Restrepo et al., 2023), lo que sugiere que un mayor nivel educativo, si bien favorece la comprensión teórica, no garantiza por sí solo la adopción de conductas adecuadas. En este sentido, los resultados del presente



estudio refuerzan la idea de que la educación constituye un eje central para promover el uso racional de antibióticos, aunque también evidencian la necesidad de complementarla con estrategias orientadas a factores conductuales y contextuales, tales como las creencias sobre eficacia, las experiencias previas de uso, las prácticas familiares de automedicación y el acceso a la atención sanitaria.

### 3.2. Uso reciente y prácticas de manejo de antibióticos

El segundo bloque del instrumento fue respondido únicamente por los participantes que habían consumido antibióticos en los últimos dos meses. Del total, el 44,7 % (n=76) declaró haberlos utilizado recientemente, lo que refleja una frecuencia de consumo reciente relevante para el análisis de las prácticas de uso.

Al indagar sobre quién recetó o recomendó su uso, se permitió seleccionar más de una opción. El 81,6 % (n=62) reportó haber recurrido a una única fuente, mientras que el 18,4 % (n=14) indicó haber combinado dos o más fuentes de recomendación.

En cuanto al tipo de fuente, el 65,8 % (n=50) recurrió a al menos una fuente formal (médico y/o farmacéutico). Dentro de las fuentes formales, la consulta médica fue claramente predominante (n=45), mientras que el farmacéutico fue mencionado con menor frecuencia (n=5). Por otra parte, el 21,1 % (n=16) recurrió exclusivamente a fuentes informales (amigos, familiares y/o disponibilidad de antibióticos en el hogar), y el 13,2 % (n=10) combinó fuentes formales e informales. Este hallazgo sugiere que la indicación médica puede coexistir con circuitos informales de acceso y recomendaciones del entorno. En este sentido, se ha reportado previamente que cuanto más diversa es la red social (familiares/amigos), mayor es la probabilidad de que la persona retrase la búsqueda de ayuda de profesionales sanitarios, ya que recurre a estrategias de autocuidado recomendadas por sus contactos (Ellis et al., 2019). Estos hallazgos podrían contribuir a explicar la persistencia de prácticas informales de recomendación y uso de antibióticos observadas en este estudio.

Por otra parte, la disponibilidad de antibióticos en el hogar constituyó una de las opciones de respuesta al indagar sobre la fuente de recomendación o indicación de consumo. En este sentido el 18,4% de los participantes (n=14) indicó haber utilizado antibióticos que ya tenía en su casa; de estos, 4 lo hicieron como única fuente y 10 en combinación con otras opciones. Este resultado constituye un indicador relevante de automedicación, especialmente por la coexistencia de múltiples fuentes de recomendación en una misma situación de uso.

Al evaluar las asociaciones entre la fuente de recomendación para el uso de antibióticos y las variables sociodemográficas (Tabla 5), no se observaron diferencias significativas según el sexo, la edad ni el nivel de educación ( $p > 0,05$ ). En cambio, se encontraron diferencias significativas con la situación laboral, con mayor uso de fuentes formales en participantes con empleo (80 %) respecto de aquellos sin empleo (45,2 %).

Tabla 5  
Fuente de recomendación y su asociación con variables sociodemográficas

| Variable                    | Fuente de recomendación |                   |                | p      |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------|----------------|--------|
|                             | Formal<br>n (%)         | Informal<br>n (%) | Mixta<br>n (%) |        |
| Sexo                        |                         |                   |                |        |
| Femenino                    | 32 (66,7)               | 12 (25)           | 4 (8,3)        | 0,214  |
| Masculino                   | 18 (64,3)               | 4 (14,3)          | 6 (21,4)       |        |
| Edad (años)                 |                         |                   |                |        |
| Juventud (18-29)            | 17 (50)                 | 12 (35,3)         | 5 (14,7)       | 0,081  |
| Adultos (30-59)             | 26 (78,8)               | 4 (12,1)          | 3 (9,1)        |        |
| Adultos mayores (60 o +)    | 7 (77,8)                | 0 (0)             | 2 (22,2)       |        |
| Nivel educativo             |                         |                   |                |        |
| Primario + Secundario**     | 12 (57,1)               | 4 (19)            | 5 (23,8)       | 0,241  |
| Terciario + Universitario** | 38 (69,1)               | 12 (21,8)         | 5 (9,1)        |        |
| Situación laboral actual    |                         |                   |                |        |
| Ocupado                     | 36 (80)                 | 6 (13,3)          | 3 (6,7)        | 0,0011 |
| Desocupado                  | 14 (45,2)               | 10 (32,3)         | 7 (22,6)       |        |

Nota. \*\*Categorías agrupadas para el análisis. Para evaluar asociación con variables sociodemográficas y fuente de recomendación, se empleó la extensión de la prueba exacta de Fisher para tablas RxC (Fisher-Freeman-Halton). Para edad y situación laboral se utilizó una aproximación por simulación Monte Carlo (con 100000 réplicas).

Esta asociación sugiere que el acceso a la atención médica formal podría estar mediado por la estabilidad laboral, posiblemente debido a la cobertura de seguro de salud o a una mayor disponibilidad de recursos económicos. Esta tendencia es consistente con hallazgos en otros contextos de ingresos medios y bajos, donde el desempleo y la pobreza multidimensional han sido identificados como determinantes clave de la automedicación inapropiada (Adeke et al., 2025; Thin et al., 2025).

Al indagar si en la última ocasión de consumo de antibióticos se había completado el tratamiento, el 67,1 % (n=51) de los participantes respondió afirmativamente, el 30,3 % (n=23) indicó que no, y el 2,6 % (n=2) señaló que aún se encontraban en tratamiento.

Al analizar la adherencia según variables sociodemográficas (Tabla 6), no se encontraron diferencias significativas según sexo, nivel educativo agrupado ni situación laboral ( $p > 0,05$ ). En cambio, se observó una asociación significativa con la edad ( $p < 0,05$ ). Los adultos mayores presentaron una adherencia completa (100 %), seguidos por los adultos con un 75 % y los jóvenes con un 54,5 %.

Asimismo, se detectó una asociación significativa entre el tipo de fuente de recomendación y la adherencia al tratamiento ( $p < 0,001$ ). Los participantes que recurrieron a fuentes formales (médico/farmacéutico) mostraron la mayor proporción de cumplimiento (81,3 %), seguidos por aquellos que combinaron fuentes formales e informales (60,0 %). En contraste, quienes utilizaron únicamente fuentes informales mostraron menor adherencia (37,5%).

Tabla 6  
Adherencia al tratamiento y su asociación con variables sociodemográficas y fuente de recomendación

| Variable                    | Adherencia al tratamiento |             | p      |
|-----------------------------|---------------------------|-------------|--------|
|                             | Si<br>n (%)               | No<br>n (%) |        |
| Sexo                        |                           |             |        |
| Femenino                    | 28 (60,9)                 | 18 (39,1)   | 0,0717 |
| Masculino                   | 23 (82,1)                 | 5 (17,6)    |        |
| Edad (años)                 |                           |             |        |
| Juventud (18-29)            | 18 (54,5)                 | 15 (45,5)   | 0,029  |
| Adultos (30-59)             | 24 (75)                   | 8 (25)      |        |
| Adultos mayores (60 o +)    | 9 (100)                   | 0 (0)       |        |
| Nivel educativo             |                           |             |        |
| Primario + Secundario**     | 17 (80,9)                 | 4 (19)      | 0,2646 |
| Terciario + Universitario** | 34 (64,1)                 | 19 (35,8)   |        |
| Situación laboral actual    |                           |             |        |
| Ocupado                     | 32 (80)                   | 11 (13,3)   | 0,3094 |
| Desocupado                  | 19 (45,2)                 | 12 (32,3)   |        |
| Fuente de recomendación     |                           |             |        |
| Formal                      | 39 (81,2)                 | 9 (18,8)    | 0,0002 |
| Informal                    | 6 (37,5)                  | 10 (62,5)   |        |
| Mixta                       | 6 (60)                    | 4 (40)      |        |

Nota. \*\*Categorías agrupadas para el análisis. Para evaluar asociación con variables sociodemográficas y adherencia al tratamiento se empleó prueba exacta de Fisher, para edad y fuente de recomendación extensión de Fisher-Freeman-Halton.

El patrón de adherencia en relación a la edad coincide con estudios previos que indican que, aunque los adultos mayores a menudo presentan múltiples comorbilidades y enfrentan barreras en la prescripción, suelen mostrar una mayor adherencia a los tratamientos indicados. Una posible explicación es la mayor percepción de vulnerabilidad ante las infecciones y el respeto por la autoridad médica en este grupo etario (Fernandes et al., 2014; Zabihi et al., 2021). Además, también se detectó una fuerte asociación entre el tipo de fuente de recomendación y la adherencia al tratamiento, donde quienes recurrieron a fuentes formales mostraron la mayor proporción de cumplimiento. La literatura respalda este hallazgo, mostrando que las recomendaciones de médicos y farmacéuticos son las más confiables y efectivas para asegurar la adherencia terapéutica (Pires, 2024; Sellier et al., 2010). La disparidad en el cumplimiento según la fuente subraya la necesidad de fortalecer los canales formales de atención y educación al paciente.



En cuanto al manejo de los antibióticos sobrantes, el 56,6 % (n=43) declaró guardarlos para una próxima enfermedad, el 3,9 % (n=3) indicó que los guardó y además los compartió, el 5,3 % (n=4) refirió haberlos entregado a otras personas, y el 34,2 % (n=26) informó no haber tenido sobrantes. Ningún participante seleccionó la opción de desecharlos. Estos resultados evidencian una alta prevalencia de almacenamiento inapropiado de antibióticos, y en menor medida, de su circulación informal.

Se observó una asociación significativa (Tabla 7) entre la fuente de recomendación y el manejo de los antibióticos sobrantes ( $p < 0,0001$ ). Todos los participantes que recurrieron a fuentes mixtas (combinación de fuentes formales e informales) tuvieron un manejo inapropiado de sobrantes, seguidos por los que recurrieron a fuentes informales (81,3 %). En contraste, quienes recurrieron a fuentes formales mostraron una menor proporción de estas prácticas (54 %) y un mayor porcentaje de ausencia de sobrantes (46 %).

De manera consistente, la adherencia al tratamiento también se asoció con el manejo de antibióticos sobrantes ( $p < 0,0001$ ). El 95,7 % de los participantes no adherentes presentó un manejo inapropiado (guardar o compartir), mientras que entre los adherentes esta proporción fue del 52,9 %, con un 47,1 % que no reportó sobrantes.

En conjunto, los resultados indican que la recomendación proveniente de fuentes formales se asocia con un mejor cumplimiento del tratamiento. Asimismo, la falta de adherencia y el recurso a fuentes informales se vinculan con prácticas inadecuadas de almacenamiento y reutilización de antibióticos, lo que podría favorecer la automedicación y el uso no racional de estos fármacos.

En este sentido, se observa un patrón consistente de uso inadecuado, en el que la baja adherencia, el uso de fuentes informales y el almacenamiento de antibióticos no constituyen conductas aisladas, sino prácticas interrelacionadas que podrían reforzarse mutuamente.

Un hallazgo preocupante fue el almacenamiento inapropiado de antibióticos y la circulación informal de estos medicamentos. Todos los participantes que recurrieron a fuentes mixtas (formales e informales) presentaron un manejo inapropiado de sobrantes, seguidos por quienes usaron solo fuentes informales. A nivel internacional, estudios en países en desarrollo han documentado que

mente y el 2,6 % (n=2) con frecuencia.

Al analizar las conductas adoptadas frente al olvido de dosis, en el subgrupo que reportó olvidos (n = 40), el 52,5 % (n=21) continuó con las dosis siguientes de manera normal, el 42,5 % (n=17) tomó la dosis en cuanto la recordó, y el 5,0 % (n=2) duplicó o aumentó la dosis. Si bien la mayoría de los participantes adoptó conductas compatibles con una resolución adecuada del olvido de dosis, la presencia de prácticas como la duplicación de la dosis evidencia la persistencia de estrategias inadecuadas que podrían comprometer la seguridad y eficacia del tratamiento antibiótico.

Por otra parte, se indagó si los participantes que habían presentado un consumo reciente de antibióticos, habían modificado la dosis por cuenta propia sin consulta médica. El 81,6 % (n=62) indicó no haber realizado modificaciones, mientras que el 15,8 % (n=12) reportó haberlo hecho algunas veces y el 2,6 % (n=2) con frecuencia.

En el subgrupo que manifestó haber cambiado la dosis sin supervisión médica (n=14), el 42,9 % (n=6) indicó haber tomado menos cantidad de la indicada, mientras que el 57,1 % (n=8) reportó haber tomado en algunas ocasiones más cantidad y en otras menos.

Entre quienes redujeron la dosis de antibióticos, los motivos más frecuentemente reportados fueron la preocupación por efectos secundarios, la percepción de mejoría clínica y la sensación de estar consumiendo demasiados medicamentos. También se mencionaron el rechazo a la toma nocturna y situaciones vinculadas al cansancio u olvido.

Estos hallazgos resultan coherentes con lo observado previamente en el bloque de actitudes hacia el uso personal de antibióticos. En particular, la preocupación por los efectos adversos como motivo para modificar el tratamiento coincide con la tendencia observada en la sentencia Q8, donde una proporción importante de participantes manifestó acuerdo con suspender el tratamiento ante la aparición de efectos secundarios.

Es decir, la preocupación por los efectos adversos constituye una creencia frecuente y probablemente vinculada a modificaciones autónomas del tratamiento.

De manera similar, la percepción de mejoría clínica como motivo para reducir la dosis se encuentra en línea con los resultados obtenidos en la sentencia Q3, que evidenciaron la presencia de un subgrupo de participantes que admite interrumpir el tratamiento al sentirse mejor. Estos resultados sugieren una coherencia entre las actitudes declaradas y las prácticas reportadas, evidenciando que determinadas creencias sobre los efectos adversos y la mejoría clínica podrían traducirse en conductas concretas de modificación inadecuada del tratamiento antibiótico.

Entre aquellos participantes que reportaron haber aumentado la dosis de antibióticos, los motivos más frecuentes fueron la percepción de sentirse muy enfermos, la falta de mejoría clínica y, en menor medida, el olvido de dosis previas.

Los resultados obtenidos sugieren que algunos participantes tienden a modificar el tratamiento en función de la percepción subjetiva de gravedad o eficacia, utilizando el aumento de dosis como una estrategia para acelerar la recuperación o compensar la ausencia de respuesta clínica inmediata. Este tipo de conducta refleja una concepción potencialmente inadecuada del tratamiento antibiótico, basada en la idea implícita de que una mayor cantidad de medicamento podría mejorar el efecto terapéutico.

Las modificaciones autónomas de dosis no solo se relacionan con la interrupción o reducción del tratamiento, sino también con intentos de intensificarlo frente a la persistencia de síntomas o la percepción de enfermedad grave, evidenciando dificultades en el manejo adecuado de los antibióticos y la persistencia de conductas de automodificación no supervisada.

La modificación de la dosis prescrita de antibióticos de forma autónoma ha sido reportada en otros contextos. De hecho, la modificación intencional de dosis es uno de los principales motivos de no adherencia total a los regímenes de antibióticos. Este comporta-

Tabla 7.  
Manejo de antibióticos sobrantes según fuente de recomendación y adherencia al tratamiento

| Variable                          | Manejo de antibiótico s sobrantes |                    |                      |          |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------|----------------------|----------|
|                                   | Guardar<br>n (%)                  | Compartir<br>n (%) | No sobraron<br>n (%) | p        |
| Fuente de<br>receta/recomendación |                                   |                    |                      |          |
| Formal                            | 25 (50)                           | 2 (4)              | 23 (46)              | 0,00009  |
| Informal                          | 13 (81,3)                         | 0 (0)              | 3 (18,8)             |          |
| Mixta                             | 5 (50)                            | 5 (50)             | 0 (0)                |          |
| Adherencia al tratamiento         |                                   |                    |                      |          |
| Si                                | 21 (41,2)                         | 6 (11,8)           | 24 (47,1)            | 0,000084 |
| No                                | 21 (91,3)                         | 1 (4,3)            | 1 (4,3)              |          |

Nota. Se aplicó prueba exacta de Fisher-Freeman-Halton

solo una minoría de la población elimina los antibióticos sobrantes de manera adecuada, y una gran proporción los guarda para futuras ocasiones. El almacenamiento en el hogar fomenta la automedicación, contribuye a la presión selectiva para la resistencia bacteriana y perpetúa el ciclo de uso inapropiado. (Iskandar et al., 2025; Shah et al., 2024)

### 3.3. Olvido de dosis y conductas de ajuste del tratamiento

En relación con la última toma de antibióticos, el 47,4 % (n=36) de los participantes refirió a no haber olvidado ninguna dosis, mientras que el 50 % (n=38) indicó haber olvidado dosis ocasional-



miento reduce la eficacia potencial del tratamiento, aumenta los costos de atención médica y da como resultado una concentración subóptima del fármaco (Hawkins et al., 2008; Mallah et al., 2022).

El análisis cualitativo de los motivos subyacentes reveló un patrón diferenciado, la reducción de dosis se debía principalmente con la preocupación por los efectos adversos y la percepción de mejoría clínica. En contraste, el aumento de dosis fue impulsado por la percepción de gravedad de la enfermedad y la falta de mejoría clínica. Este mismo comportamiento ha sido reportado previamente, en distintos países coincidiendo en los motivos de aumento/reducción de dosis (Hosseinzadeh y Azimian, 2017; Nounou et al., 2009).

Este hallazgo sugiere una asimetría en la racionalidad del paciente: mientras la reducción responde a un mecanismo preventivo (evitar daños), el aumento refleja un mecanismo reactivo ante la falta de eficacia percibida. Tal distinción entre comportamientos de "autoprotección" y "autoeficacia" apenas ha sido explorada en la literatura y plantea diferentes dianas para las intervenciones educativas.

## Conclusiones

En la población adulta estudiada de Santiago del Estero se observó una elevada frecuencia de sintomatología gastrointestinal leve, compatible con posibles alteraciones funcionales subclínicas. Asimismo, la situación laboral mostró asociación con la función gastrointestinal, lo que sugiere la posible influencia de factores sociales y contextuales sobre la salud digestiva.

En términos generales, predominan conocimientos y actitudes favorables hacia el uso racional de antibióticos. Sin embargo, persistieron creencias erróneas y prácticas potencialmente inadecuadas en subgrupos específicos. El nivel educativo emergió como el factor más consistentemente asociado con conocimientos inadecuados y actitudes de riesgo, mientras que las diferencias según sexo, edad o situación laboral resultaron altamente contextuales. No se hallaron asociaciones significativas entre estos aspectos y la función gastrointestinal.

Los resultados evidenciaron además la coexistencia de circuitos formales e informales de acceso a antibióticos, incluyendo el uso de medicamentos disponibles en el hogar, lo que constituye un indicador relevante de prácticas no supervisadas y potencial automedicación. La recomendación proveniente de fuentes formales se asoció con una mayor adherencia al tratamiento, mientras que se observó un patrón consistente de uso inadecuado en el que la baja adherencia, las fuentes informales y el almacenamiento de antibióticos no constituyen conductas aisladas, sino prácticas interrelacionadas que podrían reforzarse mutuamente.

Entre los participantes que manifestaron consumo reciente de antibióticos se observaron conductas de ajuste autónomo del tratamiento. La reducción de dosis se atribuyó principalmente a la preocupación por efectos adversos y a la percepción de mejoría clínica, mientras que el aumento de dosis respondió a la percepción de mayor gravedad del cuadro y a la ausencia de mejoría clínica percibida. Estos resultados evidencian coherencia entre las actitudes declaradas y las prácticas reportadas, sugiriendo que las creencias sobre los efectos adversos, la gravedad de la enfermedad y la eficacia del tratamiento pueden traducirse en conductas de modificación inadecuada del tratamiento antibiótico.

Las intervenciones futuras deberían abordar no solo el fortalecimiento del conocimiento sobre el uso racional de antibióticos, sino también las creencias y conductas que favorecen modificaciones autónomas del tratamiento, el acceso desigual a fuentes formales de recomendación y las prácticas inadecuadas de manejo de sobrantes. Asimismo, la ausencia de asociación entre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre antibióticos y la función gastrointestinal, junto con la relación observada entre esta última y variables de carácter socioeconómico, sugiere que la sintomatología gastrointestinal podría estar influenciada por determinantes contextuales más amplios, que exceden las conductas vinculadas al

uso de antibióticos. En conjunto, estos hallazgos resaltan la necesidad de enfoques integrales que contemplen tanto los determinantes conductuales como las condiciones sociales y contextuales implicadas en la salud y el uso racional de antimicrobianos.

## Agradecimientos

Este trabajo fue aprobado y financiado por la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Santiago del Estero, mediante disposición N°118/2025.

## Referencias

- Adeke, A. S., Olorukooba, A. A., Charles-Amaza, R., Aniameka, D. I., Adeke, S. O., & Sufiyan, M. A. B. (2025). Factors associated with health seeking behaviours and practice of antibiotics self-medication among adults in Abakaliki Metropolis, Ebonyi State, Nigeria. *Scientific Reports*, 15(1), 6599.
- Ahmadizar, F., Vijverberg, S. J., Arets, H. G., de Boer, A., Turner, S., Devereux, G., Arabkhazaeli, A., Soares, P., Mukhopadhyay, S., Garssen, J., Palmer, C., de Jongste, J. C., Jaddoe, V. W. V., Duijts, L., van Meel, E. R., Kraneveld, A. D. y Maitland-van der Zee, A. H. (2017). Early life antibiotic use and the risk of asthma and asthma exacerbations in children. *Pediatric Allergy and Immunology*, 28(5), 430-437.
- Alruqayb, W. S., Baali, F. H., Althbiany, M., Alharthi, A., Alnefaie, S., Alhaji, R., Alsheri, R., Khawagi, W., Alsharani, M., Arida, H. y Alshehri, A. A. (2025). Determinants of public knowledge, attitude, and practice on antibiotic use in Saudi Arabia: a regional cross-sectional study. *Healthcare* 13(14) 1666.
- Aslam, A., Gajdacs, M., Zin, C. S., Binti Abd Rahman, N. S., Ahmed, S. I., & Jamshed, S. Q. (2020). Public awareness and practices towards self-medication with antibiotics among the Malaysian population. A development of questionnaire and pilot-testing. *Antibiotics*, 9(2), 97.
- Åslund, C., Starrin, B., & Nilsson, K. W. (2014). Psychosomatic symptoms and low psychological well-being in relation to employment status: the influence of social capital in a large cross-sectional study in Sweden. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 22.
- Banaszak, M., Górna, I., Woźniak, D., Przysławski, J., y Drzymala-Czyż, S. (2023). Association between Gut Dysbiosis and the Occurrence of SIBO, LBO, SIFO and IMO. *Microorganisms*, 11(3), 573.
- Bytzer, P., Howell, S., Leemon, M., Young, L. J., Jones, M. P., & Talley, N. J. (2001). Low socioeconomic class is a risk factor for upper and lower gastrointestinal symptoms: a population based study in 15 000 Australian adults. *Gut*, 49(1), 66-72.
- Boni, S., Marin, G. H., Campaña, L., Marin, L., Corso, A., Risso-Patron, S., Gabriel, F., Garay, V. y Limeres, M. (2021). Disparities in antimicrobial consumption and resistance within a country: the case of beta-lactams in Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e76.
- Cavanaugh, G., Bai, J., Tartar, J. L., Lin, J., Nunn, T., Sangwan, N., Patel, D., Stanis, S., Patel, R., Rrukiqi, D. y Murphy, H. C. (2024). Enteric Dysbiosis in Children With Autism Spectrum Disorder and Associated Response to Stress. *Cureus*, 16(1).
- Chaidez, Y. L. B., Guadarrama, R. G., Hernández, G. A., Merino, M. V. F., Alpizar, E. J., Barretero, D. Y. R., y García, M. V. D. (2020). Construcción y validación de un cuestionario para medir función gastrointestinal en adultos. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 40(3).
- Chatterjee, S., Hazra, A., Chakraverty, R., Shafiq, N., Pathak, A., Trivedi, N., Sadasivam, B., Kumar Kakkar, A., Jhai, R., Kaul, R. y Kshirsagar, N. (2021). A multicentric knowledge-attitude-practice survey in the community about antimicrobial use and resistance in India. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 115(7), 785-791.
- Chu, X. J., Cao, N. W., Zhou, H. Y., Meng, X., Guo, B., Zhang,



- H. Y., y Li, B. Z. (2021). The oral and gut microbiome in rheumatoid arthritis patients: a systematic review. *Rheumatology*, 60(3), 1054-1066.
- De Vos, W. M., Tilg, H., Van Hul, M., y Cani, P. D. (2022). Gut microbiome and health: mechanistic insights. *Gut*, 71(5), 1020-1032.
- Duan, H., Yu, L., Tian, F., Zhai, Q., Fan, L., y Chen, W. (2022). Antibiotic-induced gut dysbiosis and barrier disruption and the potential protective strategies. *Critical reviews in food science and nutrition*, 62(6), 1427-1452.
- Ellis, J., Vassilev, I., Kennedy, A., Moore, M., & Rogers, A. (2019). Help seeking for antibiotics; is the influence of a personal social network relevant?. *BMC Family Practice*, 20(1), 63.
- El Tekle, G., y Garrett, W. S. (2023). Bacteria in cancer initiation, promotion and progression. *Nature Reviews Cancer*, 23(9), 600-618.
- Fernandes, M., Leite, A., Basto, M., Nobre, M. A., Vieira, N., Fernandes, R., Nogueira, P. y Jorge, P. (2014). Non-adherence to antibiotic therapy in patients visiting community pharmacies. *International journal of clinical pharmacy*, 36(1), 86-91.
- Gaygisiz, Ü., Lajunen, T., & Gaygisiz, E. (2017). Socio-economic factors, cultural values, national personality and antibiotics use: a cross-cultural study among European countries. *Journal of infection and public health*, 10(6), 755-760.
- Guo, H., Hildon, Z. J. L., Lye, D. C. B., Straughan, P. T., & Chow, A. (2021). The associations between poor antibiotic and antimicrobial resistance knowledge and inappropriate antibiotic use in the general population are modified by age. *Antibiotics*, 11(1), 47.
- Hawkins, N. J., Butler, C. C., & Wood, F. (2008). Antibiotics in the community: a typology of user behaviours. *Patient education and counseling*, 73(1), 146-152.
- Hawkins, O., Scott, A. M., Montgomery, A., Nicholas, B., Mullan, J., van Oijen, A., y Degeling, C. (2022). Comparing public attitudes, knowledge, beliefs and behaviours towards antibiotics and antimicrobial resistance in Australia, United Kingdom, and Sweden (2010-2021): A systematic review, meta-analysis, and comparative policy analysis. *PLoS One*, 17(1), e0261917.
- Heenan, P. E., Keenan, J. I., Bayer, S., Simon, M., y Gearry, R. B. (2019). Irritable bowel syndrome and the gut microbiota. *Journal of the Royal Society of New Zealand*, 50(3), 470-490. <https://doi.org/10.1080/03036758.2019.1695635>
- Hosseinzadeh, K., & Azimian, J. (2017). Iranians' self-report knowledge and practice about arbitrary use of antibiotics. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 11(8), FC06.
- Huang, C., Feng, S., Huo, F., y Liu, H. (2022). Effects of four antibiotics on the diversity of the intestinal microbiota. *Microbiology spectrum*, 10(2), e01904-21.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (2022). *Resultados del Censo 2022*. [https://censo.gob.ar/index.php/datos\\_definitivos\\_santiago\\_del\\_este\\_ro/](https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos_santiago_del_este_ro/)
- Iskandar, K., Kotb, R., Cherfane, M., Yeretizian, J., Bou Dib, J., Chahine, B., ... & Van Dongen, M. (2025). Household Knowledge of Clinical Risks, Storage, and Disposal of Leftover Antibiotics: A Multinational Study in Seven Developing Countries. *Antibiotics*, 14(12), 1212.
- Kabbani, T. A., Pallav, K., Dowd, S. E., Villafuerte-Galvez, J., Vanga, R. R., Castillo, N. E., Hansen, J., Dennis, M., Leffer, D. y Kelly, C. P. (2017). Prospective randomized controlled study on the effects of *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 and amoxicillin-clavulanate or the combination on the gut microbiota of healthy volunteers. *Gut microbes*, 8(1), 17-32.
- Korpela, K., y de Vos, W. M. (2018). Early life colonization of the human gut: microbes matter everywhere. *Current opinion in microbiology*, 44, 70-78.
- Krogsgaard, L. R., Engsborg, A. L., y Bytzer, P. (2018). Antibiotics: a risk factor for irritable bowel syndrome in a population-based cohort. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 53(9), 1027-1030.
- <https://doi.org/10.1080/00365521.2018.1500638>
- Kunath, B. J., De Rudder, C., Lacznay, C. C., Letellier, E., y Wilmes, P. (2024). The oral-gut microbiome axis in health and disease. *Nature Reviews Microbiology*, 22(12), 791-805.
- Kuziel, G. A., y Rakoff-Nahoum, S. (2022). The gut microbiome. *Current Biology*, 32(6), R257-R264.
- Le Chatelier, E., Nielsen, T., Qin, J., Prifti, E., Hildebrand, F., Falony, G., Almeida, M., Arumugam, M., Batto, J. M., Kennedy, S., Leonard, P., Li, J., Burgdorf, L., Grarup, N., Jørgensen, T., Brandslund, I., Nielsen, H., Juncker, A., Bertalan, M., ... y Pedersen, O. (2013). Richness of human gut microbiome correlates with metabolic markers. *Nature*, 500(7464), 541-546.
- Levy, J. (2000). The effects of antibiotic use on gastrointestinal function. *The American journal of gastroenterology*, 95(1), S8-S10.
- Ley Nacional 27680 de 2022 [Poder Legislativo]. Por la cual se establecen los mecanismos necesarios para promover la prevención y el control de la resistencia a los antimicrobianos en el territorio nacional. 24 de agosto de 2022. *Boletín Oficial de la República Argentina*. No. 34989.
- Lim, K. K., & Teh, C. C. (2012). A cross sectional study of public knowledge and attitude towards antibiotics in Putrajaya, Malaysia. *Southern medical review*, 5(2), 26.
- Mallah, N., Rodríguez-Cano, R., Figueiras, A., y Takkouche, B. (2020). Design, reliability and construct validity of a Knowledge, Attitude and Practice questionnaire on personal use of antibiotics in Spain. *Scientific reports*, 10(1), 20668.
- Mallah, N., Orsini, N., Figueiras, A., & Takkouche, B. (2022). Education level and misuse of antibiotics in the general population: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 11(1), 24.
- McDonnell, L., Gilkes, A., Ashworth, M., Rowland, V., Harries, T. H., Armstrong, D., y White, P. (2021). Association between antibiotics and gut microbiome dysbiosis in children: systematic review and meta-analysis. *Gut microbes*, 13(1), 1870402.
- Nepal, A., Hendrie, D., Robinson, S., & Selvey, L. A. (2019). Knowledge, attitudes and practices relating to antibiotic use among community members of the Rupandehi District in Nepal. *BMC public health*, 19(1), 1558.
- Nounou, B., Cattáneo, M., Salmón, R., Palasezze, L., Boccacchi, J., Cestona, E., Bedecarrás, F., Ranieri, F., Talevi, A y Muñoz, S. M. (2009). Estudio sobre el consumo y la automedicación con antibióticos en la ciudad de La Plata (Buenos Aires, Argentina). *Lat Am J Pharm*, 28(4), 544-551.
- Paun, A., Yau, C., y Danska, J. S. (2017). The influence of the microbiome on type 1 diabetes. *The Journal of Immunology*, 198(2), 590-595.
- Pham-Duc, P., & Sriparamanathan, K. (2021). Exploring gender differences in knowledge and practices related to antibiotic use in Southeast Asia: A scoping review. *Plos one*, 16(10), e0259069.
- Pires, C. (2024). A systematic review of controlled trials: Can patient adherence to antibiotics be improved through pharmaceutical communication-based interventions?. *Pharmacy*, 12(6), 178.
- Rashid, M. U., Zaura, E., Buijs, M. J., Keijser, B. J., Crielaard, W., Nord, C. E., y Weintraub, A. (2015). Determining the long-term effect of antibiotic administration on the human normal intestinal microbiota using culture and pyrosequencing methods. *Clinical Infectious Diseases*, 60(2), S77-S84.
- Raymond, F., Ouameur, A. A., Déraspe, M., Iqbal, N., Gingras, H., Dridi, B., Leprohon, P., Plante, P. L., Giroux, R., Bérubé, E., Frenette, J., Boudreau, D. K., Simard, J. L., Chabot, I., Domingo, M. C., Trottier, S., Boissinot, M., Huletsky, A., Roy, P. H., ... y Corbeil, J. (2016). The initial state of the human gut microbiome determines its reshaping by antibiotics. *The ISME journal*, 10(3), 707-720.
- Sachdev, C., Anjankar, A., y Agrawal, J. (2022). Self-

medication with antibiotics: an element increasing resistance. *Cureus*, 14(10).

Sampedro Restrepo, M., González Gaviria, M., Arango Bolaños, S., & Higueta-Gutiérrez, L. F. (2023). Knowledge, attitude and practice regarding antibacterial and their resistance in Medellín-Colombia: a Cross-Sectional Study. *Antibiotics*, 12(7), 1101.

Sellier, E., Pavese, P., Gennai, S., Stahl, J. P., Labarère, J., & François, P. (2010). Factors and outcomes associated with physicians' adherence to recommendations of infectious disease consultations for inpatients. *Journal of antimicrobial chemotherapy*, 65(1), 156-162.

Shah, J., Trautner, B. W., Olmeda, K., Laytner, L. A., Faustiniella, F., Paasche-Orlow, M. K., & Grigoryan, L. (2024). A survey of patient practices regarding leftover antibiotics reveals a potential source of antibiotic overuse. *Antimicrobial agents and chemotherapy*, 68(8), e00469-24.

Shanahan, F., Ghosh, T. S., y O'Toole, P. W. (2021). The healthy microbiome—what is the definition of a healthy gut microbiome?. *Gastroenterology*, 160(2), 483-494.

Shatla, M., Althobaiti, F. S., Almqaiti, A., Shatla Sr, M., & Almqaiti, A. A. (2022). Public knowledge, attitudes, and practices towards antibiotic use and antimicrobial resistance in the Western Region of Saudi Arabia. *Cureus*, 14(11).

Sirijoti, K., Hongsranagon, P., Havanond, P., & Pannoi, W. (2014). Assesment of Knowledge Attitude and Practice Regarding Antibiotic Use in Trang Province, Thailand. *J Health Res.* vol, 28(5).

Strati, F., Pujolassos, M., Burrello, C., Giuffrè, M. R., Lattanzi, G., Caprioli, F., Troisi, J. y Facciotti, F. (2021). Antibiotic-associated dysbiosis affects the ability of the gut microbiota to control intestinal inflammation upon fecal microbiota transplantation in experimental colitis models. *Microbiome*, 9, 1-15.

Takakura, W., Rezaie, A., Chey, W. D., Wang, J., y Pimentel, M. (2024). Symptomatic response to antibiotics in patients with small intestinal bacterial overgrowth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 30(1), 7-16.

Thin, S. M., Phanudulkitti, C., Zaw, M. T., Saengungsumalee, S., Sorofman, B. A., Theeraroungchaisri, A., & Kittisoee, T. (2025). Determinants of self-medication in immigrants: a systematic review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 27(2), 366-385.

Toro-Garay, Y., Rivera-Santiago, T., & Ortiz-Bonilla, V. (2023). Sex differences in knowledge and practices regarding antibiotics and antibiotic resistance in the Puerto Rican population. *Antimicrobial Stewardship & Healthcare Epidemiology*, 3(S2), s23-s24.

Van Hul, M., Cani, P. D., Petitfils, C., De Vos, W. M., Tilg, H., y El-Omar, E. M. (2024). What defines a healthy gut microbiome?. *Gut*, 73(11), 1893-1908.

Villarreal, A. A., Aberger, F. J., Benrud, R., y Gundrum, J. D. (2012). Use of broad-spectrum antibiotics and the development of irritable bowel syndrome. *Wmj*, 111(1), 17-20.

Vrieze, A., Out, C., Fuentes, S., Jonker, L., Reuling, I., Kootte, R. S., Nood, E., Holleman, F., Knaapen, M., Rommin, J., Soeters, R., Blaak, E., Dallinga-Thie, M., Reijnders, D., Ackermans, T., Serlie, M., Knop, F., Holst, J., der Ler, C., ... y Nieuwdorp, M. (2014). Impact of oral vancomycin on gut microbiota, bile acid metabolism, and insulin sensitivity. *Journal of hepatology*, 60(4), 824-831.

Zabihi, A., Qalehsari, M. Q., Amiri, S. R. J., Arzani, A., Aziznejadroshan, P., & Padehban, V. (2021). A survey on medication adherence and its associated factors in antibiotic-takers following their discharge from hospital. *Shiraz E-Med J* 22(12):e113782.

Zhang, S., y Chen, D. C. (2019). Facing a new challenge: the adverse effects of antibiotics on gut microbiota and host immunity. *Chinese medical journal*, 132(10), 1135-1138.



# La inclusión de personas con discapacidad en el nivel universitario. Un recorrido teórico en el ámbito nacional

Autores: Mg. Nora I. Abate. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Tucumán.

Email: [noraireneabate@psicologia.unt.edu.ar](mailto:noraireneabate@psicologia.unt.edu.ar)

Mg. María Agustina Salvatierra. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán.

Email: [maria.salvatierra@psicologia.unt.edu.ar](mailto:maria.salvatierra@psicologia.unt.edu.ar)

Psic. Mirta Silvia Gallardo. Facultad de Psicología Universidad Nacional de Tucumán.

Email: [mirtagallardo72@gmail.com](mailto:mirtagallardo72@gmail.com)

Psic. Jorge Mariano Barboza Dantur. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán.

Email: [jorge.barboza.dantur@psicologia.unt.edu.ar](mailto:jorge.barboza.dantur@psicologia.unt.edu.ar)

Mg. María de la Paz Nieto Barthaburu. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán.

Email: [maria.nieto.barthaburu@psicologia.unt.edu.ar](mailto:maria.nieto.barthaburu@psicologia.unt.edu.ar)

## Resumen

Este trabajo se enmarca dentro del proyecto de investigación "Universidad y Discapacidad. Prácticas educativas inclusivas de los docentes de la Universidad Nacional de Tucumán" -PIUNT K701-, dirigido por la Mg. Nora I. Abate. Lo que se propone es discutir el estado de situación de las prácticas educativas inclusivas dentro de la educación superior -universitaria-. En este avance, se presenta un recorrido teórico para abordar posteriormente el estado de situación en el que se encuentra la educación superior en la Universidad Nacional de Tucumán y, así, plantear las prácticas, políticas y culturas inclusivas con vistas al siglo XXI.

A partir del recorrido realizado por la bibliografía especializada, se encontró que el mayor desarrollo de estrategias de accesibilidad comunicacional se centra en adecuaciones para personas con ceguera; en menor grado, en las requeridas por personas sordas, y son casi inexistentes las que abordan la situación de la discapacidad mental. Ello nos conmina a reconocer especialmente las barreras académicas y a cuestionar el tradicional vínculo establecido entre docentes, estudiantes y conocimiento, cristalizado en un modo único de enseñar y aprender. Surge entonces la importancia de reconocer las trayectorias educativas, donde cada docente debe trabajar con cada sujeto del aprendizaje, y esto supone revisar las prácticas educativas, que deben estar atravesadas por un sentido de lo ético y que le dé equidad a este proceso. Y ello requiere, a su vez, en el interior de cada Carrera, revisar la posibilidad de incluir a las personas con discapacidad en los esquemas actuales y bajo la normativa vigente, que otorga el derecho a todas las personas de acceder a la educación superior, mientras que el sistema no logra dar respuesta a muchos de los desafíos que allí se suscitan.

## Palabras clave

Universidad, prácticas inclusivas, personas con discapacidad.

RECIBIDO ABRIL DE 2026 | EVALUADO JUNIO DE 2026 | PUBLICADO JUNIO DE 2026



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución NoComercial CompartirDerivadasIgual 3.0  
[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es\\_AR](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR)

## Abstract

This work is part of the research project "University and Disability: Inclusive Educational Practices of Faculty at the National University of Tucumán" -PIUNT K701-, directed by Nora I. Abate, MA. Its aim is to discuss the current state of inclusive educational practices within higher education -university-. This preliminary report presents a theoretical framework to then address the current state of higher education at the National University of Tucumán and, thus, propose inclusive practices, policies, and cultures for the 21st century. Based on a review of the specialized literature, it was found that the greatest development of communication accessibility strategies focuses on adaptations for people who are blind; to a lesser extent, on those required by deaf people; and strategies addressing the situation of intellectual disability are almost nonexistent. This compels us to recognize, in particular, the academic barriers and to question the traditional link established between teachers, students, and knowledge, crystallized in a single way of teaching and learning. The importance then arises of recognizing educational trajectories, where each teacher must work with each individual learner, and this implies reviewing educational practices, which must be permeated by a sense of ethics and ensure equity in this process. This, in turn, requires, within each academic program, reviewing the possibility of including people with disabilities in current structures and under existing regulations, which grant everyone the right to access higher education, while the system fails to respond to many of the challenges that arise there.

## Keywords

University, inclusive practices, people with disabilities.

## Introducción

El concepto de discapacidad fue evolucionando a lo largo del tiempo, por influencia de distintos factores. La discapacidad resulta de la situación en que se encuentra una persona, considerando sus capacidades, con respecto a las barreras de los contextos en que se desenvuelve.

En nuestro país, la Ley de Educación Superior 25.573 (2002) afirma, en su Artículo 2, que el Estado, al que le cabe responsabilidad indelegable en la prestación del servicio de educación superior de carácter público, reconoce y garantiza el derecho a cumplir con ese nivel de la enseñanza a todos aquellos que quieran hacerlo y cuenten con la formación y la capacidad requeridas (Hanne y Mainardi, 2013).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) expresa que las necesidades de los jóvenes con discapacidad son semejantes a las de sus iguales sin discapacidad. No son las necesidades comunes lo que distingue a los jóvenes con discapacidad, sino el hecho de que sea tan habitual que esas necesidades sigan sin ser atendidas. Por lo tanto, se insta a que los Estados parte de la Convención aseguren que las personas con discapacidad tengan acceso a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida, sin discriminación y en igualdad de condiciones que las demás.

Siguiendo este análisis, la Red Interuniversitaria de Discapacidad -RID- del Consejo Interuniversitario Nacional -CIN- emitió una declaración para dejar sentada su posición acerca del cumplimiento de la educación inclusiva en el ámbito universitario, en el marco de los alcances de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. La declaración pone énfasis en el derecho a la educación superior como un bien social, público y gratuito, y un derecho humano que debe ser asegurado operativamente para todas las personas con discapacidad, sin exclusiones de ninguna naturaleza y respetando la diversidad, ya que todas las condiciones de discapacidad, con sus diferentes maneras de comprensión de la vida y del mundo que nos rodea, enriquecen la condición humana y fortalecen la dignidad inherente a ella. Así, la Red afirma su compromiso ético, legal e institucional para la

remoción de las barreras que impidan el ejercicio operativo del derecho a la educación superior, apoyando las acciones de reflexión y revisión de aquellos actos que constituyan obstáculos que afecten a las personas con discapacidad y sus derechos humanos en cada institución universitaria. Este es el marco legal para asegurar los derechos de las personas con discapacidad en el acceso a la educación superior.

## OBJETIVO

Dar cuenta del recorrido teórico realizado acerca de la inclusión educativa de personas con discapacidad en la educación superior.

## METODOLOGÍA UTILIZADA

En el presente trabajo, se utiliza la metodología de revisión bibliográfica, para integrar y sintetizar hallazgos de estudios previos, y así ofrecer una visión crítica y actualizada sobre la temática de la inclusión de personas con discapacidad en el nivel universitario. La principal función de esta metodología es situar el estudio dentro del marco teórico existente, identificar vacíos, contradicciones o tendencias en la literatura y fundamentar la relevancia de la investigación.

Se busca revisar autores relevantes en la materia, dar cuenta del estado de la cuestión y analizar el marco legal y normativo en el área de la presente investigación. Y el presente es un informe preliminar que sienta las bases para un posterior análisis de la situación actual en la Universidad Nacional de Tucumán, para poder proponer prácticas inclusivas que puedan aplicarse en esta casa de estudios y también en otras.

Como etapas para la investigación, se plantea lo siguiente:

- Recorrido teórico/Revisión del estado de la cuestión: en esta etapa, se busca la fundamentación legal y teórica del tema, tanto nacional como internacional.

- Identificación de barreras: se busca analizar los obstáculos académicos, físicos y comunicacionales que hay en la actualidad en el sistema educativo superior en Argentina.

- Diagnóstico de situación: con posterioridad, se pretende



que este marco sirva para abordar la situación específica de la Universidad Nacional de Tucumán y también la de otras instituciones de carácter similar.

- Propuesta de prácticas inclusivas: la finalidad de este trabajo es plantear políticas y culturas inclusivas para la educación superior en Argentina.

### MARCO TEÓRICO

El derecho a una educación tal cual lo enuncian las leyes, tendiente a un proceso inclusivo de los educandos, es una acción de las políticas. Pero también constituye una responsabilidad de los actores educativos y académicos el investigar y producir saberes, para así construir mejores condiciones y apoyos para que cada trayecto educativo sea inclusivo. Booth y Ainscow (2011) señalan que la educación inclusiva se refiere a un conjunto de procesos que tienen como objetivo eliminar o reducir las barreras que limitan el aprendizaje y la participación de todos los estudiantes. Describen tres dimensiones: cultura, políticas y prácticas. Dentro de la cultura, se plantea una comunidad educativa con valores y creencias compartidas y orientadas a que todos aprendan. Las políticas, por su parte, se centran en la inclusión como motor del centro educativo y enmarcan las distintas modalidades de apoyo para responder a la diversidad. Finalmente, las prácticas aseguran que las actividades escolares promuevan la participación plena y efectiva, en coherencia con la cultura a la que pertenecen y la política orientadora que tienen.

Los derechos de las personas con discapacidad son reconocidos y garantizados, pero es relevante el hecho de que pocas personas lleguen a la universidad. Se trata de un problema multifactorial: en primer lugar, un número relativamente escaso de personas con discapacidad acceden a la educación básica y media regular, y es por ello por lo que un número aún menor consigue acceder a la educación superior. En segundo lugar, los mayores obstáculos que enfrenta una persona con discapacidad en la educación superior están relacionados con la percepción social de la discapacidad, que implica que las oportunidades de estudiar y graduarse en una universidad queden libradas a la buena voluntad de directivos, personal administrativo y docente, y a la perseverancia y la suerte del alumno/a con discapacidad. En tercer lugar, en las universidades argentinas y sus ambientes aún son importantes las barreras físicas -arquitectónicas y urbanísticas- y comunicacionales que deben enfrentar las personas con discapacidad; existen dificultades de accesibilidad, dificultades para acompañar el dictado de clases, dificultades para acceder a la bibliografía, restricciones en lo que concierne a la elección de la carrera deseada, ausencia y/o insuficiencia de las ayudas y soportes técnicos compatibles con las diversas necesidades -tales como lectores de pantalla, reconocimiento óptico de caracteres, transcripción de discursos y teclados virtuales-. Tal escasez de políticas activas de inclusión no solo influye en el mínimo ingreso de personas con discapacidad como estudiantes universitarios, sino también en su permanencia (Saltos y Bósquez, 2020).

En términos cuantitativos, los datos disponibles en Argentina confirman esta situación: según el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad (INDEC, 2018), el 10,2% de la población de 6 años y más presenta alguna dificultad permanente, mientras que solo el 27,6% de las personas con discapacidad de entre 15 y 39 años asiste a establecimientos de educación formal al momento del estudio. En el nivel superior, la brecha se profundiza: el Relevamiento Anual 2021 del Ministerio de Educación de la Nación Argentina (2023) registró 209.553 alumnos con discapacidad en niveles inicial, primario y secundario, de los cuales apenas algo más del 50% asistía a escuelas comunes; la proporción de quienes logran transitar y completar la educación universitaria resulta notablemente menor. En relación específica con la Universidad Nacional de Tucumán, Esterkind (2016) constata que el número de estudiantes con discapacidad que ingresaron, permanecieron y egresaron es reducido, y que las trayectorias se ven

interrumpidas por las barreras actitudinales, comunicacionales y físicas que subsisten en la institución.

Es entonces necesaria la diversificación de cada uno de los componentes, y podría suponerse que ello sucedería como efecto de contemplar las realidades y necesidades de cada institución y cada grupo en particular, en un marco de autonomía universitaria. Sin embargo, se refleja la falta de políticas públicas centrales y sostenidas que se dediquen a la situación de discapacidad en las universidades, lo que lleva a fragilidad e inestabilidad, con la consiguiente ineffectividad de las medidas definidas.

En lo que respecta a la accesibilidad comunicacional, especialmente los recursos disponibles, la dispersión funciona como barrera para la socialización de los mismos, por falta de información compartida y la no utilización de los sistemas comunes disponibles. En relación con la accesibilidad académica, la mayor fragilidad aparece en la inestabilidad de las diferentes figuras que acompañan el trabajo con estudiantes con discapacidad y los equipos docentes; esta situación vislumbra un largo camino por recorrer para lograr la visibilización y transversalización de la perspectiva de discapacidad en los presupuestos, normativas y procesos de evaluación internos de cada universidad, paralelamente a la creación de figuras y roles institucionales que den respuesta a las barreras físicas, comunicacionales, académicas y culturales para hacer efectivo el derecho a la educación superior para las personas en situación de discapacidad.

Otro elemento recurrente es la necesidad de políticas que incorporen la accesibilidad física y comunicacional como puerta de entrada a la accesibilidad académica. En este sentido, el mayor desarrollo de estrategias de accesibilidad comunicacional se centra en adecuaciones para personas con discapacidad visual -ceguera-; en menor grado, las requeridas por personas con discapacidad auditiva -sordas- y son casi inexistentes las que abordan la situación de la discapacidad mental -intelectual-. Este panorama es confirmado por los datos relevados por la Red Interuniversitaria de Discapacidad -RID- del Consejo Interuniversitario Nacional -CIN-: en un relevamiento realizado entre 2015 y 2016, que abarcó 33 universidades nacionales, el 92% de las casas de estudio reportó tener estudiantes con discapacidad auditiva -sordos- en sus aulas, pero solo el 38% -equivalente a ocho universidades nacionales- contaba con estudiantes con esta condición que hayan logrado graduarse (Méndez, Misischia y Putallaz, 2019; Lucero y Montes, 2022). Ese mismo relevamiento evidenció que el 54% de las universidades encuestadas requiere intérpretes de Lengua de Señas Argentina, lo que ilustra la brecha existente entre la demanda y la oferta de apoyos comunicacionales. Y, con respecto a la discapacidad intelectual, las propuestas institucionales son incipientes y se circunscriben a experiencias aisladas como la Diplomatura Universitaria Orientada, desarrollada en la Universidad Nacional de Río Negro (Misischia, Visotsky y Calió, 2022).

Las experiencias institucionalizadas identifican las problemáticas y los intereses de las personas con discapacidad, los abordan y, así, los convierten en asuntos públicos, a través de los diferentes programas y acciones implementados, haciendo efectivos y operativos sus derechos. Al mismo tiempo, esto requiere reconocer especialmente las barreras académicas y cuestionar el tradicional vínculo establecido entre docentes, estudiantes y conocimiento, que se ha cristalizado en un modo único de enseñar y aprender (Méndez, Misischia y Putallaz, 2019).

Retomando la problemática de alumnos con desafíos intelectuales, se identifican tres modelos o formas de abordar el acompañamiento y/o las propuestas de formación. Uno de ellos se enfoca en la formación para la futura inserción laboral y el desarrollo de las competencias requeridas: suelen ser proyectos en asociación con organizaciones de la sociedad civil, que ofertan cursos o programas de formación para el trabajo. Por otro lado, pueden identificarse carreras exclusivas para personas con discapacidad; en nuestro país, se ha desarrollado esta modalidad particularmente en universidades privadas, y lo llamativo de esta propuesta es que se suponga que todas las personas quieren estudiar lo mismo. Y el tercer



formato, desarrollado en países nórdicos, Estados Unidos y Canadá, se identifica como educación postsecundaria.

En base a lo dicho, en el contexto latinoamericano, surge la ya mencionada Diplomatura Universitaria Orientada. Allí, participan activamente estudiantes, equipos docentes, asistentes pedagógicos en discapacidad y direcciones de carrera en la construcción de una trayectoria singular, en el marco de la carrera elegida por el estudiante. Es importante remarcar que el estudiante opta o no por la diplomatura y tiene la posibilidad y decisión de hacer un trayecto como estudiante regular. Luego, y en base a las expectativas y deseos del estudiante por el objeto de conocimiento de la carrera elegida, va cursando materias que están dentro de la currícula y aportan a su interés; hay un recorte de los propósitos en cada materia, en función del lugar al que quiere llegar el estudiante y sus capacidades, en diálogo con el campo disciplinar. En su conjunto, el dispositivo se basa en acompañar a docentes para definir metodologías, evaluaciones y otras decisiones pedagógicas necesarias, y así acreditar los saberes definidos. En síntesis, esta propuesta formativa no solo apunta a lo académico, sino que es un trayecto integral, que no descuida lo socioafectivo y la inclusión a la vida universitaria (Misichia, Visotsky y Calió, 2022).

La comunidad universitaria tiene la necesidad de una mirada en profundidad de la accesibilidad desde sus múltiples dimensiones:

- Accesibilidad Actitudinal: se refiere a estar libres de preconcepciones, estigmas, estereotipos y discriminación a las personas en general.

- Accesibilidad Comunicacional: implica la eliminación de barreras y la facilitación de la comunicación interpersonal, escrita y digital, según su vía de acceso.

- Accesibilidad Instrumental: implica la no existencia de barreras en los instrumentos y/o herramientas y espacios de aprendizaje, de trabajo, de ocio.

- Accesibilidad Metodológica: corresponde a la accesibilidad en los métodos de estudio, profesionales comprometidos, de participación y acceso a bienes culturales y comunitarios.

- Accesibilidad Programática: se refiere a aquellas barreras, muchas veces imperceptibles, que resultan de políticas públicas en general y estatutos, y normas institucionales no inclusivas e inflexibles, en particular.

- Accesibilidad Tecnológica: no es una forma de accesibilidad específica; debe, en cambio, ser transversal a todas las demás.

El contexto provincial no está exento del cuidado de las trayectorias educativas de los alumnos con discapacidad. Los docentes tienen como metas: lograr trayectos educativos personalizados y adecuaciones, generar consultas y tutorías virtuales, atender las necesidades educativas sociales y subjetivas, trabajar con profesionales que acompañen a los alumnos universitarios con discapacidad, etc. Se trata, en definitiva, de reconocer las diferencias, valorar a las personas por lo que son y como son, creer en sus posibilidades de mejora y darles la oportunidad de desarrollarse con sus iguales (Sanz Samaniego, 2022).

En relación con el logro de estos objetivos y la presencia de normativa vigente, nos preguntamos si es plausible una verdadera inclusión para aquellos alumnos que requieren "ajustes razonables", cuando no es claro qué es razonable como ajuste en alumnos con desafíos a nivel cognitivo que deben acreditar los mismos saberes que aquellos alumnos sin estos desafíos. Las leyes no expresan como ajuste razonable la adecuación de contenidos que permitan trayectorias personalizadas y sus titulaciones respectivas. Por otro lado, cualquier adecuación o reforma referida a titulaciones y sus alcances no es incumbencia exclusiva de la universidad. De hecho, las universidades nacionales se ajustan a la Ley de Educación Superior 24.521 (1995), en cuyo Artículo 42 se dice que los títulos con reconocimiento oficial certificarán la formación académica recibida y habilitarán para el ejercicio profesional; los conocimientos y capacidades que tales títulos certifican, así como las actividades para las que tienen competencia sus poseedores, serán fijados y dados a conocer por las instituciones universitarias, debiendo los

respectivos planes de estudio respetar la carga horaria mínima que para ello fije el Ministerio de Cultura y Educación.

La Universidad Nacional de Tucumán ha realizado, a través del Programa de discapacidad e inclusión social -PRODIS- inversión en accesibilidad física. A esta prioridad, se suma la importancia de definir normativas específicas en la educación superior y de diseñar y desarrollar un proyecto encargado de garantizar las condiciones necesarias para una real inclusión de estudiantes con discapacidad. Para ello, es fundamental que los profesores universitarios valoren el significado que tienen sus prácticas en la experiencia universitaria de los estudiantes con discapacidad. El reto está en pasar de la integración a la inclusión, favoreciendo que todas las personas puedan formar parte del sistema educativo y nadie se quede fuera de este sistema (Esterkind, 2016).

## CONCLUSIONES

La equiparación de oportunidades para la inclusión para las personas con discapacidad en el ámbito universitario es un objetivo difícil de alcanzar. Es necesaria una política universitaria que contemple los derechos y obligaciones de la persona con discapacidad y su entorno, procurando la formación de recursos humanos que sostengan, en un marco de convivencia democrática, la equidad y solidaridad como principales baluartes del quehacer profesional. La creación de programas, centros o áreas, en cada universidad, relativos a la problemática de la discapacidad, con representación de los distintos actores universitarios, es condición indispensable para el logro de objetivos e implementación de adecuadas acciones conducentes a la inclusión de las personas con discapacidad en la universidad. El cambio de actitud únicamente podrá producirse cuanto exista un proceso de transformación generado y fomentado desde los distintos niveles educacionales, subsecuente a una decisión política e institucional que considere la discapacidad desde una dimensión ética y de respeto hacia la dignidad humana (Pugliese, Acquier y Larrea, 2005).

Entonces, ¿cómo hacer para que la educación sea un proyecto para todos? ¿Lo que se propone es buscar otros sentidos y significados que involucren el bien común? ¿Qué hacer en el campo de la educación superior frente a los desafíos actuales de este colectivo de personas con discapacidad? Estos y otros interrogantes se seguirán trabajando en el marco del proyecto de investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Booth, T. y Ainscow, M. (2015). Guía para la educación inclusiva: Desarrollando el aprendizaje y la participación en los centros escolares. PANAACEA.
- Esterkind, A. E. (2016). Análisis de las trayectorias educativas de los alumnos con discapacidad en la Universidad Nacional de Tucumán (tesis doctoral). Universidad Nacional de Tucumán.
- Hanne, A. V. y Mainardi, R. A. I. (2013). Reflexiones sobre la inclusión de grupos en situación de vulnerabilidad en la educación superior. En REDU: Revista de Docencia Universitaria 11 (2).
- Honorable Congreso de la Nación (1995). Ley de Educación Superior 24.521.
- Honorable Congreso de la Nación (2022). Ley de Educación Superior 25.573.
- INDEC (2018). Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados definitivos 2018.
- Lucero, C. y Montes, I. (2022). Red Interuniversitaria de Discapacidad: su rol en la construcción de política de accesibilidad en la educación superior. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/senadis/red-interuniversitaria-de-discapacidad-su-rol-en-la-construccion-de-politica-de>
- Méndez, M.; Misichia, B. y Putallaz, J. (2019). Políticas en educación superior en las Universidades Públicas Argentinas: discapacidad y universidad - Período 2014-2016. EUDENE.



Ministerio de Educación de la Nación Argentina. (2023). Relevamiento Anual 2021: datos estadísticos del sistema educativo. Dirección de Información y Estadística Educativa (DIEE).

Mischia, B.; Visotsky, N. y Calio, G. (2022). Trayectorias de formación universitaria de estudiantes con discapacidad: el currículum universitario interpelado. En Revista Argentina de Investigación Narrativa 2 (3), pp.204-214.

ONU (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Pugliese, J. C.; Acquier, L. F. y Larrea, M. (2005). La integración de las personas con discapacidad en la educación superior en la República Argentina. Secretaría de Políticas Universitarias.

Salto, W. R. F. y Bósquez, M. J. F. (2020). La inclusión en las instituciones de educación superior. En Studies in Continuing Education 22 (2), pp.151-167.

Sanz Samaniego, S. (2022). El valor de las diferencias individuales. Propuesta de intervención sobre el entorno de un niño con dislexia. Universidad de Valladolid. Facultad de Educación de Segovia.

# Estrategias de Terapia Ocupacional en infantes con trastornos del neurodesarrollo, durante el proceso de adquisición del control de esfínteres. Aportes desde la perspectiva de Integración Sensorial

Por: Lic. en TO Maria Guillermina Petracca

Universidad Católica de Santiago del Estero. UCSE.

## Resumen

Según antecedentes teóricos y programas de intervención basados en evidencia, se infiere que los desafíos en el control de esfínteres (CE) de infantes con trastornos del neurodesarrollo (TND) están vinculados en parte a los Desórdenes de Procesamiento Sensorial (DPS) frecuentes en esta población. Por lo cual se plantea como objetivo del presente trabajo identificar y describir las estrategias instrumentadas por terapeutas ocupacionales (TO) de Santiago del Estero (SDE), en infantes con TND para el abordaje en el proceso de adquisición del CE y si las mismas implican aportes desde la perspectiva de integración sensorial, encontrando diversidad de categorías de estrategias inherentes al abordaje de TO en infancia. Arribando como resultado que el 100% de los TO refieren: "que en algún aspecto las estrategias de abordaje implementadas para el control de esfínteres en infantes con TND poseen aportes desde la perspectiva de integración sensorial (IS)", sin embargo, un 60% de ellos no posee capacitación especializada en el modelo de IS. Se deduce que, aunque los TO de SDE carecen de formación especializada, utilizan estrategias que incorporan dicha perspectiva. Esto refleja la necesidad de integración de conocimientos y prácticas, combinando diferentes enfoques para fomentar la autonomía e independencia de los infantes con TND que presentan desafíos en el proceso del control de esfínteres. Este trabajo tiene un enfoque metodológico mixto, implicando el proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos, con un diseño descriptivo, de campo y observacional, tomando la información brindada por los 15 terapeutas ocupacionales que integran la muestra.

## Palabras clave

Terapia Ocupacional - infancia/infantes - trastornos del neurodesarrollo - control de esfínteres - Integración Sensorial.

RECIBIDO AGOSTO DE 2025 | EVALUADO NOVIEMBRE 2025 | PUBLICADO NOVIEMBRE DE 2025



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución NoComercial CompartirDerivadasIgual 3.0  
[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es\\_AR](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR)



## Introducción

Las dificultades en el proceso del CE de infantes con TND que asisten a atención de TO en consultorio, impulsó a la búsqueda de nuevos aportes y perspectivas desde Terapia Ocupacional para acompañar a las familias e infantes, encontrando mayor desarrollo sobre la temática desde la perspectiva de Integración Sensorial (IS), y coincidiendo con el colectivo de Terapeutas Ocupacionales en la necesidad de implementar diversidad de estrategias para el logro de la independencia en la adquisición del CE, tanto para el abordaje en consultorio como también para brindarle a las familias.

Cabe destacar que dichos infantes se encuentran en edad de incluirse en el sistema educativo, que según Ley Nacional 26.206, lo que se establece como obligatorio a partir de los 4 años, momento en que las familias se enfrentan a la solicitud e incluso exigencia desde las instituciones escolares del logro del control de esfínteres e ingreso sin pañales al nivel inicial. Según lo declarado por OMEP (2022) en relación a dicho proceso y las demandas institucionales, afirman que el CE está íntimamente relacionado no solo a un proceso madurativo sino también a la adquisición progresiva de autonomía, lo cual es parte del proceso de desarrollo y de aprendizaje inmerso en el nivel inicial. Y a su vez coincide con lo referido por Shapira, I. et al. (2010) quienes mencionan que el CE es un proceso de aprendizaje que requiere considerar varios factores, entre ellos evaluar el desarrollo del infante y si está preparado para el control, si posee lenguaje, si conoce su esquema corporal, si posee habilidades motrices básicas, entre otras.

Por otra parte, según antecedentes teóricos desarrollados en el marco teórico del presente, el control de esfínteres en infantes con TND, puede presentarse como un proceso con dificultades en su adquisición, siendo que los infantes con TND presentan dificultades en distintas áreas del desempeño y el rango de los déficits varía, pudiendo darse de forma individual o en concomitancia a otros desafíos (DSM-V., 2014), como lo son los Desórdenes de Procesamiento Sensorial (DPS) que tienen impacto en los desafíos presentes en el proceso del CE. En relación a ello se encontró que existen programas vinculados al tratamiento de desafíos en proceso del CE con resultados favorables, como el "Programa Peque-beque" para el tratamiento del Rechazo a Efectuar Depositiones (RED) descrito por Beaudry Bellefeuille y Ramos Polo (2011), el cual incluye consideraciones recomendadas por la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, y también de Terapia Ocupacional basada en el enfoque de integración sensorial (ASI®), por lo cual se considera relevante revisar las estrategias utilizadas por TO en SDE para el abordaje del CE.

Tomando en consideración el aporte que la perspectiva de IS brinda a dicha problemática surge la pregunta: Cuáles son las estrategias utilizadas por terapeutas ocupacionales de Santiago del Estero en el abordaje del control de esfínteres, de infantes con trastornos del neurodesarrollo de 3 a 6 años, y si las mismas incluyen o no aportes desde la perspectiva de integración sensorial. La hipótesis con la que se inició este trabajo es que las estrategias utilizadas por terapeutas ocupacionales consideran aportes de la perspectiva de integración sensorial, tanto las estrategias de abordaje directo con el infante en consultorio como las brindadas para hogar, y que las mismas están vinculadas con varios aspectos del control de esfínteres: incrementar participación en la actividad de la vida diaria dentro de higiene y aseo, abordar el registro de la micción y defecación, propiciar el uso y conocimiento del ambiente del baño, favorecer el desempeño motor y postural, e incorporar la secuencia y hábito de ir al baño.

En base a lo mencionado los objetivos generales son: identificar y describir todas las estrategias utilizadas actualmente en infantes con TND de 3 a 6 años para el proceso de adquisición del CE, desde la perspectiva de integración sensorial instrumentadas por TO de SDE. Y los objetivos específicos: identificar estrategias relacionadas a las intervenciones brindadas en contexto de consulto-

rio, diferenciándolas de las brindadas para el contexto del hogar, e identificar cuáles se relacionan con la perspectiva de Integración Sensorial (IS) y cuales refieren a otros aspectos del neurodesarrollo, pudiendo describir en cada contexto (consultorio u hogar) las estrategias utilizadas de acuerdo a la perspectiva de IS.

Justificación y relevancia: A partir de los resultados arribados, este trabajo aporta a la disciplina conocimiento sobre el tratamiento e intervención de TO durante el proceso de adquisición del CE en infantes con TND. Tomando en cuenta ello, los TO pueden hacer uso de las estrategias identificadas e implementarlas según su criterio profesional y razonamiento clínico, realizando un análisis individual en cada caso. A su vez brinda conocimientos acerca de los aportes de la perspectiva de IS a la problemática, siendo de valor tanto para nuestra disciplina como para profesionales afines a la temática. Y finalmente serán las familias y los infantes beneficiarios directos de la implementación de diversidad de estrategias para el logro de la independencia en la adquisición del CE.

## Marco Teórico

Los profesionales de Terapia Ocupacional utilizan su conocimiento de la relación transaccional entre la persona, su participación en ocupaciones valiosas y el contexto, para diseñar planes de intervención basados en la ocupación (AOTA, 2011), están capacitados en el análisis de ocupaciones y actividades, aplicando esta importante habilidad a lo largo del proceso de terapia ocupacional. Utilizan el análisis ocupacional que se realizará entendiendo "la situación específica de la persona y, por tanto, las ocupaciones específicas que la misma quiere o necesita hacer en el contexto real en el que se realizan estas ocupaciones" Schell et al., (2019, p. 322, como se citó en AOTA, 2020). Las ocupaciones son aquellas actividades cotidianas que las personas hacen como individuos, con sus familias y comunidades para darle significado y propósito a su vida, e incluyen lo que necesitan o desean hacer, o existe expectativa de que las hagan (WFOT, 2006). En base al Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional (2020), se identifica una amplia gama de ocupaciones categorizadas en Actividades de la Vida Diaria (AVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), manejo de la salud, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social. Dentro de cada una de estas nueve categorías de ocupación se incluyen ocupaciones específicas. Las Actividades de la Vida Diaria (AVD), son las centradas en el cuidado del propio cuerpo y realizadas rutinariamente, estas actividades son "fundamentales para vivir en un mundo social; permiten la supervivencia y el bienestar básicos" (Christiansen y Hammecker 2001, como se citó en AOTA 2020), una de dichas AVD es higiene del baño y aseo la cual incluye: obtener y utilizar los suministros de aseo, manejar la ropa, mantener la posición de aseo, trasladarse a y desde la posición de aseo, limpiar el cuerpo, atender las necesidades de la menstruación y la continencia, el control intencional de las evacuaciones intestinales y la micción (control de esfínteres) y, de ser necesario, utilizar equipo o agentes para el control de la vejiga.

El presente trabajo da importancia al proceso del control de esfínteres, como actividad de higiene y aseo. Dicho proceso suele seguir una secuencia fisiológica común en la mayoría de los infantes: inicialmente se adquiere la continencia fecal nocturna, en segundo lugar, el control fecal diurno, después la continencia urinaria diurna y finalmente el control nocturno de la orina. La edad en la que se va produciendo el control de cada una de estas funciones dependerá tanto del infante, como de las actitudes y pautas educativas de sus cuidadores. Habitualmente las niñas adquieren el control algo antes que los niños, con un desfase que puede ir desde unos meses hasta 3 años de diferencia. A pesar de esta variabilidad, lo esperable es que el control de los esfínteres comience a ser entrenado sobre los 18 meses y se acabe de adquirir entre los 3 y los 5 años; a partir de entonces la falta de control urinario y fecal respectivamente se considera patológica, (AEPNYA, 2010).

En el último siglo, especialmente a partir de la segunda



mitad del S. XX, el aprendizaje del control de esfínteres ha cambiado significativamente tanto en la edad de comienzo como en los procedimientos utilizados. Como se refiere en Citoula (2017), los doctores Spock (1946) y Brazelton (1962) son quizás quienes más han contribuido en la evolución de este proceso, defendiendo la necesidad de utilizar métodos centrados en las necesidades y capacidades de cada infante, siendo que antes el proceso de aprendizaje se realizaba en base a las necesidades de las familias de mantener limpios a sus hijos. El cambio de concepción también ha considerado que es un procedimiento lento y sostenido en el tiempo, que debe focalizarse en el desarrollo de cada infante. Lo cual es coincidente con lo que refieren Shapira, et al. (2010), en cuanto a que el control de esfínteres es un proceso de aprendizaje que requiere la consideración de varios factores por parte de los adultos, que requiere evaluar si el infante está preparado para el control, si tiene lenguaje comprensible, si conoce su esquema corporal, si ha hecho elecciones previas y tiene habilidades motrices básicas, y esto representa inquietudes en los familiares del infante para el logro en el proceso de adquisición. Según Consolini (2023), se requiere preparar al niño para cada paso del proceso: hablar sobre ello, desvestirse, defecar y orinar, vestirse de nuevo, accionar el inodoro y lavarse las manos. El éxito en este entrenamiento, depende de identificar señales de preparación, como mantenerse seco por períodos largos, mostrar interés en el inodoro, expresar necesidad de usarlo y pedir un cambio de pañal cuando sea necesario. Además, el infante debe ser capaz de colocar objetos correctamente, comprender y ejecutar órdenes verbales simples.

Como refieren Shapira, et al. (2010), el infante debe estar maduro para lograr el control. No sólo tiene que comprender lo que se espera de él, sino tener la coordinación muscular necesaria para controlar los músculos intestinales y de la vejiga, y distenderlos a voluntad en el momento y en el sitio determinados. El éxito del control depende de la disposición e interés del infante en cooperar. Hasta que no parezca preparado desde el punto de vista físico y emocional no debe comenzarse, se debe respetar la iniciativa y el tiempo, cada infante tiene su ritmo propio de desarrollo y de aprendizaje. A su vez dichos autores, remarcen la importancia de que todos los cuidadores puedan tener un método consistente sobre el control de esfínteres y el método del horario es el método más frecuentemente usado. Una vez que el infante ha demostrado estar preparado, se le cuenta lo que sucederá eligiendo palabras que pueda comprender y decir con facilidad. El infante comienza a usar el inodoro y a sentarse en él completamente vestido; después se practica bajarse la ropa, sentarse en el inodoro durante  $\leq 5$  o 10 minutos y volver a vestirse. Se le explica varias veces el objetivo de dicha práctica y se enfatiza colocando los pañales mojados o sucios en el baño, cercano al inodoro. Una vez que se ha establecido esta relación entre el inodoro y la evacuación, el familiar trata de anticipar la necesidad de evacuación del infante y reforzar de forma positiva para conseguir una evacuación exitosa. También se alienta al infante a que practique usar el inodoro siempre que sienta la necesidad de evacuar. Se le debe enseñar a accionar el depósito de agua y a lavarse las manos después de cada evacuación. Para los infantes que no tienen horarios predecibles, este tipo de plan es difícil, y debe diferirse el entrenamiento hasta que puedan anticipar la evacuación por sí mismos. Es importante considerar que la ira o el castigo por los accidentes y la falta de éxito, son contraproducentes. Mencionan también que con los infantes que se niegan a sentarse en el inodoro deben volver a intentarlo después de comer, si la negativa persiste durante días, la mejor estrategia es posponer el entrenamiento en control de esfínteres durante algunas semanas. La modificación de la conducta otorgando una recompensa por el control de esfínteres exitoso es una opción; una vez establecido el patrón, se suspenden gradualmente las recompensas. Deben evitarse las luchas de poder, porque suelen provocar regresión de cualquier progreso que se haya realizado y pueden tensar la relación madre/padre-hijo. Los infantes que controlan esfínteres pueden dejar de hacerlo cuando presentan trastornos físicos o emocionales, o cuando

sienten la necesidad de recibir mayor atención o cuando nace un hermano. Es fundamental que una vez que los padres, abuelos, docentes y/o sus cuidadores tomen la decisión de retirar los pañales, lo acompañen y sostengan la postura de que el infante controle. Si no se ponen de acuerdo, es mejor esperar: no deben sacarle el pañal en casa y colocarlo para ir a hacer compras, los cambios confunden y son contraproducentes. En ese caso, preguntar si desea hacer pis, invitarlo al baño, sentarlo en una "pelela", y no retarlo si se le escapa el pis, una manera de darle seguridad es diciéndole: "No importa, ya va a salir bien, a mí me pasó lo mismo de pequeño, te lavo, te cambio la ropa y seguimos jugando". Existen bombachas y calzoncillos de aprendizaje que son útiles para favorecer este período de transición entre los pañales y la ropa interior. Ante cualquier situación especial (comienzo del Jardín, nacimiento de un hermanito, fallecimiento de algún familiar cercano, mudanzas, etc.) es esperable que se den retrocesos, (Shapira, I. et al., 2010).

Algunos problemas en torno al control de esfínteres pueden ser: incontinencia urinaria, enuresis, encopresis, estreñimiento, retención fecal o incontinencia fecal retentiva, estreñimiento y rechazo a efectuar deposiciones. (Figuroa, 2021; Di Guglielmo, 2023; Van den Berg. et. al., 2006; Beaudry Bellefeuille y Ramos, 2011).

La edad a la que los niños logran la continencia urinaria es variable, pero  $> 90\%$  ya son continentes durante el día a los 5 años de edad, y dentro del proceso, lograr la continencia nocturna es lo que demanda más tiempo. La incontinencia urinaria se define como la emisión involuntaria de orina  $\geq 2$  veces/mes durante el día o la noche; la incontinencia puede ser intermitente o continua. La incontinencia urinaria durante el día se la refiere como incontinencia diurna (o humedad diurna) y la incontinencia urinaria de noche: enuresis (o mojar la cama). La enuresis afecta a alrededor del 30% de infantes de 4 años, al 10% de los de 7 años, al 3% de los de 12 años y al 1% de los de 18 años. Alrededor del 0,5% de los adultos siguen teniendo episodios de incontinencia nocturna. La enuresis es más frecuente en los varones y cuando hay antecedentes familiares, (Figuroa, 2021).

La incontinencia fecal es la eliminación voluntaria o involuntaria de heces en lugares inapropiados, en infantes  $> 4$  años (o equivalente de desarrollo) que no tienen una enfermedad ni un defecto orgánico, salvo el estreñimiento. La encopresis es un problema frecuente en la infancia; afecta a alrededor del 3-4% de los niños de 4 años y disminuye de frecuencia con la edad. La mayoría de las veces, la encopresis se debe a estreñimiento en infantes con factores predisponentes conductuales y físicos. Rara vez, se produce sin retención o estreñimiento, pero en estos casos deben considerarse otros procesos (p. ej., enfermedad de Hirschsprung, enfermedad celíaca) o problemas psicológicos. La retención de materia fecal y el estreñimiento causan dilatación del recto y el colon sigmoideo, que induce cambios de reactividad de los músculos y de sensibilidad de los nervios de la pared intestinal. Estos cambios reducen la eficacia de la función excretora del intestino e inducen mayor retención. Mientras las heces permanecen en el intestino, se absorbe agua, lo que endurece la materia fecal y torna más difícil y dolorosa su evacuación. Entonces, la materia fecal más blanda y más desligada puede filtrar alrededor del bolo de materia fecal endurecida, lo que provoca el rebasamiento. Por lo general, los infantes no pueden controlar el rebasamiento debido al efecto sobre la sensibilidad al estiramiento del recto, en la mayoría de los casos es involuntario. Tanto la filtración como el control intestinal ineficaz provocan accidentes fecales, (Di Guglielmo, 2023).

El estreñimiento infantil es un problema común en todo el mundo, la mayoría de los estudios informan tasas de prevalencia similares para niños y niñas. Se necesitan grandes estudios epidemiológicos con el uso de criterios de diagnóstico generalmente aceptados para definir la prevalencia precisa del estreñimiento, sin embargo, el estudio que refiere estas afirmaciones se basa en estudios epidemiológicos de la población general, la prevalencia del estreñimiento sin etiología orgánica obvia, e infantes de 0 a jóvenes de 18 años. (Van den Berg. et. al., 2006)



Por otra parte, el Rechazo a Efectuar Deposiciones (RED) también es un problema relativamente común entre los infantes de edad preescolar, que consiste en un rechazo voluntario de eliminar heces y que puede conducir a graves problemas de salud y afectar significativamente la calidad de vida de los infantes y de sus familias, (Beaudry B. y Ramos P., 2011).

Según Taubman. B, (1999, cómo se citó en: Bezos y Escribano, 2012) el rechazo a ir al baño puede estar referido a dos conductas asociadas que pueden requerir la intervención del pediatra: la retención de heces que causa el estreñimiento, lo que puede provocar impactación rectal y encopresis primaria; y en segundo lugar la falta de un aprendizaje exitoso para ir al baño incluso a los 42 meses de edad, lo cual puede ser una fuente de conflictos familiares y estrés. Asimismo, la retención fecal puede constituir un factor de predisposición a la infección del tracto urinario y la enuresis.

Estas dificultades en torno al control de esfínteres de infantes, se dan en etapa de desarrollo, durante la infancia, entendiendo como infancia el periodo de crecimiento y desarrollo comprendido desde la gestación hasta los 7 años aproximadamente, caracterizado por la rapidez de los cambios que ocurren. Esta primera etapa es decisiva en el desarrollo, pues de ella va a depender toda la evolución posterior del niño en las dimensiones motora, lenguaje, cognitiva y socioafectiva, entre otras (Jaramillo, L., 2007). Por lo cual el desarrollo infantil, su seguimiento de manera regular/periódica y la detección precoz de signos de alarma que señalen alteraciones en detrimento de su evolución normal, tienen repercusión crucial para lograr el máximo potencial de las capacidades y habilidades de cada ser humano y de la sociedad en su conjunto. Resulta, entonces, fundamental que el pediatra y todo médico o profesional de la salud que atiende infantes, conozca a profundidad las características propias del neurodesarrollo en las diferentes etapas de la vida del ser humano y en sus diferentes manifestaciones; no solo motoras gruesas, que son las que a menudo suelen priorizarse en los controles de crecimiento y desarrollo, sino en otras áreas como la motora fina, sensorial, lenguaje y socioemocional. En la actualidad, un aspecto que ha cobrado mucha importancia por su sólida base científica es el hecho que el neurodesarrollo exitoso tiene estrecha relación no solo con la genética, sino también con el ambiente de estimulación y afectividad que rodea al infante, los cuales influyen decisivamente en la mayor producción de sinapsis neuronales, e implica, a su vez, en la mayor integración de las funciones cerebrales, (Medina Alva, M.D.P., et al., 2015).

Puede ocurrir que se presente en el transcurso del Neurodesarrollo del infante, un "Trastorno del Neurodesarrollo", tomando como referencia la descripción en DSM-V (2014), estos trastornos son un grupo de afecciones con inicio en el periodo del desarrollo, se manifiestan normalmente de manera precoz en el desarrollo a menudo antes que el infante empiece la escuela primaria y generan dificultades en distintas áreas del desempeño. El rango de los déficits del desarrollo varía desde limitaciones muy específicas del aprendizaje o del control de las funciones ejecutivas hasta deficiencias globales de las habilidades sociales o de la inteligencia, pueden darse de forma individual o en concomitancia. Los trastornos del neurodesarrollo incluyen: la Discapacidad Intelectual, Retraso Global del Desarrollo, Trastornos de la Comunicación, Trastorno por Déficit Atencional/Hiperactividad, los Trastornos Específicos del Aprendizaje, Trastorno del Espectro Autista y Trastornos Motores. En general los trastornos del neurodesarrollo se caracterizan por déficit en el desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional.

El desarrollo sensorial es la base del desarrollo, desde comienzos de la vida recibimos estímulos a través de los diferentes canales sensoriales, siendo fundamental resaltar que la integración sensorial es un mecanismo clave del cerebro que nos ayuda a crear una representación coherente del mundo y a manejar la constante sobrecarga de información que recibimos. (Velasco, et al., 2011).

Ayres. J, (1998) definió: "La integración sensorial es la

organización de las sensaciones para su uso funcional", remitiendo a la Integración Sensorial (IS) como el proceso neurobiológico que organiza la información que se recibe del propio cuerpo y del medio ambiente para su uso en la vida diaria, lo cual facilita y posibilita el desempeño funcional. Se centra en tres sistemas sensoriales: el táctil, que responde e interpreta los diversos estímulos que se encuentran en el ambiente; el vestibular permite detectar movimientos y reaccionar a los mismos; y el propioceptivo se encarga de la percepción del movimiento y de la posición del propio cuerpo. La teoría de Integración Sensorial de Ayres, brinda un sólido fundamento para entender cómo la integración sensorial influye en el desarrollo e impacta en el desempeño ocupacional del infante. Por lo cual la información sensorial permite entender y decodificar el mundo circundante dando sentido a las experiencias de la vida diaria.

Según J. Ayres (1998), un Desorden de Procesamiento Sensorial o Desorden Integrativo Sensorial, refiere a que el cerebro no está funcionando de manera natural y eficiente, afectando particularmente a los sistemas sensoriales, es decir el cerebro no está procesando u organizando el flujo de impulsos sensoriales de manera que proporcione información precisa del propio cuerpo/ de sí mismo y del mundo que lo rodea, para transmitir adecuadamente las respuestas motrices y comportamentales.

Según Miller, et. al., (2007) se describen tres patrones clásicos de Desordenes de Procesamiento Sensorial (SPD): Desorden de Modulación Sensorial (SMD), Desorden de Discriminación Sensorial (SDD), Desorden Motor de Base Sensorial (SBMD), y a su vez cada patrón refinado en subtipos. Patrón 1: Una persona posee SMD cuando tiene dificultad para responder adecuadamente a la entrada sensorial, manifestando comportamientos en relación al grado, naturaleza o intensidad de la información sensorial recibida. Se observan respuestas desajustadas en relación a las demandas de la situación e inflexibilidad para adaptarse a los desafíos sensoriales de la vida cotidiana, dificultad para mantener la atención y lograr un control de las respuestas emocionales. Existen tres subtipos de SMD. Subtipo 1: Hiperrespuesta sensorial (SOR), las personas con SOR responden al estímulo de forma más rápida, con más intensidad o con una duración más larga que quienes tienen respuesta sensorial típica, esta hiperrespuesta puede ocurrir en un solo sistema sensorial (p.ej., defensa táctil) o en múltiples sentidos (p.ej., actitud defensiva sensorial). Subtipo 2: Hiporrespuesta sensorial (SUR), a las personas con SUR, les suele suceder que no responden a los estímulos sensoriales, parecen no detectar información sensorial. Esto puede manifestarse con apatía, letargo o falta de impulso interior para iniciar la socialización. Subtipo 3: Búsqueda sensorial/Deseo (SS), las personas con SS necesitan una cantidad o tipo inusual de información sensorial y parecen tener un deseo insaciable de dicha sensación. Se involucran enérgicamente en acciones que suman sensaciones más intensas a sus cuerpos en muchas modalidades (por ejemplo, comida picante, ruidos fuertes, objetos visualmente estimulantes, giro constante). En cuanto al Patrón 2: Desorden de discriminación sensorial (SDD) Las personas con SDD tienen dificultad para interpretar las cualidades de los estímulos sensoriales y tienen dificultad en percibir similitudes y diferencias entre estímulos, pueden percibir que los estímulos están presentes y pueden regular su respuesta a los estímulos, pero no pueden decir precisamente qué o dónde está el estímulo. SDD se puede observar en cualquier modalidad sensorial (predominante en cualquier sistema sensorial). En relación al Patrón 3: Desorden Motor de Base Sensorial (SBMD) Las personas con SBMD tienen dificultades posturales o de movimiento por los problemas sensoriales. Incluye dos subtipos. Subtipo 1: Trastorno postural (TP), dificultad para estabilizar el cuerpo durante el movimiento o en reposo responder a demandas del ambiente o tarea motora determinada. Subtipo 2: Dispraxia, el déficit para idear, planificar, secuenciar y/o ejecutar acciones novedosas. Parece torpe y con poca coordinación motora gruesa, fina u oral. Dispraxia puede darse en presencia de SOR o SUR, pero ocurre más comúnmente en la presencia de SUR o SDD



vinculado al sistema táctil, propioceptivo o vestibular, visual.

Es importante recordar que estos patrones pueden ser concomitantes con otros de los patrones identificados y con otros trastornos del neurodesarrollo, como por ejemplo déficit de atención e hiperactividad, trastorno del espectro autista, entre otros (Miller et al, 2007). Con esto coinciden los signos y síntomas dentro de los criterios diagnósticos referidos en DSM V (2014), siendo que si bien el Desorden de Procesamiento Sensorial no se incluye como un tipo de trastorno del neurodesarrollo, muchos infantes lo pueden presentar en comorbilidad.

En relación a control de esfínteres, procesamiento sensorial y trastornos del neurodesarrollo, Nico. M.R (2011) ha estudiado específicamente en autismo, un tipo de trastorno del neurodesarrollo, la prevalencia de los trastornos del procesamiento sensorial, sueño, alimentación y evacuación en la infancia, y en cuanto a esta última variable refiere un relevamiento de dificultades/retraso para los infantes con autismo en la adquisición y proceso de entrenamiento del control de esfínteres. Complementando a partir de cuestionarios administrados a los padres información referida al comportamiento/conductas en torno al proceso de control de esfínteres, consignando la necesidad de mantener rituales, secuencias o conductas específicas. Asociadamente se releva una adquisición del control de esfínteres tardía, arrojando que solo el 53 % de los niños de 3 a 6 años con diagnóstico de autismo ha alcanzado independencia en la micción y defecación, referenciando a su vez la existencia de estudios previos que han reportado que solo un 50% de los infantes con diagnóstico de autismo de 3 a 6 años alcanza independencia en el control de esfínteres, lo cual representa una población considerable.

En relación al control de esfínteres y desórdenes de procesamiento sensorial, Beaudry Bellefeuille y Lane (2017) hacen mención a la Incontinencia Fecal Retentiva (RFI) como trastorno común en infantes. Resaltando que los comportamientos alrededor del baño pueden estar relacionados con la hiperrespuesta sensorial (SOR) siendo en parte responsable del rechazo al uso del inodoro los patrones de hiperrespuesta sensorial. Dicha investigación vincula, la relación entre RFI y SOR. Considerando lo reportado por los padres, se infiere que los niños con RFI muestran significativamente más comportamientos relacionados con SOR en comparación con los niños con desarrollo típico sin signos de SOR. Sensaciones tales como las relativas a la distensión anal, a estar sin ropa o a sentarse en un inodoro duro y frío pueden hacer que el infante defensivo táctil se sienta incómodo.

A su vez en otra investigación Beaudry y Ramos, (2011) hacen mención a diversos factores coadyuvantes implicados en el control de esfínteres, mas específicamente en la evacuación, mencionando entre ellas que la posición utilizada para la defecación estira la piel de la zona anal, y puede causar incomodidad. Según lo que los padres refieren mencionan que los infantes frecuentemente rechazan sentarse en el inodoro, siendo que enfrentarse a estímulos que resultan incómodos o generan rechazo eleva el nivel de alerta, impidiendo la relajación necesaria para defecar, lo cual es imprescindible. Por consiguiente si las sensaciones asociadas al acto de defecar son desagradables, elevan el nivel de alerta y generan tensión muscular, esto obstruye la capacidad de evacuar heces de modo natural y espontáneo al haber tensión muscular del suelo pélvico, musculatura implicada en la defecación. Mencionan que algunos infantes, cuando sienten la necesidad de defecar, optan por mantenerse de pie, saltar o moverse activamente hasta que la sensación de evacuar heces desaparece, reconociendo que el estímulo propioceptivo proporcionado por el movimiento es un recurso que utilizarían para modular su reacción a la sensación de evacuar, esa búsqueda de estímulo propioceptivo es una estrategia frecuente de quienes tienen dificultad para regular sus respuestas a los estímulos sensoriales, siendo que la propiocepción facilita la integración de otros tipos de sensaciones, otra estrategia frecuente es pedir un pañal cuando sienten la necesidad de defecar, para así evitar sentarse en el inodoro. Otro factor son los sonidos, que suelen amplificarse en los baños, lo cual puede elevar el nivel de alerta, siendo uno de los factores

responsables del rechazo por parte de los infantes que tienen hipersensibilidad auditiva a estar en el baño. También la altura del inodoro es otro factor a considerar, siendo que en la mayoría de los hogares no es la adecuada para los infantes y no tener los pies apoyados puede causar inseguridad y temor en infantes con hipersensibilidad vestibular incluyendo así otro factor sensorial importante en el uso del inodoro. También en cuanto a factores actitudinales mencionan que muchos niños con dificultades evacuatorias se los observa con ansiedad, poseen dificultad para manejar las exigencias y perciben que el entorno los desborda.

En cuanto al tratamiento del Rechazo a Efectuar Deposiciones (RED), según lo descrito por Beaudry y Ramos (2011), los niños que no responden al tratamiento convencional son derivados al programa "Peque-beque" por un gastroenterólogo pediátrico. Dicho programa incluye consideraciones recomendadas por la North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, otras recomendaciones basadas en la evidencia, y también Terapia Ocupacional basada en el enfoque de la integración sensorial (ASI®). El infante llega al programa con una historia clínica detallada, inicialmente deben identificar todos los factores subyacentes relacionados con las dificultades de control de esfínteres, verificar que no existen causas orgánicas a las dificultades de evacuación, pesquisar si existen dificultades alimenticias y cuales son los hábitos en torno a la alimentación, ya que pueden remitir a insuficiente ingesta de líquidos o de fibra, analizar el estilo de vida del infante y de su familia, para determinar si los padres incluyen en la rutina diaria un momento específico para la defecación.

Según Kuhn, et.al., (1999), las intervenciones efectivas requieren que las deposiciones sean suaves y cómodas, así como también abordar el rechazo al baño. Se sugieren asientos programados diariamente para facilitar la experiencia, esto se logra conseguir principalmente mediante el uso de laxantes, controlado por el gastroenterólogo a lo largo de la duración del programa. En ocasiones es necesario volver a usar pañal, evitando agregar presión vinculada al control de esfínteres y favorecer la regularidad de las deposiciones como primer objetivo, siendo que pueden haber sido interrumpidas debido a un problema de estreñimiento o a un entrenamiento de control de esfínteres inadecuado o iniciado antes de tiempo. Por ejemplo, la escolarización cada vez más temprana, donde se exige que los infantes controlen esfínteres a edades en las cuales todavía no están fisiológicamente preparados para ello, constituye un factor favorecedor del desarrollo de este importante problema. En relación a esta situación, la Organización Mundial para la Educación Preescolar (OMEP) ha dado comunicados al respecto donde refieren que el cambiado de pañales es un requerimiento necesario cuando se acompaña a infantes de 45 días a 6 años y son derechos que garantizan el cuidado, sosteniendo que el cuidar y educar van de la mano, y que a su vez el control de esfínteres está íntimamente relacionado no solo a un proceso madurativo sino también a la adquisición progresiva de autonomía, lo cual es parte del proceso de desarrollo y de aprendizaje inmerso en el nivel inicial (OMEP, 2022).

Retomando el programa utilizado para el tratamiento del RED, mencionado en Beaudry y Ramos (2011), los infantes derivados son evaluados por un Terapeuta Ocupacional quien realiza una valoración e identifica los factores sensoriales que pueden estar en la raíz de su conducta de rechazo. Asimismo, se mantiene una entrevista con los padres y se les formulan las preguntas del Cuestionario Perfil Sensorial de W. Dunn, con el objetivo de recabar información relativa al procesamiento sensorial del niño. El cuestionario del Perfil Sensorial de W. Dunn es utilizado para la detección de problemas del procesamiento sensorial y permite obtener una puntuación que compara a infantes con un grupo normativo. La entrevista con los padres incluye también preguntas sobre la alimentación, considerando que los que aceptan menos de 20 alimentos diferentes tienen una alimentación selectiva. También se utiliza un cuestionario sobre los hábitos de defecación, desarrollado por Beaudry Bellefeuille, I., et. al (2019) para obtener informa-



ción sobre la presencia de dolor y sobre los aspectos conductuales del infante relativos a la expulsión de heces. Esta información es utilizada para determinar ciertos aspectos individualizados de la intervención. Una vez que todos los factores coadyuvantes han sido identificados, se inicia la intervención directa de Terapia Ocupacional. Los problemas sensoriales específicos subyacentes son abordados utilizando los principios del enfoque de la integración sensorial (ASI®). Las principales estrategias del tratamiento incluyen actividades que proporcionan grandes cantidades de estímulo propioceptivo, tacto profundo y vibración. Por ejemplo, saltar mientras se está sentado en un balón terapéutico, trepar, sentarse en almohadones con vibración, pasar por lugares estrechos y suaves. Los infantes generalmente participan semanalmente en dos sesiones individuales de 45 minutos cada una y durante un período de 16 semanas. Los primeros 30 minutos de cada sesión se basan en ASI® y los últimos 15 minutos en un aprendizaje específico de hábitos de defecación. Durante dicho período se llevan también a cabo adaptaciones y estrategias para el hogar. Se diseña para cada infante un programa que incluye actividades que proporcionan tacto profundo y estímulo propioceptivo para ser desarrollado en casa. Si el infante sigue un ritual particular que le ayuda en la defecación, como ponerse un pañal o esconderse, no deben impedírselo y a los padres se les recuerda que resulta de máxima importancia mantener las deposiciones blandas y regulares. No se utilizan recompensas por mantener sin manchar la ropa interior o los pañales, puesto que eso puede fomentar la retención de heces, se les aconseja que si el infante se mancha lo limpien sin mostrar enojo o molestia a ello, tratando de mantener la calma y no aplicar castigos. También se sugiere preparar el baño teniendo en cuenta las características sensoriales del infante, ejemplo: proporcionarle una peleta o inodoro adaptado de forma apropiada, con un asiento cómodo que permita que los pies se apoyen firmemente en el suelo, suele ser la mejor opción, en otros casos, se sugiere cubrir el asiento del inodoro con un material suave y proporcionar un apoyo pies, es común que muchos infantes con RED tengan dificultad para aceptar sentarse en la peleta o en el inodoro. Entre las actividades terapéuticas para favorecer la aceptación de sentarse se encuentran juegos con muñecos en los que el infante los sienta en una peleta o inodoro y él representa el papel de cuidador, otra actividad puede ser que el infante se siente en la peleta o inodoro, sin quitarse la ropa, mientras juega con su juguete preferido. Este modo de afrontar el rechazo permite que acepte gradualmente la situación gracias a que se retiran gran parte de los estímulos que le resultan desagradables, reemplazándolos por otros que sí son de su agrado. Una vez que se ha llevado a cabo la preparación del baño y que el infante acepta sentarse en la peleta o inodoro en la clínica, se asesora a la familia para que puedan hacer lo mismo en su domicilio. Se pone en práctica gradualmente una rutina de momentos para sentarse en la peleta o en el inodoro; se anima al infante a que lo haga de 3 a 5 veces al día, al principio, puede sentarse durante períodos muy breves (30 segundos) y sin quitarse la ropa. Durante los períodos de sentarse en la peleta o en el inodoro se le da un juguete o libro especial y alguno de sus padres le presta atención individualizada, gradualmente el tiempo de permanecer sentado se va incrementando hasta alcanzar los 5 minutos y asimismo, cada vez se le va quitando un poco más de ropa, programando períodos 15 o 20 minutos después de cada comida, con el fin de aprovechar el reflejo gastrocólico, el cual consiste en contracciones propagadas, de elevada amplitud, transportan el bolo en sentido oral-anal, ocurren tras las comidas y al despertar, es la activación motora del colon distal en respuesta a la ingesta, que facilita el vaciamiento del contenido colónico. Según Serra Pueyo, J. (2000) este reflejo consiste tanto en un aumento de la actividad motora fásica del colon izquierdo como en un aumento de la contracción sostenida, tónica, del mismo, y es inducido por estímulos mecánicos, como la distensión del antro gástrico, aunque parece que estímulos químicos, como los lípidos intra duodenales, también podrían inducirlo, y a su vez el reflejo gastrocólico está mediado por vías nerviosas colinérgicas. Una vez que el infante ya modula las sensaciones más eficazmente y

tolera los hábitos de eliminación de heces, la defecación en el inodoro o peleta suele producirse espontáneamente. Considerando esta efectividad del "Programa Peque-beque" de Beaudry Bellefeuille, I., Ramos Polo, E. (2011), toma relevancia revisar las estrategias de abordaje utilizadas por Terapeutas Ocupacionales en Santiago del Estero para el abordaje del control de esfínteres, pudiendo registrar si las mismas incluyen aspectos de procesamiento sensorial como componentes importantes a considerar en el abordaje del control de esfínteres desde Terapia Ocupacional

### Metodología

Se implementó un diseño descriptivo describiendo en el objeto de estudio cómo se ponen en juego las variables/ejes de análisis que se relacionan: las estrategias de abordaje para el control de esfínteres utilizadas por los Terapeutas Ocupacionales de Santiago del Estero, tanto en consultorio como las brindadas para el hogar, y cómo estas consideran o no, aportes de la perspectiva de Integración Sensorial, pudiendo correlacionar las estrategias actualmente utilizadas con la perspectiva de Integración Sensorial (IS). De campo porque se entrevistaron a Terapeutas Ocupacionales (TO) de Santiago del Estero, observacional tanto que se toma la información brindada por los mismos TO, describiendo las variables tal y como ha sido referido por los/las entrevistados/as. Transversal siendo que la variable tiempo no influye ni modifica la información recolectada en las entrevistas. Tiene un enfoque metodológico mixto, implicando el proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos para responder al planteamiento del problema: Cuáles son las estrategias utilizadas por terapeutas ocupacionales de Santiago del Estero en el abordaje del control de esfínteres, de infantes con trastornos del neurodesarrollo de 3 a 6 años, y si las mismas incluyen o no aportes desde la perspectiva de integración sensorial, basándose en teoría fundamentada sobre los aportes de la perspectiva de Integración Sensorial al proceso de control de esfínteres.

Considerando a Rubio y Varas (2004), se genera la siguiente matriz de datos, realizando la selección de la muestra conformada a partir de 15 Lic en Terapia Ocupacional del universo de TO matriculados en la provincia de Santiago del Estero, que se encuentran actualmente en ejercicio profesional activo en territorio santiagueño, desempeñándose con población pediátrica/infancias de entre 3 a 6 años con Trastornos del Neurodesarrollo (TND), durante los años 2022 y 2023, período en el cual se realiza el presente TIF. Se trabajó con una muestra probabilística con probabilidades conocidas de selección, se solicitó acceso a información referente a los Lic. en Terapia Ocupacional que se encuentran registrados con matrícula provincial, en el libro correspondiente a "certificados" del sector Asesoría Médico Legal de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santiago del Estero, encontrando 29 (veintinueve) Terapeutas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional, de los cuales son 21 (veintiuno) los que se encuentran residiendo en la provincia, actualmente en actividad, brindando servicio en territorio santiagueño. Se solicita el registro de Terapeutas Ocupacionales de Santiago del Estero en la Asociación Civil de Terapeutas Ocupacionales de Santiago del Estero (ACTOSE) quienes reportan un total de 15 (quince) Lic. en Terapia Ocupacional que actualmente ejercen en el territorio santiagueño y trabajan con población pediátrica/infancias de entre 3 a 6 años con trastorno del neurodesarrollo.

Se trabaja con todo el conjunto de Lic en Terapia Ocupacional que cumplen el criterio de inclusión y exclusión siendo el total: 15 Lic en TO ya que es un universo posible de abarcar. Los criterios de inclusión que se consideraron para la selección de la muestra son los siguientes: Licenciados/as en Terapia Ocupacional, matriculados en la provincia de Santiago del Estero y residentes actualmente, que trabajan con población de infantes con trastornos del neurodesarrollo y que presentan desafíos en el proceso de control de esfínteres, que al momento del TIF brinden servicio como mínimo



a un infante de 3 a 6 años de edad, con trastorno del neurodesarrollo que presenta desafíos en el proceso de control de esfínteres y que implementan estrategias para el abordaje de control de esfínteres en consultorio y brindan estrategias para el hogar. En cuanto a los criterios de exclusión se considera a Lic. en Terapia Ocupacional que prestan servicio eventualmente en Santiago del Estero, que para abordar el control de esfínteres deriva al área de Psicología u otros profesionales, o ser Lic. en TO que trabajan con abordaje grupal y en dispositivos que no incluyen terapia uno a uno.

**Variables.** Las variables suficientes se utilizaron para caracterizar a la muestra: edad, género, lugar de formación, años de experiencia en la profesión, lugar de desempeño (público/privado/ambas), formación de posgrado, formación en Integración Sensorial, formación específica sobre la temática de control de esfínteres, otro tipo de formación en la población de infantes que puede dar herramientas para el abordaje de esta temática.

Las variables/ejes de análisis específicas relacionadas al abordaje de control de esfínteres en infantes con trastornos del neurodesarrollo de 3 a 6 años que se utilizaron fueron:

- Formas de indagar/pesquisar los desafíos en el control de esfínteres.
- Estrategias e intervenciones utilizadas para abordar el control de esfínteres como actividad de la vida diaria dentro de higiene y aseo.
- Estrategias e intervenciones utilizadas al momento de abordar el registro para el control de esfínteres (tanto para micción como para defecación)
- Estrategias e intervenciones realizadas para favorecer el uso y conocimiento del ambiente del baño.
- Estrategias e intervenciones para favorecer el desempeño motor y postural en el proceso de control de esfínteres.
- Estrategias e intervenciones llevadas a cabo para favorecer la secuencia y hábito de ir al baño.
- Otras estrategias para abordaje de control de esfínteres brindadas en contexto del consultorio.
- Otras estrategias para abordaje de control de esfínteres brindadas para el contexto del hogar.

A partir del análisis de las respuestas obtenidas en cada uno de estos ejes de análisis, y la descripción de la diversidad de estrategias implementadas por parte de cada Lic en TO entrevistado se establecieron y organizaron metodológicamente categorías según el "tipo de estrategia implementada", a continuación se las menciona, sin embargo las mismas se desarrollan con detalle en los resultados y conclusiones.

**Categorías:** estrategias vinculadas al procesamiento de la información sensorial (táctil, propioceptiva, vestibular, visual, o en conjunto), estrategias que consideran aspectos del neurodesarrollo, estrategias que consideran aspectos conductuales, estrategias que consideran hábitos y AVD, estrategias de reconocimiento y uso de elementos/herramientas, estrategias vinculadas a secuenciar la actividad, estrategias de organización de la rutina diaria, estrategias que involucren el uso del pañal y retirada paulatina respetuosa, estrategias de autoeducación a la familia, estrategias que consideran generalización de logros, estrategias de visita al hogar y monitoreo, estrategias de observación específica de algun/os aspectos del control de esfínteres, estrategias para abordar componentes motores específicos, estrategias de trabajo en equipo/interdisciplina, estrategias de adaptación/modificación de la actividad y/o ambiente, estrategias de anticipación.

**Fuente e instrumentos:** Se trabajó con fuentes primarias ya que se realizaron las entrevistas directamente a los Lic en TO que conforman la muestra, se utilizó como instrumento una encuesta personal cara a cara, realizándose de manera virtual sincrónica considerando que muchos Lic. en TO residen en el interior de la provincia o presencial con los Lic en TO de Santiago del Estero capital y se solicitó el consentimiento informado. La encuesta incluye

13 preguntas orientadas a la temática del control de esfínteres (CE) en infantes con trastornos del neurodesarrollo (TND) entre 3 y 6 años para la recopilación de información sobre las estrategias utilizadas, pudiendo indagar sobre la implementación de las mismas, como también preguntas iniciales de información referida en las variables suficientes, lo cual permite realizar un análisis necesario a fin de lograr el objetivo de sistematización de estrategias utilizadas para el abordaje del control de esfínteres en infancias con trastornos del neurodesarrollo. Se selecciona este tipo de encuesta permitiendo el control directo de la información por parte del entrevistador, pudiendo dar la posibilidad del diálogo en las preguntas abiertas que se realizan. En cuanto a extensión y complejidad posee preguntas abiertas y descriptivas como también preguntas cerradas. Se ha realizado pilotaje previo y a partir de ello se han mejorado las preguntas, obteniendo a partir de dicha prueba también posibles categorías a considerar para los ejes de análisis. Las entrevistas se realizaron entre junio y agosto de 2023.

**Aspectos éticos:** Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previamente a su participación en el TIF, como prueba del respeto a su autonomía donde se tuvo en cuenta la Guía para Investigaciones en Salud Humana del Ministerio de Salud de la Nación (2011). Se considera que el bienestar y los derechos de los participantes es el valor primordial, y de recibir los resultados al finalizar el trabajo, por encima del interés específico del TIF para el conocimiento de la ciencia. De esta forma se garantizan los derechos de quienes integran la muestra como la confidencialidad de la información administrada para los fines científico académico.

## Resultados

Del total de la muestra integrada por 15 Lic. En Terapia Ocupacional, 4 tienen entre 25 y 30 años, 7 tienen entre 31 y 40, 4 tienen entre 41 y 50 años. En cuanto al género autopercebido 14 refieren femenino y 1 masculino. En cuanto a lugar de formación 9 se formaron en universidad pública y 6 en universidad privada, de los cuales: 3 egresaron en la Universidad Nacional de La Rioja (UNLAR), 3 en Universidad Nacional del Litoral (UNL), 5 en Universidad Santo Tomás de Aquino de Tucumán (UNSTA), 1 en la Universidad de Buenos Aires (UBA), 1 en la Universidad Nacional de Quilmes (UNQUI), 1 en la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), 1 estudió en el extranjero (Colombia) y homologó su título en Argentina. En cuanto a los años de experiencia en la profesión 6 tienen más de 10 años de experiencia, 7 entre 5 y 10 años, y 2 menos de 5 años de experiencia. Del total de la muestra 2 se desempeñan en ámbito público, 13 en ámbito privado, de los cuales 6 trabajan en instituciones (CET, Centro de Día o Fundación), 3 en Escuela de Ed. Especial, 13 en consultorio privado, (cabe destacar que 9 de los que trabajan en consultorio particular, combinan este tipo de atención con el trabajo en otros dispositivos). En cuanto a formación de posgrado: 2 poseen formación de posgrado sin concluir, el resto no posee formación de nivel de posgrado. Del total de Lic. en Terapia Ocupacional 4 poseen nivel 3 de formación en Integración Sensorial (IS) avalada por la Asociación de Integración Sensorial Argentina (AISA), 2 nivel 2, 0 nivel 1, y 9 no poseen ningún nivel de formación en IS, 5 poseen solo capacitación general sobre IS. En cuanto a capacitación específica sobre control de esfínteres 5 poseen capacitación específica, 2 han realizado supervisión con colegas en la temática y 8 no poseen capacitación específica en la temática. En cuanto a otro tipo de formación en población de infantes que consideran que puede dar herramientas para el abordaje de esta temática refieren diversidad de capacitaciones: Capacitaciones y Diplomaturas en TEA, capacitación en Modelo Sentidos, capacitación en Neurodesarrollo Infantil, capacitación en Modelo Dir Floortime, cursos de TO en pediatría, Diplomatura en Atención Temprana, Abordaje de TO en Pediatría.

A continuación se presentan los resultados de los ejes de análisis específicos en relación al abordaje de control de esfínteres (CE) en infantes con trastornos del neurodesarrollo (TND) de 3 a 6 años.



Lic en TO contra Cantidad de Infantes con TND

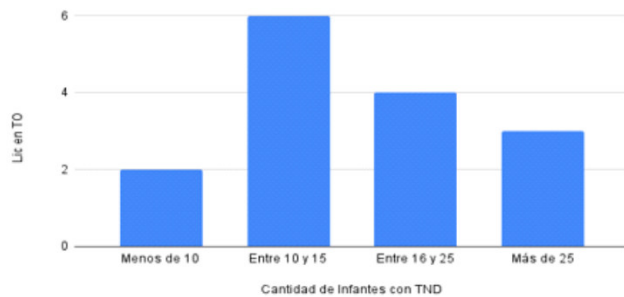


Gráfico 1: Relación entre Lic. en TO y cantidad de infantes que atienden con Trastornos Del Neurodesarrollo (TND).

A partir del gráfico 1 se puede concluir que más del 85% de los Terapeutas Ocupacionales entrevistados atienden a más de 10 infantes con Trastornos Del Neurodesarrollo (TND).

Lic en TO y Porcentaje de Infantes con Desafíos en CE

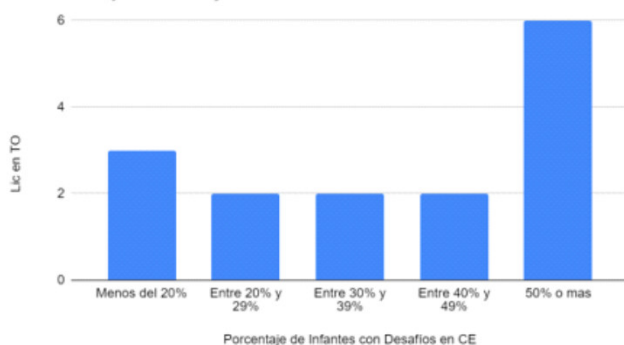


Gráfico 2: Relación entre Lic. en TO que atienden infantes con TND y porcentaje de infantes que poseen desafíos del control de esfínteres (CE).

A partir del gráfico 2 se puede concluir que el 80% de los Lic en TO entrevistados refieren que más del 20% del total de infantes que atienden presentan desafíos en el CE. A su vez se registraron diversidad de desafíos en el CE, los cuales se iban repitiendo en el discurso de los colegas:

Lic en TO y Tipo de Desafío en el Control de Esfínteres

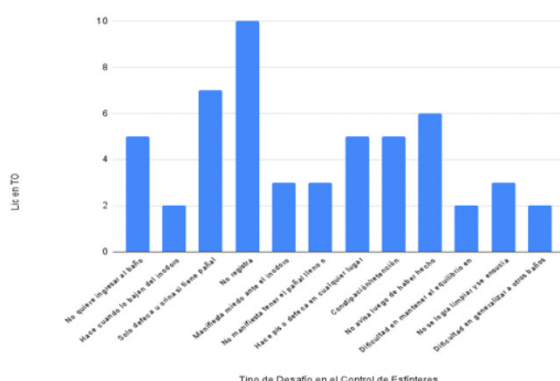


Gráfico 3: Relación entre Lic. en TO que atienden infantes con TND con desafíos en el CE y los tipos de desafíos que presentan.

En cuanto a formas de indagar/pesquisar los desafíos en el control de esfínteres. Los 15 TO refieren preguntarlo en entrevista, de los cuales también 6 TO utilizan a su vez algún cuestionario de la historia ocupacional del infante que complementa información, y a su vez 2 TO también refieren pesquisar durante el juego en la

evaluación con el niño/a.

### Análisis de los resultados

A partir de la información recabada, se han encontrado variadas categorías dentro del análisis de datos, que remiten a diversos tipos de estrategias tanto las utilizadas en el espacio de consultorio como las sugeridas para implementar en el hogar.

A continuación, se presenta el análisis de la información recabada y estrategias, cotejadas con la teoría que da sustento a ello.

Como refiere Citoula (2017), el CE es un procedimiento lento y sostenido en el tiempo, que debe focalizarse en el desarrollo de cada infante, esto guarda relación con las estrategias que consideran aspectos del neurodesarrollo como refiere TO 1: "Propuestas de jugar con texturas, agua, trasvasado" y "trabajar sobre noción de las partes del cuerpo" como también con estrategias que consideran aspectos conductuales como refiere TO 10 "que le digan baño, y lo lleven, para que empiece a identificar el baño como lugar que se hace caca, pis, utilizando poco lenguaje y guiando" o como refiere TO 1: "Cada vez que se sienta de cuclillas, que le pregunten/ofrezcan si quiere hacer", TO 2 "Cortar el juego y ofrecer ir al baño, "hora de ir al baño".

A su vez se considera al CE dentro de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), centradas en el cuidado del propio cuerpo y realizadas rutinariamente, por lo cual toma importancia la implementación de estrategias de juego sobre los hábitos de la vida cotidiana como refiere TO 13: "Uso de actividades de entrenamiento de AVD: cierres, botones, ropa para vestir muñecos, hacer higiene con muñecos", y estrategias para el reconocimiento de elementos específicos utilizados en la actividad como refiere TO 4: "Realizar actividades in situ en el baño, reconocer y utilizar elementos que hay en el baño".

Por otra parte los TO realizan el análisis de la actividad/ocupación entendiendo "la situación específica de la persona y, por tanto, las ocupaciones específicas que la misma quiere o necesita hacer en el contexto real en el que se realizan" (Schell et al., 2019, p. 322, como se citó en AOTA, 2020), por lo cual, es relevante considerar estrategias vinculadas a secuenciar la actividad en pasos y que involucren al niño/a en los pasos dentro las actividades, como refiere TO 15: "observar en qué pasos de la actividad requiere más ayuda y en qué pasos de actividad puede realizar con mayor independencia", estrategias para incorporar el hábito de ir al baño, como refiere TO 4: "involucrar al niño en cada actividad, si es necesario ayudar mano sobre mano", estrategias de organización dentro de la rutina diaria: como refiere TO1 y TO 2 "Uso de grilla de horarios de registro" y "ofrecer ir al baño, "hora de ir al baño".

Por otra parte, retomando lo referido por la Organización Mundial para la Educación Preescolar, el cambiado de pañales es un requerimiento necesario cuando se acompaña a infantes de 45 días a 6 años y son derechos que garantizan el cuidado, sosteniendo que el cuidar y educar van de la mano, y que a su vez el control de esfínteres está íntimamente relacionado no solo a un proceso madurativo sino también a la adquisición progresiva de autonomía, lo cual es parte del proceso de desarrollo y de aprendizaje inmerso en el nivel inicial (OMEP, 2022). Se considera entonces, importante la implementación de estrategias que involucren el uso del pañal y retirada paulatina como refiere TO 15: "Que realicen acercamientos paulatinos al baño, (...) realizar toda la secuencia de cambiado en el baño" y TO 14: "Uso de horarios sostener el mismo tiempo para ir, si ya retiene que pueda estar sin pañal para ir registrando".

A su vez es menester considerar, que el éxito del control depende de la disposición e interés del infante en cooperar, cada infante tiene su ritmo propio de desarrollo y de aprendizaje, (Shapira, et al., 2010), por lo cual es importante también un acompañamiento sostenido hacia la familia, implementando estrategias de autoeducación, como refiere TO 1: "El proceso es madurativo y que lleva su tiempo, considerar el tiempo de cada niño/a. Abordar de distintas áreas". y TO 2: "Explicar a los padres el



desglose de todo lo que hacemos y lo que entra en juego a la hora de estar sentado en el inodoro y hacer". Implementar estrategias que consideran generalización de logros: TO 5: "Fotos reales de toda la secuencia/pasos específicos para ir al baño en la casa sacamos y luego las vamos pegando en cada paso, haciendo transición luego de foto real al paso específico". y TO 12: "que la familia acompañe en el baño en otros ambientes para que pueda generalizar". Y a su vez se pueden considerar estrategias de visita al hogar y monitoreo como refiere TO 6: "Consulta como es el baño, solicito fotos y videos del baño, considerando según su participación en ese ambiente específico del hogar (que lo conozcan)", y TO 11: "consultar y saber como es el baño si es dentro de la casa, fuera, como adaptar y acompañar a la familia en esa rutina, como también saber cual es el acceso al agua. Conocer distintos baños y generalizar".

Según Shapira, et al. (2010), el infante debe estar maduro para lograr el control. No sólo tiene que comprender lo que se espera de él, sino tener la coordinación muscular necesaria para controlar los músculos intestinales y de la vejiga, y distenderlos a voluntad en el momento y en el sitio determinados. Por lo cual, se consideran estrategias que involucran una observación detenida de algunos aspectos: como refiere TO 10: "Que la familia empiece a registrar qué signos dan cuando tienen ganas, o cuando están haciendo". y TO 12: "qué signos da, de qué está haciendo. El antes, después y durante si notan algo", y también estrategias para abordar componentes motores específicos: como refiere TO1: "trabajo sobre control postural, que se puedan sostener en distintas bases y en el inodoro". y TO 5: "Trabajo transiciones, control motor, equilibrio en sentado y movilidad funcional".

Se sabe que ante cualquier situación especial (comienzo del Jardín, nacimiento de un hermanito, fallecimiento de algún familiar cercano, mudanzas, etc.) es esperable que se den retrocesos en el control de esfínteres, (Shapira, et al., 2010). Algunos problemas en torno al control de esfínteres pueden ser: incontinencia urinaria, enuresis, encopresis, estreñimiento, retención fecal o incontinencia fecal retentiva, estreñimiento y rechazo a efectuar deposiciones. (Figuerola, 2021; Di Guglielmo, 2023; Van den Berg. et. al., 2006; Beaudry Bellefeuille y Ramos, 2011), por lo cual se consideran importantes las estrategias que impulsen el trabajo en equipo, las diversas miradas profesionales y derivaciones oportunas, como refiere TO 11: "Derivación a Psicología, ver alimentación chequear eso. Consulta al Pediatra", o como refiere TO 14: "Derivar a especialista si se sostiene la dificultad renal o gastrointestinal (para evitar malas experiencias a lo largo del tiempo)". Por lo cual el desarrollo infantil, su seguimiento de manera regular y la detección precoz de signos de alarma que señalen alteraciones en detrimento de su evolución normal, tienen repercusión crucial para lograr el máximo potencial de las capacidades y habilidades de cada ser humano y de la sociedad en su conjunto. Resulta, entonces, fundamental que el pediatra y todo médico o profesional de la salud que atiende infantes, conozca a profundidad las características propias del neurodesarrollo en las diferentes etapas de la vida del ser humano y en sus diferentes manifestaciones (Medina Alva, M.D.P., et. al., 2015).

A su vez, puede ocurrir que se presente en el transcurso del Neurodesarrollo del infante, un "Trastorno del Neurodesarrollo" que según DSM-V (2014), son un grupo de afecciones con inicio en el período del desarrollo y generan dificultades en distintas áreas del desempeño, por lo cual parte de las estrategias consideradas por los terapeutas ocupacionales en el trabajo sobre el control de esfínteres considera la adaptación de la actividad y/o ambiente: como refiere TO 3: "Ayudar con el uso de un banquito si tiene inodoro" y TO 4: "y adaptador de inodoro". También refieren TO 5: "usar papel servilleta que es más grande", y TO 6: "uso de adaptador de inodoro con asas a los costados y contención lumbar para sostén de tronco activo". Considerando también como refiere TO 9: "Que el cambio de pañal sea en el baño. Que pueda participar lo máximo posible, sea bajando pantalón, tirar pañal en cesto". Incrementar el tiempo en el ambiente del baño: como refiere TO 8: "Siempre dejaba la puerta del

baño abierta con luz prendida para acercarnos, ir, mirar, explorar el espacio y entrar, paulatinamente ir a hacer algo en el baño, mirarse en el espejo, lavarse manos, (...) paulatinamente jugar a tocar botón con tapa baja, para que no moleste el sonido". Modificaciones ambientales e incorporación del baño en la sesión de consultorio: como refiere TO 1: "tener fotos del ambiente del baño. Incorporar el uso del ambiente del baño dentro de la rutina de la sesión" y TO 4: "Uso del baño para actividades en sesión, lavarse manos". Estrategias que involucran anticipación, como refiere TO 13: "Le paso a la familia la secuencia para que ponga en el baño" y TO 15: "y, a su vez ir marcando el paso a paso en las diferentes actividades y propuestas diarias, como considerar organizar la rutina y hábitos en secuencias."

En general los trastornos del neurodesarrollo se caracterizan por déficit en el desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional, (DSM-V, 2014). A su vez el desarrollo sensorial es la base del desarrollo, desde comienzos de la vida recibimos estímulos a través de los diferentes canales sensoriales, siendo fundamental resaltar que la integración sensorial es un mecanismo clave del cerebro que nos ayuda a crear una representación coherente del mundo y a manejar la constante sobrecarga de información que recibimos. (Velasco, et. al., 2011). Por lo cual para trabajar sobre el impacto en el procesamiento de información sensorial se consideran estrategias que involucran el abordaje sobre algunos sistemas sensoriales de forma aislada o en conjunto trabajando al mismo tiempo sobre varios canales sensoriales. Se ha relevado también la implementación de estrategias visuales, como refiere TO 11: "Con juegos y actividades simuladas usando secuencias visuales como apoyo". Estrategias que utilizan información sensorial propioceptiva realizando juegos y ejercicios que activen la zona pélvica y suelo pélvico, actividades y juegos en distintas posturas con manejo del cuerpo en el espacio reducido, juegos donde se sienten de cuclillas, pararse y agacharse, juegos con distintas posiciones corporales y distintas partes del cuerpo tipo "yogui juego", juegos de apretar y soltar, soplar y retener aire, uso de burbujas y actividades de soplido con diversos materiales ligeros (pelotas telgopor, plumas, etc), actividades o juegos con carga de peso, incluir componentes de rotación y flexión de tronco, con extensión de miembros superiores para realizar alcances hasta la pelvis en la parte posterior, como refiere TO 1: "juegos en cuadrupedia, trabajo sobre mayor registro de partes del cuerpo". Estrategias que utilizan información sensorial táctil, realizando tanto en casa como en consultorio juegos con diversidad de texturas, pegajosas, líquidas y semisólidas, de diversos colores incluyendo el marrón y amarillo, juegos de registro y discriminación táctil encontrar entre varios objetos escondidos, tocar y encontrar, uso de manta de peso sobre zona pélvica que de mas información en la zona. Juegos con masas de color marron, para jugar como que es "caca", actividades con masas húmedas o mas secas, con textura y lisas, uso de espuma, juegos con arena y agua. Uso de almohadones con semillas y almohadones con vibración en zona pélvica. Sumar juegos en patio, parque y salidas a plaza: las texturas del pasto, arena, tierra aumentan el registro táctil. Uso de ropa apretada o boxer y pantalones más ajustados de lo convencional en lo cotidiano. Como refiere TO 7: "En cuanto a lo táctil jugar con masas, de color marron, para jugar como que es "caca", actividades sensoriales con masas mas húmedas, mas secas, mas moldeables o menos". Estrategias que utilizan información sensorial vestibular: trabajando sobre el control postural, que se puedan sostener en distintas bases de sustentación amplias y reducidas, y luego probar en el inodoro, si presentan dificultades en el equilibrio trabajar paulatinamente el acercamiento a la integración de sensaciones vestibulares vinculadas a despegar los pies del piso y bases en altura, como refiere TO 12: "Trabajar el equilibrio, pies apoyados, perder el miedo a altura del inodoro". Estrategias que utilizan información sensorial propioceptiva y táctil en conjunto: Aplicación Tapping en zona pélvica. Uso de almohadones con vibración, uso de pelotero y lycra para aumento de registro propioceptivo y táctil general. Como refiere TO 2: "Apretar y soltar,



actividades con distintas partes del cuerpo y manos, en distintas posturas. A nivel oral: soplar y retener, con fuerza abdominal y diafragmática" y también TO 4: "Uso de manta de peso sobre zona pélvica a partir de actividades o juegos con carga de peso". Estrategias que utilizan información sensorial propioceptiva, vestibular y táctil (incluyendo praxias): Realizar juegos de disfraces uso de prendas de ropa, colocarse y quitarse, hacer secuencias de movimiento y secuencias en juego, colocando vendas alrededor de la cintura, bajar y subir o con aros colocarse en el cuerpo y quitarse. Sumar estas actividades en circuitos con pasos en una determinada secuencia lógica, trabajando sobre la planificación motora, componentes perceptivos motores en circuitos. Trabajar en conjunto: transiciones, control motor, equilibrio en sentado y movilidad funcional. Como refiere TO 3: "El esfínter es un músculo, trabajar la musculatura de la zona, abordar cuestiones posturales y de equilibrio" y TO 9 también refiere: "Desde IS, trabajar registro con equipamiento de IS. Trabajo en zona abdominal y zona pélvica. Incluyendo "Interocepción" a partir del trabajo de zona media (CORE).

En base a lo anteriormente mencionado, dichas estrategias cotejadas responden a distintos inputs sensoriales que a su vez se abordan en conjunto, no únicamente de forma aislada, siendo que por ejemplo, para abordar el control de esfínteres como actividad de la vida diaria dentro de higiene y aseo, se han encontrado estrategias que utilizan información sensorial propioceptiva y vestibular, o propioceptiva y táctil, trabajando en conjunto los componentes perceptivo-motores requeridos para el manejo de la ropa en la actividad de higiene y aseo como también para sostenerse en el inodoro y lograr limpiarse. Ejemplo: "juegos de pasar elementos por detrás de la espalda" como refiere TO 12, y esto a su vez, ayuda a la habilidad propioceptiva y táctil requerida para limpiarse sin mirar. Estando esto en concordancia con lo citado por Ayres, J. (1998) quien definió "La integración sensorial es la organización de las sensaciones para su uso funcional", remitiendo a la Integración Sensorial (IS) como el proceso neurobiológico que organiza la información que se recibe del propio cuerpo y del medio ambiente para su uso en la vida diaria, lo cual facilita y posibilita el desempeño funcional. Se centra en tres sistemas sensoriales: el táctil, que responde e interpreta los diversos estímulos que se encuentran en el ambiente; el vestibular permite detectar movimientos y reaccionar a los mismos; y el propioceptivo se encarga de la percepción del movimiento y de la posición del propio cuerpo. La teoría de Integración Sensorial de Ayres, brinda un sólido fundamento para entender cómo la integración sensorial influye en el desarrollo e impacta en el desempeño ocupacional del infante.

Retomando entonces el último eje de análisis (eje de análisis VII), donde el 100% de los entrevistados refieren y afirman "que en algún aspecto las estrategias que utilizan para el abordaje del control de esfínteres poseen aportes desde la perspectiva de integración sensorial", se toma como ejemplo lo citado por TO 4 quien reafirma: "Si, como base del neurodesarrollo", sabiendo que el desarrollo sensorial es la base del desarrollo y siendo que el procesamiento sensorial nos permite relacionarnos con el entorno, (Velasco, et. al., 2011), encontrando aquí una coherencia entre la importancia de implementar estrategias que tengan su base en el procesamiento de la información sensorial.

## Conclusiones

Se concluye que la hipótesis ha sido corroborada, siendo que efectivamente los TO de SDE consideran en sus estrategias de abordaje del CE aportes de la perspectiva de IS, y para mi sorpresa el 60% de los TO que trabajan con infancia en SDE no posee formación específica en dicha perspectiva. De este modo, se infiere que aún sin tener capacitación especializada en el modelo de IS, los TO de SDE implementan estrategias que sí consideran la perspectiva, lo cual me lleva a reflexionar la necesidad de combinar teorías, conocimientos y práctica clínica para la intervención de esta problemática en la

infancia, como una integración de saberes y conjunción del hacer profesional, para un objetivo principal: "desarrollo de autonomía e independencia". Recordando la definición de TO expresada por AOTA (1968) como: "El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, (...)"; si bien se considera una definición desarrollada en otros tiempos sociales, para este TIF se considera relevante destacar la TO como "El arte y ciencia", para esta situación lo que sería aplicar "la ciencia", el conocimiento científico, conceptos, contenidos, modelos de abordaje y marcos de referencia que en conjunto con el quehacer artesanal, "arte" del profesional, generando impacto en el infante y la familia que se esté acompañando para este fin: "el logro del control de esfínteres".

A su vez se han encontrado diversidad de categorías de estrategias superando lo esperado según mi hipótesis. Cabe destacar que dichas estrategias se vinculan a los ejes de análisis planteados y los mismos han sido pensados con esa lógica siendo que son inherentes al trabajo de todo terapeuta ocupacional que brinda tratamiento a infancias, teniendo conocimiento de neurodesarrollo, formación y experiencia en el trabajo con infantes con trastornos en el neurodesarrollo. Por lo cual este TIF presenta una visión ampliada del abordaje del CE, no sólo exclusiva a la perspectiva de IS. Sin embargo, sí se han recabado también estrategias específicas vinculadas al procesamiento de la información sensorial, por lo cual se considera a dicha perspectiva relevante en el abordaje del CE reconociendo a la Integración Sensorial como base del neurodesarrollo infantil.

Concluyendo entonces, a partir de lo recabado: que las estrategias utilizadas por TO de SDE en el abordaje del control de esfínteres, de infantes entre 3 a 6 años, consideran aportes de la perspectiva de IS tanto para el abordaje directo con el infante como para las estrategias brindadas para el hogar, y que las mismas están vinculadas con incrementar participación en la actividad de la vida diaria dentro de higiene y aseo, con abordar el registro de la micción y defecación, con propiciar el uso y conocimiento del ambiente del baño, con favorecer el desempeño motor y postural, e incorporar la secuencia y hábito de ir al baño.

En base a los resultados obtenidos se considera importante referir que a partir de las estrategias recabadas podré generar un archivo de: "estrategias utilizadas con frecuencia para el abordaje de control de esfínteres", lo que podría ser de guía y base para otros colegas que requieran abordar dicha problemática y a partir de ello generar nuevas estrategias de intervención.

## Referencias

- American Occupational Therapy Association, AOTA. (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.) The American Journal of Occupational Therapy. Vol. 74 (Suplemento 2), 1 – 87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- World Federation of Occupational Therapists. (2006). Position Statement on Human Rights. [Archivo PDF]. <https://www.wfot.org/checkout/1816/25951>
- Shapira, I., Toledo, S.M., Roy, E., Vivas, S., Zaid de Makarovsky, R., y colaboradores (2010) Los años formativos. Desarrollo e intervención oportuna en los primeros cinco años de vida. Primera edición. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia. Buenos Aires.
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente - AEPNYA. (2010). Protocolos Clínicos. Editorial Siglo S.L. Madrid, España.
- Citoula Cereijo, L.M. (2017). La importancia educativa de la higiene en la educación infantil: las preocupaciones en torno al control de esfínteres. [Tesis Doctoral]. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/19252?locale-attribute=es>
- Bezoz Saldaña, L., Escribano Ceruelo, E. (2012). ¿Qué esconden los problemas del control de esfínteres? A propósito de un



- caso. *Revista Pediatría Atención Primaria*. 14(3),17-21.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3666/366638750005.pdf>
- Real Academia Española. (s.f.). Infancia. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 10 de junio de 2023, de <https://dle.rae.es/infancia>
- Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V*. (2014). 5ta Edición. Ed. Médica Panamericana.
- Ayres A.J. (1998). *La integración sensorial y el niño*. Editorial Trillas.
- Erna Blanche, PhD, OTR/L, FAOTA, (1 -5 de agosto 2017). *Fundamentos Teóricos de la Integración Sensorial: de la teoría a la identificación*. [Material teórico entregado, capítulo 3: Modulación del input sensorial que impacta en el nivel de alerta]. Curso I del Programa de Certificación de Integración Sensorial USC, Bs As, Argentina.
- Miller, L. J.; Anzalone, M.E; Lane, S.J; Cermak, S. A; Osten, E.T. (2007) Concept Evolution in Sensory Integration: A Proposed Nosology for Diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 61 ( 2 ) , 1 3 5 - 1 4 0 .  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17436834/>
- Beaudry Bellefeuille, I.; Lane, S.J. (2017). Examining Sensory Overresponsiveness in Preschool Children With Retentive Fecal Incontinence. *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol.71(5),1-8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.022707>
- Nico, M. R. (2011). *Autismo: prevalencia de los trastornos de procesamiento sensorial, sueño, alimentación y evacuación*. [Tesis de Maestría en Psicoimmunoneuroendocrinología]. <https://favaloro.enlabiblio.com/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=6858>
- Consolini, M.,D. (Mayo 2023). *Control de esfínteres*. Manual MSD para el profesional. <https://www.msmanuals.com/es-ar/professional/pediatr%C3%ADa/puericultura/control-de-esf%C3%ADnteres#>
- Figuroa, T. E., (Abril, 2021). *Incontinencia urinaria en niños*. Manual MSD para el profesional. <https://www.msmanuals.com/es-ar/professional/pediatr%C3%ADa/incontinencia-urinaria-en-ni%C3%Blos/incontinencia-urinaria-en-ni%C3%Blos>
- Di Guglielmo, M.D., (Enero, 2023). *Incontinencia fecal en niños (Encopresis)*. Manual MSD para el profesional. <https://www.msmanuals.com/es-ar/professional/pediatr%C3%ADa/incontinencia-fecal-en-ni%C3%Blos/incontinencia-fecal-en-ni%C3%Blos>
- Van den Berg, M.M., Benninga, M. A., Di Lorenzo, C. (2006). Epidemiology of childhood constipation: A systematic review. *Am J Gastroenterol*, 101(10):2401-9. DOI: [10.1111/j.1572-0241.2006.00771.x](https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2006.00771.x)
- Beaudry Bellefeuille, I., Ramos Polo, E. (2011). Tratamiento combinado de la retención voluntaria de heces mediante fármacos y terapia ocupacional. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, (51), 169-176.
- Jaramillo, L. (Diciembre, 2007) *Concepciones de infancia*. Zona Próxima, *Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación Universidad del Norte*, (8), 108-123.
- Medina Alva, M.D.P., Caro Kahn, I., Muñoz Huerta, P., Leyva Sánchez, J., Moreno Calixto, J., Vega Sánchez, S.M. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Revista Peru Med Exp Salud Pública*. 32, (3), 565-573.
- Velasco, I., Spence, C., Navarra, J., (Enero, 2011). El sistema perceptivo: esa pequeña máquina del tiempo. *Anales de Psicología*. 27, (1), 195-201.
- Kuhn, B.R, Marcus, B.A, Pitner, S.L. (Abril, 1999). Treatment guidelines for primary nonretentive encopresis and stool toileting refusal. *Am Fam Physician*. 59 (8):2171-2178.
- Organización Mundial para la Educación Preescolar Argentina, (OMEP). Comunicado realizado en 2022. El cambiado de pañales en el jardín. Un modo de acompañar, con intencionalidad pedagógica, los modos singulares de desarrollo. Recuperado el 9 de octubre de 2023: <https://www.omep.org.ar/single-post/el-cambiado-de-panales-en-el-jardin>
- Beaudry Bellefeuille, I., Lane, A., Chiu, S., Oldmeadow, C., Ramos Polo, E., Lane, S. J. (Marzo, 2019). The Toileting Habit Profile Questionnaire-Revised: Examining Discriminative and Concurrent Validity. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*. DOI: 10.1080/19411243.2019.1590756. <https://doi.org/10.1080/19411243.2019.1590756>
- Serra Pueyo, J. (Junio 2000). El cerebro intestinal. *Gastroenterol Hepatol*. (24) 20-21.
- Roncero, C.I., Arias Martínez, B. (2020). *Manual básico de psiquiatría de la infancia y adolescencia*. Ed. Universidad Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/40393/EdUVa-Manual-Psiquiatr%C3%ADa%20infancia.pdf?sequence=1>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M.P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ta Ed.) McGraw-Hill / Interamericana editores, S.A.
- Rubio Martín, M.J., Varas Reviejo, J., (2004). *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. (3ra Ed.) Editorial CCS.
- Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Guía para Investigaciones en Salud Humana. Régimen de Buena Práctica clínica para Estudios de Farmacología Clínica*. <https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/07/Guia-inv-Salud-Humana.pdf>
- Ley 26.206. Ley de Educación Nacional. Promulgada: Diciembre 27 de 2006. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26206-123542/actualizacion>



# Abordaje Neurokinésico en Paciente Pediátrico con Síndrome de Guillain-Barré

Por: Lic. Nicolás Fonzo

Licenciado en Kinesiología  
Universidad Católica de Santiago del Estero

## Resumen

El presente trabajo describe el abordaje neurokinésico en un paciente pediátrico de dos años con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré, en el contexto de la Práctica Profesional Supervisada. Se detalla la evolución clínica, las evaluaciones funcionales, los objetivos terapéuticos y el tratamiento implementado. El estudio focaliza en la relevancia del trabajo interdisciplinario, el vínculo con la familia y la progresión semanal.

Los resultados muestran una mejora significativa en la postura, control de tronco, sedestación y cuadrupedia, avanzando hacia la marcha como objetivo final.

## Palabras clave

Síndrome de Guillain-Barré; pediatría; kinesiología; neurorehabilitación.

RECIBIDO ABRIL DE 2026 | EVALUADO JUNIO DE 2026 | PUBLICADO JUNIO DE 2026



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución NoComercial CompartirDerivadasIgual 3.0  
[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es\\_AR](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR)



## Abstract

This paper describes the neurorehabilitation approach used with a two-year-old pediatric patient diagnosed with Guillain-Barré syndrome, within the context of Supervised Clinical Practice. It details the clinical course, functional assessments, therapeutic objectives, and the treatment implemented, highlighting interdisciplinary work, the relationship with the family, and weekly progress. The results show a significant improvement in posture, trunk control, sitting, and quadruped position, moving toward walking as the ultimate goal.

## Keywords

Guillain-Barré syndrome; pediatrics; physiotherapy; neurorehabilitation.

## Introducción

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una enfermedad inmunomediada de inicio agudo que afecta los nervios periféricos y las raíces nerviosas. Se caracteriza por una parálisis progresiva ascendente, simétrica, acompañada de pérdida o disminución de los reflejos osteotendinosos, disautonomía y alteraciones sensitivas.

Las manifestaciones pueden incluir debilidad de miembros, dificultad para caminar y, en algunos casos, parálisis respiratoria. Se conocen diversas variantes clínicas, siendo la más común la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (AIDP). El tratamiento incluye inmunoglobulina intravenosa o plasmaféresis. A pesar del tratamiento precoz, cerca del 20% de los pacientes presentan secuelas funcionales a los seis meses de inicio. Por ello el abordaje kinésico oportuno y adecuado cumple un rol clave en la recuperación funcional del paciente (Delgado García et al., 2022).

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una neuropatía aguda mediada inmunológicamente, que constituye la causa más frecuente de parálisis motora aguda, con incidencia media de 1 a 2 cada 1.000.000 personas, con grados muy variables de severidad clínica, con distribución homogénea en todas las edades y razas y con leve predominio en hombres.

Su presentación clásica es la polineurorradiculopatía inflamatoria desmielinizante, descrita por Landry en 1859, y posteriormente Guillain, Barré y Sthrol describen los aspectos claves para el diagnóstico en 1916, esta es la forma de presentación más frecuente, con afección predominante desmielinizante y con grados variables de compromiso axonal. Además, existen diversas variantes como la forma axonal motora pura, llamada neuropatía axonal motora aguda. También existe una presentación axonal sensitiva, motora y síndrome de Miller Fisher con su triada clásica: Ataxia, arreflexia y oftalmoplejía.

Alrededor de dos tercios de los casos tiene antecedentes de una infección previa, generalmente respiratoria o gastrointestinal. En términos generales las más frecuentes son infecciones por

Campylobacter Jejuni (33%), virus Epstein-Barr y Citomegalovirus. Existen asociaciones epidemiológicas con vacunaciones, como anti-influenza. La presentación del SGB es esporádica, pero la variante axonal puede presentarse en forma epidémica, asociada a infección de Campylobacter Jejuni.

La forma clásica tiene un inicio distal, con síntomas sensitivos menores, debilidad muscular simétrica de curso ascendente, con hipo o arreflexia, que alcanza su máxima severidad en 2 a 4 semanas. En ocasiones el curso es agudo, con tetraplejía en pocas horas o días, así como también puede haber presentaciones de curso descendente, el compromiso del territorio facial ocurre en 60 a 70% de los casos, la musculatura deglutoria se afecta en 40% y la ocular en un 5%. El compromiso ventilatorio puede llegar hasta un 30% las primeras semanas. Existe un compromiso autonómico variable hasta un 55% de los casos, pudiendo comprometer la vida del paciente. Se presenta como taquicardias o bradicardias sinusales, alteraciones extremas de la presión arterial, arritmias cardíacas y trastornos de la motilidad Intestinal.

El pronóstico del SGB es considerado generalmente favorable, no obstante, un 20% a 38% presentará incapacidad residual y, a pesar del diagnóstico precoz y la existencia de tratamientos efectivos, sigue siendo una enfermedad en la cual hasta un tercio de los pacientes requerirá ventilación mecánica y mantiene una mortalidad del 3-11%. El desarrollo de unidades de cuidados intensivos y los métodos modernos de ventilación mecánica son el principal factor en la disminución de la morbi-mortalidad del SGB. Esto incluye el manejo y apoyo general de eventuales complicaciones como infecciones pulmonares, fenómenos tromboembólicos y manejo de disfunciones Autonómicas.

La mayoría de los pacientes con SGB iniciarán su mejoría al mes de evolución y lograrán su máxima recuperación en un promedio de 200 días, en cerca del 80% de los casos. Los efectos neurológicos residuales severos pueden alcanzar un 10 a 15% de los casos.

Dentro de los factores independientes inicialmente asociados a mal pronóstico se encuentran: La mayor edad del



paciente, presencia de diarrea previa, un cuadro severo y de rápido inicio. También se ha agregado como factores ominosos, la necesidad de ventilación mecánica y la presencia de respuestas motoras distales de muy baja amplitud en los estudios neurofisiológicos.

La mortalidad está dada por complicaciones del paciente crítico, como infecciones, insuficiencia respiratoria, tromboembolismo pulmonar y menos probable, por disautonomía. Las recaídas que pueden ocurrir dentro las 8 semanas alcanzan un 5%, deben diferenciarse de una polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.

En este contexto, resulta fundamental comprender que el síndrome de Guillain-Barré no solo afecta la función motora, sino también la interacción del niño con su entorno. La pérdida de habilidades previamente adquiridas puede generar alteraciones en el desarrollo psicomotor y en el vínculo con el medio, especialmente en edades tempranas donde el movimiento cumple un rol central en el aprendizaje. Asimismo, la intervención kinésica en población pediátrica requiere un enfoque específico que contemple no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales y conductuales del paciente. La utilización de estrategias lúdicas permite favorecer la participación activa del niño, mejorar la adherencia al tratamiento y optimizar los resultados funcionales a largo plazo.

En el ámbito de la rehabilitación pediátrica, el abordaje kinésico no solo apunta a la recuperación de funciones motoras, sino también a favorecer el desarrollo integral del niño, considerando aspectos emocionales, vinculares y del entorno. En este sentido, la intervención temprana y adaptada a cada paciente adquiere un rol central en la evolución clínica.

### Estudios Diagnósticos

**Estudio de Líquido Ceforraquídeo:** La disociación albumino citológica es un hecho característico del síndrome, el aumento de las proteínas en el líquido ceforraquídeo está presente en no más del 50% de los casos en la semana inicial, pero alcanzan un 90% en 2 a 4 semanas. Un aumento de celularidad, más allá de 50 células por mm<sup>3</sup>, sugiere la existencia de una condición etiológica diferente, por ejemplo, enfermedad por virus de inmunodeficiencia adquirida o por citomegalovirus.

**Electrodiagnóstico:** El electrodiagnóstico ayudará a confirmar el diagnóstico clínico y determinar la variante de la presentación, con alteraciones sugerentes de desmielinización segmentarias y/o compromiso axonal según la variante clínica. Los estudios precoces pueden ocasionalmente mostrar normalidad o escasas alteraciones neurofisiológicas, en su extremo opuesto, se observa una sensibilidad cerca del 90% a las cinco semanas de evolución.

**Imágenes:** La resonancia magnética de columna lumbosacra puede mostrar un refuerzo con el gadolinio, de las raíces nerviosas de la cauda equina.

### Caso clínico

Paciente: Pediátrico, Masculino, 2 años  
Fecha de Nacimiento: 30/05/2022  
Fecha de ingreso: 15/05/2024  
Servicio: Terapia Infantil  
Historia Clínica Relevante:

La madre refiere que, los primeros días del mes de Abril, el paciente sufre una caída desde la cama. Al día siguiente, observó estrabismo en el ojo izquierdo.

Estudios complementarios: Radiografía, Tomografía Axial Computarizada (TAC) y Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de columna vertebral. Todos con resultados dentro de los normales.

El día 7 de Abril, la madre nota pérdida de fuerza en el miembro inferior

izquierdo.

Se lleva a cabo una evaluación de fuerza, observándose:

-Paraplejía flácida

-Debilidad generalizada de tronco, miembros superiores e inferiores

Diagnostico final:

Síndrome de Guillain-Barré, probable etiología postinfecciosa gastrointestinal (diarrea).

### Evaluación kinésica

**Evaluación inicial:** Paciente pediátrico masculino (2 años), llega en brazos de su madre y sin utilizar calzado a pesar del clima frío, ya que al usarlos le produce dolor. Se observa que mantiene cerradas ambas manos.

**Anamnesis:** El paciente comienza el cuadro con estrabismo (que se recupera al

poco tiempo) y debilidad general de tronco y extremidades.

Mantiene solamente la posición de sedestación, utilizando apoyo compensatorio de ambos miembros superiores; en las posiciones de decúbito se observa que el paciente tiende a la abducción y rotación externa de caderas, producto de la debilidad muscular.

**Observaciones:** El paciente lleva más de un mes sin realizar bipedestación.

Presenta síndrome hospitalario, se observa gran temor al personal y ambiente relacionado con la salud.

Ficha Kinésica:

**Inspección:** Paciente llega en brazos de su madre, con predominio flexor en ambas manos, no utiliza calzado y se observa flacidez en ambos pies. En sedestación el paciente requiere apoyo de un miembro superior para poder mantener dicha posición. Descargando peso sobre un hemicuerpo para poder mantenerse, no es posible una sedestación activa sin este soporte, debido a la debilidad de tronco.

**Palpación:** Se observa normalidad en la recepción de la información sensorial, a excepción de ambas plantas de los pies, donde presenta hipersensibilidad y signos de dolor.

En cuanto al estado motor, se puede apreciar debilidad general en los músculos del tronco: Recto anterior del abdomen, oblicuos, transversos y extensores de columna vertebral.

**Miembros Superiores:** Hipotonía en ambos extensores de antebrazo, muñeca y dedos.

**Miembros Inferiores:** Hipotonía en ambos isquiotibiales (Predominio en miembro inferior izquierdo) tibiales anteriores y extensores largos de los dedos.

**Evaluación del movimiento:**

**Pasiva:** Mediante movilizaciones pasivas, el paciente conserva los rangos de movimiento articulares normales. Se observa solamente, por producto de la debilidad muscular, un leve incremento en el rango de la rotación externa de caderas y la flexo-extensión de tobillos.

**Activa:** Durante la evaluación de movimiento activo, se observa que el paciente no logra la bipedestación activa sin asistencias y la sedestación sin apoyo de miembro superior (ambas debido a la debilidad general de tronco y miembros inferiores), el apoyo completo de pies (a causa de la hipersensibilidad) y apertura de las manos (por predominio de músculos flexores y debilidad de los extensores).

**Escala de Daniels**

Se utiliza una adaptación de la escala de Daniels, considerando la edad del paciente y los recursos disponibles para la evaluación.

**Tronco:** Se hacen evidentes compensaciones de la musculatura cervical, para complementar la extensión del eje corporal.

Para mantenerse erguido, necesita del apoyo de miembro



superior.

Por lo tanto, de manera global, a la musculatura de tronco se le asigna grado 2.

Miembros superiores: Se observa en la mayoría de los movimientos, de ambos miembros superiores, fuerzas que vencen la gravedad e incluso con la carga de objetos (Grado 5). A excepción de los músculos extensores de muñeca y mano que, debido a la debilidad, no pueden colocar a la articulación en posición neutra de manera pasiva, por lo tanto, se les asigna grado 1, ya que, a través de la palpación, se aprecia contracción.

Observaciones: Leve debilidad en el músculo serrato anterior, apenas apreciable, escapula alada.

Miembros inferiores: El paciente no puede mantener una bipedestación activa sin asistencia de extensores de rodilla y la participación del terapeuta. En decúbito lateral se observa que puede llevar el miembro a extensión. Por lo tanto, al músculo glúteo se le asigna un grado 2.

En cuanto a los músculos isquiotibiales, el paciente refiere dolor y se sospecha acortamiento debido a la ausencia de bipedestación activa durante un largo periodo de tiempo. El paciente puede flexionar la rodilla en decúbito lateral. Por lo tanto, se le asigna un grado 2.

Al músculo cuádriceps se le asigna un grado 3, ya que sentado en el borde del camastro, el paciente puede elevar la pierna sin ningún tipo de resistencia.

Tibial anterior: Se le asigna un grado 1 ya que no puede mantener la posición neutra la articulación tobillo-pie. Se aprecia contracción al intento de movimiento.

Tríceps sural: El paciente puede elevar el talón contra la gravedad, por lo tanto, se le asigna un grado 3, no puede hacerlo con su propio peso, por tanto, no se le asigna un grado superior.

### Desarrollo terapéutico por sesiones

Previo a la descripción de los objetivos y tratamientos, se destaca la labor interdisciplinaria entre Kinesiología y Terapia Ocupacional, trabajando en equipo y cooperando con objetivos en común.

Objetivo General: Favorecer la recuperación funcional del paciente pediátrico mediante el fortalecimiento neuromuscular, la mejora del control postural y la estimulación de la movilidad activa.

Objetivos Específicos: Realizar sedestación activa sin trabas mecánicas, lograr bipedestación activa sin asistencias y activar musculatura distal en todos los miembros.

### Intervención terapéutica por sesiones

Decididos los objetivos a nivel equipo, se indica a la mamá del paciente concurrir de manera progresiva a la institución. Esto con el objetivo de afianzar el vínculo con el paciente y tratar de manera eficaz y precoz las secuelas del SGB.

Primera y segunda sesión (15/05 y 19/05):

Se establece como objetivo inicial, obtener un buen vínculo con el paciente, ya que presenta síndrome hospitalario y mucho dolor. Se le solicita a la madre que traiga al establecimiento juguetes que sean del agrado del paciente. Mediante la actividad

lúdica, se le transmite que el espacio terapéutico es un entorno seguro y amigable.

A medida que el paciente mejora su relación con el entorno y el equipo terapéutico, se inicia la desensibilización progresiva de manos y pies.

Para finalizar las sesiones, se realiza bipedestación asistida con estabilizadores de rodilla, descalzo con buen contacto plantar, mientras el terapeuta sostiene a través de los hombros. Al realizar esta maniobra, el niño refiere mucho dolor, ya que permanece un tiempo sin adoptar la posición de bipedestación, siendo así nuestro objetivo a corto plazo lograr una bipedestación asistida que resulte tolerable y segura, a fin de prevenir complicaciones derivadas de la sedestación prolongada como, por ejemplo: Acortamiento muscular,

alteraciones posturales y circulatorias, y mayor dependencia para las actividades básicas.

Enseñamos a los papás a realizar estabilizadores de rodillas caseros con PVC y además, se les proporciona un estabilizador de tronco. Todo esto con el fin de continuar el tratamiento en casa y seguir progresando.

La familia dispone de vendajes, por lo que se les enseña su aplicación hacia la rotación interna, el cual lo utiliza durante gran parte del día y así, se evita la abducción y rotación externa patológica postural de cadera.

Tercera y Cuarta sesión (22/05 y 26/05):

Para este momento, el equipo nota que el apoyo plantar se vuelve cada vez más tolerable. Para reforzar lo conseguido, se coloca al paciente en sedestación y, en ambos tobillos, pesas con el fin de mantener el apoyo de ambos pies y mejorar la propiocepción. Todo esto, mientras el niño juega con una caja que contiene: Juguetes con formas de animales, polenta que simula arena y rastrillos, palas y recipientes; simulando jugar a la granja (que es de sus preferencias), a fin de fortalecer la musculatura extensora del miembro superior y el uso de las pinzas de la mano, se trabaja: Cargando y descargando en el recipiente, ubicando y tapando los animales, cavando y rastrillando la arena.

Continuando con el objetivo de fortalecer los músculos extensores del miembro superior, se trabaja primero con bloques grandes, la construcción de torres, facilitando la apertura de mano y pinza de todos los dedos. Una vez logrado este juego, continuamos con objetos más pequeños, los cuales deben ser insertados en un recipiente de orificio angosto, fortaleciendo todavía más el agarre de los dedos. El paciente logra completar satisfactoriamente ambas actividades.

Nuevamente, para finalizar las sesiones, colocamos los estabilizadores de rodilla y llevamos al paciente a una posición de bipedestación asistida.

Quinta, sexta y séptima sesión (29/05, 02/06 y 03/06):

En estas sesiones, se pasa directo a la sedestación, con apoyo de pies sobre una cuña y estabilizador de tronco (De uso diario por parte del paciente).

Teniendo el segmento superior libre, se prepara un soporte de madera, el cual contiene una pieza de metal, lista para recibir imanes con diversas figuras, de animales y del circo. Esto con el fin de llamar la atención del niño y, que los coloque de manera activa, favoreciendo los músculos flexores de hombro, extensores de antebrazo y pinza a nivel de la mano. De manera activa, el terapeuta acompaña y guía los movimientos de la escápula.

La quinta sesión finaliza como las anteriores, con bipedestación asistida, donde se hace evidente la debilidad y compensaciones del tronco. La diferencia en este encuentro es que ya es una actividad tolerable y se realiza de manera diaria en el hogar.

A raíz de esto, el equipo decide enfocarse en una nueva prioridad, la fuerza muscular del eje corporal.

En la sexta sesión, colocamos al paciente en un rollo terapéutico, el terapeuta por detrás brindando seguridad y, asegurando con sus pies, un buen apoyo plantar por parte del paciente.

Se colocan en la colchoneta diversos juguetes de preferencia del niño, el mismo debe, desde sentado, bajar tren superior y recolectar los objetos. Fortaleciendo así, la musculatura de dicho segmento.

Finalizada esta sesión, el equipo nota mucho potencial para lograr los objetivos y, además, el niño ya se ha adaptado por completo al ambiente terapéutico. Se comunica a los padres que, a partir de este momento, de manera progresiva, deberán concurrir más días al establecimiento. Siendo 3 visitas para esta semana y, a partir de la siguiente, serán 4 visitas semanales.

Para la séptima sesión, se busca reforzar el trabajo de la sesión anterior y agregar un poco más de dificultad.

Repetimos posición y elementos de la sesión anterior, pero esta vez, los juguetes estarán colocados a diferentes alturas y a los



lados del paciente. Esto con el objetivo de fortalecer, además de la musculatura del eje del cuerpo, los músculos abdominales, los cuales trabajarán a la hora de alcanzar los elementos en distintas direcciones.

Octava, novena, décima y décimo primera sesión (09/06, 10/06, 12/06 y 13/06):

Para los encuentros 8, 9 y 10 se repiten ejercicios logrados en las anteriores últimas dos sesiones y se suma, desde la sedestación, tratar de alcanzar pelotas en alturas superiores a la de la cabeza. También con el fin de trabajar la musculatura del tronco superior y cintura escapular, que se mantienen con baja participación en las posturas pasivas prolongadas.

Finalizados estos últimos tres encuentros, el equipo nota que el paciente logra superar las actividades de manera exitosa.

De manera comparativa con nuestro primer encuentro, el paciente ya es capaz de: Sentarse sin apoyo de miembros superiores, logra un mayor rango de extensión de dedos, los músculos cervicales casi no compensan la extensión de tronco, el niño desde la posición supina, ya puede pasar a posiciones intermedias y luego a sedestación de manera totalmente activa.

Teniendo todo esto en cuenta, el equipo decide tomar un nuevo desafío para la décimo primera sesión, lograr una de las posiciones más ricas para trabajar en el área de neurodesarrollo: La cuadrupedia.

Para la décimo primera sesión, comenzamos la terapia con ejercicios de tronco vistos anteriormente, pero esta vez, se realizan en menor cantidad y tiempo, con el fin de solamente activar y preparar los músculos para el desafío de hoy. Utilizando los juguetes preferidos del paciente y, de manera paulatina, se coloca al niño en la posición cuadrúpeda y se le pide que alcance los objetos. Poco a poco, va logrando con mayor facilidad y control corporal alcanzarlos.

Previo al finalizar la sesión, el paciente consigue exitosamente mantenerse en posición de cuadrupedia, sin asistencia.

Observaciones: El equipo se encuentra satisfecho con las metas alcanzadas hasta el momento. Los siguientes objetivos, serán en base a mantener todo lo conseguido hasta el momento, ganar mayor amplitud en extensión de mano, fortalecer glúteos, isquiotibiales y tibial anterior. A fin de tener una amplitud completa de movimientos de mano y una bipedestación activa sin asistencia, para que, a futuro, se consiga el último objetivo específico y lograr la máxima funcionalidad, la marcha.

Décimo segunda, décimo tercera, décimo cuarta y décimo quinta sesión (23/06, 24/06, 26/06 y 27/06):

El primer encuentro comienza con:

Desensibilización de pies y manos, se trabaja directamente desde la colchoneta, cambios de posición, de decúbito supino a sedestación, a través de, posiciones intermedias como el decúbito lateral.

Observaciones: El paciente ya es capaz de tolerar posiciones intermedias, como el apoyo bilateral de rodillas y mantener una buena postura.

Nota: Para esta sesión, el paciente se encuentra poco colaborador.

Para finalizar la sesión, a modo de terminar de activar los músculos erectores de tronco y, que además resulta agradable para el paciente, nos posicionamos sobre una pelota terapéutica (fitball) y realizamos rebotes rítmicos, durante el ejercicio, el paciente sostiene un aro con ambas manos, simulando estar montado sobre un caballo, con el fin de trabajar los músculos extensores de antebrazo y, el agarre funcional.

En el décimo tercer encuentro, se hace énfasis en los miembros superiores, teniendo en cuenta la sesión anterior, se busca motivar al niño a través del uso de espuma, para trabajar en el espejo y así poder realizar movimientos escapulares, flexión de hombro y, sobre todo, extensión de muñeca y mano. El paciente se encuentra bipedestado, el terapeuta por detrás brindando estabilidad y guiando los movimientos de los miembros.

Durante la penúltima sesión, se trata desde la posición de

sedestación el control de tronco y miembro superior con mínima asistencia. Para ello, el kinesiólogo se coloca por detrás del paciente, asiste descendiendo leve y repetidamente ambos hombros del niño, con el fin de generar el reflejo de extensión. Mientras tanto, el paciente interactúa con un martillo y piezas de encaje. Cada vez que se completa la tarea, se coloca el juego en diferentes direcciones para trabajar las descargas de peso a nivel superior en distintas direcciones.

Décimo quinta sesión (última del tratamiento):

El paciente inicia la sesión en sedestación, realizando alcances activos de objetos ubicados a distintas alturas y direcciones, con el objetivo de trabajar control postural, equilibrio y coordinación oculo-manual.

A continuación, se realiza trabajo en pelota terapéutica (fitball) en posición de decúbito prono, con énfasis en la activación de la musculatura glútea. El terapeuta sostiene al paciente a nivel de los muslos, facilitando desplazamientos rítmicos hacia adelante y hacia atrás para estimular los músculos extensores de cadera.

Posteriormente, el paciente es colocado en sedestación sobre la pelota. Se aplican rebotes rítmicos para provocar y potenciar el reflejo de estiramiento, favoreciendo la extensión de tronco y la activación tónica general.

Durante la sesión se observa buena tolerancia al estímulo vestibular, participación y respuestas motoras apropiadas para la consigna propuesta.

## Resultados

A lo largo de las quince sesiones de tratamiento, el paciente presentó una evolución funcional progresiva, evidenciándose mejoras significativas en el control postural, la movilidad activa y la tolerancia a distintas posiciones.

En la evaluación inicial, el paciente solo lograba mantenerse en sedestación con apoyo de miembros superiores, presentaba debilidad generalizada, hipotonía y ausencia de bipedestación activa. Asimismo, se observaba hipersensibilidad plantar que limitaba el apoyo de los pies y compromiso en la apertura de las manos.

Durante las primeras sesiones, se logró una mejor adaptación al entorno terapéutico, disminución del temor y progresiva tolerancia al contacto y a la estimulación sensorial. Se evidenció una reducción de la hipersensibilidad en pies y manos, lo que permitió avanzar en actividades con mayor carga funcional.

En etapas intermedias del tratamiento, el paciente alcanzó sedestación activa sin apoyo de miembros superiores, mejoró el control de tronco y logró realizar transiciones desde decúbito a sedestación de manera independiente. Se observó también una mejora en la función manual, con mayor apertura de la mano y capacidad de prensión.

Hacia las últimas sesiones, el paciente logró mantener la posición de cuadrupedia sin asistencia, evidenciando un adecuado control del eje corporal. Asimismo, aumentó la tolerancia a la bipedestación asistida, con mejor alineación postural y menor presencia de compensaciones.

En conjunto, los resultados reflejan una evolución favorable del paciente, con avances en la funcionalidad global y progresión hacia la adquisición de la marcha como objetivo terapéutico final.

## Discusión

Si bien la evolución del paciente fue favorable, resulta importante considerar que la respuesta al tratamiento puede variar según la severidad inicial del cuadro, la rapidez en el inicio de la intervención y las características individuales del paciente. En este caso, la intervención temprana, junto con la alta adherencia al tratamiento y el acompañamiento familiar, podrían explicar la evolución positiva observada en comparación con otros casos reportados en la literatura.

Los resultados obtenidos en el presente caso coinciden con la evidencia científica que describe al síndrome de Guillain-Barré como



una patología con potencial de recuperación favorable, especialmente cuando se implementa un abordaje terapéutico temprano e interdisciplinario.

Diversos estudios señalan que, en población pediátrica, la intervención kinésica precoz resulta fundamental para prevenir complicaciones secundarias como acortamientos musculares, alteraciones posturales y pérdida de funcionalidad (Delgado García et al., 2022). En este sentido, el presente caso demuestra cómo la intervención temprana permitió sostener y recuperar progresivamente habilidades motoras claves.

Asimismo, la literatura destaca que la recuperación funcional en pacientes con síndrome de Guillain-Barré suele iniciarse dentro de las primeras semanas y progresar de manera gradual, alcanzando en muchos casos una recuperación significativa en meses posteriores (De-Lucca et al., 2022). Esto se ve reflejado en la evolución del paciente, quien logró avances sostenidos en un período relativamente corto de intervención.

Por otro lado, el enfoque lúdico utilizado durante el tratamiento resultó determinante para favorecer la adherencia terapéutica y la participación activa del paciente, especialmente considerando su edad. La inclusión del juego como herramienta terapéutica no solo facilitó la ejecución de los ejercicios, sino que también permitió reducir el miedo y mejorar el vínculo con el entorno de salud.

El trabajo interdisciplinario con terapia ocupacional y la participación activa de la familia constituyeron factores clave en la evolución favorable del paciente. Tal como se describe en la literatura, el acompañamiento familiar y la continuidad del tratamiento en el hogar potencian los resultados terapéuticos y favorecen la generalización de los logros funcionales.

Como limitación del presente trabajo, se destaca que se trata de un estudio de caso único, lo cual impide la generalización de los resultados. Sin embargo, aporta evidencia clínica relevante sobre la importancia del abordaje kinésico en pacientes pediátricos con esta patología.

La evolución observada en este caso podría estar influenciada por la edad temprana del paciente, lo cual favorece la plasticidad neuromotora y la capacidad de recuperación funcional en comparación con pacientes adultos.

### Implicancias Clínicas

El presente caso permite reflexionar sobre la relevancia de un abordaje kinésico integral en pacientes pediátricos con síndrome de Guillain-Barré. La implementación de estrategias terapéuticas basadas en el juego, adaptadas a la edad del paciente, favorece no solo la recuperación motora, sino también la participación activa y la adherencia al tratamiento.

Asimismo, se destaca la importancia de la educación a la familia como parte fundamental del proceso de rehabilitación. La continuidad de las intervenciones en el hogar permite reforzar los estímulos terapéuticos y consolidar los logros alcanzados en el ámbito clínico.

Por otro lado, el trabajo interdisciplinario constituye un pilar esencial en el abordaje de este tipo de patologías, permitiendo una visión integral del paciente y optimizando los resultados funcionales a largo plazo.

### Conclusión

El presente trabajo evidencia la importancia del abordaje kinésico temprano, individualizado y basado en el juego en pacientes pediátricos con síndrome de Guillain-Barré.

A lo largo del proceso terapéutico se observó una evolución progresiva en la funcionalidad del paciente, con mejoras en el control postural, la movilidad activa, la sedestación, la cuadrupedia y la tolerancia a la bipedestación.

El trabajo interdisciplinario, junto con la participación

activa de la familia, resultaron factores determinantes en la evolución favorable del paciente, favoreciendo la adherencia al tratamiento y la generalización de los logros funcionales.

Este caso refuerza la relevancia del rol kinésico dentro del equipo de rehabilitación pediátrica, destacando la necesidad de intervenciones tempranas y adaptadas a las características individuales del paciente.

### Referencias

Bordini, B. J., & Monrad, P. (2017). Differentiating Familial Neuropathies from Guillain-Barré Syndrome. *Pediatric Clinics of North America*, 64(1), 231–252.

Cea, G., & Valenzuela, D. (s.f.). Enfermedades neuromusculares adquiridas: Manual diagnóstico y terapéutico [Serie Azul]. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

De-Lucca, M. E. T., Maffini, J. F., Grassi, M. G., Stadler-Junior, M., Bezerra, V. N., & João, P. R. D. (2022). Guillain-Barré syndrome in pediatrics: A literature review. *Residência Pediátrica*, 12(3), e523. <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2022.v12n3-523>

Delgado García, C., Pérez-Moreno, R., Portela de Lamadrid, C., & López-Molina, M. I.

(2022). Abordaje fisioterapéutico del síndrome de Guillain-Barré en edad pediátrica.

*Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 24(1), 1–14.



# Nivel de conocimiento y prácticas sobre la alimentación complementaria y estado nutricional actual de niños de 12 a 24 meses de edad atendidos en el CAPS Santísimo Sacramento, Santiago del Estero.

Por: Sosa Faravelli Victoria Agustina

Facultad de Ciencias de la Salud.  
Universidad Católica de Santiago del Estero.  
Santiago del Estero Capital, Argentina.

## Resumen

La primera infancia constituye una etapa clave para el desarrollo integral, período en el cual las alteraciones nutricionales pueden generar consecuencias a largo plazo. Actualmente, la malnutrición infantil persiste como un problema de salud pública, frecuentemente asociado a conocimientos insuficientes y prácticas inadecuadas durante la alimentación complementaria. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo describir el estado nutricional de niños de 12 a 24 meses que habían iniciado dicha etapa, así como determinar el nivel de conocimiento y caracterizar las prácticas alimentarias de sus madres y/o cuidadores. La investigación, de enfoque mixto, diseño no experimental y alcance descriptivo, se llevó a cabo en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) Santísimo Sacramento del barrio Borges, en Santiago del Estero, con una muestra de 28 niños y sus cuidadores. Para la recolección de datos se emplearon mediciones antropométricas y cuestionarios validados. Los resultados indicaron que el 68 % de los encuestados registró un nivel de conocimiento "Medio" y el 32 % "Alto"; asimismo, el 89 % de las prácticas alimentarias fueron clasificadas como "Adecuadas" y el 11 % como "Inadecuadas". Respecto al estado nutricional, la mayoría de los niños presentó indicadores antropométricos adecuados para su edad. Estos hallazgos proporcionan evidencia relevante para el diseño de intervenciones clínicas y políticas públicas orientadas a fortalecer la educación alimentaria en la primera infancia.

## Palabras clave

estado nutricional, nivel de conocimiento, prácticas alimentarias.

RECIBIDO ABRIL DE 2026 | EVALUADO JUNIO DE 2026 | PUBLICADO JUNIO DE 2026



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución NoComercial CompartirDerivadasIgual 3.0  
[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es\\_AR](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR)



## Abstract

Early childhood constitutes a key stage for integral development, a period in which nutritional alterations can generate long-term consequences. Currently, child malnutrition persists as a public health problem, frequently associated with insufficient knowledge and inadequate practices during complementary feeding. The objective of this research work was to describe the nutritional status of children aged 12 to 24 months who had initiated this stage, as well as to determine the level of knowledge and characterize the dietary practices of their mothers and/or caregivers. This study, which utilized a mixed-method approach, a non-experimental design, and a descriptive scope, was carried out at the Primary Health Care Center (CAPS) Santísimo Sacramento in the Borges neighborhood, in Santiago del Estero, with a sample of 28 children and their caregivers. Anthropometric measurements and validated questionnaires were used for data collection. The results indicated that 68% of the respondents recorded a "Medium" level of knowledge and 32% a "High" level; likewise, 89% of the dietary practices were classified as "Adequate" and 11% as "Inadequate". Regarding nutritional status, the majority of the children presented adequate anthropometric indicators for their age. These findings provide relevant evidence for the design of clinical interventions and public policies aimed at strengthening food education in early childhood.

## Keywords

nutritional status, level of knowledge, dietary practices.

## Introducción

La leche materna o las fórmulas infantiles cubren adecuadamente las necesidades energéticas y nutricionales del bebé durante los primeros seis meses de vida. Sin embargo, a partir de este período, el niño atraviesa una etapa de crecimiento acelerado y cambios fisiológicos significativos, lo que implica un aumento en la demanda de energía y nutrientes (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], s.f.). Este proceso hace necesario el inicio de la alimentación complementaria (AC) para asegurar una nutrición adecuada.

La alimentación complementaria es el proceso mediante el cual se incorporan alimentos sólidos o líquidos que complementan la lactancia materna o, en su ausencia, la alimentación con fórmulas infantiles, y se lleva a cabo entre los 6 y 24 meses de edad. Este proceso abarca mucho más que simplemente seguir una guía sobre qué, cómo y cuándo introducir nuevos alimentos. En este sentido, es clave evitar tanto una introducción temprana como tardía de la alimentación complementaria, con el fin de reducir el riesgo de desplazar la lactancia materna exclusiva (LME) y prevenir la malnutrición. Asimismo, influye en aspectos fundamentales del desarrollo cognitivo y conductual del niño, y en su relación futura con la alimentación (Vázquez-Frías et al., 2023).

A pesar de su relevancia, estudios recientes evidencian una marcada variabilidad en las pautas y prácticas de los profesionales de la salud en Latinoamérica. Las recomendaciones sobre la incorporación de la alimentación complementaria oscilan entre los 4 y 6 meses de edad, lo que refleja una falta de consenso. Además, los conocimientos sobre nutrición durante los primeros 1000 y 1500 días de vida suelen ser incompletos, sumado a que una parte significativa de los profesionales de la salud aún se adhieren a prácticas obsoletas (Ladino et al., 2022).

Los primeros dos años de vida constituyen un período crítico, ya que cualquier alteración en el crecimiento y desarrollo puede traer consecuencias a largo plazo para la salud. Esto es especialmente relevante para el cerebro, el cual experimenta un rápido crecimiento y una intensa formación de conexiones neuronales en esta etapa (García-Chávez y Taco-Vega, 2025). Dado que la malnutrición es una de las principales causas de estas alteraciones, el momento, la

calidad y la duración de la exposición a nutrientes específicos resulta determinante. Por lo tanto, una alimentación adecuada no solo promueve el desarrollo cerebral y reduce la morbilidad y mortalidad, sino que previene enfermedades crónicas, como la obesidad, patologías cardiovasculares y diabetes (Campoy y Leis, 2023).

A nivel mundial, uno de cada tres niños menores de cinco años padece malnutrición, que se manifiesta en forma de retraso en el crecimiento (148,1 millones), emaciación (45 millones) o sobrepeso (37 millones) (UNICEF et al., 2023). La desnutrición es una de las principales causas de mortalidad infantil, responsable de 2,7 millones de muertes anuales, lo que equivale al 45 % de los decesos en este grupo etario (OMS, 2023). En Argentina, la región del Noroeste (NOA) reproduce esta tendencia; los últimos datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2019) indican que el 2,2 % de los niños de seis meses a cinco años de edad presentan bajo peso, el 8 % baja talla, el 1,4 % emaciación, el 8,8 % sobrepeso y el 6,1 % obesidad.

En relación con las distintas formas de malnutrición, el retraso en el crecimiento continúa siendo una de las más relevantes, con una prevalencia global del 22,3 % en 2022. En Argentina, sin embargo, este indicador se mantiene por debajo del 10 %, lo que evidencia avances significativos en su reducción y refleja los esfuerzos orientados a abordar la desnutrición y promover una alimentación saludable (FAO et al., 2023).

Por su parte, la emaciación o desnutrición aguda, así como el "hambre oculto" asociado a la deficiencia de micronutrientes, continúan representando desafíos importantes debido a su impacto en el crecimiento, la inmunidad y el desarrollo físico y cognitivo infantil. (FAO et al., 2023; Solís Gutiérrez y Lucas Choez, 2023). En Sudamérica, la prevalencia de emaciación alcanza el 1,4 %, mientras que en Argentina se mantiene por debajo del 2 % (FAO et al., 2022).

En contraposición, el sobrepeso infantil ha aumentado en los últimos años, configurando un escenario de doble carga de malnutrición y asociándose a complicaciones de salud a corto y largo plazo. En Sudamérica, la prevalencia alcanzó el 9,7 % en 2022, mientras que en Argentina superó el 12 % (FAO et al., 2023).

En conjunto, estos datos ponen de manifiesto la complejidad del panorama nutricional y la importancia de diseñar intervenciones



efectivas y focalizadas que permitan garantizar un desarrollo saludable para la niñez.

Esta crisis nutricional es el resultado de múltiples factores interrelacionados. Estudios han evidenciado que el retraso en el crecimiento y el bajo peso provienen principalmente de determinantes sociales y ambientales, entre lo que se incluyen la baja educación, el deficiente estado de salud materna, la pobreza y la residencia en áreas rurales (Akombi et al., 2017). A esto se suman variables de riesgo como la disponibilidad de alimentos, el acceso al agua segura, el saneamiento y la falta de conocimiento sobre las pautas de alimentación infantil (Yovera Santamaría, 2022).

Si bien el acceso a alimentos saludables y el fortalecimiento de políticas públicas son elementos clave para combatir la malnutrición y patologías asociadas, la educación familiar juega un papel determinante. Esta herramienta es clave para garantizar una alimentación complementaria oportuna, la cual se basa en una combinación de saberes médicos y populares (Juela-Tiban y Chileno-Camacho, 2024; Forero et al., 2018). Diversas investigaciones demuestran que un bajo nivel de conocimiento materno se traduce en prácticas deficientes que incrementa el riesgo de desnutrición y sobrepeso (Castro Sullca, 2016; Velasquez Guevara, 2020).

La evidencia sugiere que es fundamental mejorar el manejo conceptual de los cuidadores para garantizar una nutrición adecuada. No obstante, es importante señalar que el conocimiento, por sí solo no garantiza su correcta aplicación, ya que la implementación efectiva depende de variables contextuales y prácticas que deben ser consideradas (Forero et al., 2018). De allí la importancia de abordar de manera integral este proceso, prestando especial atención a cómo la información teórica se traduce efectivamente en la práctica cotidiana.

Dado que la alimentación en la primera infancia es fundamental para el crecimiento y el desarrollo saludable, y considerando que su impacto se extiende a lo largo de la vida, el objetivo del presente trabajo de investigación es evaluar el nivel de conocimiento y prácticas de las madres y/o cuidadores en la implementación de la alimentación complementaria y el estado nutricional actual de los niños de 12 a 24 meses de edad, que acuden a consulta médica y/o nutricional en el CAPS del Barrio Borges de Santiago del Estero Capital.

### Metodología

El presente trabajo posee un alcance descriptivo, con enfoque de investigación mixto y un diseño no experimental y transversal. El universo estuvo compuesto por niños de 12 a 24 meses de edad, que debían haber nacido a término y con un peso adecuado, y sus madres y/o cuidadores, que asistieron a consulta médica y/o nutricional en el CAPS del Barrio Borges de Santiago del Estero Capital.

Para conformar la muestra se empleó un muestreo de tipo probabilístico. El tamaño final de la muestra fue de 28 participantes; la misma, al ser compuesta, se dividió en dos grupos con igual número de unidades de análisis.

El primer grupo estuvo compuesto por madres y/o cuidadores de niños de 12 a 24 meses de edad. Se evaluó el nivel de conocimiento por medio de una encuesta compuesta por 27 preguntas de opción múltiple, orientadas a medir el nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria. El instrumento se encuentra dividido en cuatro dimensiones: generalidades de la alimentación complementaria, requerimientos nutricionales del niño durante los dos primeros años de vida, características de la alimentación complementaria e higiene y manipulación de alimentos. En base a las respuestas de los participantes, el nivel de conocimiento se categorizó en: bajo (0-9 puntos), medio (10-18 puntos) y alto (19-27 puntos). La segunda parte del instrumento cuenta con 16 preguntas de opción múltiple, orientadas a identificar las prácticas de alimentación complementaria que las madres y/o cuidadores llevaron y llevan a cabo con sus hijos. Del mismo modo las preguntas

están orientadas en las cuatro dimensiones anteriormente mencionadas. En base a las respuestas de los participantes, las prácticas de alimentación complementaria se categorizaron en inadecuadas (0-8 puntos) y adecuadas (9-16 puntos) (Br. Moran Prado, 2022).

El segundo grupo estuvo conformado por los niños de 12 a 24 meses de edad, a quienes se les realizaron mediciones antropométricas, como peso, talla y perímetro cefálico, siguiendo el protocolo definido por la OMS (OMS, 2006). A partir de las medidas antropométricas, se evaluaron los índices de peso/edad, talla/edad, peso/talla y perímetro cefálico/edad mediante el cálculo del Puntaje Z. Para ello se utilizó el software Anthro y se calcularon los estadísticos descriptivos para las variables.

La recolección de datos se llevó a cabo dentro de la institución, posteriormente a las consultas médicas y/o nutricionales. Sin embargo, en vista de que había una baja concurrencia de pacientes se revisaron manualmente los historiales clínicos y se procedió a visitar a estos niños en sus domicilios. Las madres y/o cuidadores recibieron la hoja informativa, el consentimiento informado y los instrumentos en formato impreso.

### Resultados y Discusiones

Entender cómo se alimenta un niño pequeño es también entender cómo una comunidad interpreta la salud, la infancia y el rol de quien cuida. En este sentido, el Centro de atención primaria de salud (CAPS) del Barrio Borges de Santiago del Estero Capital, institución en la que se enmarca este estudio, cuenta con una sólida red de colaboración comunitaria que constituye un elemento relevante del contexto analizado.

En este estudio, los datos recolectados no solo hablan del peso o la talla de un niño, sino también de las decisiones cotidianas de las madres y/o los cuidadores, de las tensiones entre saber y hacer, de los vacíos entre la teoría y la práctica, y de la profunda influencia que ejerce el entorno familiar y socioeconómico sobre el desarrollo nutricional del niño.

A partir de este enfoque, los datos se analizaron como piezas interdependientes de una realidad compleja, en la que la nutrición del niño no solo es el resultado de su alimentación, sino el reflejo de un entramado de saberes, prácticas y recursos. Por ello cada dimensión evaluada fue examinada de forma individual y, cuando fue pertinente, en conjunto con otras, con el objetivo de identificar tendencias descriptivas que permitieran una comprensión más amplia del estado actual de la alimentación complementaria en el grupo estudiado.

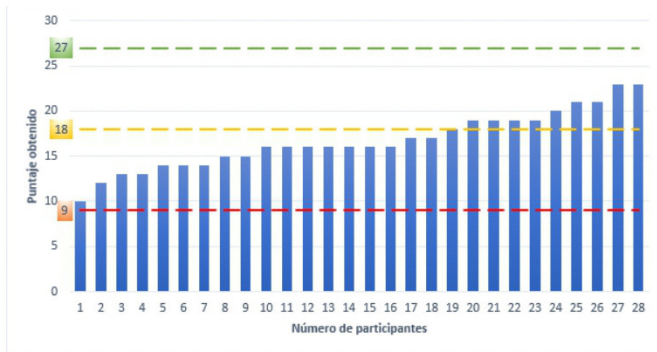
En relación con las características de la muestra, el 93 % fueron madres biológicas, mientras que el 7 % estuvo conformado por otros cuidadores. A su vez, en cuanto al sexo de los niños evaluados, el 64 % fueron varones y el 36 % mujeres.

En lo que respecta a la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida, solo el 32 % de los niños recibió este tipo de alimentación de manera adecuada, mientras que el 68 % no fue alimentado exclusivamente con leche materna. Por otra parte, al analizar el acceso a programas alimentarios, se identificaron diferencias relevantes. El 32 % de los niños accedían al postre ofrecido por el programa "Mis Primeros 1700 Días", mientras que el 68 % no lo recibía. De manera complementaria, el 39 % accedía a la leche provista por el "Programa Materno Infantil", en tanto que el 61 % no contaba con este recurso nutricional, lo que pone de manifiesto posibles desigualdades en la cobertura de dichas intervenciones.

El análisis global de los resultados en relación a la variable nivel de conocimiento evidenció que el 68 % de los encuestados presentaron un nivel de conocimiento "Medio", mientras que el 32 % alcanzaba un nivel de conocimiento "Alto". En la figura 1 se observan los puntajes obtenidos por cada participante.



Figura 1  
Puntajes obtenidos en la encuesta de nivel de conocimiento por las madres y/o cuidadores de niños de 12 a 24 meses de edad.



Nota. La figura muestra los puntajes obtenidos por participante. Las líneas punteadas representan los puntajes máximos establecidos para cada categoría de desempeño: bajo (9), medio (18) y alto (27).

Estos hallazgos permiten delinear un perfil predominante de conocimiento intermedio entre los participantes, con una proporción menor que demuestra un dominio más avanzado del tema. Sin embargo, la ausencia de participantes en la categoría de conocimientos bajos no debe interpretarse como un indicador positivo. Un análisis más detenido revela que varios participantes obtuvieron puntajes apenas por encima del umbral mínimo, lo que indica una cercanía preocupante al un nivel de conocimiento insuficiente.

Tal como plantea Valentin Alvarado (2021), alcanzar un nivel de conocimiento medio no implica necesariamente una garantía de bienestar, ya que este nivel aún puede representar un riesgo para la calidad de vida del niño si no se logra fortalecer y profundizar el aprendizaje en las áreas evaluadas. En la misma línea, Escobar Ccanto y colaboradores (2024) coinciden con que dicho umbral representa más una alerta que una meta alcanzada, lo que deja un margen considerable para la mejora.

Posteriormente, la normalización de datos demostró que las dimensiones con mayor peso en la conformación del puntaje final fueron, en primer lugar, "Higiene y manipulación de alimentos" (75,51 %), seguida por "Requerimientos nutricionales durante los dos primeros años de vida" (69,64 %). En contraste, las dimensiones "Generalidades de la AC" (58,04 %) y "Características de la AC" (52,68 %) presentaron valores más bajos. Estos datos revelan una falta de dominio integral, sugiriendo que el resultado global podría enmascarar deficiencias importantes en áreas críticas de la alimentación complementaria.

Al profundizar en las "Generalidades de la AC", se evidenció que, si bien existe una actitud favorable, persisten vacíos conceptuales en aspectos clave como la definición, el momento de inicio y los beneficios específicos. Estas falencias podrían vincularse a diferencias en el nivel educativo, al acceso desigual a la información o a la falta de comprensión que, de no abordarse, derivarían en prácticas alimentarias inadecuadas. Ante esto, Catuogno et al. (2025) subrayan la necesidad de reforzar la educación alimentaria dirigida a cuidadores primarios.

Respecto a las "Características de la AC", los resultados reflejan un conocimiento limitado respecto a ciertos requerimientos nutricionales del niño en la primera infancia, lo que sugiere un vacío en la información o en su apropiación. Aunque el grupo con desconocimiento no constituye la mayoría, su presencia implica un riesgo nutricional relevante dentro de la población estudiada.

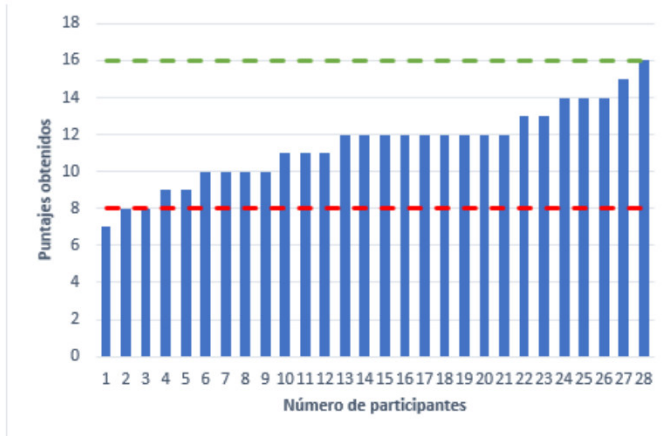
Por su parte, la dimensión de "Requerimientos nutricionales durante los dos primeros años de vida" evidenció un adecuado manejo de los fundamentos de la nutrición infantil. Si bien se identificaron algunas diferencias entre el conocimiento declarado y

su comprensión más profunda, estas permiten identificar con mayor precisión los puntos donde es posible optimizar el aprendizaje. En este sentido, los resultados evidencian una base consistente que se puede fortalecer mediante una educación nutricional integral, orientada a profundizar la comprensión de los principios que rigen a la salud infantil y las interacciones entre nutrientes.

Finalmente, en la dimensión de "Higiene y manipulación de alimentos" se identificó una tendencia clara hacia niveles elevados de aciertos, lo que sugiere una mayor comprensión y dominio de las prácticas de sanidad en la cocina. Este resultado es particularmente positivo, ya que estos saberes son esenciales para garantizar la seguridad alimentaria del niño y prevenir enfermedades transmitidas por los alimentos durante esta etapa.

El análisis global de las prácticas alimentarias reveló que el 89 % de los encuestados mostró prácticas adecuadas, mientras que el 11 % restante presentó prácticas inadecuadas. En la figura 2 se observan los puntajes obtenidos por cada participante.

Figura 2  
Puntajes obtenidos en la encuesta de prácticas alimentarias de las madres y/o cuidadores de niños de 12 a 24 meses de edad.



Nota. La figura muestra los puntajes obtenidos por participante. Las líneas punteadas representan los puntajes máximos establecidos para cada categoría de desempeño: Adecuado (16) e inadecuado (8).

A primera vista, los resultados representados en la figura 2 sugieren que la mayoría de los encuestados siguen prácticas apropiadas para la introducción de alimentos complementarios, lo que reflejaría una aplicación adecuada con respecto a la alimentación en la primera infancia.

Sin embargo, al normalizar los datos, se encuentra que las dimensiones con mayor peso en la conformación del puntaje final fueron, en primer lugar, "Higiene y manipulación de alimentos" (85,2 %), seguida de "Generalidades de la AC" (66,07 %) y "Requerimientos nutricionales durante los dos primeros años de vida" (64,29 %). En contraste, la dimensión con menor incidencia en los resultados globales fue "Características de la AC" (57,86 %).

Al contrastar de manera específica las variables nivel de conocimiento y prácticas alimentarias, se observa que la dimensión de "Higiene y manipulación de alimentos" presenta una respuesta favorable en ambas. Esto evidencia que los participantes no solo poseen conocimientos adecuados, sino que también los aplican en sus prácticas cotidianas de cuidado infantil.

Respecto a las "Generalidades de la AC", se identificó una leve mejora en la aplicación de las prácticas en comparación con el nivel de conocimiento, lo que sugiere que algunos saberes han logrado ser transferidos a la acción, aunque de forma parcial.

En cuanto a la dimensión de "Requerimientos nutricionales durante los dos primeros años de vida", se observó una presencia significativa en el nivel de conocimiento, aunque con menor incidencia en las prácticas alimentarias. Este hallazgo indica que, si



bien los participantes poseen una noción general sobre los nutrientes necesarios en la primera infancia, no siempre trasladan ese conocimiento a decisiones alimentarias concretas.

Por último, en las "Características de la AC", tanto el conocimiento como las prácticas tuvieron poca incidencia. Los resultados indican un bajo nivel de apropiación del concepto de variedad, textura y progresión alimentaria, lo cual representa una limitación que podría afectar la calidad nutricional de la alimentación ofrecida a los niños.

Las medidas antropométricas revelaron que el 96 % de los niños presentó un peso adecuado para su edad, según los estándares establecidos por la OMS (2006). Estos resultados coinciden con el reporte de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2019), que señala una baja prevalencia de emaciación, bajo peso y delgadez en la población infantil. No obstante, la presencia de un caso (4%) de muy bajo peso evidencia la persistencia de vulnerabilidad nutricional. Esto subraya la importancia de mantener políticas de vigilancia activa, especialmente en contextos con determinantes sociales críticos que podrían condicionar la salud infantil.

Por otra parte, el índice talla para la edad mostró que el 71 % de los niños tenía un crecimiento adecuado. En contraste, el 18 % presentó baja talla y el 11 % muy baja talla, acumulando un 29 % de la muestra por debajo de lo esperado para su grupo etario según los parámetros de la OMS (2006).

Estos resultados sugieren una prevalencia importante de alteraciones en el crecimiento lineal, lo cual puede explicarse por diversos factores relacionados con la alimentación y el estado general de salud del niño. Según Ferreira et al. (2025), entre las posibles causas se encuentran una prolongada ingesta inadecuada de nutrientes, trastornos de malabsorción, alteraciones metabólicas y pérdidas aumentadas de nutrientes vinculadas a alergias alimentarias y enfermedades gastrointestinales. Asimismo, se deben considerar condiciones clínicas que incrementan el gasto energético, como enfermedades hormonales, infecciones o cardiopatías, las cuales comprometen el balance energético necesario para el crecimiento lineal adecuado.

Sin embargo, es importante destacar que no todas las causas de talla baja tienen origen patológico. Los factores genéticos también deben ser considerados, ya que algunos niños pueden presentar una estatura inferior a los parámetros de referencia poblacional como una variante normal. En este sentido, Rajkumar y Waseem (2023) subrayan la importancia de evaluar la talla parental y los antecedentes familiares antes de asumir una etiología médica, considerando la talla baja constitucional.

En cuanto al índice peso para la talla, los resultados expusieron que solo el 39 % de los niños evaluados se encontraban en normopeso. El porcentaje restante reflejó el riesgo de desnutrición aguda (14 %), riesgo de sobrepeso (25 %) y sobrepeso (22 %).

Estos datos evidencian la presencia de la doble carga de malnutrición en la población evaluada, donde la desnutrición infantil coexiste con un aumento sostenido del sobrepeso y la obesidad. Este fenómeno afecta con frecuencia a comunidades vulnerables, transformando una condición históricamente asociada a entornos de altos ingresos en un desafío crítico para poblaciones de menor poder adquisitivo (UNICEF, 2019a).

Entre los factores determinantes se encuentran el crecimiento intrauterino, la falta de actividad física y, especialmente, los patrones de alimentación durante la primera infancia. Estas condiciones inciden en el desarrollo del sobrepeso y aumentan el riesgo de obesidad en la adultez, elevando la probabilidad de padecer enfermedades no transmisibles como diabetes tipo 2, hipertensión o dislipidemias. Este escenario se ve agravado por el consumo de productos envasados y ultraprocesados, que muestran un crecimiento sostenido en América Latina (OPS, 2019). En Argentina, los productos opcionales y dulces representan el 34,6 % de las calorías diarias en la dieta infantil (UNICEF y Fundación Interamericana del Corazón [FIC], 2023). Este panorama coincide con alertas previas sobre la introducción temprana de prácticas inadecuadas, como

ofrecer bebidas azucaradas a menores de dos años (Actis y Blua, 2015).

Por último, el análisis del perímetro cefálico mostró que el 89 % de los niños presentaban valores adecuados, mientras que un 4 % se encontraba por debajo de los parámetros estándar y un 7 % por encima de estos.

García-Chávez y Taco-Vega (2025) señalan que el cerebro es el órgano que experimenta el crecimiento más acelerado durante los primeros años de vida; por ello, cualquier alteración nutricional o ambiental en esta etapa compromete su desarrollo. Estas desviaciones pueden deberse a factores congénitos o genéticos, desnutrición temprana o un entorno sociocultural desfavorable (Muñoz Cabeza y López Lobato, 2022). Dichas condiciones impactan negativamente en el crecimiento físico y en el desarrollo del sistema nervioso central, perjudicando el rendimiento intelectual, emocional y conductual del niño.

En este contexto, los hallazgos demuestran la importancia de evaluar el estado nutricional infantil mediante un enfoque integral y contextualizado. La interpretación conjunta de los indicadores antropométricos optimiza el diagnóstico clínico, facilitando el diseño e implementación de intervenciones oportunas y eficaces.

## Conclusiones

El período comprendido entre los 6 y 24 meses constituye una ventana de oportunidad crítica para el crecimiento y el desarrollo, en la cual la adecuación de la lactancia materna y la alimentación complementaria resulta determinante. La evidencia presentada confirma que las prácticas inadecuadas durante esta etapa incrementan el riesgo de deficiencias de micronutrientes, desnutrición, sobrepeso o la coexistencia de estas condiciones.

Si bien los resultados globales muestran niveles positivos tanto en conocimiento como en las prácticas alimentarias, un análisis más detallado revela una brecha significativa entre el saber y el hacer, particularmente en dimensiones críticas para el desarrollo infantil. La única dimensión con correspondencia consistente fue la de "Higiene y manipulación de alimentos", posiblemente influenciada por el fortalecimiento de intervenciones sanitarias en el contexto pospandemia. En contraste, otras áreas fundamentales presentaron bajos niveles de impacto, lo que sugiere que los puntajes globales pueden enmascarar deficiencias relevantes. Este hallazgo coincide con lo reportado por Shrestha y colaboradores (2020), quienes señalan que el conocimiento, por sí solo, no garantiza la adopción de prácticas adecuadas.

En este sentido, los resultados permiten afirmar que las decisiones alimentarias no dependen exclusivamente del conocimiento teórico, sino que están atravesadas por factores socioeconómicos, culturales y emocionales que condicionan su implementación en la vida cotidiana.

En relación con el estado nutricional, aunque la mayoría de los niños presentan parámetros acordes a su edad, se identificó una proporción significativa en situación de riesgo, incluyendo desnutrición aguda, sobrepeso, baja talla y alteraciones en el perímetro cefálico. Estas condiciones no pueden atribuirse exclusivamente a la alimentación, ya que también responden a determinantes genéticos, culturales, ambientales y de salud, lo que refuerza la necesidad de evaluaciones periódicas, individualizadas y contextualizadas.

En función de estos hallazgos, se pone en evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de educación alimentaria desde el primer nivel de atención, promoviendo intervenciones que no solo transmitan conocimiento, sino que también resulten claras, accesibles y sensibles a la realidad de las familias. Esto implica avanzar hacia enfoques integrales que faciliten la traducción del conocimiento en prácticas concretas y sostenibles.

Finalmente, los aportes de este estudio resultan significativos para los equipos de salud comunitaria, el ámbito educativo y los programas de desarrollo infantil temprano, al destacar el rol central



de las personas cuidadoras en la construcción de entornos saludables. En este marco, se vuelve fundamental consolidar espacios formativos que acompañen y fortalezcan sus capacidades.

En síntesis, este trabajo contribuye a visibilizar la brecha entre el conocimiento y las prácticas en la alimentación de la primera infancia, así como a ofrecer aportes relevantes para repensar las estrategias actuales, con el fin de promover un estado nutricional adecuado y un desarrollo integral en una etapa tan crítica de la vida.

## Bibliografía

Actis, M. A. y Blua, N. (2015). Prácticas Alimentarias que desarrollan los cuidadores nutricionales de niños menores de dos años que asisten al Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de Barrio Villa el Libertador, Argentina, 2015. [Tesis para optar el título, Universidad Nacional de Córdoba]. Repositorio de la UNC. [oai:rdu.unc.edu.ar:11086/12713](https://oai.rdu.unc.edu.ar:11086/12713)

Akombi, B. J., Agho, K. E., Hall, J. J., Wali, N., Renzaho, A. M. N., y Merom, D. (2017). Stunting, Wasting and Underweight in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 14(8), 863. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080863>

Br. Moran Prado, M. M. (2022). Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud San Juan de la Virgen, Tumbes, 2022. [Tesis para optar el título, Universidad Nacional de Tumbes]. Repositorio U t u m b e s . <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/63637/TESES%20-%20MORAN%20PRADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Campoy, C. y Leis, R. (abril de 2023). Métodos de introducción de alimentación complementaria en el primer año de vida. *Anales de Pediatría*, 98(4), 247-248. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.02.010>

Castro Sullca, K. V. (2016). Conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S.S.J.M 2015. [Tesis para optar el título, Universidad Nacional Mayor de San Marco]. Repositorio institucional – Universidad Nacional Mayor de San Marco. <https://core.ac.uk/download/pdf/323351208.pdf>

Catuogno, S. M., Zerga, C. L. y Auchter, M. C. (2025). Saberes sobre alimentación complementaria que tienen los cuidadores primarios con lactantes de hasta 24 meses. *Notas de Enfermería*, 26(45), 35-43. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/49233>

Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2019). 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS 2. Resumen ejecutivo. <https://cesni-biblioteca.org/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2-resumen-ejecutivo/>

Escobar Ccanto, N., Huamani Espinoza, A. y Marcos Palacios, L. S. (2024). Relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y la anemia ferropénica en lactantes de 06 a 12 meses en el Centro de Salud Aclas Huancan-Huancan, 2024. [Tesis para optar el título, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Continental. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/16005>

Ferreira, D. N., Granado, K. A. C. S., Hortencio, T. D. R., y Nogueira, R. J. N. (2025). Retardo de crecimiento: propuesta de abordaje diagnóstico. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 123(2), e202410422. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2025/v123n2a19.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (s.f.). Alimentación de los 6 a los 12 meses. <https://www.unicef.org/parenting/es/alimentacion-nutricion/alimentacion-6-12-m> [ses#:~:text=Los%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20](https://www.unicef.org/parenting/es/alimentacion-nutricion/alimentacion-6-12-m)

[Opeque%C3%B1os,otro%20momento%20de%20su%20vida.](https://www.unicef.org/parenting/es/alimentacion-nutricion/alimentacion-6-12-m)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019a). Niños, alimentos y nutrición: Crecer bien en un mundo en transformación. <https://www.unicef.org/media/61091/file/Estado-mundial-infancia-2019-resumen-ejecutivo.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fundación Interamericana del Corazón. (2023). Situación alimentaria de niños, niñas y adolescentes en Argentina. UNICEF/FIC Argentina. [https://www.unicef.org/argentina/media/17631/file/Estudio%20%20i\\_t\\_u\\_a-ci%C3%B3n%20alimentaria%20de%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20en%20Argentina".pdf](https://www.unicef.org/argentina/media/17631/file/Estudio%20%20i_t_u_a-ci%C3%B3n%20alimentaria%20de%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20en%20Argentina)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. (2023). Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2023 edition. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073791>

Forero T., Y., Acevedo R., M. J., Hernández M., J. A. y Morales S., G. E. (2018). BBAalimentación complementaria: una práctica entre dos saberes. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(5), 612-620. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000707>

García-Chávez, C. K. y Taco-Vega, J. M. (2025). Impacto de la desnutrición crónica infantil en el desarrollo cognitivo en niños y niñas. *Revista Científica Arbitrada De Investigación En Comunicación, Marketing Y Empresa REICOMUNICAR*, 8(15), 526-542. Recuperado a partir de <https://reicomunicar.org/index.php/reicomunicar/article/view/408>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (6ª ed.). (2014). Metodología de la investigación. McGraw-Hill.

Juela-Tiban, E. V. y Chileno-Camacho, L. F. (2024). Prevención de la desnutrición infantil y educación sobre los hábitos alimenticios en las madres: Revisión Sistemática. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR*, 7(14), 546-570. Recuperado a partir de <https://www.journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/153>

Ladino, L., Vázquez-Frías, R., Montealegre, L., Bagès-Mesa, M. C., Ochoa-Ortiz, E. y Medina-Bravo, P. G. (2022). E-1500: encuesta sobre prácticas de alimentación en los primeros 1500 días recomendadas por profesionales de la salud en Latinoamérica. *Revista de Gastroenterología de México*, 87(4), 439-446. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S225534X22000500?via%3DIihub>

Muñoz Cabeza, M., & López Lobato, M. (2022). Macrocefalia y microcefalia. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (20 de diciembre de 2023). Alimentación del lactante y del niño pequeño. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Patrones de crecimiento infantil (0-5 años). <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Mundial de Alimentos y Organización Panamericana de la Salud. (2022). América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2022: Hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables. <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/b54c7a49-5ac3-4f1f-8baa-94dcd6ad2b60/content>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Mundial de Alimentos y Organización Panamericana de la Salud. (2023). América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad



alimentaria y la nutrición 2023: Estadísticas y tendencias.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/59186?locale-attribute=en>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019).

Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51523>

Rajkumar, V. y Waseem, M. (2023). Baja estatura familiar.

En Stat Pearls. Stat Pearls Publishing.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559123/>

Shrestha, S., Pokhrel, M., y Mathema, S. (2020).

Knowledge, Attitude and Practices among Mothers of Children 6 to 24 months of Age Regarding Complementary Feeding. JNMA; journal of the Nepal Medical Association, 58(230), 758–763.

<https://doi.org/10.31729/jnma.5274>

Solis Gutiérrez, J. A., y Lucas Choez, M. M. (2023). Estado

nutricional y estrategias de soporte nutricional en niños menores de 5 años del centro de salud Procel. Revista Investigación Y Educación En Salud, 2(1), 66–77. <https://doi.org/10.47230/unesum-salud.v1.n2.2022.66-77>

Valentin Alvarado, V. V. (2021). Nivel de conocimiento

materno sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño entre 6 y 24 meses del C.S. San Sebastián 2020. [Tesis para optar el título, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional de la UNFV.

<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5181>

Vázquez-Frias, R., Ladino, L., Bagés-Mesa, M.C.,

Hernández-Rosiles, V., Ochoa-Ortiz, E., Alomía, M., Bejaranof, R., Boggio-Marzet, C., Bojórquez-Ramos, M.C., Colindres-Campos, E., Fernández, G., García-Bacallaok, E., González-Cerdal, I., Guisande, A., Guzmán, C., Moraga-Mardones, F., Palacios-Rosales, J., Ramírez-Rodríguez, N.E., Rodar, J., ... Koletzko, B. (2023). Consenso de alimentación complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: COCO 2023. Revista de Gastroenterología de México, 88, 57–70.

[https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090622001318?ref=pdf\\_download&fr=RR-2&rr=8cc0c2cbfd8c1acd](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090622001318?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=8cc0c2cbfd8c1acd)

Velasquez Guevara, T. Y. R. (2020). Nivel de conocimiento y

prácticas de las madres sobre alimentación en niños de 6 meses a 2 años en el centro de salud San Antonio, Chiclayo – 2020. [Tesis para optar el título, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional – Universidad Señor de Sipán.

<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/8635>

Yovera Santamaría, L. del P. (2022). Nivel de conocimiento y

prácticas de alimentación complementaria en madres de niños 6 a 24 meses, distrito de Mochumi 2019-2020. [Tesis para optar el título, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional – Universidad Señor de Sipán.

<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/9782>



# Gestión organizacional para una cultura preventiva de seguridad y salud en el trabajo en MiPyMEs en Santiago del Estero.

Por: Roxana M. Arce  
[arceroxana46@gmail.com](mailto:arceroxana46@gmail.com)

Socióloga, docente - investigadora de la Facultad de Ciencias Innovación y Desarrollo.  
Carrera ´Tecnatura Universitaria en Higiene y Seguridad en el Trabajo y Lic. en Higiene y Seguridad en el Trabajo.  
Directora del Proyecto de Investigación de Cátedra.  
Cultura de la prevención para la seguridad y salud en el trabajo en MiPyMEs en Santiago del Estero, 2025-2026.

## Resumen

Este estudio tiene como objetivo analizar la gestión organizacional para una cultura preventiva de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) en Micro, Pequeñas y Medianas Empresas (MiPyMEs) en Santiago del Estero durante el año 2025. Se enmarca en una metodología cuantitativa, con un diseño exploratorio y una muestra no probabilística por conveniencia conformada por 20 empresas que respondieron a un cuestionario en línea.

Los resultados arrojaron un predominio de organizaciones de pequeña escala con una tendencia a la externalización del servicio de higiene y seguridad. Asimismo, se observa un desarrollo heterogéneo en la implementación de programas en SST y limitaciones en la formalización de registro de accidentes laborales. En relación con la capacitación esta se orienta principalmente a niveles operativos, con una menor participación del nivel jerárquico, lo cual resulta crítico para la consolidación de una cultura preventiva.

Se concluye que, si bien se identifican avances en la gestión en higiene y seguridad en el trabajo, persisten desafíos vinculados a la formalización de documentación, la capacitación en enfoques integrales, y participación de la alta gerencia. En este contexto, se destaca la necesidad de articular las estrategias organizacionales a los programas impulsados por la Superintendencia del Riesgo del Trabajo orientado al desarrollo de una gestión preventiva sostenible.

## Palabras clave

Higiene y Seguridad en el trabajo, salud, cultura preventiva, gestión organizacional, capacitación.

RECIBIDO ABRIL DE 2026 | EVALUADO JUNIO DE 2026 | PUBLICADO JUNIO DE 2026



Artículo publicado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución NoComercial CompartirDerivadasIgual 3.0  
[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es\\_AR](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR)



## Abstract

This study aims to analyze organizational management for a preventive culture of Occupational Safety and Health (OSH) in Micro, Small, and Medium Enterprises (MSMEs) in Santiago del Estero during the year 2025. It employs a quantitative methodology, with an exploratory design and a non-probabilistic convenience sample of 20 companies that responded to an online questionnaire. The results revealed a predominance of small-scale organizations with a tendency to outsource their occupational health and safety services. Furthermore, a heterogeneous development in the implementation of OSH programs and limitations in the formalization of workplace accident records were observed. Regarding training, it is primarily geared towards operational levels, with less participation from the hierarchical level, which is critical for consolidating a preventive culture. It is concluded that, while progress has been made in occupational health and safety management, challenges remain related to the formalization of documentation, training in comprehensive approaches, and the participation of senior management. In this context, the need to align organizational strategies with the programs promoted by the Superintendency of Occupational Risks, aimed at developing sustainable preventative management, is highlighted.

## Keywords

Occupational Health and Safety, preventative culture, organizational management, training.

## Introducción

El presente estudio tiene como objetivo analizar la gestión organizacional para una cultura preventiva de seguridad y salud en el trabajo en Micro, Pequeñas y Medianas Empresas (MiPyMEs) en Santiago del Estero en el año 2025.

La Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) ha evolucionado desde enfoques centrados en el control de riesgo hacia modelos integrales que conciben la prevención como parte de la gestión organizacional. En este sentido, la SST deja de ser una actividad aislada para convertirse en un sistema integrado de la organización, vinculado con la planificación estratégica, la toma de decisiones y la cultura preventiva.

Desde la teoría de sistemas, las organizaciones pueden ser entendidas como estructura compuesta por elementos interrelacionados que interactúan entre sí y con el entorno. Este enfoque permite comprender que la gestión de la seguridad no depende únicamente de acciones aisladas, sino de la articulación entre estructura organizacional, liderazgo y formación.

Bajo este enfoque, se define a la organización como un sistema, es decir, como un conjunto de elementos interrelacionados e interdependientes, que conforman una totalidad organizada con propiedades y características emergentes que no se encuentran en ninguno de sus elementos considerados aisladamente. A su vez, la definimos como un sistema abierto, ya que está en constante interacción con el contexto que la rodea. Al momento de analizar un sistema, se determinan cajas negras; estas son subsistemas cuyo interior no será revelado, del cual solo se observan sus entradas y salidas. (Chiavenato, I. 2004).

La Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (GSST) es un subsistema de la Gestión Empresarial dirigido a desarrollar sistemas preventivos para alcanzar baja siniestralidad y mantener lugares de trabajo seguros y saludables, además de unas condiciones de trabajo dignas. Este subsistema tiene profundas interrelaciones con otros subsistemas, tales como Gestión de la Calidad y Gestión Medio Ambiental y Responsabilidad Social, con el fin común de evitar y minimizar riesgos (Quijada N. et. al. 2010).

Gestionar la Seguridad y Salud en el Trabajo debe estar determinada por una cultura preventiva producto de valores,

actitudes y patrones de comportamiento (tanto individuales como grupales). Al respecto, la concepción integral - integrada de la prevención, enfatiza la necesidad de incorporar y articular adecuadamente la acción preventiva en el conjunto de políticas y prácticas de la empresa, con una finalidad básica: lograr que la prevención quede incluida en la forma habitual, propia y específica de operar de la empresa, al igual que la calidad u otras técnicas de gestión.

En este sentido, la Superintendencia del Riesgo del Trabajo (SRT, 2021), en el Plan Estratégico 2020- 2023, en el Objetivo Estratégico 2 recomienda consolidar la cultura preventiva en materia de salud y seguridad en el trabajo. Garantizando el trabajo seguro mediante el impulso legislativo de un proyecto de Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Afianzando la Prevención a través de programas por rama de actividad en el marco del consenso cuatripartito, Promoviendo la disminución de la siniestralidad laboral, propiciando mejores Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo desde el enfoque de Trabajo Seguro y Salud Integral, entre otros objetivos específicos alineados a la cultura de la prevención.

En este sentido, para fomentar una cultura de la prevención, es necesario el compromiso que dé cuenta de la importancia asignada por la organización, demostrada en el comportamiento y las decisiones a todos los niveles, incluyendo la elección entre la seguridad y otras prioridades, la disposición de recursos y la administración del tiempo para la seguridad, el reconocimiento y recompensa de los buenos comportamientos en materia de seguridad, el rechazo de las condiciones inseguras, etc. Como también, la comunicación el estilo, métodos de comunicación e interacción entre diferentes partes de la organización. Sin dejar de lado componentes subjetivos como la percepción del riesgo y actitudes: una visión precisa y compartida del riesgo planteado por cada peligro y la aceptación y confianza en los controles correspondientes, incluyendo la retroalimentación sobre conductas inseguras e inaceptables. Asumir que la percepción del riesgo que tienen los trabajadores, junto a la que tienen los técnicos, debe ser tenido cuenta en todo el proceso de gestión preventiva. Al respecto, en una organización, con una débil cultura en materia preventiva se puede relacionar clara y significativamente con una tendencia hacia la accidentalidad laboral.

La literatura plantea que una de las dimensiones de la



organización y gestión en seguridad es la formación en materia de prevención de riesgos laborales, para una implementación efectiva de la SST, requiere el desarrollo de capacidades organizacionales, entendida como un conjunto de recursos, conocimientos y competencias que permiten gestionar riesgos de manera adecuada.

A través de la formación/capacitación se pretende desarrollar las capacidades y aptitudes de los trabajadores para la correcta ejecución de las tareas que les son encomendadas, por ello, cada trabajador debe recibir formación teórica y práctica suficiente, centrada específicamente en su puesto de trabajo o función, tanto en el momento de su contratación, como cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe o se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo. Los mandos deben estar implicados en la acción formativa y en el control de su eficacia, y para ello pueden apoyarse con trabajadores cualificados que actúen como monitores.

Un estudio realizado sobre una evaluación del subsistema gestión de seguridad y salud en las PyMES las dimensiones que se analizaron fueron la disponibilidad de recursos, competencias de los trabajadores y evaluación del sistema de seguridad y salud. Al respecto, los resultados obtenidos en la evaluación (57 puntos sobre una base de 100) han puesto en evidencia, la debilidad que tienen las PyMES en cuanto a la gestión de seguridad y salud en el trabajo. Al respecto, señala el estudio que existe poca voluntad de la dirección de las empresas de querer implantar un sistema de prevención, lo cual se manifiesta en la baja asignación de recursos para su desarrollo. Esto es debido a que las PyMES no han entendido suficientemente que la prevención de riesgos laborales, más allá de las exigencias legales, es también un camino determinante para mantener la productividad y la eficacia empresarial (Ortiz, A. et. al 2018).

Al respecto, desde la Superintendencia del Riesgo del Trabajo (SRT, 2016) las PyMES pueden acceder a programas que la dirige específicamente para que estas puedan desplegar acciones preventivas y seguimiento focalizado. Entre las cuales se encuentran los programas, de prevención para empleadores PyMES con siniestralidad elevada (P.E.S.E.-PyMES orientado a desplegar acciones preventivas y seguimiento focalizado, con un enfoque práctico y adaptable.

También se presenta el Programa de Empleadores con Siniestralidad Elevada más general que el anterior (P.E.S.E.-PyMES) para seguimiento y control de empleadores con altos niveles de siniestralidad (puede aplicarse a empresas de distintos tamaños según el criterio establecido. Sirve como marco para acciones focalizadas y para alimentar programas específicos como el P.E.S.E.-PyMES.

Un programa dirigido a microempleadores (empresas menos de 5 trabajadores) y MYPE (hasta 10 trabajadores) este tiene el alcance de apoyar a estas empresas en implementar medidas preventivas y Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), son paquetes más orientativos /operativos que el PESE (guías, checklists por actividad, formación).

Otras herramientas son las acciones vinculadas a planes de seguimiento y programas sectoriales que se aplican planes de selección, inspecciones y acompañamiento técnico según la siniestralidad reportada y los riesgos por actividad, estos mecanismos sirven para focalizar recursos hacia MiPyMEs que presentan mayores riesgos.

Estudios de caso realizado en la Provincia de Santiago del Estero, sobre el SG-SST, en una empresa de centrales eléctricas de emergencia describe, los elementos que componen un sistema de gestión y el diseño de pautas de implantación para cada uno de ellos, plasmado en el sistema de gestión. Los resultados a los que arriba es que el SG-SST desarrollado, se considera factible de implementar. Además, se observa que la empresa cumple con algunos de los elementos del sistema y presenta más del 50% de cumplimiento parcial en otros. Por esta razón, la implementación del SG-SST, es el eje central, como medio facilitador para conseguir cumplir con las leyes y normas de seguridad, reducir los riesgos laborales y de las

instalaciones. Además de mejorar el desempeño general de la actividad, mejora la imagen de la empresa. En términos económicos, el buen uso de equipos e instalaciones y el desarrollo de hábitos y buenas costumbres favorecen la calidad y mejoran los resultados (González, L. 2018).

Otro estudio sobre prevención de riesgos en la ejecución de perforaciones de agua realizado por Guzmán, Norma (2018), destaca que las capacitaciones y simulacros, son herramientas vitales para el entrenamiento del personal. Estos ejercicios no solo visibilizan las tareas llevadas a cabo por el Servicio de Higiene y Seguridad en el Trabajo, sino que permite visibilizar las falencias del programa, permitiendo así realizar ajustes para mejorar el plan. Asimismo, la autora subraya el compromiso conjunto del empleador, el trabajador y los agentes de contralor, es esencial para garantizar la seguridad de los procesos y la integridad de las personas.

En esta línea de estudio sobre Prevención de Riesgos en la Trabajos en Altura en la Construcción", Burgos (2018) señala que de los trabajadores encuestados, ninguno de los trabajadores sabe lo que es Protocolo de Vigilancia Epidemiológica para trabajo en altura, lo que demuestra el desconocimiento de los conceptos básicos de Salud Ocupacional por la inexistencia de un programa de capacitación en esa materia y el total de los trabajadores encuestados no sabe si la implementación de un programa de Seguridad y Salud, con procedimientos para la prevención y control de los peligros identificados como más grave para los trabajadores de la empresa contribuya a eliminar o disminuir la aparición de accidentes y enfermedades laborales (p.17).

### Materiales y Métodos

El estudio adoptó un paradigma positivista, que parte del supuesto de que la realidad organizacional puede ser observada, medida y analizada a partir de variables objetivas. Desde una metodología cuantitativa se buscó conocer o capturar la realidad externa o fenómeno estudiado tal y como es, o al menos, aproximarse lo mejor posible a ello. Con un diseño exploratorio, dado que se pretende examinar un fenómeno o problema de investigación poco estudiado, para familiarizarnos con el problema, y así establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados (Hernández Sampieri, R. Otros 2018).

La población de estudio estuvo conformada por 384 empresas ubicadas en la Provincia de Santiago del Estero. La muestra se integró por 20 empresas de la ciudad Capital que voluntariamente respondieron el cuestionario anónimo en línea, lo que representa un 5% de la población. El tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que participaron aquellas empresas que aceptaron responder el instrumento de recolección de datos. La unidad de análisis estuvo constituida por los responsables del Dpto./Área de Seguridad e Higiene.

Para la recolección de información se diseñó un cuestionario estructurado en formato digital administrado en línea. El instrumento incluyó preguntas cerradas y de opción múltiples orientadas a relevar información sobre la organización y gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Los datos que se presentan versan sobre: la estructura del Departamento de seguridad y la posición en el organigrama. Sobre Gestión de política y/o programa en higiene y seguridad y la formación y capacitación que se brinda a los trabajadores en relación a temática en seguridad y salud ocupacional.

Cabe aclarar que los resultados que se presentan en este estudio no son generalizables a todo el universo de MiPyMEs de la provincia, sino representativo del grupo encuestado, como base exploratoria para futuras investigaciones.

### Resultados

#### Características generales de las empresas

El análisis de las empresas participantes muestra un predominio del sector servicios, el cual representa la mayor



proporción de las empresas encuestadas. Dentro de este sector se destacan principalmente las actividades vinculadas a la construcción, industria maderera, transporte y telecomunicaciones, así como servicios públicos.

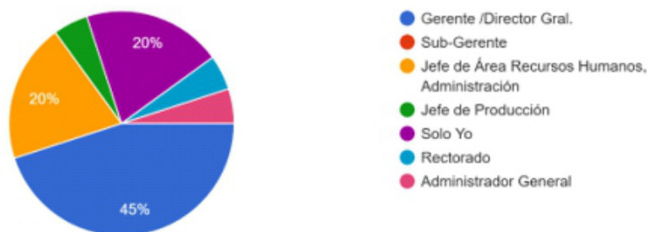
La actividad principal de las organizaciones que respondieron al cuestionario, se observa un predominio del sector servicios (65,0%) y, dentro de este sector, la rama de la construcción (30,0%), transporte y telecomunicaciones en un 10,0%. El sector industria en segundo lugar: 30,0% y el sector agricultura en un 5%.

En relación con el tamaño de las empresas, se observa un predominio de organizaciones pequeñas, 42,1% tiene un plantel de personal entre 6 a 49 empleados, y microempresas 21,1% con menos de diez empleados. Un dato importante son las organizaciones "unipersonales" con un 15,8%, que brindan los servicios de higiene y seguridad a otras empresas. Estos resultados evidencian que la estructura productiva analizada se caracteriza por unidades organizacionales de pequeña escala.

Respecto a la modalidad de gestión del servicio de Higiene y Seguridad (HyS), los resultados arrojaron que una proporción significativa de empresas terceriza este servicio (50,0%) mientras que un 40,0% lo gestionan internamente y un 10% no posee el servicio de HyS. Esta situación refleja la tendencia de las pequeñas empresas a externalizar la gestión preventiva.

Otra variable de interés, es la dependencia del área de HyS, el dato arrojó que el Departamento de HyS dependen directamente de la gerencia general (45,0%) y de recursos humanos (20,0%) y del encargado de HyS, siendo que este último, corresponde a empresas unipersonales (20,0%). Este aspecto evidencia distintos niveles de integración de la seguridad dentro de la estructura organizacional.

Gráfico N°1. Dependencia del Dpto/Área de HyS



Fuente: Elaboración Propia Encuesta 2024.

#### Gestión de una política y/o programa en higiene y seguridad

La legislación nacional en materia de SST constituye un pilar central de los sistemas nacionales de prevención. No obstante, esta normativa no es estática, si no que evoluciona en respuesta a las transformaciones de mundo del trabajo y a la emergencia de nuevos riesgos laborales. En este marco, los sistemas de gestión de la SST han demostrado su papel fundamental de gestionar con éxito y en asegurar un desempeño óptimo de la misma en el lugar de trabajo.

Centrado el análisis sobre la implementación de Programa de HyS particularmente en áreas de riesgo, los resultados del estudio indican que una mayoría (68,4% de los encuestados) señalan, que cuentan con programas de HyS. Sin embargo, aún existe un porcentaje de empresas (31,6%) que no disponen de programas formales de seguridad, lo cual evidencia un desarrollo desigual de la gestión preventiva.

Considerando que el grupo de empresas que respondieron, son MiPyMEs estas constituyen el grupo a las cuales están dirigidos los principales programas del SRT orientados a la prevención mediante la implementación a acciones específicas de diagnóstico asistencia técnica y seguimiento de las condiciones de trabajo. Al respecto, bajo estas acciones las empresas deberían estar comprometidas al registro y análisis de accidentes laborales,

en relación a ello, los resultados muestran que un 73,7% de las organizaciones cuentan con sistema de registro y análisis, mientras que un 26,3% no realizan estas actividades. Esta situación resulta relevante, ya que la ausencia de mecanismos sistemáticos de análisis limita la capacidad de aprender de errores y prevenir futuros accidentes.

Con respecto, a la documentación del sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo la OIT (2001) en el documento de las Directrices, recomienda que, en función del tamaño y la naturaleza de las actividades de la organización, debería elaborarse y mantenerse actualizada una documentación sobre el sistema de gestión de la SST (p.11).

#### Formación y capacitación en seguridad y salud ocupacional

La Ley Nacional N°19587/72 y su Decreto Reglamentario N°351/79 de Higiene y Seguridad en el Trabajo; la Ley 24557/95 de Riesgos del Trabajo y su Decreto N°911/96 (Construcción); especifican la obligatoriedad de capacitar a los distintos niveles de la organización laboral en prevención de enfermedades profesionales, riesgos y accidentes de trabajo, en relación con aspectos generales y específicos de las tareas que se desempeñan.

Con respecto a las actividades de capacitación, los resultados indican que la responsabilidad de la formación recae principalmente en el técnico de HyS (21,1%), a nivel interno de la organización la capacitación puede depender del Dpto. de RRHH y del área operativa (15,8%) y de empresas de servicios HyS, cuando es externo a la organización (15,8%).

Para maximizar la efectividad de las capacitaciones, se recomienda que estas sean lideradas o al menos asesoradas por expertos en HyS, quienes puedan personalizar los contenidos según los riesgos propios de cada puesto y sector.

En relación a la dimensión sobre frecuencia mayoritaria de capacitación en SST en las empresas analizadas, en la Tabla N°1 se presentan los datos que arrojó la encuesta.

Tabla N°1. Características de capacitación

| Variable de Capacitación                 | Categorías                           | Porcentaje de empresas (%) |
|------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| Diferenciación de la capacitación en HyS | Sí                                   | 57,9                       |
|                                          | Se complementa con formación general | 36,8                       |
|                                          | No                                   | 5,3                        |
| Modalidad de capacitación                | Integral (todas las áreas)           | 52,6                       |
|                                          | Por áreas de riesgo                  | 31,6                       |
|                                          | No se aplica                         | 15,8                       |

Fuente: Elaboración Propia Encuesta 2024

Los resultados presentados a priori evidencian distintas configuraciones en la capacitación en SST. Con relación a la formación general y la adopción de modalidades integrales, estas configuraciones reflejan un grado de heterogeneidad en el desarrollo organizacional de los casos analizados.

Sobre los destinatarios de las capacitaciones, en la tabla N°2, clasifica la frecuencia de capacitaciones en seguridad dirigidas a distinto nivel jerárquico de la estructura organizacional.



Tabla N°2. Frecuencia de la capacitación en seguridad según nivel jerárquico

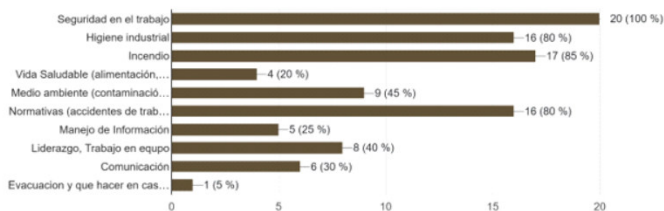
| Nivel Jerárquico   | Frecuencia mayoritaria de capacitación | Porcentaje de empresas % |
|--------------------|----------------------------------------|--------------------------|
| Directivo          | Nunca                                  | 31,6                     |
| Mandos intermedios | Frecuentemente                         | 42,1                     |
| Operarios          | Frecuentemente                         | 42,1                     |
| Áreas de Seguridad | Frecuentemente                         | 47,4                     |

Fuente: Elaboración Propia Encuesta 2024

Al analizar los destinatarios de la capacitación (Tabla N°2) se identificó la frecuencia mayoritaria de capacitación para cada nivel de la estructura organizativa. Los datos arrojaron que los mandos medios y operativos reciben capacitación frecuentemente (42,1% respectivamente) y personal del área de seguridad (47,4% frecuentemente), mientras que en los niveles directivo presentan menor frecuencia de formación (31,6% nunca), lo cual puede limitar el desarrollo de una cultura preventiva organizacional sólida. El compromiso de la gerencia es el pilar fundamental, se hace necesario una activa participación de los directivos, sin ello los programas suelen fracasar.

Hay ciertos elementos que son vistos como fundamentales en una cultura de la prevención, y una es la capacitación, pero para ello se debe focalizar en la cantidad, calidad y frecuencia de la capacitación formal e informal. Para este estudio se preguntó sobre la temática de capacitación que se dictan en las empresas encuestadas.

Gráfico N°2. Promedio de temáticas tratadas en capacitación



Fuente: Elaboración Propia Encuesta 2024

Los principales temas de capacitación que manifiestan los encuestados fueron: "seguridad en el trabajo" (100%); incendio (85,0%); higiene industrial y normativas (80,0%), medio ambiente laboral (45,0 %), liderazgo, trabajo en equipo (40.0%); Se observa una ausencia a temas emergentes como: ergonomía, riesgos psicosociales, enfermedades profesionales (fatiga, estrés laboral), cambio climático relacionado con la actividad empresarial (impacto ambiental) riesgos asociados a puesto de trabajo en el manejo digital (uso de nuevas tecnologías y automatización). Incorporar estas áreas no sólo permite cumplir con los estándares internacionales, sino también anticiparse a los desafíos del futuro del trabajo, como lo propone la OIT (2017) en el Informe inicial para la Comisión Mundial sobre el Futuro del Trabajo, por un lado, señala que las nuevas tecnologías incrementan la seguridad en los entornos de trabajo a medida que la robótica avanza y mantiene a los trabajadores al margen del riesgo que entrañan algunos procesos de producción mecánica (que suelen ser peligrosos). como una creciente variedad de productos químicos nocivos, especialmente materiales nuevos y potencialmente peligrosos, relacionados con las nanotecnologías y los nuevos procesos de trabajo. Por otro lado, dado las transformaciones del mundo laboral es importante revisar la noción de "bienestar en el trabajo", no sólo medir características materiales, sino incluir varias cuestiones relevantes, entre ellas, la importancia de un buen ambiente "social", una carga de trabajo razonable, es decir, poniendo énfasis en los riesgos de tipo psicosocial.

## Discusión

Los resultados obtenidos permiten identificar características relevantes en la organización y gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) en empresas de la provincia de Santiago del Estero. En primer lugar, se observa un predominio de microempresas y pequeñas empresas, lo cual coincide con lo señalado en la literatura de MiPyMEs, donde se destaca que este tipo de organizaciones presentan menor niveles de formalización en los SG-SST, debido a limitaciones estructurales, organizacionales y de recursos.

En este sentido, la modalidad de gestión del servicio de Higiene y Seguridad evidencia una tendencia significativa a la externalización, particularmente en empresas de menor tamaño. Esta situación puede interpretarse como una estrategia para cumplir con las exigencias normativas, sin embargo, también puede limitar la integración de la gestión preventiva dentro de la cultura organizacional, al no estar plenamente internalizada en la estructura de la empresa.

Asimismo, la implementación de programa de higiene y seguridad muestra un desarrollo heterogéneo. Se infiere del análisis de los resultados que una importante proporción de empresas cuentan con programas formales, pero aún persiste un porcentaje relevante que no disponen de estos instrumentos. Esta situación, en las MiPyMEs, podría subsanarse accediendo a programas que desde Superintendencia del Riesgo del Trabajo brinda para disminuir los accidentes de trabajo e instalar una cultura preventiva en su estructura organizacional.

En relación con la gestión de la información preventiva, el registro de accidentes laborales constituye un paso importante para planificar acciones de formación y capacitación de manera específica o integral, en relación a la formación, se observa un predominio de contenidos tradicionales vinculados a la seguridad operativa, prevención de incendios, higiene industrial y normativa vigente, planificar estos contenidos con una integración de dimensiones organizacionales y estratégicas presentarían una mayor apropiación de prácticas preventivas en todos los niveles de la estructura organizacional.

Al analizar la distribución de la capacitación según el nivel jerárquico se evidencia diferencias relevantes. La formación se concentra principalmente en niveles operativos y en el personal del área de seguridad, mientras que los niveles directivos presentan una menor frecuencia de capacitación. Al respecto, la literatura señala que el compromiso de la alta dirección constituye un factor determinante para consolidación de una cultura preventiva, los resultados evidencian, la escasa participación de los niveles jerárquicos superiores lo cual puede limitar la integración de la seguridad en la toma de decisiones estratégicas.

El hallazgo sobre frecuencia baja capacitación dirigida a los directivos contradice al enfoque de Chiavenato (2004) al referirse a la organización como sistema interrelacionando, lo que genera una visión fragmentada de la seguridad, dado que la capacitación esta direccionada a los niveles medio y bajo de la estructura organizativa.

## Conclusión

Bajo el enfoque de una cultura preventiva en Santiago del Estero, este estudio analiza el subsistema de Seguridad y Salud en MiPyMEs de sectores industriales y servicio.

Los resultados del estudio evidencian que la gestión de la SyST en las empresas analizadas presenta avances, aunque con un desarrollo desigual. La cultura preventiva se manifiesta aun débil, sostenida por una reglamentación normativa por exigencias legales o requisitos de organismos reguladores, más que por una internalización/apropiación de las normas significadas por una gestión de cultura preventiva.

Esta situación se refleja en la limitada participación de los niveles directivos en los procesos de capacitación, en la insuficiente formalización de los sistemas de registro de documentación y



temáticas específicos de capacidades blandas transversales a las capacidades técnicas.

En este sentido, el fortalecimiento de la cultura preventiva requiere no solo del cumplimiento de la normativa vigente, sino también del compromiso activo de la alta dirección,

Finalmente, se destaca la importancia de articular las estrategias empresariales, con los programas impulsados por la Superintendencia de Riesgo del Trabajo, orientados a promover una gestión preventiva sostenida en el ámbito de las MiPyMEs.

### Referencias Bibliográficas

- Burgos, Marcia (2018) Prevención de Riesgos en Trabajos en altura en la Construcción (Trabajo Final Integrador) Universidad Nacional de Santiago del Estero. Recuperado a partir de: <http://bcdigi.unse.edu.ar:8080/jspui/bitstream/123456789/210/1/TFI%20MARCIA%20ISABEL%20BURGOS.pdf>
- Congreso de la Nación Argentina (1972) Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo (Ley N° 19.587), Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado a partir de: Infoleg.gob.ar.
- Congreso de la Nación Argentina (1995) Ley de Riesgo del Trabajo Nacional (Ley 24.557), Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado a partir de: Infoleg.gob.ar.
- Chiavenato, I. (2004) Introducción a la Teoría General de la Administración. Parte VIII. Cap.15. Enfoque sistémico de la administración, pag.361-362, Ed. McGrawhill Interamericana, Séptima Edición. ISBN 13:978-970-10-5500-7. Recuperado a partir de: [https://frrq.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/15525/mod\\_resoru ce/content/0/Chiavenato%20Idalberto.%20Introducci%C3%B3n%20a%20la%20teor%C3%ADa%20general%20de%20la%20Administraci%C3%B3n.pdf](https://frrq.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/15525/mod_resoru ce/content/0/Chiavenato%20Idalberto.%20Introducci%C3%B3n%20a%20la%20teor%C3%ADa%20general%20de%20la%20Administraci%C3%B3n.pdf)
- Fernández Muñiz, B. y Otros (2007) La cultura organizativa positiva hacia la seguridad laboral. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es>
- González, L. (2018) Propuesta de elaboración de un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en el sector generación de una empresa de servicios electromecánicos. (Tesis de Posgrado Especialización en Higiene y Seguridad en el Trabajo). Recuperado a partir de: <http://bcdigi.unse.edu.ar:8080/jspui/bitstream/123456789/208/1/TFI%20-%20Ing.%20Gonz%C3%A1lez.pdf>
- Guzmán, Norma (2018), Prevención de riesgos en la ejecución de perforaciones de agua. (Tesis de Posgrado Especialización en Higiene y Seguridad en el Trabajo). Recuperado a partir de: <http://bcdigi.unse.edu.ar:8080/jspui/bitstream/123456789/211/1/TFI%20Norma%20del%20V.%20Guzm%C3%A1n.pdf>
- Hernández R., Fernández C., Mendoza Torres, C. (2018) Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Edición. Mc Graw Hill. México ISBN ISBN: 978-1-4562-6096-5.
- INSHT (S/F) Promoción y desarrollo de la cultura preventiva en la Comunidad de Madrid Recuperado a partir de: <https://istas.net/descargas/La%20cultura%20de%20la%20prevenci%C3%B3n.pdf>
- Ortiz, A.; Monroy C.; Rodríguez, C. (2018) Evaluación y Mejora de la Gestión de Seguridad y Salud Laboral en las Pymes. 4th International Conference on Industrial Engineering and Industrial Management XIV Congreso de Ingeniería de Organización. Recuperado a partir de: [https://www.academia.edu/53822588/Evaluaci%C3%B3n\\_y\\_Mejora\\_de\\_la\\_Gesti%C3%B3n\\_de\\_Seguridad\\_y\\_Salud\\_Laboral\\_en\\_las\\_Pymes](https://www.academia.edu/53822588/Evaluaci%C3%B3n_y_Mejora_de_la_Gesti%C3%B3n_de_Seguridad_y_Salud_Laboral_en_las_Pymes)
- Poder Ejecutivo Nacional (1979, 22 de mayo) Decreto 351/79. Aprueba la reglamentación de la Ley 19587 de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado a partir de: Infoleg.gob.ar.
- Poder Ejecutivo Nacional (1996, 19 de agosto) Decreto 911/96 Reglamento de Higiene y Seguridad para la Actividad de la Construcción. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado a partir de: Infoleg.gob.ar.
- Quijada, N.; Ortiz, A.. (2010). Gestión de seguridad y salud en el trabajo: aplicación en las Pymes industriales. Universidad, Ciencia y Tecnología, uct v 14 (57), 251-260. Recuperado a partir de: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-48212010000400005&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-48212010000400005&lng=es&tlng=es).
- SRT (2016) Programa para el tratamiento de los empleadores con altos niveles de siniestralidad. Rs.363/2016. Recuperado a partir de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/265441/texto>
- SRT (2018) Nuevo programa de prevención específico para pequeñas y medianas empresas Res.20/2018. Recuperado a partir de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/307746/texto>
- OIT (2001) Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo, ILO-OSH 2001. Recuperado a partir de: <https://www.ilo.org/es/resource/directrices-relativas-los-sistemas-de-gestion-de-la-seguridad-y-la-salud-en>
- OIT, (2017) Informe inicial para la Comisión Mundial sobre el Futuro del Trabajo. Ginebra. ISBN 978-92-2-331068-4 (pdf web) Recuperado a partir de: <https://www.ilo.org/es/publications/informe-inicial-para-la-comision-mundial-sobre-el-futuro-del-trabajo>



REVISTA  
**trazos**  
UNIVERSITARIOS

EDICIÓN ESPECIAL

15 años

# ARTÍCULOS DE OPINIÓN Y ENSAYOS

**Facultad  
de Ciencias  
de la salud**

Universidad Católica  
de Santiago del Estero  
*Scientia Deo Et Patriae Servire*





# Entre la ansiedad y el futuro: salud mental, universidad y proyectos de vida en tiempos de incertidumbre social

Por: Paula Acosta

Psicopedagoga  
Universidad Católica de Santiago del Estero (UCSE)

## Introducción

En los últimos años, la cuestión de la salud mental en el ámbito universitario ha adquirido una creciente visibilidad tanto en el debate académico como en las agendas institucionales de las universidades. Diversas investigaciones han advertido un incremento en la presencia de síntomas de ansiedad, estrés y depresión entre estudiantes de educación superior en distintas regiones del mundo. Un metaanálisis reciente que analizó más de ochenta estudios sobre población universitaria encontró que cerca del 40 % de los estudiantes presenta niveles elevados de ansiedad, lo que da cuenta de la magnitud que han adquirido estas problemáticas en el ámbito educativo contemporáneo (Ahmed et al., 2023).

En América Latina, diferentes investigaciones también han señalado una creciente preocupación por el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios, particularmente en contextos sociales atravesados por desigualdades económicas, transformaciones en el mundo del trabajo e incertidumbre respecto del futuro profesional. En este sentido, estudios realizados en universidades de la región destacan que las trayectorias educativas de los jóvenes se desarrollan cada vez más en escenarios marcados por tensiones entre expectativas de movilidad social, exigencias académicas y condiciones socioeconómicas complejas (Reguillo, 2017).

Desde la experiencia cotidiana en servicios de orientación educativa en el ámbito universitario, estas tendencias también se vuelven visibles en las consultas que realizan los estudiantes. Muchas de ellas no se restringen exclusivamente a dificultades vinculadas al aprendizaje o al rendimiento académico, sino que se encuentran atravesadas por preocupaciones más amplias relacionadas con la incertidumbre respecto del futuro, las exigencias

institucionales y las condiciones sociales en las que se desarrollan sus trayectorias educativas.

Frases como "siento que si no termino la carrera rápido estoy perdiendo tiempo", "no sé si voy a poder vivir de lo que estudio" o "me cuesta sostener la motivación cuando pienso en el futuro" aparecen con frecuencia en los relatos de los estudiantes. Estas expresiones permiten advertir que los malestares que atraviesan a muchos jóvenes no pueden comprenderse únicamente como problemáticas individuales, sino que se inscriben en un entramado más amplio de condiciones sociales, económicas y culturales.

A partir de estas consideraciones, el presente ensayo propone reflexionar acerca de la relación entre salud mental, experiencia universitaria y construcción de proyectos de vida en el contexto contemporáneo. Más que ofrecer respuestas concluyentes, el objetivo es abrir interrogantes que permitan situar los malestares estudiantiles en el marco de las transformaciones sociales que caracterizan al presente.

## Universidad, subjetividad y construcción de proyectos de vida

La universidad ha ocupado históricamente un lugar central en la construcción de proyectos de vida. Para muchos jóvenes, el acceso a la educación superior representa la posibilidad de ampliar horizontes personales, acceder a nuevas oportunidades laborales y construir trayectorias de movilidad social.

Sin embargo, las transformaciones sociales y económicas de las últimas décadas han modificado significativamente las condiciones en las que se desarrollan estas trayectorias. Las crisis económicas recurrentes, las transformaciones del mercado laboral y



la creciente precarización del trabajo introducen nuevas tensiones en la experiencia universitaria.

En este contexto, la vida académica aparece cada vez más atravesada por exigencias vinculadas al rendimiento, la productividad y la competencia. Han (2012) describe este fenómeno a partir de la noción de "sociedad del rendimiento", en la cual los individuos se conciben a sí mismos como responsables absolutos de su éxito o fracaso. En este marco, las presiones externas tienden a transformarse en autoexigencias que pueden derivar en formas de agotamiento psíquico y malestar subjetivo.

En el ámbito universitario, estas dinámicas se manifiestan en la manera en que muchos estudiantes experimentan sus trayectorias académicas. La carrera universitaria se convierte con frecuencia en un espacio donde se ponen en juego expectativas personales, demandas institucionales y presiones sociales relacionadas con la construcción del futuro.

Cuando estas expectativas no se cumplen o se ven amenazadas por la incertidumbre del contexto, los estudiantes pueden experimentar sentimientos de frustración, ansiedad o desmotivación. De este modo, la experiencia universitaria se configura como un espacio donde se entrecruzan procesos formativos, trayectorias personales y condiciones sociales más amplias.

### Salud mental y determinantes sociales

Comprender los malestares que atraviesan a los estudiantes universitarios requiere ampliar la mirada más allá del individuo y considerar las condiciones sociales en las que se producen estas experiencias.

Desde las perspectivas de salud mental comunitaria, diversos autores han señalado que el sufrimiento psíquico no puede analizarse únicamente desde una lógica individual o clínica. En esta línea, Stolkiner (2010) sostiene que la salud mental debe entenderse como un proceso complejo profundamente vinculado con las condiciones de vida de las personas, las formas de organización social y los contextos institucionales en los que se desarrollan sus trayectorias.

De manera similar, Galende (1997) plantea que los procesos de salud y enfermedad mental se encuentran estrechamente relacionados con las transformaciones sociales e históricas. En este sentido, los malestares subjetivos pueden interpretarse también como expresiones singulares de tensiones sociales más amplias. En el caso de las generaciones jóvenes, estas tensiones se vinculan especialmente con las dificultades para proyectar trayectorias de largo plazo. Berardi (2017) señala que las sociedades contemporáneas producen formas de ansiedad vinculadas a la aceleración del tiempo social y a la presión constante por adaptarse a escenarios cambiantes e inciertos.

Desde esta perspectiva, los malestares que emergen en el ámbito universitario pueden interpretarse también como expresiones subjetivas de las transformaciones que atraviesan las formas de imaginar el futuro en el mundo contemporáneo.

### Incertidumbre social y experiencia universitaria en la Argentina

Si bien las problemáticas vinculadas a la salud mental estudiantil pueden observarse en distintos contextos sociales, en el caso argentino adquieren características particulares vinculadas a las condiciones económicas y políticas que atraviesa el país. Las transformaciones recientes en el mundo del trabajo, las discusiones en torno a reformas laborales y las dificultades económicas que atraviesan amplios sectores de la población configuran un escenario de creciente incertidumbre respecto de las posibilidades de inserción laboral y de estabilidad económica para las generaciones jóvenes.

En este contexto, muchos estudiantes deben transitar sus trayectorias universitarias en medio de múltiples tensiones: sostener

económicamente su vida cotidiana, avanzar en sus estudios, compatibilizar trabajo y formación académica y, al mismo tiempo, proyectar un futuro profesional en condiciones marcadas por la inestabilidad.

La preocupación por "llegar a fin de mes", la necesidad de trabajar mientras se estudia o la incertidumbre respecto de las posibilidades laborales futuras aparecen con frecuencia en los relatos de los estudiantes que consultan en los espacios de orientación universitaria.

Sin embargo, incluso en medio de estas tensiones, la universidad continúa ocupando un lugar central en la construcción de horizontes de sentido para las nuevas generaciones. Para muchos jóvenes, la experiencia universitaria sigue siendo un espacio donde es posible imaginar futuros posibles, construir saberes y elaborar proyectos de vida.

En el caso de las universidades públicas argentinas, este papel adquiere una relevancia particular. Aun en contextos atravesados por tensiones presupuestarias y debates acerca del financiamiento del sistema universitario, las instituciones continúan apostando a la formación de profesionales y a la ampliación de oportunidades educativas.

Desde esta perspectiva, la universidad no solo constituye un espacio de formación académica, sino también un ámbito donde se sostienen expectativas de futuro y se construyen sentidos colectivos en torno a la educación como herramienta de transformación social.

### Los dispositivos de orientación en la universidad

Los dispositivos de orientación educativa constituyen uno de los espacios institucionales donde estos malestares se vuelven más visibles. En estos ámbitos, los estudiantes encuentran un lugar para expresar las dificultades que atraviesan durante sus trayectorias académicas y reflexionar acerca de sus experiencias en la vida universitaria.

No obstante, la práctica cotidiana en estos espacios también pone de manifiesto los límites de las intervenciones centradas exclusivamente en el individuo. Muchas de las problemáticas que se presentan en consulta se encuentran estrechamente vinculadas con las condiciones sociales, institucionales y culturales que atraviesan la experiencia universitaria.

Desde esta perspectiva, el desafío para las universidades consiste en avanzar hacia enfoques institucionales que permitan abordar la salud mental estudiantil de manera integral. Reconocer la dimensión colectiva de estos procesos implica asumir que el bienestar de los estudiantes no depende únicamente de sus recursos individuales, sino también de las condiciones en las que se desarrollan sus trayectorias educativas.

### Reflexiones finales

El incremento de situaciones de ansiedad, estrés y malestar emocional en estudiantes universitarios constituye un fenómeno que invita a reflexionar sobre las condiciones en las que hoy se desarrollan las trayectorias educativas.

Comprender la salud mental desde una perspectiva amplia implica reconocer que los malestares que atraviesan a los estudiantes se encuentran profundamente vinculados con las transformaciones sociales, económicas y culturales que caracterizan al presente. En este sentido, la universidad aparece como un espacio privilegiado para observar las tensiones que atraviesan la construcción de proyectos de vida en las nuevas generaciones. Pero también constituye un ámbito donde es posible sostener horizontes de sentido, construir conocimiento y apostar a la formación de sujetos capaces de imaginar y transformar el futuro.

Más que ofrecer respuestas definitivas, este ensayo busca contribuir a la apertura de un campo de reflexión acerca de la relación entre salud mental, experiencia universitaria y contexto



social. Pensar estas cuestiones constituye hoy un paso necesario para que las instituciones de educación superior puedan acompañar de manera más integral a los estudiantes en la construcción de sus trayectorias educativas y vitales.

En contextos de creciente incertidumbre social, sostener estas preguntas también implica una toma de posición ética y política en torno al lugar de la educación superior en la construcción de una sociedad más justa.

### Referencias

- Ahmed, I., Hazell, C., Edwards, B., Glazebrook, C., & Davies, E. (2023). A systematic review and meta-analysis of studies exploring prevalence of non-specific anxiety in undergraduate university students. *BMC Psychiatry*, 23, 240.
- Berardi, F. (2017). *Futurabilidad: La era de la impotencia y el horizonte de la posibilidad*. Caja Negra.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Paidós.
- Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Ediciones Herder.
- Reguillo, R. (2017). *Paisajes insurrectos: Jóvenes, redes y revueltas en el otoño civilizatorio*. NED Ediciones.
- Stolkiner, A. (2010). Salud mental y determinantes sociales. *Salud Colectiva*, 6(2), 101–106.



REVISTA  
**trazos**  
UNIVERSITARIOS

EDICIÓN ESPECIAL

15 años

# COLABORACIONES

**Facultad  
de Ciencias  
de la salud**

Universidad Católica  
de Santiago del Estero  
*Scientia Deo Et Patriae Servire*





# Desarrollo de un sistema iot para el cultivo automatizado de hongos comestibles pleurotus spp: alineado con principios de la industria 4.0

Por: Pineda R., David A. ; Sain, Pablo M.

Facultad de Ciencias para la Innovación y el Desarrollo, UCSE

## RESUMEN

La producción sustentable de alimentos es un desafío global ante el crecimiento poblacional proyectado para 2030. En este contexto, el cultivo de hongos comestibles del género *Pleurotus* spp sobre desechos agroindustriales surge como una alternativa viable. Este trabajo presenta el desarrollo de un sistema automatizado que optimiza las condiciones de cultivo en Santiago del Estero, controlando variables críticas para la fructificación: temperatura (18–25 °C), humedad relativa (70–90 %) y ventilación.

El sistema integra sensores ambientales, actuadores y tecnologías IoT para monitoreo y control en tiempo real, empleando diferentes plataformas de desarrollo.

Los resultados demuestran que el prototipo estabiliza eficazmente las condiciones ambientales, mejora la uniformidad del cultivo, reduce el tiempo de fructificación y permite una producción constante durante todo el año. Esto evidencia su viabilidad como solución sustentable para la producción local de alimentos.

Palabras claves: Cultivo automatizado de hongos, control ambiental, industria 4.0, IoT, agricultura sustentable.

## ABSTRACT

Sustainable food production is a global challenge given the projected population growth by 2030. In this context, the cultivation of edible mushrooms of the genus *Pleurotus* spp. on agro-industrial waste emerges as a viable alternative. This work presents the development of an automated system that optimizes cultivation conditions in Santiago del Estero, controlling critical variables for fruiting: temperature (18–25 °C), relative humidity (70–90%), and ventilation. The system integrates environmental sensors, actuators, and IoT technologies for real-time monitoring and control, employing different development platforms. The results demonstrate that the prototype effectively stabilizes environmental conditions, improves crop uniformity, reduces fruiting time, and allows for consistent production throughout the year. This highlights its viability as a sustainable solution for local food production. Keywords: Automated mushroom cultivation, environmental control, Industry 4.0, IoT, sustainable agriculture.



## INTRODUCCION

Los gobiernos, sociedades y empresas deben reinventarse para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que las Naciones Unidas planteó para 2030. Por lo tanto, es preciso cambiar los modelos de producción y de negocios, para incrementar el desarrollo económico, el cuidado ambiental y el bienestar social. El incremento de la producción mundial de alimentos no ha resultado eficiente en seguridad alimentaria ni en la eliminación del hambre. Peor aún, en las décadas venideras la población mundial acelerará su crecimiento llegando a más de 9000 millones de habitantes para 2050 y se precisará una duplicación de la producción de alimentos en todo el mundo. De esta manera la producción sustentable de alimentos se ha convertido hoy en un serio reto para la humanidad. En este contexto, el cultivo de hongos comestibles utilizando desechos agroindustriales como sustrato se presenta como una alternativa viable. Este trabajo propone el desarrollo de un sistema automatizado para optimizar las condiciones de cultivo de hongos del género *Pleurotus* spp., adaptando la producción en las condiciones ambientales que se desarrollan en Santiago del Estero. El cultivo de hongos comestibles depende de la regulación precisa de las condiciones ambientales, tales como la temperatura y la humedad relativa. Estas variables inciden directamente en el desarrollo fisiológico, la calidad y la productividad del hongo. Por consiguiente, la estabilidad de dichos parámetros resulta esencial para garantizar un crecimiento uniforme y obtener un rendimiento óptimo del cultivo. La implementación de un sistema de control automático para la gestión de estas condiciones representa una mejora significativa respecto al control manual tradicional. Mediante la automatización, las variables ambientales pueden ser monitoreadas y reguladas en tiempo real por medio de sensores y actuadores gobernados por un microcontrolador, lo que garantiza una mayor precisión, estabilidad y confiabilidad en el proceso de cultivo.

Desde el punto de vista ambiental, el sistema propuesto promueve prácticas de producción sostenibles al minimizar el impacto ecológico del proceso y optimizar el consumo de recursos naturales. En el ámbito económico, la automatización del control ambiental posibilita un uso más eficiente de la energía y del agua, y una disminución de las pérdidas ocasionadas por condiciones inadecuadas, lo que se traduce en una mayor rentabilidad y competitividad del cultivo.

De este modo, el proyecto contribuye tanto al desarrollo tecnológico como a la preservación del medio ambiente, consolidándose como una alternativa viable y responsable para el cultivo controlado de hongos comestibles.

Este trabajo propone el desarrollo de un sistema automatizado para optimizar las condiciones de cultivo de hongos del género *Pleurotus* spp., adaptando la producción en las condiciones ambientales que se desarrollan en Santiago del Estero, teniendo en cuenta las variables críticas para la fructificación: temperatura entre 18–25 °C, humedad relativa del 70–90 % y una ventilación adecuada.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El sistema propuesto se compone de diversos subsistemas interconectados e integrados entre sí, diseñados específicamente para el control automatizado de las condiciones ambientales dentro de un recinto cerrado, destinado a funcionar como cámara de fructificación para el cultivo de hongos comestibles. Este tipo de aplicación requiere un control preciso y continuo de variables fisicoquímicas críticas, tales como la temperatura y la humedad relativa, las cuales influyen directamente en el desarrollo, rendimiento y calidad del cultivo.

En dicho espacio, los parámetros mencionados serán monitoreados de manera continua mediante la implementación de seis sensores de temperatura y humedad del tipo DHT22, distribuidos estratégica-

mente en distintos puntos del recinto. Esta disposición permite obtener mediciones representativas del ambiente interno, minimizando errores asociados a gradientes térmicos o de humedad, y garantizando así una caracterización más precisa de las condiciones reales dentro de la cámara de fructificación.

El suministro de agua, proveniente de la red de la Universidad Católica de Santiago del Estero, ingresa al sistema a través de una manguera conectada a un dispensador de agua reacondicionado. Este dispositivo cumple la función de enfriar y almacenar el agua que será utilizada posteriormente en el proceso de humidificación. Una vez que el dispensador alcanza su nivel máximo de almacenamiento, una válvula flotante mecánica actúa de manera automática, interrumpiendo el flujo de agua y evitando posibles desbordes o desperdicios. Adicionalmente, el dispensador cuenta con un sistema de control térmico basado en un termostato, el cual se encuentra regulado a una temperatura de aproximadamente 20 °C, permitiendo mantener el agua dentro de un rango térmico constante y adecuado para su posterior utilización.

Cuando el sistema de control lo requiere, en función de las condiciones ambientales detectadas dentro de la cámara, el agua previamente enfriada es conducida desde el dispensador hacia el interior del recinto, a través de mangueras, mediante el accionamiento de una bomba de agua. Este proceso se realiza de manera controlada, garantizando un suministro eficiente y oportuno del recurso hídrico. El agua impulsada por la bomba es dirigida hacia un recipiente interno, especialmente diseñado para albergar los generadores de niebla. Dentro de este recipiente se encuentran instalados dichos dispositivos, los cuales son responsables de producir microgotas de agua mediante un proceso de atomización ultrasónica. Estas microgotas, al ser liberadas en forma de niebla dentro de la cámara de fructificación, incrementan significativamente el nivel de humedad relativa del ambiente. De manera simultánea, debido al proceso de evaporación, contribuyen al descenso de la temperatura interna, generando un efecto de enfriamiento que resulta altamente beneficioso para el desarrollo del cultivo.

El funcionamiento de la bomba de agua se encuentra automatizado y controlado mediante la incorporación de un sensor ultrasónico, el cual permite medir en tiempo real la distancia entre la superficie del agua y el propio sensor. Cuando dicha distancia alcanza un valor de 15 [cm], el sistema interpreta que el recipiente ha alcanzado el nivel de llenado óptimo, procediendo a desactivar la bomba de manera automática. Este mecanismo evita tanto el funcionamiento en vacío como posibles desbordamientos, asegurando un desempeño eficiente y seguro del sistema.

Por otra parte, los seis sensores distribuidos en la cámara realizan un monitoreo constante y en tiempo real de la temperatura y la humedad relativa del recinto. Los datos obtenidos son procesados por la unidad de control, la cual evalúa continuamente si las condiciones ambientales se encuentran dentro de los rangos óptimos previamente establecidos. En caso de detectarse un incremento de la temperatura o una disminución de la humedad por debajo de los valores deseados, el sistema activa automáticamente los generadores de niebla.

Una vez iniciada la producción de niebla, esta es impulsada hacia el exterior del recipiente mediante la utilización de cuatro ventiladores estratégicamente ubicados. Estos ventiladores generan un flujo de aire que facilita el transporte de la niebla, evitando su acumulación local y favoreciendo su distribución homogénea. La niebla es conducida y distribuida uniformemente dentro de la cámara de fructificación a través de un sistema de cañerías de PVC, diseñadas para asegurar una cobertura eficiente de todo el volumen interno del recinto. De esta manera, se logra una regulación uniforme de las condiciones ambientales, evitando zonas con déficit o exceso de humedad.

Todos los sensores y actuadores del sistema se encuentran conectados a una placa de desarrollo Arduino Mega, la cual actúa como unidad central de procesamiento y control. Este microcontrolador es el encargado de ejecutar el algoritmo de control, tomando



decisiones en función de los datos adquiridos por los sensores y determinando cuándo deben activarse o desactivarse los distintos actuadores del sistema.

Asimismo, el microcontrolador principal se encuentra vinculado a un módulo de comunicación ESP8266, el cual permite la transmisión de los datos hacia un servidor externo a través de una red inalámbrica. Esta funcionalidad posibilita la supervisión remota del sistema, brindando al usuario la capacidad de monitorear en tiempo real las condiciones de la cámara desde cualquier ubicación con acceso a internet.

Como resultado de la acción coordinada de los distintos subsistemas, la humedad relativa del ambiente se incrementa y/o la temperatura disminuye progresivamente hasta alcanzar los valores óptimos de operación establecidos para el cultivo. Una vez logradas estas condiciones, el sistema desactiva automáticamente tanto los generadores de niebla como los ventiladores, evitando consumos innecesarios de energía y prolongando la vida útil de los componentes.

Durante todo el proceso de funcionamiento, las variaciones de temperatura y humedad son visualizadas en tiempo real mediante una pantalla LCD 20x4, la cual proporciona información clara y accesible al usuario. Esta pantalla, junto con una botonera acoplada al sistema, constituye una interfaz de usuario sencilla, intuitiva y de fácil operación, permitiendo la configuración de parámetros y la supervisión local del sistema.

De manera complementaria, los mismos datos son enviados y visualizados mediante una interfaz remota accesible a través de una aplicación web desarrollada en el entorno MIT App Inventor. Esta aplicación permite la visualización de datos en tiempo real, ampliando significativamente las posibilidades de supervisión.

En conjunto, el sistema desarrollado constituye una solución tecnológica integral, capaz de mantener de manera autónoma las condiciones ambientales requeridas para el cultivo de hongos, optimizando recursos y reduciendo la intervención manual, lo cual representa una mejora significativa en términos de eficiencia, reproducibilidad y escalabilidad del proceso productivo.

## RESULTADOS Y DISCUSION

La siguiente figura 1.1 representa, en tiempo real, la temperatura y humedad relativa promedios del sistema automático y ambos datos de cada uno de los seis sensores dentro de la cámara de fructificación. Una vez obtenidos de la misma, se envían a la placa ESP8266 que la misma los envía a la plataforma adafruit.io que interactúa como un bróker, para comunicarse con la aplicación desarrollada en el entorno MIT App Inventor:

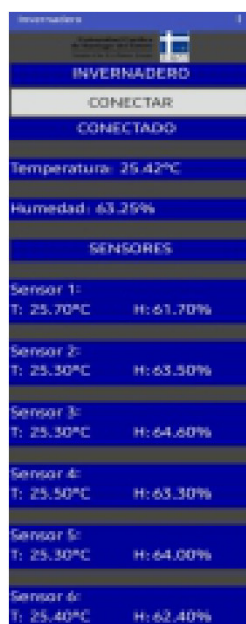


Figura 1.1 – App móvil desarrollada en MIT App Inventor.

La figura 1.2 representa los resultados obtenidos:

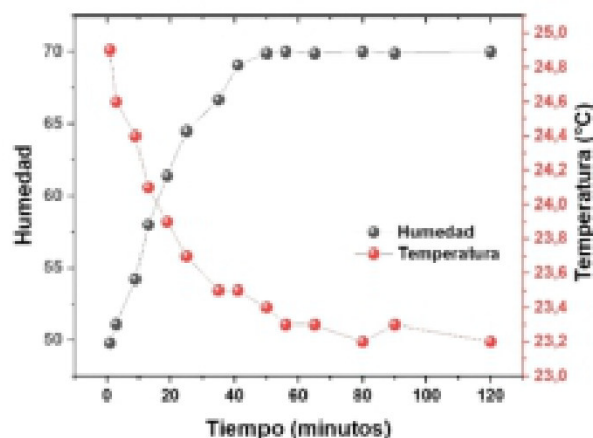


Figura 1.2 – Esta grafica representa la variación de la humedad y temperatura con respecto al tiempo.

La temperatura descendió de 25 °C a aproximadamente 23 °C, mientras que la humedad relativa alcanzó el 70%, en un lapso de 45 minutos, manteniéndose estable durante el proceso. Estos resultados evidencian la efectividad del sistema automatizado desarrollado para regular las condiciones de cultivo.

## CONCLUSIONES

Se logró controlar los parámetros de temperatura y humedad óptimos para el cultivo con el sistema de control automatizado y el monitoreo en tiempo real, como también implementar un código de control en el microcontrolador Arduino MEGA, que permita gestionar las variables ambientales de acuerdo con los requerimientos del sistema, y en la placa NodeMCU ESP8266, que permite conectarse a servidores en la nube para monitoreo remoto. Con respecto a la interfaz de usuario se consiguió la optimización del uso de recursos, la mínima intervención manual y un entorno intuitivo. Por último, se validó el sistema de control en la cámara de fructificación instalada in situ, verificando su desempeño en condiciones reales de operación.

De esta forma se desarrolló con éxito un sistema de control automatizado para optimizar la producción de hongos comestibles. El proyecto permitió adquirir nuevos conocimientos y experiencias, aprendiendo de los errores y aplicando la esencia de la ingeniería, *resolver problemas*. El compromiso de ir más allá de lo visto en clase, integrando nuevas tecnologías y enfrentando desafíos, fortaleció competencias profesionales como la innovación, la toma de decisiones y la planificación estratégica.

Más allá del desarrollo técnico, este trabajo ofrece una herramienta con potencial para ser implementada en una producción local, promoviendo el aprovechamiento de residuos, el ahorro de agua y energía, y la generación de alimentos con bajo impacto ambiental. Al mismo tiempo, su aplicación en contextos educativos permite el abordaje interdisciplinario desde diferentes carreras que ofrece la Universidad Católica de Santiago del Estero, facilitando el aprendizaje basado en proyectos reales y contribuyendo a la formación profesional con perspectiva sostenible.

## FUTURAS MEJORAS

Este sistema, si bien cumple con los objetivos planteados en cuanto al control automatizado de las variables ambientales dentro de la cámara de fructificación, está lejos de ser una solución definitiva o completamente optimizada. Por el contrario, ha sido



concebido desde su diseño inicial como una plataforma modular, flexible y escalable, capaz de adaptarse a futuras mejoras e incorporaciones tecnológicas. Esta característica resulta fundamental en proyectos de ingeniería aplicada, donde la posibilidad de evolución progresiva permite no solo mejorar el rendimiento del sistema, sino también ampliar su campo de aplicación y robustecer su confiabilidad operativa.

En este sentido, se identifican diversas líneas de mejora que podrían implementarse en etapas posteriores del desarrollo, orientadas tanto a optimizar el funcionamiento interno del sistema como a incrementar su nivel de automatización, eficiencia energética y capacidad de supervisión inteligente.

Algunas de las posibles mejoras consideradas pueden ser, mejorar la aislación térmica de la cámara de fructificación para optimizar el rendimiento energético del sistema, reduciendo pérdidas de calor, disminuir la activación de actuadores prolongando su vida útil; incorporar una pequeña bomba dentro del recipiente para que regrese el agua del reciento hacia el recipiente principal, para que siempre haya agua fría y favorezca la recirculación continua, evitando zonas de estancamiento de agua que suelen ser propicias para la proliferación de bacterias, algas u otros contaminantes; aumentar el volumen de la cámara de fructificación para tener una mayor capacidad productiva del sistema; agrandar el gabinete que aloja las placas para mejor organización interna, facilitando tareas de mantenimiento, reducir interferencias y mejorar la disipación térmica de los componentes; integrar técnicas de IA, mediante el uso de visión artificial, permitiendo realizar un análisis más avanzado del estado del cultivo. A través del procesamiento de imágenes, sería posible detectar anomalías en el crecimiento, cambios de coloración, presencia de contaminantes, etc.; incorporar un servidor privado para que la aplicación móvil y futuras plataformas estén absentes de riesgos asociados a la seguridad y privacidad de los datos.

Con la implementación progresiva de las mejoras propuestas, el proyecto podría evolucionar hacia una versión más avanzada, integrando nuevas tecnologías y aumentando su nivel de automatización, inteligencia y eficiencia. Este proceso de evolución no solo potenciaría el desempeño del sistema, sino que también permitiría escalar su aplicación a contextos productivos de mayor envergadura, así como consolidarlo como una plataforma base para futuras investigaciones, desarrollos tecnológicos o innovaciones en el ámbito de la agricultura controlada y la producción de hongos en ambientes artificiales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

"Cátedras de Sistemas de Control" – TEO –, C. "sistemas. (s/f). - ACCIONES DE CONTROL-. Edu.ar. Recuperado el 15 de octubre de 2025, de [https://catedras.facet.unt.edu.ar/sistemasdecontrol/wpcontent/uploads/sites/101/2016/04/5\\_Acciones-de-control\\_2016.pdf](https://catedras.facet.unt.edu.ar/sistemasdecontrol/wpcontent/uploads/sites/101/2016/04/5_Acciones-de-control_2016.pdf)

Carrasco-González, J. A., Serna-Saldívar, S. O., & Gutiérrez-Urbe, J. A. (2017). Nutritional composition and nutraceutical properties of the *Pleurotus* fruiting bodies: Potential use as food ingredient. *Journal of Food Composition and Analysis: An Official Publication of the United Nations University, International Network of Food Data Systems*, 58, 69–81. <https://doi.org/10.1016/j.jfca.2017.01.016>

Completo, V. mi P. (s/f). Control todo o nada (ON-OFF). Blogspot.com. Recuperado el 15 de octubre de 2025, de <https://ceiisa.blogspot.com/2015/01/control-todo-o-nada-on-off.html>

Gambo, A. O. E., Pettinelli, B., Renard, D., Annebicque, D., Emprin, F., & Riera, B. (2025). Introduction to traceability and IoT with HOME I/O and MIT app inventor. *IFAC-PapersOnLine*, 59(7), 66–71. <https://doi.org/10.1016/j.ifacol.2025.08.024>

Instituto Europeo de Química, Física y Biología (2023). ¿Qué es el

bioprocesamiento y qué materias primas pueden utilizarse en él? (2023, julio 17). <https://ieqfb.com/que-es-el-bioprocesamiento/>

Luenberger, D. G., & Ye, Y. (2016). *Linear and nonlinear programming*. Springer International Publishing.

M. A. C. (2015, julio 1). How to Use DHT-22 sensor - Arduino Tutorial. Instructables. <https://www.instructables.com/How-to-use-DHT-22-sensor-Arduino-Tutorial/>

Ogata, K. (2006). *Discrete Time Control Systems*. Dorling Kindersley.



# Imágenes del Cuidado Frente al Dengue: Salud, Cultura Visual y Comunicación Pública

Por: Carlos León Roldán

Licenciado en Comunicación Social  
Técnico Universitario en Diseño Gráfico  
[carlos.roldan@ucse.edu.ar](mailto:carlos.roldan@ucse.edu.ar)

Universidad Católica de Santiago del Estero  
Instituto Superior San Jorge

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-6614-5058>

## Introducción

La salud pública también toma forma en imágenes. Afiches, folletos, infografías, placas digitales y publicaciones institucionales orientan conductas y organizan modos de comprender el riesgo. En ese territorio aparentemente simple de la comunicación visual se juega una dimensión decisiva del cuidado. Una imagen puede advertir, persuadir, enseñar o tranquilizar. También puede omitir, naturalizar y desplazar responsabilidades.

Una campaña sanitaria informa y educa la mirada. Señala qué debe preocupar, qué debe observarse, qué prácticas conviene modificar y cómo se distribuyen las responsabilidades entre el Estado, las instituciones y la ciudadanía. Por eso, el diseño gráfico no puede quedar reducido a una operación decorativa. En salud pública, diseñar implica organizar una experiencia de comprensión. Supone decidir qué se ve primero, qué se recuerda y qué acción queda disponible para quien recibe el mensaje. Esta perspectiva dialoga con Frascara (2008), quien sostiene que el diseño de comunicación visual adquiere responsabilidad social cuando interviene en problemas que afectan la vida concreta de las personas.

Este ensayo analiza un corpus de tres piezas oficiales argentinas sobre dengue, disponibles públicamente en la sección «Materiales para población» del Ministerio de Salud de la Nación (s. f.-b). La lectura propuesta es cualitativa e interpretativa. Se centra en la relación entre imagen, texto, cuerpo, hogar, institución y responsabilidad pública. El dengue resulta un caso significativo porque combina una problemática sanitaria vigente con una fuerte dimensión visual. El mosquito, los recipientes con agua, el patio, la

casa, la piel, la fiebre y los signos de alarma se convierten en elementos gráficos mediante los cuales se enseña a prevenir.

Según el Ministerio de Salud de la Nación (s. f.-a), el dengue es una enfermedad viral transmitida por el mosquito *Aedes aegypti* y constituye una de las principales arbovirosis de la región de las Américas.

La hipótesis sostiene que las piezas oficiales sobre dengue construyen una cultura visual del cuidado basada en la prevención doméstica. El centro visual no es el cuerpo enfermo ni la escena hospitalaria. El protagonismo recae en el hogar, los recipientes, el mosquito y las acciones cotidianas de vigilancia. Desde Bourdieu (1991), estas campañas procuran formar disposiciones prácticas porque buscan que ciertas conductas se incorporen como hábitos. Desde Barthes (2008), también producen un mito cotidiano del cuidado, en la medida en que presentan como natural y evidente una determinada manera de comprender la prevención. Esa operación es útil y necesaria, aunque conserva una tensión crítica. Puede dejar en segundo plano las condiciones urbanas, ambientales e institucionales que también participan en la producción del riesgo.

## Desarrollo

### 1. La salud también se mira

Hablar de cultura visual implica reconocer que las imágenes producen sentido. Lejos de acompañar el lenguaje verbal de manera pasiva, educan la mirada, ordenan lo visible y enseñan qué debe ser atendido. Mirzoeff (2003) entiende la cultura visual como un campo vinculado a los acontecimientos visuales en los que

las personas buscan información, significado o placer en relación con imágenes y tecnologías visuales. Yepes Muñoz (2021) amplía esta perspectiva al subrayar que la cultura visual permite estudiar las imágenes como prácticas de producción, circulación y lectura. Desde este marco, una pieza de salud pública es una forma de intervención cultural.

Mitchell (2009) permite ampliar la lectura al recordar que las imágenes tienen vida social, circulan, son interpretadas y participan de prácticas concretas. Una infografía sobre síntomas, un afiche sobre criaderos o una placa sobre repelente colaboran en la construcción social de una determinada idea de cuidado. La imagen no refleja simplemente una política pública. La vuelve visible, la hace comprensible y le otorga una forma sensible.

La comunicación para la salud exige algo más que transmitir datos técnicos. Según la Organización Panamericana de la Salud (2023), requiere considerar comportamientos, contextos, confianza social y participación comunitaria. Una pieza visual eficaz transforma un saber técnico en una acción posible. El diseño adquiere aquí una densidad ética porque ayuda a que la información pueda convertirse en cuidado.

Las piezas seleccionadas se organizan alrededor de instrucciones visuales breves antes que de una explicación biomédica extensa. La información aparece simplificada, jerarquizada y acompañada por signos reconocibles. La prevención se formula como práctica. Se propone mirar, vaciar, tapar, limpiar, usar repelente, reconocer síntomas y consultar.



Figura 1  
Recomendaciones para prevenir dengue en verano  
Nota. Adaptado de Materiales para población, por Ministerio de Salud de la Nación, s. f.-b, Argentina.gob.ar.

## 2. La casa, el mosquito y los objetos: una pedagogía visual de la prevención

En el corpus seleccionado, la imagen institucional concentra su atención en objetos cotidianos como baldes, bebederos, canaletas, recipientes, ropa, repelente, mosquitos y viviendas. La elección visual es decisiva. El hogar aparece como lugar privilegiado de la prevención, más que la sala de espera. El cuidado se presenta como una ética de la proximidad. Comienza en el espacio donde la vida diaria transcurre y se articula con la responsabilidad sanitaria colectiva.

### DENGUE

## LA MEJOR ACCIÓN ES LA PREVENCIÓN



**Evitá la formación de criaderos del mosquito:**



Eliminá o da vuelta objetos que acumulen agua.



Limpiá bebederos de mascotas y drenajes de aire acondicionado.



Tapá tanques, cisternas y piletas.



Evitá tener plantas en agua y colocá arena húmeda en portamacetas.



Tirá agua hirviendo en rejillas y colocale tela mosquitera.



Destapá y limpiá canaletas y desagües de lluvia.



Mantené jardines desmalezados.

# Elegí prevenir



Figura 2  
Evitá la formación de criaderos del mosquito  
Nota. Adaptado de Materiales para población, por Ministerio de Salud de la Nación, s. f.-b, Argentina.gob.ar.

La Figura 2 permite observar esta lógica con claridad. La composición evita dramatizar la enfermedad y organiza una lista de tareas. Los objetos domésticos se convierten en signos de prevención. El patio, los recipientes y el agua acumulada dejan de ser elementos neutros del paisaje cotidiano y pasan a ser indicios de riesgo. La campaña enseña, ante todo, a mirar de otro modo lo que ya estaba allí.

El antecedente de Garelli et al. (2017) resulta especialmente pertinente. Al analizar materiales didácticos e informativos sobre dengue en Argentina, los autores observaron que el eje principal ha sido el control del vector y la eliminación de criaderos. Esa observación dialoga directamente con el corpus oficial aquí trabajado, donde la prevención se formula como una práctica centrada en el ambiente inmediato y en la conducta cotidiana.

El mosquito funciona, además, como figura pedagógica. Condensa el riesgo y permite identificar rápidamente el tema. Su presencia cumple una función de advertencia y ordena la comprensión del problema. Si el mosquito es el vector, la prevención se dirige a evitar su reproducción y sus picaduras. La imagen transforma un



proceso biológico en una secuencia visualmente comprensible. Muestra que el riesgo empieza antes del síntoma, en las condiciones que permiten la reproducción del vector.

### 3. Campaña, habitus y mito del cuidado doméstico

La dimensión sociológica de estas piezas puede pensarse a partir de Bourdieu (1991). Una campaña pública de salud comunica instrucciones e intenta producir disposiciones. En términos del autor, procura intervenir sobre el habitus, entendido como un sistema de disposiciones duraderas que orienta prácticas, percepciones y modos de actuar. En este caso, la campaña busca que revisar recipientes, limpiar patios, tapar tanques o usar repelente deje de ser una acción excepcional y se convierta en rutina incorporada.

Esta lectura permite precisar mejor el alcance del diseño. Las piezas oficiales sobre dengue indican qué debe hacerse y buscan que ciertas prácticas se vuelvan socialmente esperables. Enseñan a reconocer un objeto como criadero, a mirar el agua quieta como riesgo, a comprender el patio como espacio sanitario y a pensar la prevención como tarea cotidiana. La campaña actúa sobre la información disponible y sobre la disposición práctica de los sujetos.

Desde Bourdieu (1991), también puede pensarse el capital simbólico de la institución emisora. El Ministerio de Salud de la Nación (s. f.-b) comunica desde un lugar socialmente autorizado para definir el riesgo y prescribir conductas preventivas. La marca estatal, la estabilidad gráfica, el tono instructivo y la procedencia oficial del mensaje refuerzan esa autoridad. La confianza se produce por el contenido sanitario y por el reconocimiento institucional de quien habla. Vargas Huanca (2021) recuerda que campo, habitus, capital y violencia simbólica son nociones centrales para comprender cómo ciertas prácticas y sentidos llegan a ser aceptados como naturales dentro de un orden social.

Barthes (2008) permite añadir una capa semiológica a esta lectura. En Mitologías, el mito aparece como un sistema de significación que transforma una construcción histórica en algo aparentemente natural. El mito reduce la complejidad de un fenómeno y lo presenta como evidencia. Aplicado al corpus, esto permite advertir que las imágenes del dengue construyen una naturalidad del cuidado doméstico. Prevenir parece equivaler a limpiar, tapar, revisar y vaciar. Esa evidencia es útil, aunque parcial.

La lectura de Barthes (2008) permite comprender la eficacia de esa operación. El diseño necesita simplificar para orientar la acción. Cada simplificación produce un recorte. Cuando la prevención se representa casi exclusivamente como tarea del hogar, el cuidado puede aparecer como responsabilidad individual o familiar. En ese desplazamiento pierden visibilidad la infraestructura urbana, el acceso al agua segura, la recolección de residuos, el saneamiento ambiental y las políticas públicas sostenidas. Allí se ubica una de las tensiones más fértiles de este ensayo. Las imágenes enseñan a cuidar y, al mismo tiempo, delimitan qué entendemos por cuidado.

### 4. El cuerpo, el síntoma y la responsabilidad pública

Aunque el dengue afecta al cuerpo, el cuerpo humano ocupa un lugar secundario en el corpus. Cuando aparece, suele estar esquematizado mediante una figura que se aplica repelente, una persona protegida por ropa o un conjunto de íconos que representan fiebre, dolor corporal, vómitos, erupciones o signos de alarma. La comunicación evita el impacto emocional de cuerpos hospitalizados o sufrientes. Prefiere una cultura visual de la instrucción antes que del miedo.



Figura 3

Síntomas del dengue

Nota. Adaptado de Materiales para población, por Ministerio de Salud de la Nación, s. f.-b, Argentina.gob.ar.

En la Figura 3, el cuerpo reaparece de manera fragmentaria. En lugar de una persona concreta, aparecen signos codificados. Esta forma de representación evita el sensacionalismo y facilita el reconocimiento rápido de síntomas. Al mismo tiempo, reduce el cuerpo a una serie de señales que deben ser identificadas para decidir la consulta. La experiencia subjetiva de la enfermedad queda desplazada por una lógica operativa basada en observar, reconocer y acudir al sistema de salud.

La investigación de Pantoja (2022) sobre medicina y cultura visual amplía esta lectura. Aunque su estudio se sitúa en otro período histórico, muestra que las imágenes médicas han participado en estrategias argumentativas, expositivas y legitimadoras del saber médico. En el caso del dengue, las piezas oficiales ordenan una pedagogía pública del cuidado. La salud necesita imágenes para volverse comunicable.

Desde esta perspectiva, la pieza sobre síntomas cumple una función distinta de las imágenes centradas en criaderos. Las imágenes de criaderos enseñan a intervenir sobre el entorno. La infografía sintomática enseña a leer el cuerpo. Aparecen, entonces, dos alfabetizaciones visuales complementarias. Una es ambiental y se dirige al patio, los objetos y el agua. La otra es corporal y se dirige a la fiebre, el dolor y las señales de alarma.

### 5. Diseño institucional, confianza y límites del enfoque doméstico

Las piezas analizadas pertenecen a una comunicación institucional. Comunican dengue y comunican Estado. Chaves (2001) recuerda que toda institución se manifiesta públicamente mediante signos, estilos, discursos y sistemas visuales que producen reconocimiento. En salud pública, la confianza en la fuente forma parte de la eficacia del mensaje.

La tipografía, el color, el orden, la economía verbal y la presencia institucional participan de la construcción de credibilidad. Una pieza sanitaria debe ser comprensible y confiable. Rozenbaum (2022), al estudiar campañas visuales de prevención del cáncer de mama, subraya la responsabilidad social del diseñador en la construcción de mensajes visuales del área de la salud. Esta responsabilidad exige considerar los efectos posibles del mensaje sobre la comprensión, las prácticas y los modos de relación con el propio cuerpo.

La perspectiva de Fernández (2019) sobre la historia del diseño en América Latina permite sumar otro matiz. El diseño se desarrolla en contextos sociales, políticos e institucionales concretos. Pensar la comunicación visual de salud en Argentina implica reconocer que estas piezas forman parte de una cultura pública situada, atravesada por políticas sanitarias, desigualdades territoriales y modos locales de recepción.

La tensión principal del corpus se encuentra allí. Las piezas son claras y pedagógicas, pero tienden a representar la prevención como una suma de acciones domésticas. Hacen visible el mosquito, el recipiente y la conducta individual. Dejan menos



visibles las condiciones colectivas que también inciden en la propagación del dengue. Desde Bourdieu (1991), la campaña contribuye a formar un habitus preventivo. Desde Barthes (2008), naturaliza una cierta imagen del cuidado. Desde una ética del diseño, la pregunta pendiente es cómo sostener la claridad de la consigna sin reducir la complejidad social del problema.

## Conclusión

Las piezas oficiales sobre dengue enseñan una idea de prevención centrada en el hogar. El mensaje es claro: revisar, vaciar, tapar, limpiar, usar repelente y consultar ante los síntomas. Esa claridad tiene valor sanitario porque traduce un problema complejo en acciones posibles. El diseño cumple allí una función pública precisa. Ordena la información, jerarquiza el riesgo y convierte una indicación técnica en una conducta cotidiana.

Sin embargo, esa eficacia también tiene un límite. Cuando la prevención aparece casi siempre asociada al patio, los recipientes y las decisiones familiares, el problema corre el riesgo de quedar reducido a una responsabilidad doméstica. El dengue no se produce únicamente en la intimidad de la casa. También depende del saneamiento, la recolección de residuos, la infraestructura urbana, el acceso al agua segura, la continuidad de las políticas públicas y la presencia territorial del Estado. Una campaña que enseña a cuidar debe evitar que el cuidado quede encerrado en la casa.

Desde Bourdieu (1991), estas imágenes pueden leerse como intentos de formar disposiciones prácticas. Buscan instalar hábitos. Enseñan a mirar un balde, una canaleta o un bebedero como posibles criaderos. Desde Barthes (2008), también puede advertirse una operación de naturalización. La prevención se presenta como una evidencia simple, casi obvia, cuando en realidad responde a una construcción sanitaria, cultural y política. Esa operación no invalida la campaña, pero obliga a leerla críticamente.

El diseño de comunicación visual en salud pública no debería conformarse con producir piezas comprensibles. Debe preguntarse qué mundo vuelve visible y qué responsabilidades deja fuera de cuadro. En el caso del dengue, la comunicación institucional acierta cuando evita el miedo y apuesta por la instrucción. Pero necesita ampliar su horizonte visual. Junto al mosquito y al recipiente, deben aparecer con más fuerza el barrio, la infraestructura, la comunidad y la acción estatal.

La salud pública requiere imágenes que orienten conductas, pero también que hagan visible la trama social del riesgo. Allí se juega una responsabilidad central del diseño. No simplificar hasta borrar el problema, no persuadir hasta desplazar responsabilidades, no informar sin interrogar las condiciones que hacen posible la enfermedad. Comunicar el dengue no consiste solo en decir qué debe hacer cada persona. También exige mostrar qué debe sostener una comunidad para que el cuidado sea posible.

## Referencias bibliográficas

- Barthes, R. (2008). *Mitologías* (H. Schmucler, Trad.). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1957).
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Taurus. (Obra original publicada en 1980).
- Chaves, N. (2001). La imagen corporativa: teoría y metodología de la identificación institucional (6.<sup>a</sup> ed.). Gustavo Gili.
- Fernández, S. (2019). El libro Historia del diseño en América Latina y el Caribe: industrialización y comunicación visual para la autonomía. *Revista Ecos de la Academia*, 2(3), 170-173. <https://revistasoj.s. utn.edu.ec/index.php/ecosacademia/article/view/157>
- Frascara, J. (2008). *Diseño gráfico para la gente: comunicaciones de masa y cambio social*. Ediciones Infinito.
- Garelli, F. M., Sanmartino, M., & Dumrauf, A. G. (2017). *Análisis de materiales didácticos e informativos sobre dengue en Argentina*. Interface: Comunicação, Saúde, Educação,

21(60), 35-49. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0965>

- Ministerio de Salud de la Nación. (s. f.-a). Dengue. Argentina.gob.ar. Recuperado el 5 de julio de 2026, de <https://www.argentina.gob.ar/salud/dengue>
- Ministerio de Salud de la Nación. (s. f.-b). Materiales para población. Argentina.gob.ar. Recuperado el 5 de abril de 2026, de <https://www.argentina.gob.ar/materiales-para-poblacion>
- Mirzoeff, N. (2003). *Una introducción a la cultura visual*. Paidós.
- Mitchell, W. J. T. (2009). Teoría de la imagen: ensayos sobre representación verbal y visual. Akal.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *La comunicación estratégica en la salud pública para el cambio de comportamiento*. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-06/ce172-16-s-comunicacion-cambio-comportamiento.pdf>
- Pantoja, M. C. (2022). Medicina y cultura visual: La fotografía en revistas científicas y la producción de conocimiento médico experimental en Argentina, 1890-1915. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 29(3), 703-723. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702022000300007>
- Rozenbaum, D. (2022). El rol y la responsabilidad social del diseñador en la construcción de mensajes visuales del área de salud: campañas de prevención del cáncer de mama en la Ciudad de Buenos Aires. *Cuadernos del Centro de Estudios en Diseño y Comunicación*, 165, 201-229. <https://doi.org/10.18682/cdc.vi165.7032>
- Vargas Huanca, G. (2021). *Aproximación a los conceptos de campo, habitus, capital y violencia simbólica de Bourdieu*. *Puriq*, 3(2), 205-214. <https://doi.org/10.37073/puriq.3.2.166>
- Yepes Muñoz, R. D. (2021). El concepto de cultura visual. *Revista Académica Estesis*, 11, 8-27. <https://doi.org/10.37127/25393995.134>



# Evaluación agroecológica de un agroecosistema de la Localidad de Sumamao, Departamento Silipica, Provincia de Santiago del Estero.

Por: Tec. Sergio Eduardo Maldonado

Universidad Católica de Santiago del Estero

## Introducción

La intensificación de los sistemas agrícolas ha generado profundos cambios estructurales y funcionales en los agroecosistemas. La incorporación creciente de tecnología y el reemplazo de ecosistemas nativos por cultivos anuales han aumentado históricamente la productividad de las tierras, pero han tenido impactos negativos sobre los ciclos minerales, los flujos de la energía, el proceso hidrológico, la estabilidad y fertilidad de los suelos, el hábitat y la biodiversidad (Bilenca et al., 2012; Newbold, 2018; Somoza et al., 2021).

América Latina es una de las regiones con mayores tasas de cambio de uso del suelo en el mundo (Baeza y Paruelo, 2018). En Argentina, las transformaciones económicas, financieras y culturales han llevado a una intensificación de los sistemas agrícolas, lo que ha generado altos costos ambientales y sociales (Pengue y Rodríguez, 2018; Sarandón, 2020). Este proceso de "modernización" del agro comenzó en la década de 1970 y se profundizó en la década de 1990, convirtiéndose en un modelo de agronegocios (Maldonado, 2019).

Este proceso de intensificación agrícola y los conflictos asociados también se manifiestan en la agricultura familiar, actividad que contribuye de manera significativa a los Productos Brutos Geográfico local (Zulaica et al., 2019).

En este contexto, es cada vez más evidente la necesidad de cambiar el enfoque utilizado en la gestión de agroecosistemas, privilegiando el sostenimiento de la viabilidad de los sistemas ecológicos, sociales y económicos (Tittone, 2020). Mientras numerosas explotaciones

a escala comercial inician un proceso de transición hacia prácticas de menor impacto ambiental, emergen otras experiencias alternativas al modelo de producción convencional, centradas en bases agroecológicas (Molpeceres et al., 2020b).

La agroecología es un enfoque alternativo y sistémico que se basa en el conocimiento local y ecológico y contribuye a la mejora del capital social, minimizando los insumos externos sintéticos y tóxicos (Wezel et al., 2014). En Santiago del Estero, la ONG BePe (Bienaventurados los Pobres) comenzó a interactuar con comunidades campesinas del Oeste santiagueño desde hace más de 30 años mediante el intercambio y recuperación de saberes y prácticas agroecológicas-ancestrales para las comunidades. El sostenimiento y fortalecimiento de la organización comunitaria y zonal a través de las Mesas Zonales de Tierras, ha permitido fortalecer, sostener y construir nuevos vínculos con otros espacios comunitarios locales, provinciales como organizaciones civiles, Mesa Provincial de Tierra, Movimiento Campesino de Santiago del Estero (MOCASE), Asociaciones de pequeños productores campesinos, Movimientos regionales, nacionales como MAELA, Asamblea Campesina e indígena del Norte Argentino (ACINA). REDAF, RAPAL, e instituciones estatales como el INTA y LA SAF (Secretaría de Agricultura Familiar), (Souza Casadinho Javier, 2013)

Aunque el significado del concepto de sustentabilidad no posee un consenso generalizado, esta noción atraviesa el modelo productivo emergente y alcanza un reconocimiento cada vez mayor como un propósito a seguir. En este sentido, recientemente, en la Cumbre para el Desarrollo Sostenible celebrada en 2015, los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)

aprobaron la Agenda 2030 con 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), tendientes a disminuir la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia y hacer frente al cambio climático. Por lo tanto, es importante continuar avanzando en propuestas interdisciplinarias e interinstitucionales que contribuyan a la formulación de políticas públicas centradas en la planificación de las áreas de interfaz urbano-rural.

Sobre la base de los requisitos de la agricultura sustentable (ser suficientemente productiva, económicamente viable, ecológicamente adecuada y social y culturalmente aceptado) (Sarandón, 2002), se construyeron indicadores para evaluar 3 objetivos en forma simultánea (económico, ecológico y sociocultural), basados en las siguientes hipótesis:

**Hipótesis Económica:** un sistema será económicamente sustentable si puede proveer la autosuficiencia alimentaria y productiva, ingreso anual por familia y si disminuye el riego económico en el tiempo.

**Hipótesis Ecológica:** un sistema será ecológicamente sustentable si conserva o mejora la base de los recursos productivos y evita o disminuye el impacto sobre los recursos extra prediales. Se considera los recursos propios y el impacto ambiental externo.

**Hipótesis sociocultural:** un sistema se considera sustentable si mantiene o mejora el capital social, ya que éste es el que pone en funcionamiento el capital natural o ecológico.

### Objetivos del estudio

#### General

Evaluar el desempeño agroecológico de la unidad productiva agrícola, mediante la utilización de la metodología TAPE-FAO, en la localidad de Sumamao, Departamento Silípica, Provincia de Santiago del Estero.

#### Específicos

- Describir el entorno contextual y el agroecosistema de estudio localizado en Sumamao.
- Analizar el agroecosistema en las dimensiones agroecológicas con sus indicadores (ambiental, social, cultural y económica).
- Realizar propuestas de prácticas en los puntos críticos del desempeño agroecológico en la unidad productiva.

### Contextualización

La finca de estudio es una unidad productiva, la cual está ubicada en el paraje rural Sumamao del Dpto. Silípica, provincia de Santiago del Estero, Argentina (Figura 1).

El área departamental está inmersa en el Sistema de riego del Río Dulce y pertenece a la Zona IV en el Proyecto del Río Dulce y a la zona productiva homogénea (ZPH) 6. Tiene una población de 9.846 habitantes, que representan aproximadamente el 0,94 % del total provincial, con rasgos rurales marcados y un alto porcentaje de NBI de un 33,8 % sobre un total de 3.132 hogares censados.

Según datos del CNA 2018 en el Dpto. Silípica hay un total de 320 EAPs de las cuales 304 corresponden a EAPs con límites definidos (158 EAPs son de hasta 5 has) y 16 EAPs sin límites definidos. Se puede observar que el departamento presenta un alto porcentaje de explotaciones campesinas. En el departamento se realizan los cultivos de hortalizas (cebolla, melón, sandía, batata); forrajeras (alfalfa especialmente); cereales (trigo y maíz) y oleaginosas (soja y en menor proporción algodón). En cuanto a la actividad pecuaria, en el departamento se destacan el ganado caprino con un total de 8855 cabezas, seguida por el ganado bovino (carne y leche) con 1655 cabezas, porcinos con 4910 cabezas, 1842 equinos- asnales y mulares que son usados como medio de movilidad y trabajo de campo y ovinos con 580 cabezas. (Datos del CNA 2018).

En la región de Sumamao, ubicada en el Departamento Silípica, el sector agrario preponderante es el de Agricultores Familiares Campesinos de subsistencia. Estos agricultores poseen pequeñas unidades productivas-domésticas caracterizadas por su lógica de producción centrada en la reproducción ampliada de la familia.

Estas unidades son diversificadas e incluyen cercos, huertas, cultivos de alfalfa, así como la cría de caprinos, porcinos, ovinos, equinos y aves de corral. Además, hacen uso del monte tanto para alimentar a los animales como para satisfacer las necesidades alimenticias de la familia.

Este tipo de agricultores experimenta condiciones de tenencia de tierra precarias, lo que potencialmente genera conflictos. Su modelo de producción implica la utilización de mano de obra familiar, con una presencia mínima de infraestructura básica, como agua, salud, vivienda y educación, así como una escasa incorporación de tecnología. La comercialización de sus productos se realiza en circuitos informales, y sus ingresos provenientes de la venta de productos agrarios son insuficientes para garantizar su supervivencia. Por ende, complementan sus ingresos mediante la venta de su fuerza de trabajo, ya sea como trabajadores migrantes o en campos vecinos, y a través de planes sociales como la Asignación Universal por Hijo, jubilaciones y pensiones no contributivas.

La Localidad de Sumamao se encuentra dentro del dpto. Silípica, a 47 km de la ciudad Capital. Se puede llegar a dicho departamento por dos accesos principales (Recursos materiales y naturales) ellas son: la Ruta Nacional N° 9 y la Ruta Provincial N° 28 (Independencia Prolongación) que está asfaltada desde la ciudad capital hasta la localidad de Sumamao, a donde cambia de nombre y se convierte en el Camino Real. El resto de los caminos principales son enripiados en su gran mayoría, el estado en general es regular, presentándose problemas en períodos de lluvia o de sequías muy prolongadas.

La Localidad de Sumamao cuenta con las siguientes Instituciones Públicas Provinciales y/o Municipales:

- \* 1 comisión Municipal (categoría simple)
- \* 1 Escuela primaria (con edificio propio)
- \* 1 jardín municipal (sin edificio)
- \* 1 Itinerancia nivel secundario (sin edificio)
- \* 1 sala de primeros auxilios (con edificio propio, sin insumos)
- \* 1 destacamento policial (sin funcionamiento y sin edificio propio)
- \* 1 Iglesia.
- \* 1 Registro Civil (con edificio propio).
- \* 1 Organización Social : Unión de los trabajadores de la tierra (UTT)

La familia del productor está conformada por el propio agricultor, su esposa, dos hijas menores, un hijo mayor con su pareja, y una hija mayor con su pareja e hija. Todos ellos participan de manera activa en las labores agrícolas y pecuarias, y residen en el predio en viviendas individuales. El productor, jubilado, ha dedicado la totalidad de su vida a la actividad agrícola, acumulando experiencia previa en diversas fincas del cinturón hortícola de la Provincia de Buenos Aires. Los ingresos de esta familia provienen principalmente de la jubilación del productor, a los cuales se suman los obtenidos por la venta de hortalizas, huevos, miel, productos del vivero forestal, leña, carbón, lechones y cabritos. Las viviendas, construidas como módulos sociales por la comisión municipal, cuentan con baño y pozo, pero carecen de suministro eléctrico. El agua para uso personal proviene tanto de una planta potabilizadora en Campo Alegre, a 10 km del paraje, como de lo cosechado a través del sistema de captación del proyecto especial del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (PE 1130/2017), sin tratamiento de potabilización. En lo que respecta a su participación en organizaciones, ya sea formales o informales, su única experiencia ha sido contribuir en la construcción de 14 cisternas de manera comunitaria.





Figura 1  
Ubicación del agroecosistema del productor  
Nota: Georeferencia: Latitud -28°09'12"S Longitud -64°06'35"W. Tomado de  
<https://earth.google.com/web/search/Sumamao,+Santiago+del+Estero>

El agroecosistema tiene una superficie de 40 has de las cuales el 70% es el espacio productivo y la familia son poseedores con ánimo de dueño, el agroecosistema está integrado por los siguientes subsistemas o componentes:

**Sub-sistema Huerta:** aproximadamente 700 m<sup>2</sup> con riego por goteo en las que se cultiva cebollas, acelga, perejil, lechuga, remolacha, zanahoria, berenjena, frutilla, hay frutales del secano, un vivero de plantaciones autóctonas. Cercada con monte y palo a pique. Se usa abono de cabra para abonar la huerta y parte de la semilla la obtienen del programa Prohuerta del ministerio de desarrollo de la Nación y la otra parte de la cosecha de su propia semilla. En la huerta no se aplican productos químicos, pero si, para el control de hormigas (Hormiguicida Cebo Granulado Hortal Mata Hormigas), y en el control de pájaros se usan las cintas con papeles metalizados. No le aplican productos químicos a los productos que son para alimentos directos de la familia. La verdura es para autoconsumo y venta a los vecinos.

**Sub-sistema Cerco:** Con una extensión de aproximadamente 1 hectárea, se cultiva maíz en asociación con cucurbitáceas durante la temporada estival. Este sector se encuentra estratégicamente ubicado en la parte trasera del terreno, en proximidad a la plantación de frutales. La adquisición de parte de la semilla se realiza de manera externa. Cabe destacar que no se lleva a cabo control químico para combatir las malezas; en cambio, para el control de insectos, se emplea un biopreparado elaborado a partir de polvo de azufre y sulfato de cobre. La dosis aplicada es de 250 cm<sup>3</sup> por mochila durante el proceso de fumigación.

**Sub-sistema Frutales:** tienen 10 frutales entre cítricos, ciruelos, manzana, durazneros e higueras. La fruta la usa para la alimentación familiar y parte se comercializa a vecinos.

**Subsistema Monte:** Se emplean frutas de algarrobo y chañar como alimentación complementaria para los cerdos, y se gestionan simultáneamente 20 colmenas.

**Sub-Sistema vivero y almacigo:** Se realiza reproducción de plantas forestales, plantines de aromáticas y algunas especies hortícolas

**Sub-sistema Ganadero:**

**Cerdos:** 3 madres y 1 padrillo, la producción de lechones para autoconsumo y venta.

**Cabras:** 25 cabras y 6 cabritos, para autoconsumo.

**Ovejas:** 23 ovejas y 1 cordero

**Caballos:** 1 para trabajo en la finca.

**Subsistema Granja:**

**Aves:** 8 pavos, 30 gallinas, los huevos y carne para autoconsumo.

- Compran alimento maíz ya que en los años críticos (falta de lluvia) no alcanzan a producir lo suficiente.

**Infraestructura:**

- Corrales precarios para las cabras y los chanchos.

- Deposito precario donde se guardan herramientas manuales

**Herramientas:**

- Arado de mansera y cincel tracción a sangre.

**Tecnología:**

- Sistema de riego por goteo obtenido por un proyecto Especial y Prohuerta.

- Paneles solares para la obtención de energía eléctrica para iluminar la vivienda.

**Asistencia técnica y financiera:**

- INTA e INAFCI.

- No tienen acceso al crédito ni a otro tipo de financiamiento.

**Prácticas agroecológicas**

La aplicación de técnicas agrícolas y pecuarias basadas en agricultura ecológica son el producto de una filosofía de vida que tiene la familia hacia el respeto al entorno y al ser humano. Primero la familia y luego la comercialización.

Las prácticas agroecológicas en este predio son el principal mecanismo para la producción agrícola y pecuaria y el manejo de residuos generados. Para los cultivos, se aplican abonos que se producen a partir de los residuos de animales (guanacos compostados), de biomasa de cultivos anteriores, también se aplican preparados orgánicos a partir del guano de origen animal y mantillo. Otra práctica tiene que ver con la asociación de cultivos, lo que permite manejar mayor diversidad biológica, mayor resistencia a plagas y enfermedades y una mayor oferta alimenticia para la familia.

**Seguridad Alimentaria**

Se evidencia notablemente la prioridad que tiene la Seguridad Alimentaria para la familia, pues el 90% de la producción está destinada a satisfacer las necesidades alimentarias familiares, no sólo de los que habitan en este predio, sino a las familias de sus hijos.

**Conservación de semillas**



Otro de los criterios utilizados en el predio es la conservación de semillas. Tienen como hábito a rescatar o cosechar semillas tanto del monte para el vivero forestal, como también de especies hortícolas de la huerta.

#### Recursos naturales

El agua que proviene de las captaciones de las lluvias almacenada en cisterna es destinada para el uso doméstico, y en tanto en aljibe y represa hacia los animales. Los cultivos cuentan con riego meteórico y sistema de riego por goteo. Además, el predio se caracteriza por poseer buena cobertura del monte, por lo tanto, la familia prioriza que se conserve dicho recurso teniendo en cuenta la importante función que cumple en cuanto a la conservación de biodiversidad, la regulación hídrica y la protección del suelo.

El suelo es un componente de gran relevancia en este predio. Allí se aplican las siguientes técnicas: la labranza mínima, la fertilización se realiza con urea (NPK) en situaciones puntuales y se prioriza el subsistema frutal a partir de abonos orgánicos realizados a partir de los Subproductos de la finca, el mantenimiento de la cobertura vegetal para evitar la erosión. Tales técnicas favorecen las condiciones físicas, químicas y biológicas de este recurso y se convierten en propicias para la producción sin necesidad de la aplicación de insumos químicos.

#### Utilización de subproductos y aprovechamiento de recursos

En este caso, es uno de los más relevantes, puesto que en el predio se aprovechan al máximo los diferentes subproductos de los subsistemas. Los guanos de los animales se manejan a través del compostaje para la elaboración de abonos que, finalmente, se incorporan al suelo mejorando, sin duda alguna, la calidad de éste.

Los animales se alimentan de diferentes fuentes proteicas que se producen en la finca y el monte. Los animales de granja se alimentan con los subproductos de post cosecha de hortalizas. Las cabras, ovejas, cerdos, y caballos se alimentan a través del pastoreo en el monte, maíz producido en el mismo predio o compra.

### Metodología

Se analizará un sistema de producción, de la localidad de Sumamao del departamento Silipica, provincia de Santiago del estero. Como punto de partida para la evaluación del desempeño del sistema agroecológico, se utilizará la metodología TAPE. El objetivo general de este enfoque es generar y sistematizar evidencia sobre el desempeño de la unidad de producción en todas sus dimensiones: ambiental, social, cultural, económica, de salud y nutrición y de gobernanza (FAO, 2019).

La metodología parte de los 10 elementos de la agroecología (FAO, 2018) que, de acuerdo con Wezelet al. (2020), ofrecen de guía para el trabajo intergubernamental en una transición hacia sistemas agrícolas y alimentarios sostenibles. Los 10 elementos considerados – diversidad, creación conjunta e intercambio de conocimientos, sinergias, eficiencia, reciclaje, resiliencia, valores humanos y sociales, cultura y tradiciones alimentarias, gobernanza responsable y economía circular y solidaria – brindan orientación para llevar a cabo la transformación que permita superar el Reto del Hambre Cero y lograr otros múltiples ODS (FAO, 2018). Así, los elementos mencionados, conforman los aspectos clave de la sustentabilidad de los sistemas en sus distintas dimensiones (ecológicas, sociales, culturales, económicas, productivas y políticas).

Este enfoque asume una perspectiva agroecológica, se asumirá un enfoque participativo y de abajo hacia arriba, en el que se involucra al productor en el proceso de evaluación. Se tomarán en cuenta una serie de indicadores de desempeño agroecológico, como la diversidad de cultivos, el uso de prácticas agrícolas sostenibles, la conservación de la biodiversidad, la equidad social y económica, entre otros.

El objetivo de evaluación permitió determinar los puntos débiles o riesgos a la sustentabilidad del sistema de producción que el productor realiza, en su unidad productiva. Para esto, se desarrolló un conjunto de indicadores de fácil interpretación, que permitió a

interpretar las estrategias de manejo y poder realizar posteriores estudios de monitoreo y evaluación de tendencias. El análisis se realizó a nivel del predio. Las dimensiones de análisis que se emplearon fueron ambientales, económicas y sociales; debidas a la condición multidimensional de la sustentabilidad.

La información primaria de la presente experiencia se obtuvo a través de entrevistas realizadas al productor (Anexo I). La escala de análisis fue a nivel espacial en el ámbito de la finca y a nivel temporal, fue en un periodo productivo. Para el desarrollo de los indicadores se tuvo en cuenta la información disponible y las experiencias en el tema desarrollados por diversos autores para el tratamiento en sistemas agroecológicos a nivel de finca. La totalidad de los indicadores seleccionados corresponden a tipo de indicadores de presión y estado, no se consideró del tipo respuesta, dada la temporalidad del estudio empleada.

Otro aspecto considerado en la elección de los indicadores fue su practicidad, facilidad de recolección y medición, y robustez; es decir la capacidad de integrar varios datos pertinentes. Se desarrolló un conjunto de indicadores: diversidad, sinergia, eficiencia, resiliencia, reciclaje, creación conjunta e intercambio de conocimientos, valores humanos y sociales, cultura y tradiciones alimentarias, economía circular y solidaria, Gobernanza responsable (Tabla N° 1 al 10) según dimensiones de análisis, criterios de diagnóstico, que brindan la información pertinente para el estudio del desempeño agroecológico.

TABLA N° 1 al 10: indicadores de desempeño agroecológico, con en que se busca comprender los valores, necesidades y metas del productor, así como las condiciones ecológicas, sociales y económicas del entorno en el que se desarrolla el sistema de producción agrícola.

Estos indicadores se analizan a partir de su propia escala descriptiva con puntajes que van del 0 al 4.

### Indicadores

**Diversidad:** El elemento “Diversidad”, considerado como un concepto analítico, se define como: “fundamental en las transiciones agroecológicas para garantizar la seguridad alimentaria y la nutrición y, al mismo tiempo, conservar, proteger y mejorar los recursos naturales”. También es importante contar con diversidad de actividades generadoras de ingreso familiar, tales como la venta de cultivos, plantas, productos elaborados, animales y/o servicios (turismo, venta de fertilizantes biológicos, etc.). De este modo, es posible identificar índices descriptivos para su análisis.

TAPE propone 4 indicadores descriptivos para este elemento: Diversidad de cultivos; Diversidad de animales; Diversidad de árboles y plantas; y Diversidad de actividades económicas productos y servicios.

Como vemos a continuación:



| Elemento   | Indicador    | 0                                       | 1                                                              | 2                                                                  | 3                                                                                                                 | 4                                                                                                                                                        |
|------------|--------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diversidad | Cultivo (A)  | Monocultivo                             | Un cultivo cubre más del 80% del área cultivada                | 2 o 3 cultivos con área cultivada significativa                    | Más de 3 cultivos con un área cultivada significativa, adaptada a las condiciones climáticas locales y Cambiantes | Más de 3 cultivos de diferentes variedades adaptados a las condiciones locales, espacialmente diversificada con cultivos múltiples, poli o intercultivos |
|            | Animales (B) | No se crían animales                    | Una sola especie                                               | 2 o 3 especie con pocos animales                                   | Más de 3 especies con un número significativo de animales                                                         | Más de 3 especies con diferentes razas bien adaptadas a las condiciones climáticas locales y cambiantes                                                  |
|            | Arboles (C)  | Sin árboles (ni otras plantas perennes) | Pocos árboles (y/u otras plantas perennes) de una sola especie | Algunos árboles (y/u otras plantas perennes) de más de una especie | Número significativo de árboles (y/u otras plantas perennes) de diferentes especies                               | Gran cantidad de árboles (y/u otras plantas perennes) de diferentes especies integradas dentro de la tierra para cultivo.                                |

Tabla 1: A=4, B=4 y C=3  
Indicador Diversidad (ID)  
 $ID = [(A+B+C) * 100 / 12] = 91,66 \%$

**Sinergia:** La creación de sinergias mejora las funciones clave que respaldan la producción y múltiples servicios de los ecosistemas. Este indicador también describe parte de las prácticas agroecológicas implementadas en el terreno, pero más específicamente, describe las compensaciones recíprocas que pueden ocurrir entre los sistemas naturales y humanos al aplicar técnicas y prácticas agroecológicas. A mayor integración entre los elementos del sistema, mayor puntaje se otorgará.

Este análisis se centra en la reutilización y conexión de varios componentes del sistema agrícola-ganadero, como el uso del estiércol como fertilizante, el aprovechamiento de pasturas, y la utilización de residuos vegetales de cosecha, como rastrojos, para diversos propósitos. El objetivo es evaluar cómo estos elementos contribuyen a mejorar la eficiencia del sistema de producción y a fortalecer las funciones clave de los sistemas alimentarios. Se propone una escala de niveles que va desde la falta de integración hasta una integración completa para facilitar el análisis.

Para el análisis se utiliza 3 indicadores: Integración cultivo-ganadería, Gestión suelo – planta y Conectividad entre elementos agroecosistema y paisaje.



| Elemento | Indicador                                                                                            | 0                                                                                                                                                                                                                | 1                                                                                                                                                                                                                                                   | 2                                                                                                                                                                                                                                          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sinergia | Integración cultivo-ganadería (A)                                                                    | Sin sinergia: los animales se alimentan con el alimento comprado y su estiércol no se utiliza para la fertilidad del suelo (o no hay animales)                                                                   | Baja integración: los animales se alimentan principalmente con alimento comprado, su estiércol se utiliza como fertilizante.                                                                                                                        | Integración media: Los animales se alimentan por los forrajes producido en la finca, su estiércol se utiliza como fertilizante.                                                                                                            | Alta integración: Los animales se alimentan por los forrajes producido en la finca, residuos de cultivos y/o pastoreo, su estiércol se utiliza como fertilizante y proporcionan un servicio.                                                                                                        | Integración completa: los animales se alimentan exclusivamente de forrajes producidos en la finca, residuos de cultivo y pastoreo. El estiércol se recicla para la fertilización y proporcionan más de un servicio.                                                                     |
|          | Gestión suelo – planta (B)                                                                           | No hay sinergia en la gestión del sistema suelo-plantas, con un bajo porcentaje de cobertura, falta de rotación de cultivos, una alta presión de pastoreo y un alto grado de disturbio/alteraciones en el suelo. | Baja sinergia, con una gestión deficiente en la relación suelo-plantas. El porcentaje de cobertura es bajo, la rotación de cultivos es limitada, la presión de pastoreo es alta y hay un grado significativo de disturbio/alteraciones en el suelo. | Gestión del sistema suelo-plantas de nivel medio. El porcentaje de cobertura es moderado, se realiza alguna rotación de cultivos, la presión de pastoreo es moderada y el grado de disturbio/alteraciones es significativo pero manejable. | Alta sinergia y gestión eficiente en la relación suelo-plantas. El porcentaje de cobertura es adecuado tanto antes como después de la cosecha, se implementa una rotación de cultivos efectiva, la presión de pastoreo es equilibrada y se minimiza el grado de disturbio/alteraciones en el suelo. | Excelente gestión del sistema suelo-plantas con una sinergia óptima. El porcentaje de cobertura es alto, se realiza una rotación de cultivos eficiente, la presión de pastoreo se gestiona de manera sostenible y se minimiza al máximo el grado de disturbio/alteraciones en el suelo. |
|          | Integración con árboles (bosque nativo, sistema silvopastoril, monte frutal, plantación forestal (C) | No hay integración con árboles o plantas perennes en el sistema productivo, o la cantidad es insignificante y no se aprovechan para obtener productos o servicios.                                               | Baja integración con árboles o plantas perennes, con presencia mínima y un aprovechamiento o limitado de los mismos.                                                                                                                                | Integración media con árboles o plantas perennes, con una cantidad razonable en el sistema y un aprovechamiento moderado para obtener productos o servicios.                                                                               | Alta integración con árboles o plantas perennes, con una presencia significativa en el sistema y un aprovechamiento efectivo para obtener una variedad de productos y servicios.                                                                                                                    | Excelente integración con árboles o plantas perennes, con una abundancia significativa de árboles y plantas perennes que se utilizan de manera óptima para obtener una amplia gama de productos y servicios.                                                                            |

Tabla 2: A=2, B=2 y C=3

Indicador Sinergia (IS)

$$IS = [(A+B+C) * 100 / 12] = 58,33 \%$$

Eficiencia: Estos indicadores abordan cómo se comporta el sistema productivo ante la utilización de los recursos naturales, logrando mejores puntuaciones aquellos casos en que se apliquen prácticas agroecológicas para optimizar dichos recursos, abarca la autonomía de los sistemas productivos para producir y adquirir insumos, la gestión de la fertilidad del suelo mediante prácticas agroecológicas, el enfoque ecológico en el manejo de plagas y enfermedades, y la capacidad de la producción agropecuaria para satisfacer las necesidades del hogar y generar ingresos adicionales, considerando actividades dentro de la finca, como la producción de alimentos y la comercialización de insumos ecológicos. La sostenibilidad se mide a través de la reducción del uso de insumos externos y la promoción de prácticas ecológicas en todos los aspectos del sistema agropecuario.

Para el análisis se utiliza 3 indicadores: Uso de insumos externos, Gestión de la fertilidad del suelo, Manejo de plagas y enfermedades, Productividad y necesidades del hogar.

| Elemento   | Indicador                                 | 0                                                                                                                                                                                                                                                | 1                                                                                                                                                                                            | 2                                                                                                                                                                                   | 3                                                                                                                                                                                          | 4                                                                                                                                                                                                                              |
|------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Eficiencia | Uso de insumos externos (A)               | Baja eficiencia, con una dependencia significativa de insumos externos y una falta de autonomía en la producción y adquisición de insumos. Escaso vínculo con la comunidad y limitadas redes de contacto entre agricultores para la integración. | Eficiencia limitada, con alguna capacidad de producir o adquirir insumos, pero aún se depende en gran medida de insumos externos. Vínculos con la comunidad y redes de contacto incipientes. | Eficiencia media, con una capacidad razonable de producir o adquirir insumos y un grado moderado de autonomía. Algunos vínculos con la comunidad y redes de contacto en desarrollo. | Alta eficiencia, con una sólida capacidad de producción y autoabastecimiento de insumos, y un buen grado de autonomía. Vínculos sólidos con la comunidad y redes de contacto establecidas. | Máxima eficiencia, con una completa autonomía en la producción y adquisición de insumos, incluyendo el intercambio y obtención de insumos regionales. Vínculos sólidos con la comunidad y redes de contacto bien establecidas. |
|            | Gestión de la fertilidad del suelo (B)    | Baja eficiencia en la gestión de la fertilidad del suelo, con un uso regular y exclusivo de fertilizantes sintéticos. Falta de implementación de prácticas agroecológicas para mejorar la fertilidad del suelo.                                  | Eficiencia limitada, con un uso parcial de fertilizantes químicos y una falta de prácticas agroecológicas para mejorar la fertilidad del suelo.                                              | Eficiencia media, con un uso moderado de fertilizantes químicos y algunas prácticas agroecológicas implementadas para mejorar la fertilidad del suelo.                              | Alta eficiencia, con un uso limitado de fertilizantes químicos y una sólida implementación de prácticas agroecológicas para mejorar la fertilidad del suelo.                               | Máxima eficiencia, con un enfoque completo en prácticas agroecológicas para manejar la fertilidad del suelo y ningún uso de fertilizantes químicos.                                                                            |
|            | Manejo de plagas y enfermedades (C)       | Baja eficiencia en el manejo de plagas y enfermedades, con un uso regular y exclusivo de pesticidas químicos y medicamentos. Falta de implementación de prácticas ecológicas en este aspecto.                                                    | Eficiencia limitada, con un uso parcial de pesticidas químicos y medicamentos, pero aún con una dependencia significativa de ellos. Escasa implementación de prácticas ecológicas.           | Eficiencia media, con un uso moderado de pesticidas químicos y medicamentos, y algunas prácticas ecológicas implementadas para abordar plagas y enfermedades.                       | Alta eficiencia, con un uso limitado de pesticidas químicos y medicamentos, y una sólida implementación de prácticas ecológicas para el manejo de plagas y enfermedades.                   | Máxima eficiencia, con un enfoque completo en sustancias y prácticas ecológicas para el manejo de plagas y enfermedades, sin uso de pesticidas químicos ni medicamentos.                                                       |
|            | Productividad y necesidades del hogar (D) | Baja eficiencia en la satisfacción de las necesidades del hogar a través de la producción agropecuaria. Situaciones de pobreza o vulnerabilidad reflejadas en puntuaciones bajas. Falta de excedente monetario para compras y ahorro.            | Eficiencia limitada, con algunas necesidades del hogar satisfechas, pero con situaciones de pobreza o vulnerabilidad evidentes. Excedente monetario limitado para compras y ahorro.          | Eficiencia media, con satisfacción razonable de las necesidades del hogar y una situación económica moderada. Excedente monetario ocasional para compras y ahorro.                  | Alta eficiencia, con la mayoría de las necesidades del hogar satisfechas y una situación económica estable. Excedente monetario frecuente para compras y ahorro.                           | Máxima eficiencia, con todas las necesidades del hogar satisfechas y una situación económica sólida. Excedente monetario constante para compras y ahorro.                                                                      |
| Eficiencia |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |

Tabla 3: A=2, B=3, C=3 y D=2

Indicador Eficiencia (IE)

$$IE = [(A+B+C+D) * 100 / 16] = 62,5 \%$$



Reciclaje: Reciclar más significa una producción agrícola con menos costos económicos y ambientales. Este elemento se puede considerar como la piedra angular para que puedan existir y evolucionar los ecosistemas y está íntimamente asociada a la reutilización de recursos. Lo que para un sistema es un "residuo", para otro se convierte en su "materia prima". El desperdicio no existe como tal en la naturaleza, es un concepto humano. Mediante interacciones complejas entre distintos agentes biológicos (animales, plantas, hongos y microorganismos) se descomponen los "residuos" en los elementos químicos que los forman, almacenándolos en el sistema para que otros procesos los utilicen.

Para el análisis se utiliza 4 indicadores: Reciclaje de biomasa y nutrientes, Ahorro de agua, Manejo de semilla y raza, Uso y producción de energía renovable.

| Elemento  | Indicador                                 | 0                                                                                                                                                                                                                                                 | 1                                                                                                                                                                                                               | 2                                                                                                                                                                                                                       | 3                                                                                                                                                                                                                                                | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reciclaje | Reciclaje de biomasa y nutrientes (A)     | Bajo reciclaje, con un aprovechamiento mínimo de la biomasa y los nutrientes en el sistema. Se observan prácticas que tienden a eliminar subproductos y residuos en lugar de reciclarlos                                                          | Reciclaje limitado, con un aprovechamiento insuficiente de la biomasa y los nutrientes en los procesos biológicos. Algunas prácticas de reciclaje están presentes pero no son implementadas de manera efectiva. | Reciclaje moderado, con un cierto grado de aprovechamiento de la biomasa y los nutrientes en los procesos biológicos. Se realizan prácticas de reciclaje de manera consciente, aunque no de manera óptima.              | Alto reciclaje, con un aprovechamiento significativo de la biomasa y los nutrientes en los procesos biológicos. Se adoptan prácticas efectivas de reciclaje, lo que contribuye a una alta eficiencia en la reutilización de recursos biológicos. | Máximo reciclaje, con un aprovechamiento excepcional de la biomasa y los nutrientes en los procesos biológicos. Se implementan prácticas avanzadas de reciclaje de manera planificada y eficiente, lo que resulta en una utilización óptima de recursos biológicos.                         |
|           | Ahorro de agua (B)                        | Bajo ahorro de agua, con prácticas que no promueven la captación y el almacenamiento eficiente de agua, y que no disminuyen su pérdida. No se implementan estrategias para mejorar la capacidad de retención de agua en el suelo y la vegetación. | Ahorro de agua limitado, con algunas prácticas que intentan incrementar la captación y el almacenamiento de agua, pero no de manera efectiva. Se observa cierta pérdida de agua en el sistema.                  | Ahorro de agua moderado, con un grado razonable de prácticas que aumentan la captación y el almacenamiento de agua, lo que contribuye a un ahorro significativo en el suministro de agua a los cultivos y la ganadería. | Alto ahorro de agua, con prácticas efectivas que incrementan la captación y el almacenamiento de agua, lo que resulta en un ahorro importante en el riego y en la alimentación de la ganadería.                                                  | Máximo ahorro de agua, con prácticas avanzadas que optimizan la captación y el almacenamiento de agua, lo que genera un ahorro excepcional en el suministro de agua. Además, se implementan estrategias de retención de agua en el suelo y la vegetación de manera planificada y eficiente. |
|           | Manejo de semilla y raza (C)              | Baja autonomía en el aprovisionamiento de semillas y animales, dependencia significativa de insumos externos. Escasa diversidad genética gestionada a nivel local o regional.                                                                     | Autonomía limitada en la obtención de semillas y animales, con cierta capacidad para producir o gestionar localmente, pero todavía dependiente en gran medida de insumos externos.                              | Moderada autonomía en la gestión de semillas y animales, con un nivel razonable de diversidad genética producida, intercambiada o gestionada a nivel local o regional.                                                  | Alta autonomía en el aprovisionamiento de semillas y animales, con una cantidad significativa de semillas y animales de diversidad genética producidos, intercambiados o gestionados a nivel local o regional.                                   | Máxima autonomía en el manejo de semillas y razas, con una gestión robusta de insumos internos, incluyendo una diversidad genética sustancial producida, intercambiada o gestionada de manera eficiente a nivel local o regional.                                                           |
|           | Uso y producción de energía renovable (D) | Nulo o muy limitado uso de energías renovables en el sistema productivo, dependencia total de fuentes de energía no renovable (combustibles fósiles, electricidad convencional).                                                                  | Uso mínimo de energías renovables en el sistema productivo, con una pequeña implementación de tecnologías o estrategias de energía renovable.                                                                   | Uso moderado de energías renovables en el sistema productivo, con una implementación razonable de tecnologías o estrategias de energía renovable.                                                                       | Uso significativo de energías renovables en el sistema productivo, con una implementación sustancial de tecnologías o estrategias de energía renovable.                                                                                          | Uso óptimo de energías renovables en el sistema productivo, con una implementación eficiente y extensa de tecnologías o estrategias de energía renovable, lo que reduce significativamente el impacto ambiental y los costos energéticos a largo plazo.                                     |

Tabla 4: A=3, B=3, C=3 y D=1

Indicador Sinergia (IS)

$$IS = [(A+B+C+D) * 100 / 16] = 62,5 \%$$

Resiliencia: Este elemento, junto a eficiencia, describe las propiedades emergentes de los sistemas agroecológicos puesto que se hacen evidentes en la coexistencia e interacción con otros elementos. La resiliencia se puede definir como la capacidad para adaptarse a las situaciones adversas con resultados positivos, teniendo en cuenta no sólo factores individuales, sino también comunitarios y culturales. Aplicado a los ecosistemas, se emplea para señalar la capacidad de absorber perturbaciones y/o recuperarse, manteniendo sus características de estructura, dinámica y funcionalidad prácticamente intactas; pudiendo retornar a la situación previa a la perturbación tras el cese de la misma. Así, este elemento es fundamental para realizar un diagnóstico de los sistemas productivos, ya que está íntimamente relacionado con la diversidad: a mayor diversidad, mayor capacidad de recuperación luego de perturbaciones.

Para el análisis se utiliza 3 indicadores: Existencia de mecanismo para reducir la vulnerabilidad, Capacidad de adaptación al cambio climático, Resultado medio del elemento diversidad.

| Elemento    | Indicador                                                  | 0                                                                                                                                                                                                                                                      | 1                                                                                                                                                                                            | 2                                                                                                                                                                                                                                                           | 3                                                                                                                                                                                                                                                                | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Resiliencia | Existencia de mecanismo para reducir la vulnerabilidad (A) | Baja resiliencia, con ausencia de mecanismos sociales para reducir la vulnerabilidad. Falta de acceso a sistemas crediticios y de aseguramiento, así como a comunidades solidarias. Poca capacidad de recuperación después de crisis o perturbaciones. | Resiliencia limitada, con algunos mecanismos sociales disponibles, pero con un acceso limitado o cobertura irregular. Capacidad de recuperación parcial después de crisis o perturbaciones.  | Resiliencia media, con acceso razonable a mecanismos sociales para reducir la vulnerabilidad. Presencia de sistemas crediticios y de aseguramiento, así como comunidades solidarias. Capacidad de recuperación moderada después de crisis o perturbaciones. | Alta resiliencia, con un buen acceso a mecanismos sociales para reducir la vulnerabilidad. Existencia de sistemas crediticios y de aseguramiento sólidos, junto con comunidades solidarias. Capacidad de recuperación sólida después de crisis o perturbaciones. | Máxima resiliencia, con una disponibilidad excepcional de mecanismos sociales para reducir la vulnerabilidad. Amplio acceso a sistemas crediticios y de aseguramiento, así como a comunidades solidarias fuertes. Capacidad de recuperación óptima después de crisis o perturbaciones. |
|             | Capacidad de adaptación al cambio climático (B)            | Baja resiliencia, con frecuentes eventos climáticos severos en la zona y una capacidad limitada del sistema local/regional para superar o adaptarse a esos eventos.                                                                                    | Resiliencia limitada, con eventos climáticos severos que ocurren ocasionalmente en la zona y una capacidad parcial de superar o adaptarse a ellos.                                           | Resiliencia media, con eventos climáticos severos poco comunes en la zona y una capacidad razonable del sistema local/regional para superar o adaptarse a los impactos.                                                                                     | Alta resiliencia, con eventos climáticos severos raros en la zona y una capacidad sólida del sistema local/regional para superar o adaptarse a esos eventos.                                                                                                     | Máxima resiliencia, con eventos climáticos severos extremadamente raros en la zona y una capacidad excepcional del sistema local/regional para superar o adaptarse a los impactos.                                                                                                     |
|             | Resultado medio del elemento diversidad (C)                | Baja resiliencia, con un resultado medio del elemento "diversidad" cercano a 0, lo que indica una falta de diversidad en las prácticas agroecológicas y un sistema poco resiliente.                                                                    | Resiliencia limitada, con un resultado medio del elemento "diversidad" bajo, pero no nulo, lo que sugiere una cierta diversidad en las prácticas, pero aún no lo suficientemente resiliente. | Resiliencia media, con un resultado medio del elemento "diversidad" moderado, indicando una diversidad razonable en las prácticas agroecológicas y un sistema con cierta resiliencia.                                                                       | Alta resiliencia, con un resultado medio del elemento "diversidad" significativamente alto, denotando una diversidad sólida en las prácticas agroecológicas y un sistema bastante resiliente.                                                                    | Máxima resiliencia, con un resultado medio del elemento "diversidad" cercano a 4, lo que indica una diversidad excepcional en las prácticas agroecológicas y un sistema altamente resiliente.                                                                                          |

Tabla 5: A=2, B=2 y C=3

Indicador Resiliencia (IR)

$$IR = [(A+B+C) \cdot 100 / 12] = 58,33 \%$$



Cultura y tradiciones alimentarias: Este elemento, junto al de valores humanos y sociales, describen los componentes sociales de la agroecología.

Para el análisis se utiliza 3 indicadores: Dieta adecuada y conciencia nutricional, Identidad y conciencia local o tradicional, Uso de variedades, raza locales para elaboración de alimentos.

| Elemento    | Indicador                                      | 0                                                                                                                                                                                   | 1                                                                                                                                                     | 2                                                                                                                                              | 3                                                                                                                                                                               | 4                                                                                                                                                            |
|-------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Resiliencia | Dieta adecuada y conciencia nutricional (A)    | Carencia de suficiencia alimentaria para satisfacer las necesidades nutricionales, dieta altamente monótona y falta de conocimiento y aplicación de buenas prácticas nutricionales. | Algunos desafíos en la suficiencia alimentaria, dieta con cierta diversidad pero aún limitada, conocimiento básico de buenas prácticas nutricionales. | Suficiencia alimentaria mejorada, dieta con cierta variedad de alimentos y cierto conocimiento y aplicación de buenas prácticas nutricionales. | Suficiencia alimentaria adecuada para satisfacer las necesidades nutricionales, dieta diversificada y equilibrada, conocimiento y aplicación de buenas prácticas nutricionales. | Excelente suficiencia alimentaria, dieta altamente diversificada y equilibrada, conocimiento avanzado y aplicación óptima de buenas prácticas nutricionales. |
|             | Identidad y conciencia local o tradicional (B) | Ausencia de identidad local/tradicional arraigada y falta de respeto o presencia de costumbres y tradiciones.                                                                       | Débil identidad local/tradicional, con cierta falta de respeto o presencia de costumbres y tradiciones.                                               | Identidad local/tradicional moderada, con cierto nivel de respeto o presencia de costumbres y tradiciones.                                     | Identidad local/tradicional fuerte, con un buen nivel de respeto y presencia de costumbres y tradiciones.                                                                       | Identidad local/tradicional muy arraigada, con un alto nivel de respeto y presencia de costumbres y tradiciones.                                             |
|             | raza locales para elaboración de alimentos (C) | Consumo de alimentos no locales y falta de implementación de conocimientos y prácticas tradicionales.                                                                               | Consumo limitado de alimentos locales y escasa implementación de conocimientos y prácticas tradicionales.                                             | Consumo moderado de alimentos locales y cierta implementación de conocimientos y prácticas tradicionales.                                      | Consumo significativo de alimentos locales y una buena implementación de conocimientos y prácticas tradicionales.                                                               | Consumo mayoritariamente de alimentos locales y una fuerte implementación de conocimientos y prácticas tradicionales.                                        |

Tabla 6: A=2, B=3 y C=3  
Indicador Resiliencia (IR)  
 $IR = [(A+B+C) \cdot 100 / 12] = 66,66 \%$

Creación conjunta e intercambio de conocimientos: Este es considerado un elemento central en todas las transiciones agroecológicas, puesto que la des-mercantilización del acceso al conocimiento, como la valorización de los saberes de las propias comunidades, son claves para la construcción del sistema agroecológico.

Para el análisis se utiliza 3 indicadores: Mecanismo sociales para creación y transferencia horizontal de conocimiento, Acceso a conocimiento agroecológico e interés en agroecología, Participación de los productores en redes y organización de base.

| Elemento                                         | Indicador                                                                       | 0                                                                                                                                 | 1                                                                                                                                                                                                                                            | 2                                                                                                                                                                                                                                                               | 3                                                                                                                                                                                                                                                                  | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Creación conjunta e intercambio de conocimientos | Mecanismo sociales para creación y transferencia horizontal de conocimiento (A) | Ausencia de mecanismos sociales para la creación y transferencia de conocimientos y buenas prácticas.                             | Existencia de mecanismos, pero no funcionan en la práctica o tienen una participación limitada. No están centrados en agroecología ni son inclusivos.                                                                                        | Mecanismos sociales existentes, funcionales en cierta medida, con alguna participación y cierto enfoque en agroecología, pero no totalmente inclusivos.                                                                                                         | Mecanismos sociales funcionales y centrados en la agroecología, con una participación significativa de la comunidad y enfoque en la inclusión, pero con margen de mejora.                                                                                          | Mecanismos altamente funcionales, centrados en la agroecología, con una amplia participación y plena inclusión, con un alto grado de horizontalidad y apropiación comunitaria.                                                                                                                                              |
|                                                  | Acceso a conocimiento agroecológico e interés en agroecología (B)               | Ausencia de acceso al conocimiento agroecológico y desinterés total en la agroecología.                                           | Mínimo acceso al conocimiento agroecológico, con un conocimiento limitado de los principios de la agroecología y una implementación muy baja. Desconfianza en los principios agroecológicos y falta de involucramiento de jóvenes y mujeres. | Acceso limitado al conocimiento agroecológico, con cierto conocimiento de los principios de la agroecología, pero una implementación aún limitada. Algunos niveles de confianza en los principios agroecológicos y cierto involucramiento de jóvenes y mujeres. | Acceso moderado al conocimiento agroecológico, con un conocimiento razonable de los principios de la agroecología y una implementación en desarrollo. Algunos niveles de confianza en los principios agroecológicos y cierto involucramiento de jóvenes y mujeres. | Amplio acceso al conocimiento agroecológico, con un profundo conocimiento de los principios de la agroecología y una implementación avanzada. Alta confianza en los principios agroecológicos y un fuerte involucramiento de jóvenes y mujeres en la implementación y difusión de conocimientos y prácticas agroecológicas. |
|                                                  | Participación de los productores en redes y organización de base.(C)            | Aislamiento total del agricultor, sin relación con la comunidad, sin vínculos ni participación en redes u organizaciones de base. | Vínculos esporádicos o limitados con la comunidad, participación ocasional en redes u organizaciones de base, pero sin compromiso significativo.                                                                                             | Vínculos regulares con la comunidad, participación en redes u organizaciones de base con cierto grado de compromiso, pero sin una estabilidad sólida en la participación.                                                                                       | Buenos vínculos estables y permanentes con la comunidad, participación activa y compromiso en redes u organizaciones de base.                                                                                                                                      | Integración completa en la comunidad, participación activa y liderazgo en redes y organizaciones de base, con un alto grado de compromiso y estabilidad.                                                                                                                                                                    |

Tabla 7: A=1, B=2 y C=2

Indicador Creación conjunta e intercambio de conocimientos (ICCIC)

$$ICCIC = [(A+B+C) * 100 / 12] = 41,66 \%$$

Valores humanos y sociales: Los valores humanos y sociales en términos agroecológicos se refieren a principios éticos y sociales que guían la práctica de la agroecología y la relación de las personas con la agricultura y la naturaleza. Estos valores están destinados a promover la sostenibilidad, la equidad, la justicia y la armonía con el entorno natural.

Para el análisis se utiliza 4 indicadores: Empoderamiento de las mujeres, Trabajo, Empoderamiento juvenil y emigración, Bienestar animal.



| Elemento                   | Indicador                               | 0                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 4                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Valores humanos y sociales | Empoderamiento de las mujeres (A)       | No hay evidencia de empoderamiento de las mujeres en ninguna de las áreas mencionadas. Las mujeres tienen poca o ninguna influencia en la toma de decisiones, tienen un acceso limitado a los recursos y bienes, y no existen organizaciones de mujeres activas.  | Hay evidencia mínima de empoderamiento de las mujeres en al menos una de las áreas mencionadas, pero no en todas. Puede haber cierta influencia en la toma de decisiones, acceso limitado a algunos recursos o la presencia de organizaciones de mujeres con poco funcionamiento. | Se observa un nivel bajo de empoderamiento de las mujeres en la mayoría de las áreas. Puede haber una influencia limitada en la toma de decisiones, un acceso parcial a recursos y bienes, y la existencia de organizaciones de mujeres con un funcionamiento modesto. | Existe un nivel moderado de empoderamiento de las mujeres en la mayoría de las áreas. Las mujeres tienen una influencia significativa en la toma de decisiones, un acceso considerable a recursos y bienes, y organizaciones de mujeres activas y funcionales.                      | Las mujeres están empoderadas en todas las áreas mencionadas. Tienen un papel destacado en la toma de decisiones, acceso a una amplia gama de recursos y bienes, y participan activamente en organizaciones de mujeres que operan de manera efectiva. |
|                            | Trabajo (B)                             | La fuerza laboral está predominantemente compuesta por grandes empresas contratistas, y las condiciones laborales son extremadamente precarias. Los trabajadores enfrentan bajos salarios, exposición a riesgos significativos y falta de dignidad en el trabajo. | La composición de la fuerza laboral aún está dominada por grandes empresas contratistas, y las condiciones laborales son deficientes. Los trabajadores enfrentan salarios bajos, riesgos laborales y falta de dignidad en el trabajo.                                             | Existe una composición mixta en la fuerza laboral, con una presencia significativa de trabajadores agrícolas familiares, pero las condiciones laborales siguen siendo precarias. Los salarios son bajos, y las condiciones de trabajo son deficientes.                 | La mayoría de la fuerza laboral está compuesta por trabajadores agrícolas familiares, y las condiciones laborales han mejorado considerablemente. Los salarios son adecuados, y se han implementado medidas para reducir los riesgos laborales y mejorar la dignidad en el trabajo. | La fuerza laboral está compuesta en su mayoría por trabajadores agrícolas familiares, y las condiciones laborales son excelentes. Los trabajadores reciben salarios justos, trabajan en condiciones seguras y tienen dignidad en el trabajo.          |
|                            | Empoderamiento juvenil y emigración (C) | Los jóvenes tienen bajas expectativas sobre las actividades agropecuarias y desean emigrar debido a las condiciones laborales precarias. No se vislumbra una continuidad en las actividades productivas, y las perspectivas son negativas.                        | Los jóvenes tienen expectativas limitadas sobre las actividades agropecuarias y consideran emigrar debido a las condiciones laborales insatisfactorias. La continuidad en las actividades productivas es incierta.                                                                | Los jóvenes tienen algunas expectativas mixtas sobre las actividades agropecuarias, pero aún consideran la emigración como una opción debido a las condiciones laborales. La continuidad en las actividades productivas es incierta.                                   | Los jóvenes tienen expectativas positivas sobre las actividades agropecuarias y desean continuar en ellas, pero enfrentan condiciones laborales mejorables. La continuidad en las actividades productivas es posible.                                                               | Los jóvenes tienen expectativas muy positivas sobre las actividades agropecuarias y desean continuar en ellas. Las condiciones laborales son adecuadas y promueven su empoderamiento. La continuidad en las actividades productivas es probable.      |
|                            | Bienestar animal (D)                    | El bienestar animal es muy deficiente. Los animales enfrentan condiciones extremadamente precarias, hacinamiento, desnutrición, sed constante, estrés continuo y falta de atención veterinaria. Sufren de manera significativa.                                   | El bienestar animal es deficiente. Los animales enfrentan condiciones precarias, aunque algunas de sus necesidades básicas, como la alimentación y el agua, se satisfacen de manera irregular. Experimentan estrés y                                                              | El bienestar animal es insuficiente. Aunque se brindan condiciones básicas de alimentación y agua, existen deficiencias en otros aspectos, como espacio para el comportamiento natural, cuidado veterinario insuficiente y                                             | El bienestar animal es adecuado. Se proporcionan condiciones razonablemente buenas para los animales, incluida una alimentación y agua regulares, espacio para comportamiento naturales y atención veterinaria. El estrés es mínimo.                                                | El bienestar animal es excelente. Los animales tienen condiciones óptimas, pueden expresar su comportamiento natural sin restricciones y viven sin sufrimiento significativo. Se brinda atención veterinaria regular y adecuada.                      |

Tabla 8: A=3, B=2, C=2 y D=3

Indicador Valores Humnos y Sociales (IVHyS)

$$IVHyS = [(A+B+C+D) * 100 / 16] = 62,5 \%$$

**Economía Circular y Solidaria:** La agroecología busca fomentar la conexión entre productores y consumidores a través de una economía circular y solidaria que se centra en los mercados locales y apoya el desarrollo económico local. Esto promueve soluciones justas basadas en las necesidades, recursos y capacidades locales, lo que resulta en mercados más equitativos y sostenibles. La economía circular implica el rediseño de todo el sistema de producción, comercialización, consumo y descarte con un enfoque en la sostenibilidad desde la adquisición de materias primas. En resumen, se trata de crear un sistema más conectado, justo y sostenible que beneficie a la comunidad y al planeta.

Para el análisis se utiliza 3 indicadores: Productos y servicios comercializado localmente, Redes de productores, Sistema alimentario local.

| Elemento                      | Indicador                                           | 0                                                                                                                                        | 1                                                                                                                                                        | 2                                                                                                                                                            | 3                                                                                                                                                                              | 4                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Economía circular y solidaria | Productos y servicios comercializado localmente (A) | No existe acceso a mercados locales ni se comercializan productos localmente.                                                            | Existen mercados locales, pero las producciones locales tienen una presencia limitada en ellos o no son de buena calidad.                                | Se accede a mercados locales, y las producciones locales tienen cierta presencia y calidad, pero la relación entre la producción y los mercados es limitada. | Los mercados locales son accesibles, y las producciones locales se comercializan en estos mercados en una proporción significativa y con buena calidad.                        | Los mercados locales son sólidos, y las producciones locales tienen una fuerte presencia en ellos, se comercializan en gran cantidad y con excelente calidad. Además, se promueve activamente el comercio justo.        |
|                               | Redes de productores (B)                            | No existen redes de productores en la comunidad o territorio analizado                                                                   | Hay indicios de redes de productores, pero su existencia es limitada y no son muy efectivas.                                                             | Existen redes de productores en la comunidad o territorio, pero su funcionamiento es irregular o su impacto es modesto.                                      | Las redes de productores son una parte activa de la comunidad o territorio, y tienen un impacto positivo en la colaboración y el intercambio de conocimientos y recursos.      | Las redes de productores son sólidas y tienen un impacto significativo en la promoción de la agroecología, la colaboración entre productores y la creación de círculos virtuosos en la comunidad o territorio.          |
|                               | Sistema alimentario local (C)                       | No existen sistemas alimentarios locales, y la comunidad o territorio depende en gran medida de alimentos importados de larga distancia. | Existen algunos indicios de sistemas alimentarios locales, pero su presencia es limitada y no contribuyen significativamente a la autonomía alimentaria. | Hay sistemas alimentarios locales en la comunidad o territorio, pero su alcance es limitado, y la mayoría de los alimentos provienen de fuentes externas.    | Los sistemas alimentarios locales son una parte activa de la comunidad o territorio y contribuyen de manera significativa a la producción y distribución de alimentos locales. | Los sistemas alimentarios locales son sólidos y tienen un impacto significativo en la producción, distribución y consumo de alimentos locales, promoviendo la autonomía alimentaria y la economía circular y solidaria. |

Tabla 9: A=3, B=0 y C=2

Indicador Economía Circular y Solidaria (IECyS)

$$IECyS = [(A+B+C) * 100 / 12] = 41,66 \%$$

**Gobernanza responsable:** se refiere a la necesidad de establecer mecanismos de toma de decisiones transparentes y responsables en diferentes niveles, desde lo local hasta lo global, para promover una agricultura y alimentación sostenibles. Esto implica la rendición de cuentas, la inclusión de diversas partes interesadas y la equidad en el acceso a la tierra y los recursos naturales. La gobernanza adecuada es fundamental para apoyar la transición hacia prácticas agroecológicas y garantizar la justicia social y la conservación a largo plazo de suelos, biodiversidad y servicios ecosistémicos.

Para el análisis se utiliza 3 indicadores: Empoderamiento de los productores, Organizaciones y asociaciones de productores, Participación de los productores en la gobernanza de la tierra y los recursos naturales.



| Elemento               | Indicador                                                                                   | 0                                                                                                                                                                                       | 1                                                                                                                                                                                                                                      | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gobernanza responsable | Empoderamiento de los productores (A)                                                       | Ausencia de empoderamiento. Los agricultores tienen poco o ningún poder para adquirir derechos, ejercerlos o movilizar sus intereses. Carecen de capacidad de negociación o influencia. | Bajo empoderamiento. Los agricultores tienen un poder limitado en algunas áreas, pero en general, tienen poco control sobre la adquisición de derechos y la capacidad de influir en las políticas y programas agrícolas.               | Nivel moderado de empoderamiento. Los agricultores tienen cierto poder en la adquisición de derechos y la capacidad de influencia, pero aún enfrentan desafíos significativos en su capacidad de movilización.                                                                                     | Alto empoderamiento. Los agricultores tienen un poder sustancial para adquirir derechos, ejercerlos y movilizar sus intereses. Son capaces de influir en las políticas y programas agrícolas.                                                                                     | Máximo empoderamiento. Los agricultores tienen un control completo sobre la adquisición de derechos y la capacidad de influencia en la toma de decisiones relacionadas con la agricultura y la gestión de recursos naturales.                                                                                                                                                 |
|                        | Organizaciones y asociaciones de productores (B)                                            | Ausencia de participación. No existen mecanismos que permitan a los agricultores participar en la toma de decisiones sobre el uso de la tierra y los recursos naturales.                | Baja participación. Existen algunos mecanismos, pero su operatividad y eficacia son limitadas, y la participación de los agricultores es limitada o carece de influencia real en las decisiones.                                       | Participación moderada. Se cuentan con mecanismos de participación, pero su eficacia es moderada, y la influencia de los agricultores es parcial en las decisiones sobre el uso de la tierra y los recursos naturales.                                                                             | Alta participación. Los mecanismos de participación son efectivos, y los agricultores tienen un poder significativo en la toma de decisiones sobre el uso de la tierra y los recursos naturales.                                                                                  | Máxima participación. Los agricultores tienen un control completo y efectivo en la toma de decisiones sobre el uso de la tierra y los recursos naturales, y su influencia es determinante en las políticas y prácticas relacionadas con estos recursos.                                                                                                                       |
|                        | Participación de los productores en la gobernanza de la tierra y los recursos naturales (C) | Ausencia de organizaciones. No existen organizaciones de agricultores.                                                                                                                  | Baja participación. Existen organizaciones de agricultores, pero su rol se limita a proporcionar servicios básicos, como acceso a mercados e insumos. Su contribución a la defensa de derechos y apoyo a los agricultores es limitada. | Participación moderada. Las organizaciones de agricultores tienen un rol activo en la movilización de intereses que benefician a los agricultores, más allá de los servicios básicos. Contribuyen a la defensa de derechos y apoyan la conquista de nuevos derechos, pero su eficacia es moderada. | Alta participación. Las organizaciones de agricultores desempeñan un papel destacado en la defensa de derechos adquiridos y en el apoyo para la conquista de nuevos derechos. Tienen un alto nivel de transparencia en el manejo de recursos y generan confianza en la comunidad. | Máxima participación. Las organizaciones de agricultores tienen un papel fundamental en la movilización de intereses, la defensa de derechos y la conquista de nuevos derechos. Son altamente transparentes en el manejo de recursos y gozan de un alto nivel de confianza en la comunidad. Además, promueven activamente la participación de las mujeres en sus actividades. |

Tabla 10: A=1 B=2 y C=2  
Indicador Gobernanza Responsable (IGR)  
 $IGR = [(A+B+C) \cdot 100 / 12] = 41,66 \%$

## 1 Resultados

A partir de los resultados obtenidos, se procede al cálculo de los porcentajes correspondientes a cada elemento de la agroecología. El resultado final se expresa como el Grado de Transición a la Agroecología, representado en % CAET (Caracterización de la Transición Agroecológica).

Aunque no se establece un umbral prescriptivo específico, se considera que los sistemas que obtienen puntajes elevados en los 10 elementos están significativamente comprometidos con la transición agroecológica.

A modo de guía rápida de visualización de resultados esperados, se presenta la siguiente escala para identificar la tipología de transición:

| Valores        | Consideración | Tipología de Transición                  |
|----------------|---------------|------------------------------------------|
| < = 40%        | Baja          | No agroecológico                         |
| Entre 41 y 50% | Insuficiente  | No agroecológico (incipiente transición) |
| Entre 51 y 60% | Media         | En transición inicial                    |
| Entre 61 y 70% | Buena         | En transición agroecológica              |
| >70%           | Alta          | Sistema agroecológico                    |

A continuación, se presenta en el siguiente cuadro (Tabla 11) los resultados visuales al pie de cada indicador (tablas del 1 al 10) de la evaluación realizada:

| Elemento                                         | Valor de cada elemento |
|--------------------------------------------------|------------------------|
| Diversidad                                       | 91.66 %                |
| Sinergia                                         | 58.33 %                |
| Eficiencia                                       | 62.50 %                |
| Resiliencia                                      | 62.50 %                |
| Reciclaje                                        | 58.33 %                |
| Creación conjunta e intercambio de conocimientos | 66.66 %                |
| Valores humanos y sociales                       | 41.66 %                |
| Cultura y tradiciones alimentarias               | 62.50 %                |
| Economía circular y solidaria                    | 41.66 %                |
| Gobernanza responsable                           | 41.66 %                |
| <b>Total CAET</b>                                | <b>58.74 %</b>         |

Tabla 11

## Analisis

El uso de los indicadores permitió establecer cómo se encuentra en la actualidad la unidad de estudio respecto a la tipología de transición.

El CAET arrojó un resultado de consideración media, por lo cual se puede aseverar que la tipología de transición se encuentra en sus etapas iniciales.

Este resultado se debe a la evaluación conjunta de los indicadores, por lo cual es necesario hacer un análisis más direccionado para comprender cuáles son las variables o aspectos más críticos que llevan a estos resultados.

Mediante el uso de un gráfico poligono se comprende qué influencia tiene cada indicador en particular en el resultado final (Gráfico 2).

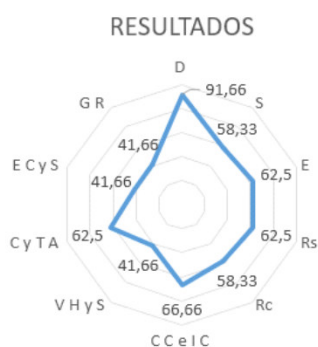


Gráfico 2 Polígono comparativo de indicadores

El sistema agroecológico presenta una diversidad destacable y eficiencia aceptable, contribuyendo a su resiliencia. Sin embargo, la sinergia requiere fortalecimiento y la implementación de prácticas adicionales de reciclaje podría mejorar la sostenibilidad ambiental. Aunque la creación de conocimientos es aceptable, los valores humanos y sociales, junto con la cultura alimentaria, necesitan mejoras. Se destaca la necesidad de atención en la economía circular, la gobernanza responsable y estrategias específicas para fortalecer estos aspectos. En conclusión, el sistema está en una transición inicial, con puntos fuertes a mantener y áreas críticas que requieren intervención para lograr una transición exitosa hacia la sostenibilidad.

## Propuestas

Para mejorar los puntos críticos identificados en el sistema agroecológico, se pueden considerar las siguientes propuestas:

**Fortalecimiento de la Sinergia:** Fomentar la colaboración entre diferentes elementos del sistema mediante la creación de grupos de trabajo interdisciplinarios, esto implica reunir a personas con conocimientos y habilidades diversas, como agricultores, técnicos, especialistas en sostenibilidad, etc., en equipos de trabajo. Estos equipos colaborarían para abordar desafíos específicos o mejorar aspectos particulares del sistema. Establecer reuniones periódicas para evaluar la interacción entre los componentes y promover la comunicación efectiva y para ello, la comunicación regular y las evaluaciones periódicas permiten identificar posibles áreas de mejora en la colaboración y en la forma en que los diversos componentes del sistema interactúan. Esto puede implicar discutir los resultados, compartir conocimientos y experiencias, y ajustar las prácticas en consecuencia.

**Optimización del Reciclaje:** Implementar programas educativos para concientizar a los participantes sobre la importancia del reciclaje:

- Ofrecer talleres y sesiones de capacitación donde se explique el impacto positivo del reciclaje en el medio ambiente y cómo puede contribuir a la sostenibilidad del sistema agroecológico.

- Desarrollar material educativo, como folletos, carteles, videos educativos, que destaquen la importancia del reciclaje y proporcionen pautas claras sobre cómo implementarlo de manera efectiva en el contexto del sistema agroecológico.

**Mejora de Valores Humanos y Sociales:** Facilitar actividades comunitarias que promuevan la cohesión social y los valores compartidos:

- Organizar eventos como ferias, mercados locales, festivales o reuniones regulares donde los participantes del sistema agroecológico puedan interactuar, compartir experiencias y fortalecer su conexión como comunidad.

- Iniciar proyectos colaborativos que involucren a diversos miembros de la comunidad. Esto podría incluir la creación de huertas comunitarias, proyectos de reforestación o iniciativas para el intercambio de conocimientos y recursos.

- Establecer grupos de discusión donde los participantes puedan expresar sus ideas, preocupaciones y sugerencias para mejorar la colaboración y la cohesión social en el sistema agroecológico.

**Preservación de Cultura y Tradiciones Alimentarias:** Organizar eventos culturales y gastronómicos para resaltar y preservar las tradiciones alimentarias locales. Integrar prácticas agrícolas que reflejen y respalden las costumbres alimentarias tradicionales.

**Desarrollo de Economía Circular y Solidaria:** Fomentar la colaboración con actores locales para establecer cadenas de suministro circulares. Crear incentivos para la adopción de prácticas comerciales solidarias que benefician a la comunidad, por ejemplo a aquellos que adopten prácticas solidarias podrían recibir acceso preferencial a recursos comunitarios, como espacios de venta privilegiados en ferias locales o la oportunidad de participar en eventos promocionales.

**Mejora de la Gobernanza Responsable:** Facilitar talleres y



capacitaciones sobre toma de decisiones participativa y responsable. Establecer mecanismos de retroalimentación y evaluación para mejorar la transparencia y la rendición de cuentas:

- Implementar procesos de evaluación regulares para medir el impacto y la eficacia de las prácticas agroecológicas. Estas evaluaciones pueden abordar aspectos como la sostenibilidad ambiental, la equidad social, la eficiencia económica y otros indicadores clave.

- Establecer mecanismos claros para responsabilizar a los participantes del sistema por sus acciones. Esto podría incluir la definición de roles y responsabilidades, la implementación de sistemas de seguimiento y la rendición de cuentas por los resultados obtenidos

- Realizar auditorías independientes periódicas para revisar el cumplimiento de las prácticas y políticas establecidas en la producción agroecológica. La independencia de estas auditorías contribuye a la objetividad y la credibilidad del proceso.

Estas propuestas tienen la intencionalidad de constituirse como aportes para contrarrestar aspectos críticos identificados. De este modo se impulsaría una colaboración más estrecha entre actores sociales y escenarios involucrados; aumentaría la toma de conciencia ambiental; fortalecería la cohesión social; promovería el respeto por las tradiciones y en consecuencia se avanzaría hacia una economía más sostenible y mediante el establecimiento de una gobernanza más responsable. Se estima igualmente que la implementación de estas medidas no solo mejorarían significativamente las etapas de transición, sino que también allanarían el camino para que el sistema sea reconocido como un productor agroecológico sólidamente establecido.

## Bibliografía

Flores, C. C., & Sarandón, S. J. (2008). ¿Pueden los Cambios Tecnológicos Basados en el Análisis Costo-Beneficio Cumplir con las Metas de la Sustentabilidad? Análisis de un Caso de la Región de Tres Arroyos. Argentina. Revista Brasileira de Agroecologia, 3(3).

<https://revistas.um.es/agroecologia/article/download/300861/216281/1030791>.

<https://www.fao.org/agroecology/database/detail/es/c/1370290/>

<https://earth.google.com/web/search/Sumamao,+Santiago+del+Estero>

León, C. (2022). La Argentina Agropecuaria Vista Desde las Provincias: Un Análisis de los Resultados del Censo Nacional Agropecuario (CNA) 2018. Realidad Económica, 52(347), 129-a.

Mottet, A., Bicksler, A., Lucantoni, D., De Rosa, F., Scherf, B., Scopel, E., ... & Tiftonell, P. (2020). Evaluación de las Transiciones Hacia Sistemas Agrícolas y Alimentarios Sostenibles: Una Herramienta para la Evaluación del Desempeño de la Agroecología (TAPE). Fronteras en los sistemas Alimentarios Sostenibles, 4, 579154.

Sarandón, S. J. (2020). Biodiversidad, Agroecología y Agricultura Sustentable. Libros de Cátedra.

Silva, M., Rodríguez, A., & Pengue, W. (2018). Caracterización Ecológica de los Espacios Verdes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Calidad de sus Servicios Ecosistémicos. ACTAS-Jornadas de Investigación, 1600-1615.

Somoza, A., Vazquez, P. S., Sacido, M. B., & Zulaica, M. L. (2021). Zonificación Agroecológica del Partido de Tandil (Argentina): Aportes para Gestión de Servicios Ecosistémicos.

Souza Casadinho Javier. 2013. La agroecología: Bases Científicas, Historia Local y Estrategias Productivas en la Construcción de un Espacio de Desarrollo Integral, Ético y Humano. En La Agroecología en Contexto: Cruce de Miradas entre Argentina y Francia (Hernández V, Goulet F, Magad D, Girard N, coords). Buenos Aires: INTA, pp 13-29.

Zulaica, M. L., Molpeceres, M. C., Rouvier, M., Cendón, M. L., &

Lucantoni, D. (2021). Evaluación del Desempeño Agroecológico de Sistemas Hortícolas del Partido de General Pueyrredon.



## Imágenes

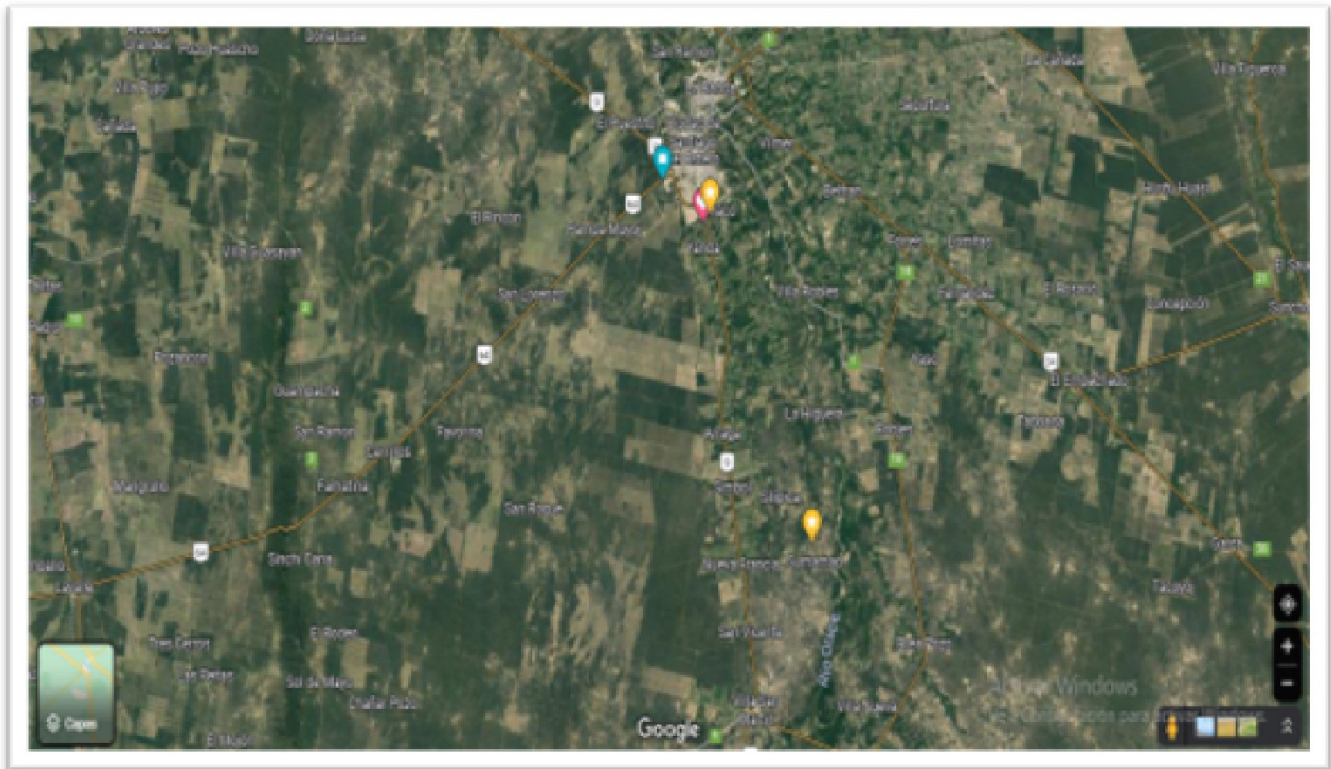


Imagen 1: Distancia de unidad productiva a la ciudad de Santiago del Estero 50 km



Imagen 2  
Sistema de captación del proyecto especial del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (PE 1130/2017)



Imagen 3  
Sistema de captación del proyecto especial del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (PE 1130/2017)





Imagen 4



Imagen 5

Vivero: Reproducción de especies frutales y forestales



Imagen 6: Producción de tomate



Imagen 7: Huerta

Con riego por goteo





Imagen 8: inflorescencia de Cilantro



Imagen 9: inflorescencia de cebolla



Imagen 10: Frutilla bajo la sombra de la vid



Imagen 11: Cucurbitáceas con maíz





Imagen 12: Corral de Cabras



Imagen 13: Corral de ovejas



Imagen 14: Producción de lechones



Imagen 15: mejoramiento genético de gallinas con cruzamiento de criollas con negra  
Inta de doble propósito (huevo y carne)

REVISTA  
**trazos**  
UNIVERSITARIOS

EDICIÓN ESPECIAL

15 años

# RESEÑA DE LIBROS

**Facultad  
de Ciencias  
de la salud**

Universidad Católica  
de Santiago del Estero  
*Scientia Deo Et Patriae Servire*





# El latido humano detrás de la clínica: Una mirada comunitaria a la Psicología de la Salud

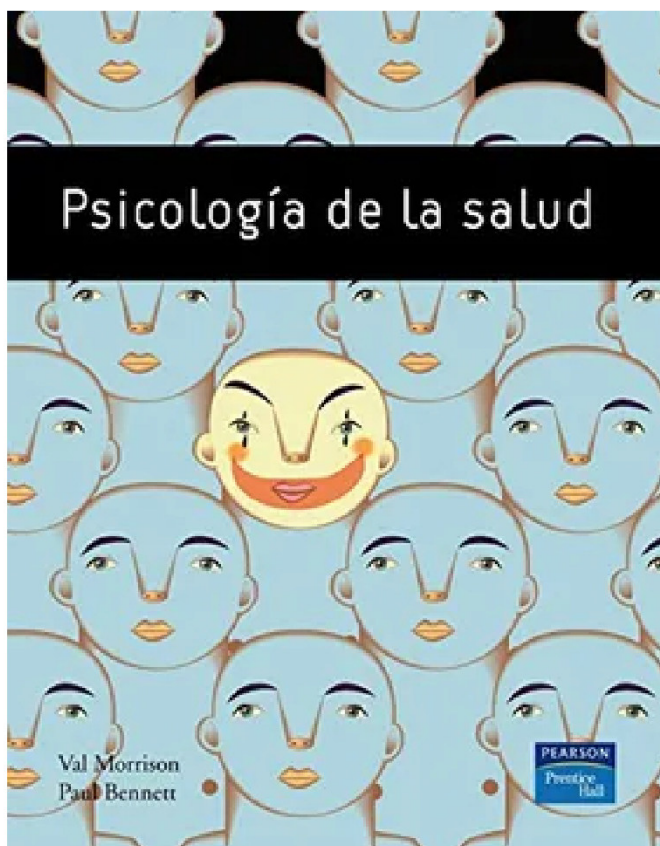
· Autores: Val Morrison y Paul Bennett

## Ficha Técnica

- Título: Psicología de la salud
- Autores: Val Morrison y Paul Bennett
- Editorial: Pearson Educación, S.A. (Madrid)
- Año de edición: 2018 (Traducción de la 1ª edición en inglés, Pearson Education Limited, 2006)
- Páginas: 728
- Materia: Psicopatología / Psicología de la Salud
- ISBN: 978-84-8322-343-7

Por: Gustavo Enrique Ledesma Vallejo

Dr. en Filosofía



## Reseña

Abordar un volumen de más de setecientas páginas consagrado a la ciencia del comportamiento y su relación con la salud puede parecer, a primera vista, un ejercicio puramente técnico, taxonómico o enciclopédico. Sin embargo, al adentrarse en las páginas de Psicología de la salud, de Val Morrison y Paul Bennett, emerge una propuesta de naturaleza distinta: una cartografía rigurosa, pero profundamente conmovedora y humana, del sufrimiento, la resiliencia y el bienestar colectivo.

Como investigadores y docentes, el desafío constante radica en hallar textos de cátedra capaces de aproximar la abstracción científica a la realidad latente de nuestras calles, aulas, hogares y hospitales. Morrison y Bennett quiebran esa dicotomía secular. Su perspectiva no reduce la enfermedad a una mera alteración biológica o a un fallo orgánico aislado, sino que la entiende como una vivencia subjetiva encarnada en un cuerpo, en una biografía singular y, de forma fundamental, en un entramado socio comunitario. El gran acierto de esta obra reside en su capacidad para transitar de manera orgánica desde el restrictivo modelo biomédico tradicional hacia un enfoque biopsicosocial genuino, donde la salud mental y la física se revelan como dimensiones indisolubles de la experiencia existencial.

## Salud mental y bienestar integrado: Más allá del síntoma y el diagnóstico

Uno de los ejes más potentes del libro es la separación conceptual de las barreras que históricamente han disociado la mente del cuerpo. Los autores desmenuzan con lucidez la influencia directa de los procesos cognitivos, las emociones, las creencias y las estructuras de personalidad en la respuesta inmunológica, la evolución de las patologías crónicas y la adherencia terapéutica. Desde la óptica de la salud mental, el texto ofrece herramientas significativas para desentrañar variables críticas como el estrés, los mecanismos de afrontamiento y la valoración cognitiva ante las crisis.

Este texto humaniza al paciente al constituir como eje central en el núcleo del proceso asistencial, reivindicando dinámicas fundamentales como la «toma de decisiones compartida» que le permite al sujeto un rol elemental en el proceso de la cura. Al validar las representaciones culturales que las personas construyen en torno a sus propios padecimientos y propiciar un espacio de diálogo horizontal entre el profesional y el sujeto, Morrison y Bennett recuerdan que la restitución del bienestar no depende de prescripciones unidireccionales ni del aislamiento del individuo. Por el contrario, se logra alojando su palabra, comprendiendo sus temores cotidianos y devolviéndole su autonomía.

*«La salud no es la mera ausencia de patología en un organismo; es la capacidad humana de seguir proyectando un futuro con sentido, incluso cuando las condiciones biológicas flaquean. Y esa construcción del sentido es siempre un hecho vincular y colectivo».*

### La salud comunitaria como red de sostén y justicia social

El giro más reflexivo de la obra, y el que exige una lectura atenta por parte de los profesionales que intervienen en los procesos de salud, es su sensibilidad hacia la salud comunitaria. Morrison y Bennett evitan el reduccionismo de responsabilizar individualmente al sujeto por sus conductas de riesgo. Saben que los llamados «estilos de vida», la nutrición, el consumo de sustancias, el sedentarismo o las prácticas de autocuidado, no emergen en el vacío del libre albedrío, sino que están altamente vinculados a determinantes sociales, el acceso educativo, los entornos económicos que influyen directamente en la conducta de las personas que son sostenidas e influenciadas por las redes de apoyo que lo rodean. Este concepto instala una visión totalmente novedosa del abordaje de la salud mental.

Al revisar los modelos de cambio conductual (como la teoría de la conducta planeada o los modelos de motivación protectora), los autores introducen una crítica indispensable: ninguna campaña preventiva, adecuación

curricular o estrategia de promoción sanitaria alcanzará una eficacia real si prescinde de la identidad, la cultura y el tejido relacional de la comunidad.

Así las redes de apoyo social no operan, en estos entornos, como simples «amortiguadores» psicológicos de carácter secundario; sino que constituyen auténticas infraestructuras de protección epidemiológica que deben ser tenidas en cuenta de manera preponderante y responsable. La comunidad, que se manifiesta en estas redes de apoyo, se alza, como el escenario primordial donde se solventan las confluencias sanitarias contemporáneas. De ahí la urgencia de formular intervenciones institucionales de corte integral, capaces de transformar los entornos locales en espacios habitables, solidarios y equitativos.

### Un legado metodológico y ético para la investigación actual

Para quienes nos situamos en el ámbito de la investigación y la gestión de procesos institucionales y psicopedagógicos, este volumen es la prueba de que la rigurosidad metodológica no está reñida con la calidez empática. La sistematización de la evidencia científica es impecable, pero está articulada de tal suerte que el lector nunca pierde de vista el rostro humano detrás del dato estadístico o el indicador cuantitativo.

Se trata de un manual cualificado no solo para las disciplinas clínicas tradicionales, sino para educadores, trabajadores sociales, psicopedagogos y diseñadores de políticas públicas orientadas a abordar la complejidad del comportamiento humano en contextos de vulnerabilidad o transición.

### Conclusión

En definitiva, Psicología de la salud es una obra de lectura imprescindible. Su planteamiento sacude las certezas académicas, clínicas y comunitarias, forzándonos a abandonar la aséptica comodidad de los laboratorios y los consultorios cerrados para confrontar las realidades vivas de los territorios. Nos advierte, en última instancia, que «curar» puede llegar a ser un procedimiento estrictamente técnico; pero sanar y sostener constituye, invariablemente, un acto social, ético, político y profundamente humano. Una pieza clave para reformular nuestra mirada sobre el bienestar y asumir el compromiso de tejer redes de salud más justas, inclusivas y solidarias.