

REVISTA ACADÉMICA
seys

*Salud, Educación
y Sociedad*



Semestral / Vol. 5 / Núm. 2 / Septiembre 2026

2

ISSN: 2796-986X



Obra: Agua Imaginaria,
Técnica: acrílico sobre bastidor, 120 x 60 cm
Autora: Carla Celoria

Equipo editorial

Director

Pedro Silberman, Universidad Nacional del Sur; Universidad del Gran Rosario, Argentina

Directora Asociada

Mónica Priotti, Universidad del Gran Rosario, Argentina

Comité Editorial

Adolfo Stubrin, Universidad Nacional del Litoral, Argentina

Alberto Dottavio, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Alicia Castagna, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Darío Maiorana, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Ezequiel Miller, Universidad del Gran Rosario, Argentina

Freddy Elias Perilla Portilla, Universidad Antonio Nariño, Colombia

German Guaresti, Universidad Nacional de Río Negro, Argentina

Héctor Fernando Gómez Alvarado, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador

Ianina Lois, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Ileana Beade, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Jorge Barragán, Universidad del Gran Rosario, Argentina

Larisa Carrera, Universidad Nacional del Litoral, Argentina

Leonardo Caruana, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Marta Quaglino, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Martin Silberman, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina

Melisa Campana, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Mónica Baez, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Osvaldo Patiño, Universidad del Gran Rosario, Argentina

Pablo Badr, Universidad Nacional del Sur, Argentina

Roberto Campos Navarro, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Susana Alexandra Arias Tapia, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador

Secretaría Ejecutiva

Laura Castagno

Editora Técnica

Ayelén Suriak

Redactor y Corrector de Textos

Manuel Díaz

Diseño Gráfico

Emilio Mussio

Índice

Nota editorial:

Si la IA hace el trabajo, ¿quién está aprendiendo?	4
<i>Germán Giró</i>	

Artículos:

Andamiaje para el aprendizaje en estudiantes de Nivel Inicial con certificado de discapacidad intelectual	6
<i>Noelia Rocío Bastías, Daniela Fernanda González</i>	

De la patologización a la acción colectiva. Autoatención, salud comunitaria, acompañamiento terapéutico y lucha por la integración en <i>Las Madres de los Pingüinos</i>	17
<i>Laura Estefanía Obando, Analía Verónica Vázquez, Sonia Alejandra Valdivia</i>	

Implicación del engrosamiento ungueal en el tratamiento de la onicomiosis del pie: revisión bibliográfica sobre su impacto en la eficacia terapéutica	23
<i>Francisco Javier Bustos Briones</i>	

Más allá de la supervivencia: evaluación del estado funcional mediante la Functional Status Scale (FSS) después de la estancia en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica	34
<i>María Basanta Murcia</i>	

Relación entre el tiempo de uso del <i>smartphone</i> con la discapacidad cervical, intensidad de la cefalea y los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios. Un estudio transversal	43
<i>Fernando Imaz, Mauro Barone, Giovana Deganutto, Macarena Chiacchiera, Maximiliano Venosta, Martín Schneeberger, Leonardo Intelangelo</i>	

El equipo de conducción, protagonista de la gestión organizacional para la inclusión educativa	56
<i>Patricia de las Mercedes Giussani, Irene Josefa López</i>	

Reseña:

Libro: <i>Estética, Spa y Wellness</i> en Latinoamérica. Negocio, estrategia y futuro	64
<i>Gabriela Andrea Di Mauro</i>	

Nota editorial

Si la IA hace el trabajo, ¿quién está aprendiendo?

En las conversaciones sobre el uso de IA en educación (que casi todos tenemos por estos días) suele aparecer la siguiente pregunta: ¿deberíamos permitir o prohibir que los estudiantes utilicen IA? Se trata de una pregunta que tal vez constituya un falso dilema, que, en lugar de responder, podría llevarnos a otra pregunta: ¿qué esperamos que aprenda el estudiante? Y luego, ¿qué entendemos por aprender? Y luego, ¿qué entendemos por aprender en el marco de una sociedad donde existe la IA?

Veamos. Para el conductismo, aprender supone un cambio relativamente estable en la conducta observable, producto de la experiencia y el refuerzo. Para el cognitivismo, implica modificar y organizar representaciones mentales y esquemas de procesamiento de la información. Para Piaget, el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción activa del sujeto en interacción con los objetos. Para Vygotsky, esa construcción es, en origen, social: se da primero en la interacción con otros y luego se internaliza. Para Papert, aprendemos especialmente cuando construimos artefactos significativos (a menudo con tecnología) y reflexionamos sobre lo que hemos construido.

En todos los casos hay una idea común: aprender requiere “actividad” por parte de quien aprende, aunque el tipo de actividad que cada enfoque privilegia es distinto (conductual, cognitiva, social, constructiva). Aprender implica, en mayor o menor medida, recordar, relacionar, formular hipótesis,

resolver problemas, equivocarse, revisar, comparar, argumentar, explicar y aplicar lo aprendido en nuevos contextos.

Y ese proceso no sucede en el vacío, sino inmerso en una sociedad que lo condiciona, lo dota de sentido y que, al mismo tiempo, es transformada por quienes aprenden. Sociedad donde los seres humanos producen tecnología, que luego habilita nuevos usos a través de un complejo mecanismo de imbricaciones, que (casi) nunca es lineal, y donde se manifiestan tensiones e intereses de orden político, geopolítico, comercial, cultural y, en general, de las diversas dimensiones que estructuran la vida social.

El aprendizaje sucede en un lugar, en un tiempo y con otros.

Fenstermacher señaló la dependencia ontológica de la enseñanza respecto del aprendizaje: enseñar se define en relación con la posibilidad de que alguien aprenda, pero no causa ni garantiza ese aprendizaje. Paulo Freire, por su parte, nos recordó que la educación nunca es neutral: cada decisión sobre qué enseñar y qué sujetos formar expresa una determinada idea de sociedad.

Elegir qué tecnologías utilizamos, qué capacidades priorizamos y qué lugar otorgamos al juicio humano también supone decidir qué sociedad queremos construir.

Entonces, la pregunta original se nos devuelve, nos interpela como educadores y nos obliga a recuperar la dimensión axiológica de la educación. Cuando discutimos sobre IA en la universidad, no discutimos solamente sobre tecnología. Discutimos qué profesionales queremos formar, qué ciudadanía queremos construir y qué país queremos ser.

Para poder enseñar con sentido, antes tenemos que comprender. Tenemos que reflexionar sobre qué tecnologías utilizamos: si son abiertas o cerradas, qué empresas las desarrollan, qué relación mantienen con los

Estados y qué intereses geopolíticos, comerciales y culturales intervienen en su producción y circulación.

Esto también nos obliga a repensar nuestras prácticas. Si una IA puede producir un ensayo, un programa o una resolución, el producto final deja de ser, por sí solo, una evidencia suficiente de que el aprendizaje ocurrió. Necesitamos diseñar experiencias en las que importe el proceso: la exploración, la construcción, el error, la revisión, la argumentación y la reflexión. No se trata de abrazar la novedad por la novedad misma, sino de revisar qué enseñamos, cómo enseñamos y, fundamentalmente, para qué educamos. Porque quizás el desafío educativo de la era de la IA no sea enseñar a las personas a hacer aquello que las máquinas pueden hacer. Quizás sea enseñarles aquello que necesitamos que ninguna máquina haga por ellas.

Germán Giró

Analista en Sistemas

Licenciado en Tecnología Educativa

Director del Espacio de Tecnologías

Universidad del Gran Rosario

Andamiaje para el aprendizaje en estudiantes de Nivel Inicial con certificado de discapacidad intelectual

Learning Scaffolding in Preschool Students with Intellectual Disability Certifications

Autoras

Noelia Rocío Bastías - noebastias@uda.edu.ar -

Licenciada en Psicología y profesora universitaria en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Argentina.

<https://orcid.org/0009-0000-9935-7656>

Daniela Fernanda González - danielagonzalez@uca.edu.ar -

Licenciada en Psicología y Especialista en Investigación en Ciencias Sociales y Humanas. Docente universitaria, Pontificia Universidad Católica, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0003-1357-4241>

RECIBIDO 20/01/2026

ACEPTADO 18/03/2026

DOI [HTTPS://DOI.ORG/10.64478/WZHCQC27](https://doi.org/10.64478/WZHCQC27)

Resumen

La presente investigación se realizó con el objetivo de comprender el uso de herramientas materiales, cognitivas y pedagógicas que utilizan los y las docentes para el aprendizaje en estudiantes de nivel inicial con certificado de discapacidad intelectual. Para alcanzar dichos objetivos, se llevó a cabo un estudio empírico cualitativo, con diseño fenomenológico y alcance descriptivo. Participaron diez diadas docente-estudiante de forma voluntaria. La totalidad de los niños y niñas presentaban certificado de discapacidad intelectual, tenían entre 4 y 5 años, y asistían al nivel inicial de escuelas urbanas de la provincia de Mendoza, Argentina. Los y las docentes respondieron a una entrevista semiestructurada individual y luego se realizó una observación áulica no participante de su trabajo con los y las estudiantes. Se utilizó un análisis categorial temático para el análisis de la información. Los resultados indicaron que los y las docentes ponen al servicio del andamiaje recursos cognitivos como la flexibilidad, y diversas herramientas materiales y pedagógicas orientadas a potenciar el desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y sociales en los y las estudiantes, además de evidenciar su impacto positivo en la autonomía y el aprendizaje. Se concluye que el andamiaje educativo es una herramienta esen-

cial para garantizar una educación inclusiva y equitativa, adaptada a las necesidades individuales de los y las estudiantes. Este trabajo aporta varias recomendaciones para la implementación de prácticas inclusivas y el diseño de políticas educativas en contextos similares.

Palabras clave

- Desarrollo infantil;
- Aprendizaje;
- Integración escolar;
- Docente;
- Discapacidad intelectual

Summary

This investigation sought a grasp on pedagogical approaches employing material, cognitive, and educational aids, utilized by educators in assisting young children facing intellectual disability. A qualitative empirical exploration, embracing phenomenological design and descriptive reach, was effectuated. Ten teacherstudent pairings willingly participated in this research. Each child had a officially recognized intellectual disability, aged four or five, and was enrolled in early childhood education programs within urban schools, in the Mendoza province of Argentina. Educators underwent

individual semistructured interviews, subsequent to nonparticipatory classroom observations of their interactions with students. Data analysis adopted thematic categorical methods. Findings demonstrated instructors' deployment of cognitive resources, say, flexibility, as a foundational aspect of instructional scaffolding, along a host of material and educational strategies, all focused at nurturing pupils cognitive, emotional, plus social progression. These teaching methods furthermore demonstrated favorable effects upon both students' selfdirection and consequential learning experiences. The central conclusion posits that educational scaffolding is a vital approach, vital to guarantee comprehensive and just education fitted to the specific needs of pupils. This examination furnishes worthy recommendations for embedding inclusive practices also shaping educational regulations in allied locales.

Keywords

- Child development;
- Learning;
- School integration;
- Teachers;
- Intellectual Disability

Introducción

La educación inclusiva se posiciona firmemente como una piedra angular en las políticas educativas actuales, en tanto moviliza esfuerzos para incluir estudiantes con discapacidad intelectual en escuelas regulares. Este planteamiento exige que los y las docentes ideen e implementen estrategias pedagógicas y didácticas a medida, adaptadas a las características únicas de cada estudiante, asegurando un acceso real al aprendizaje (Santos Sánchez, 2025).

La discapacidad intelectual, por su parte, se entiende como una restricción en las habilidades mentales generales que influye en la función de adaptación en ámbitos cognitivos y de aprendizaje. Ello se evidencia en dificultades para captar y retener información (Serrano Argüeso, 2025). Para comprender esta situación, es crucial adentrarse en el Desarrollo Infantil Temprano (DIT), considerado el período de evolución más rápido en la existencia humana, donde el niño o la niña se transforma física, cognitiva y emocionalmente (OEA, 2024). El DIT funciona como un proceso multidisciplinario que integra el desarrollo físico, cognitivo y emocional. Durante estos primeros años, el cerebro exhibe una elevada neuroplasticidad, razón por la cual la estimulación temprana resulta clave para robustecer las conexiones sinápticas, y así garantizar una entrada favorable al sistema educativo (Lipina, 2016).

En este entorno educativo, el andamiaje emerge como un proceso psicopedagógico clave. Este concepto, propuesto por Wood, Bruner y Gross (1976), cimentado en la teoría sociocultural de Vygotsky, se define como la lógica de comprensión de la construcción social del conocimiento. Esta perspectiva sostiene que el aprendizaje no es una actividad pasiva ni individual, sino un proceso intersubjetivo donde las funciones mentales superiores emergen primero en un plano compartido o intermental (Bruner, 1981). En esta concepción, el profesor o profesora, o los iguales más competentes no “aplican” ayudas, sino

que son socios dialógicos en la Zona de Desarrollo Próximo, en tanto negocian una estructura cognitiva provisional que permite al educando o educanda moverse desde el conocimiento intersubjetivo hacia la autonomía.

De este modo, el andamiaje es la estructura interaccional que permite que la experiencia compartida se interiorice como habilidad cognitiva individual, al ofrecer soportes temporales, estratégicos para ayudar al o la estudiante con tareas que no podría realizar en solitario (Wood, Bruner y Gross, 1976). Cabe destacar que presenta tres rasgos importantes: contingencia (el apoyo se adapta al o la estudiante), desvanecimiento (la ayuda se reduce, poco a poco) y transferencia de responsabilidad (el alumno o alumna toma las riendas de su aprendizaje) (Ertugruloglu, Mearns y Admiraal, 2023).

En su labor, el docente andamiador utiliza diversas estrategias, como el modelado, la contextualización de contenidos, la creación de esquemas y el desarrollo metacognitivo. Estos apoyos se completan con recursos materiales impresos, tecnológicos o prácticos para estructurar tareas complejas (Delmastro, 2008; Xenofontos *et al.*, 2019). La literatura revisada –por ejemplo, Bhattacharjee y Roy (2022)– muestra que el andamiaje pedagógico a través del modelado, el *slicing* (fragmentación de tareas) y el aprendizaje cooperativo genera mejores resultados que los métodos convencionales.

Por otro lado, el andamiaje colabora en la mejora de dificultades del aprendizaje, promueve el desarrollo atencional y estimula habilidades cognitivas, como memoria de trabajo, control inhibitorio y flexibilidad cognitiva, aspectos esenciales para el éxito académico (Bosanquet, 2012). Estudios realizados por Debray y Dehaene (2025) y Yusef (2021) señalan que el uso de material manipulable y visual (pictogramas y simulaciones) apoya la comprensión de conceptos abstractos y sienta las bases para desarrollar habilidades de pensamiento de orden superior en el nivel inicial.

También es necesario remarcar la relevancia de la dimensión afectivo-emo-

cional del o de la docente como un componente intrínseco del soporte. Iglesias-Casal y Coto-Ordás (2024) evidencian que esta dimensión supone el 46,42% de importancia en los procesos de acompañamiento, por encima incluso de la dimensión técnica. Sin embargo, para lograr este tipo de acompañamiento es necesario que los y las docentes se encuentren debidamente capacitados y capacitadas en términos de la gestión emocional propia y de sus estudiantes. Albán-Martínez y Naranjo-Hidalgo (2020) y Anatolievna Zhizhko (2020) señalan que en Latinoamérica existe una relación preocupante entre la falta de formación docente específica y la distancia entre el “discurso inclusivo” y la práctica en el aula. Los antecedentes muestran que, a pesar de que se promueve el modelo social en discapacidad desde la normativa jurídica, todavía existen pensamientos del modelo médico-asistencial que constituyen las mayores barreras para una integración efectiva.

En función de esto, es pertinente afirmar que el abordaje de estos estudiantes debe ser multidisciplinario e individualizado. Se deben utilizar incentivos positivos, estimulación constante y personalizar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Actualmente, la educación inclusiva es un principio orientador de las políticas públicas, y se supera la concepción de la discapacidad como un problema individual, para comprenderla desde un modelo social que la explica en función de las barreras del entorno. Este compromiso pedagógico se encuentra respaldado por un sólido marco legal, que en Argentina incluye las leyes 22431/1981, 24901/1997 y 26206/2006, y, a nivel internacional, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (12/12/2006). Estas legislaciones declaran la educación como un bien público y un derecho personal garantizado por el Estado y aseguran la inclusión educativa con medidas pedagógicas para garantizar la igualdad de

oportunidades y prohibir cualquier tipo de discriminación.

El sistema educativo argentino se estructura en cuatro niveles (Inicial, Primario, Secundario y Superior) y ocho modalidades; una de ellas, la Educación Especial. Esta forma es transversal a todo el sistema y vela por el derecho a la educación de las personas con discapacidad en todos los niveles obligatorios (educación básica). En este contexto, el Certificado Único de Discapacidad (CUD) es el instrumento legal que certifica la discapacidad del o de la estudiante, y habilita el acceso a las prestaciones esenciales y a los apoyos para la escolaridad.

En el Nivel Inicial específicamente, una etapa educativa para niños y niñas de 45 días a 5 años inclusive, la inclusión temprana es fundamental, dado que constituye la etapa de mayor desarrollo en la vida. Los aprendizajes en este nivel no pretenden escolarizar, sino desarrollar integralmente al niño o niña como sujeto de derechos, con solidaridad, confianza y respeto por la diferencia. Un contenido de gran valor en este nivel es el juego, motor del desarrollo cognitivo, afectivo y social.

Los proyectos de integración escolar posibilitan que los niños y niñas con CUD asistan a escuelas regulares, con el apoyo de las instituciones escolares y de personal especializado de la modalidad especial. El propósito de este enfoque multidisciplinario es reconocer tempranamente las necesidades y ofrecerles una trayectoria educativa inclusiva con ajustes curriculares, accesibilidad física y apoyos tecnológicos. Así, la integración implica no solo su inscripción, sino garantizar su permanencia y egreso con propuestas pedagógicas que posibiliten el desarrollo de sus potencialidades. Aquí, el andamiaje ya no es una técnica, sino la manera en que el acompañamiento se convierte en la lógica de mediación social para asegurar una educación justa para todos y todas.

Por lo expuesto, este estudio pretende avanzar sobre la comprensión del uso

de herramientas materiales, cognitivas y pedagógicas por parte de los y las docentes para el aprendizaje en estudiantes con certificado de discapacidad intelectual. De esta manera, esta investigación no solo responde a una necesidad urgente del sistema educativo, sino que su ejecución se justifica por el enriquecimiento del conocimiento en el campo de la psicología educativa, subrayando la importancia del andamiaje como puente hacia una educación más equitativa y accesible para todos los niños y niñas con diagnóstico de discapacidad intelectual.

Metodología

El presente trabajo se basa en las propuestas metodológicas de Hernández Sampieri y Mendoza Torres (2018). De esta manera, el estudio parte de una lógica empírica cualitativa, con diseño fenomenológico y alcance descriptivo asociativo.

Se trabajó con una muestra de casos compuesta por diez unidades de análisis conformadas por diadas docente-estudiante. La totalidad de docentes trabajaba en el nivel de Educación Inicial; los estudiantes eran niños y niñas que asistían a las salitas de 4 y 5 años de escuelas urbanas normales de la provincia de Mendoza, Argentina, y presentaban Certificado Único de Discapacidad intelectual (CUD).

Como instrumentos de recolección de información se utilizaron:

Entrevistas semiestructuradas: el modelo de entrevista fue elaborado *ad hoc*, abordando como ejes temáticos los recursos materiales y/o didácticos que utilizan los y las docentes durante el andamiaje con los niños y niñas con CUD; las habilidades cognitivas que ponen en práctica; las

herramientas pedagógicas que utilizan y aspectos generales acerca de la inclusión educativa de alumnos y alumnas con discapacidad intelectual. Las entrevistas fueron realizadas de manera presencial, en las escuelas, a cada docente de las diadas. Este instrumento fue sometido a un proceso de validación de contenido a través de un juicio de cinco expertos/as psicólogos/as y docentes, para evaluar si las preguntas cumplían con criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. Todas las preguntas obtuvieron un nivel de acuerdo de $v \geq 0,87$ en cada uno de los criterios, considerándose satisfactorios, según Dominguez-Lara (2016).

Planilla de observación directa no participante: fue elaborada *ad hoc* y estuvo compuesta por 9 ejes y 26 ítems en total, que podían (o no) presentarse en la actividad de los y las docentes con los y las estudiantes con discapacidad intelectual. Los ejes evaluaron recursos materiales utilizados, habilidades cognitivas favorecidas por los y las docentes, herramientas pedagógicas implementadas, impulsividad del o de la docente (en relación con sus habilidades pedagógicas), organización y manejo del espacio y materiales, atención y manejo de distracciones, modelado de flexibilidad cognitiva, apoyo en habilidades de memoria de trabajo y escenarios para planificación y organización. Este instrumento también fue sometido a un proceso de validación de contenido a través de un juicio de cinco expertos/as psicólogos/as y docentes para evaluar si los observables cumplían con criterios de claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. Todos los indicadores obtuvieron un nivel de acuerdo de $v \geq 0,85$ en cada uno de los criterios, considerándose satisfactorios, según Dominguez-Lara (2016).

En relación con el procedimiento de este estudio, en un primer momento se presentó el proyecto a las autoridades de las escuelas, y una vez que se obtuvo la autorización, se contactó personalmente a los y las docentes de Nivel Inicial. Asimismo, se tomó contacto con las familias de los niños y

niñas de Nivel Inicial que presentaran CUD de discapacidad intelectual. Tanto los y las docentes como los responsables legales de los niños y niñas fueron invitados a participar en la investigación. Se les explicaron todos sus derechos mediante el consentimiento informado que, en caso de acceder a participar, firmaron en el momento. La entrevista a los y las docentes se realizó de manera oral y la aplicación de la planilla de observación se llevó a cabo en el aula con el o la docente y los niños y niñas presentes. También se le solicitó un asentimiento informado a cada uno de los estudiantes implicados e implicadas.

De la planilla de observación se obtuvieron frecuencias de aparición mediante Microsoft Excel. Por otro lado, se llevó a cabo un análisis categorial-temático por conceptos previos de las entrevistas (Gibbs, 2014). En una primera instancia, se determinaron y definieron las dimensiones y categorías de análisis en función del marco teórico del estudio (Tabla 1); luego, se transcribieron de forma íntegra las entrevistas y, posteriormente, se analizaron mediante el *software* Atlas.ti 25.

Tabla 1. Dimensiones y categorías de análisis

Dimensiones	Categorías
Recursos materiales y/o didácticos	Material concreto Material visual Material adaptado Uso del cuerpo y espacio
Habilidades cognitivas	Repetición y rutina Flexibilidad Estímulo de la atención*
Herramientas pedagógicas	Refuerzo Positivo Individualización de estrategias Trabajo colaborativo con otros profesionales
Inclusión educativa	Desafíos* Adaptación curricular Actitudes inclusivas Sensibilización del grupo

Nota: *categorías emergentes.

Fuente: Elaboración propia.

En última instancia, se llevó a cabo la socialización de los resultados con los y las docentes y las familias de los y las estudiantes, proporcionando un espacio para el diálogo y la retroalimentación.

Resultados

Para responder a los objetivos de esta investigación, fue posible observar, tanto en las entrevistas como en la planilla de observación, el uso sistemático de herramientas materiales adaptadas para estudiantes con discapacidad intelectual. Estos recursos que funcionan como andamios materiales desempeñan un rol importante al momento de proporcionar apoyo a muchos alumnos y alumnas con diferentes necesidades, ya que les permiten completar tareas y posteriormente ejecutarlas sin apoyo. Ello resalta que tal reducción gradual del apoyo garantiza que puedan actuar de forma independiente y articular el conocimiento por sí mismos (Martin, Dornfeld y Gnesdilow, 2019).

En el relato de los y las docentes, se destacó el empleo de cuadernos de comunicados con pictogramas, fichas con velcro y juegos de mesa manipulativos. Estos recursos buscan facilitar el acceso a la información y promover la participación activa. Esta descripción fue corroborada en las observaciones realizadas en el aula, donde se constató la presencia de materiales concretos como piezas encastrables, imágenes adaptadas y elementos visuales. Por lo tanto, se puede establecer una clara convergencia entre ambas fuentes de datos, lo cual refuerza la validez de la información recabada.

Estos resultados coinciden con la idea del concepto de andamio de materiales, que hace referencia al andamiaje a partir del apoyo diseñado e

integrado deliberadamente en los materiales de instrucción, como actividades impresas y herramientas tecnológicas, para ayudar a los y las estudiantes a resolver una diversidad de problemas complejos (Xenofontos *et al.*, 2019). Se trata de instrumentos eficaces para que estudiantes con necesidades diversas puedan realizar trabajos complejos, tendiendo un puente entre la realidad y la representación simbólica. Entonces, la retirada gradual del apoyo que se evidencia en la práctica pedagógica es la manera de que el educando o educanda adquiera la confianza para hacer las cosas por sí mismo y expresar el conocimiento con sus propias palabras, alcanzando así un desempeño por sus propios medios y por la solución de problemas (Yousef, 2021).

En relación con las herramientas cognitivas utilizadas por los y las docentes durante el andamiaje, se pudo observar, a partir de la planilla, que, en su mayoría, utilizan habilidades complejas como la planificación, la organización, el control inhibitorio y la flexibilidad cognitiva. Sin embargo, en las entrevistas, se evidenció una escasa conciencia del uso de estas capacidades. La única habilidad utilizada que sí pudieron verbalizar los y las docentes fue la flexibilidad cognitiva. Los y las participantes se centraron, sobre todo, en cómo estimulan las capacidades cognitivas en sus estudiantes, especialmente en lo referido a la atención.

Autores como Bhattacharjee y Roy (2022) y Maksić y Jošić (2021) coinciden en que el andamiaje fomenta el desarrollo de las habilidades cognitivas. En esta investigación, las entrevistas revelaron que los y las docentes tienden a adaptar las consignas según las necesidades y estilos de aprendizaje de cada estudiante. Algunas estrategias mencionadas fueron la diversificación de actividades (dibujar, armar con bloques, usar tarjetas), el uso de apoyos visuales y la interpretación de gestos como medio de comunicación. Este enfoque también fue observado directamente en

el aula, donde las consignas se presentaron de forma diferenciada y se utilizaron imágenes como soporte didáctico. Asimismo, se registró la disposición de los y las docentes a interpretar los gestos de alumnos y alumnas como una herramienta para ajustar las consignas. Esta correspondencia entre lo dicho, lo observado y lo planteado por los autores mencionados indica una convergencia en el uso de estrategias cognitivas para garantizar la comprensión y el acceso a las actividades.

Por otro lado, al analizar las herramientas pedagógicas, se observó que, desde el discurso docente, se subraya la importancia de brindar un acompañamiento personalizado, tiempos extendidos y una atención particular a las emociones de los y las estudiantes. Los y las docentes relatan que adaptan su intervención según el estado emocional del niño o niña, ofreciendo contención y evitando forzar la participación. Estos elementos también se evidencian en los registros observacionales, donde se documentan intervenciones individuales, tono de voz calmo y espera activa ante situaciones de ansiedad o inquietud.

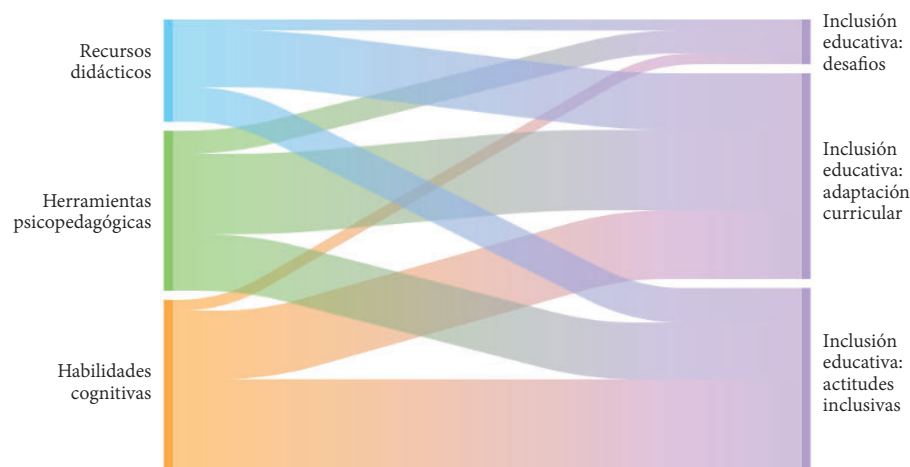
La elevada presencia de prácticas de acompañamiento emocional y refuerzo positivo que emergen de las entrevistas y observaciones concuerda con la dimensión afectivo-emocional que proponen los autores de base. Es la “dimensión de apoyo”, que implica captar el interés del o de la estudiante y manejar la frustración ante tareas difíciles. Este aspecto es fundamental, tal y como han señalado Iglesias-Casal y Coto-Ordás (2024), quienes encontraron que el apoyo afectivo-emocional supone el 46,42% de importancia en los procesos de acompañamiento. Pese a ello, para lograr este tipo de acompañamiento, es necesario que los y las docentes cuenten con capacitación emocional (Albán-Martínez y Naranjo-Hidalgo, 2020; Anatolievna Zhizhko, 2020).

Los hallazgos revelan que el andamiaje es empático por naturaleza; el

tono de voz tranquilo y la espera activa que se evidencian en los profesores y profesoras son un soporte afectivo que disminuye la ansiedad y permite que el o la estudiante permanezca su Zona de Desarrollo Próximo. De este modo, se establece nuevamente una convergencia, que pone de manifiesto una coherencia entre la planificación pedagógica y la puesta en práctica, caracterizada por un enfoque empático y respetuoso.

Además, a partir de las entrevistas se realizó un análisis de coocurrencias para conocer cómo se asocian los diferentes recursos docentes analizados con las prácticas de inclusión de niños y niñas con CUD. Se pudo observar una fuerte conexión entre las categorías de “Adaptación curricular”, “Actitudes inclusivas” y “Sensibilización del grupo”. Esto denota que la inclusión no es un acto aislado, sino que depende de la disposición afectiva del o de la docente y de estrategias para fomentar la empatía entre los compañeros y compañeras. Asimismo, se observa que los “Recursos didácticos” y las “Herramientas pedagógicas” funcionan como motores que facilitan la transmisión de conocimientos. Sin embargo, debemos resaltar la categoría “Desafíos”, ya que se visualiza como un modo de tensión en el diagrama. Representa las barreras que enfrentan los y las docentes, como la falta de formación específica o de recursos tecnológicos (que deben ser superadas mediante el andamiaje para lograr un aprendizaje significativo) y los prejuicios de familias de la comunidad educativa (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de Sankey según coocurrencias entre dimensiones y categorías de estudio en entrevistas semiestructuradas



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, debe destacarse que, durante el proceso de socialización de resultados, los y las docentes mostraron una actitud reflexiva y receptiva. Reconocieron los aspectos positivos identificados en su práctica, así como aquellos que requerían mejoras. Los padres y las madres, al conocer los resultados, expresaron interés y aprecio por el esfuerzo realizado en el análisis de la situación educativa de sus hijos e hijas. Muchos y muchas mostraron compromiso y disposición a colaborar desde el hogar, en la medida en que puedan y sus herramientas se lo permitan.

Conclusiones

Esta investigación concluye que el andamiaje educativo es clave para lograr una inclusión equitativa en el nivel inicial de niños y niñas con discapacidad intelectual. Su eficacia radica, sin duda, en la integración de recursos didácticos y herramientas pedagógicas, que impulsan la transmisión de contenidos y el fortalecimiento de habilidades cognitivas. Estas interacciones hacen que el apoyo docente “se adelante” al desarrollo, conduciendo al niño por la zona de lo que no puede hacer solo. El éxito del proceso se evidencia en la apropiación, cuando el desvanecimiento progresivo del apoyo del o de la docente permite que el niño o niña aprenda y actúe de manera cada vez más independiente.

Los resultados revelan que la inclusión no es simplemente un acto técnico y aislado, sino que se funda en una interconexión muy sólida: la adaptación curricular, las actitudes inclusivas y la sensibilización grupal, con la disposición afectiva del o de la docente como factor fundamental. El uso de materiales visuales y manipulativos, sumado al juego, facilita no solo el éxito académico, sino también la autonomía, la autorregulación emocional y, sobre todo, la integración social del niño o niña con discapacidad intelectual.

Pese a ello, los y las docentes señalaron desafíos críticos que actúan como “nodos de tensión” a la hora de brindar andamiaje a niños y niñas con CUD. Estos desafíos incluyen la ausencia de formación docente específica, escasez de recursos tecnológicos y sesgos arraigados en la comunidad educativa. En última instancia, la inclusión real requiere un compromiso multidisciplinario y políticas que garanticen condiciones institucionales y formativas adecuadas, permitiendo que el andamiaje funcione como un puente efectivo hacia la justicia social y la equidad educativa.

Entre las limitaciones de este estudio es posible destacar el alcance muestral reducido y el escaso tiempo disponible para realizar las observaciones no participantes.

Bibliografía

- Albán-Martínez, J. y Naranjo-Hidalgo, T. (2020). Inclusión educativa de estudiantes con discapacidad intelectual: un reto pedagógico para la educación formal. *CEIT*, 5(4), 56-68. <https://doi.org/10.33386/593dp.2020.4.217>
- Anatolievna Zhizhko, E. (2020). Inclusión de los niños con capacidades diferentes en escuelas regulares en México: propósitos y realidad. *Andamios*, 17(43), 249-270. <https://doi.org/10.29092/uacm.v17i43.774>
- Bhattacharjee, S. y Roy, P. (2022). The Effect of Scaffolding: As Instructional Technique on Differently Abled Students. *Journal of Multidisciplinary*, 7(2), 52-55. <https://doi.org/10.31305/rrijm.2022.v07.i02.008>
- Bosanquet, P. (2012). *Turn taking, repair and topic practices in teaching assistant led literacy intervention sessions*. Londres: Institute of Education, University of London.
- Bruner, J. (1981). The social context of language acquisition. *Language & Communication*, 1(2-3), 155-178.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (12 de diciembre de 2006). Organización de las Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Debray, S. y Dehaene, S. (2025). Mapping and modeling the semantic space of math concepts. *Cognition*, 254. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2024.105971>
- Delmastro, A. (2008). El andamiaje docente en el desarrollo de la lectura y la escritura en lengua extranjera. *Paradigma*, 29(1), 197-230. https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1011-22512008000100011&script=sci_arttext
- Dominguez-Lara, S. A. (2016). Content validity using Aiken's V with confidence intervals: contributions to Rodríguez et al. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(3), e221-e223. <https://europepmc.org/article/med/27164359>
- Ertugruloglu, E.; Mearns, T. y Admiraal, W. (2023). Scaffolding what, why and how? A critical thematic review study of descriptions, goals, and means of language scaffolding in Bilingual education contexts. *Educational Research Review*, 40(1). <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2023.100550>
- Gibbs, G. (2014). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Hernández Sampieri, R. y Mendoza Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación* (7a ed.). Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Iglesias-Casal, I. y Coto-Ordás, V. (2024). Andamiaje y metacognición en las prácticas docentes: la dimensión afectivo-emocional del tutor. *Didáctica*, 36, 77-88. <https://dx.doi.org/10.5209/dill.85107>
- Ley Nacional 22431 (16 de marzo de 1981). Sistema de protección integral de discapacitados. Congreso de la Nación Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22431-20620/texto>

Ley Nacional 24901 (5 de noviembre de 1997). Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Congreso de la Nación Argentina. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm>

Ley Nacional 26206 (27 de diciembre de 2006). Ley de Educación Nacional. Congreso de la Nación Argentina. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/123542/norma.htm>

Lipina, S. (2016). *Pobre cerebro: los efectos de la pobreza sobre el desarrollo cognitivo y emocional, y lo que la neurociencia puede hacer para prevenirlos*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Maksić, S. y Jošić, S. (2021). Scaffolding the development of creativity from the students' perspective. *Thinking Skills and Creativity*, 41(1). <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2021.100835>

Martin, N.; Dornfeld, C. y Gnesdilow, D. (2019). Fading distributed scaffolds: the importance of complementarity between teacher and material scaffolds. *Instr Sci*, 47(1), 69-98. <https://doi.org/10.1007/s11251-018-9474-0>

Organización de los Estados Americanos [OEA] (2024). *¿Qué es Desarrollo Infantil Temprano?* <https://www.oas.org/udse/dit2/que-es/default.aspx>

Santos Sánchez, M. F. (2025). Pedagogía inclusiva y desarrollo infantil en discapacidad: revisión crítica de enfoques y estrategias actuales. *Pedagogical Constellations*, 4(1), 295-323. <https://doi.org/10.69821/constellations.v4i1.100>

Serrano Argüeso, M. (2025). Intellectual disability and borderline intellectual ability: keys for a better labour market insertion. *Oñati Socio-Legal Series*, 15(3), 790-817. <https://doi.org/10.35295/osls.iisl.2170>

Wood, D.; Bruner, J. y Ross, G. (1976). The Role of Tutoring in Problem Solving. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 17(2), 89-100. https://sachafund.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/10/wood_et_al-1976-journal_of_child_psychology_and_psychiatry.pdf

Xenofontos, N.; Hovardas, T.; Zacharia, Z. y Jong, T. (2019). Inquiry-based learning and retrospective action: Problematising student work in a computer-supported learning environment. *Journal of Computer Assisted Learning*, 36, 12-28. <https://doi.org/10.1111/jcal.12384>

Yousef, A. (2021). Augmented reality assisted learning achievement, motivation, and creativity for children of low-grade in primary school. *Journal of Computer Assisted Learning*, 37, 966-977. <https://doi.org/10.1111/jcal.12536>

Noelia Rocío Bastías, Daniela Fernanda González. "Andamiaje para el aprendizaje en estudiantes de Nivel Inicial con certificado de discapacidad intelectual". *Revista Salud, Educación y Sociedad*, vol. 5, núm. 2, septiembre 2026, pp. 6-16. <https://doi.org/10.64478/wzhcqc27>



De la patologización a la acción colectiva. Autoatención, salud comunitaria, acompañamiento terapéutico y lucha por la integración en Las Madres de los Pingüinos

From Pathologization to Collective Action. Self-Care, Community Health, Therapeutic Accompaniment, and the Struggle for Integration in The Mother of Penguins

Autoras

Laura Estefanía Obando - obandolaura.e@gmail.com -

Técnica universitaria en Acompañamiento Terapéutico por la Universidad Nacional Guillermo Brown, Argentina. Estudiante avanzada del Ciclo Complementario de la Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico, Universidad del Gran Rosario, Argentina.

<https://orcid.org/0009-0007-6988-7745>

Analía Verónica Vázquez - analia_vas@hotmail.com -

Técnica superior en Acompañamiento Terapéutico por la Federación de Clínicas de Buenos Aires, La Plata, Argentina. Estudiante avanzada del Ciclo Complementario de la Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico, Universidad del Gran Rosario, Argentina.

<https://orcid.org/0009-0006-8700-7353>

Sonia Alejandra Valdivia - alevadi26@gmail.com -

Técnica superior en Acompañamiento Terapéutico por el Instituto Superior Terciario Séneca, Neuquén, Argentina. Estudiante avanzada del Ciclo Complementario de la Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico, Universidad del Gran Rosario, Argentina.

<https://orcid.org/0009-0001-3994-3036>

RECIBIDO 19/04/2026

ACEPTADO 12/08/2026

DOI [HTTPS://DOI.ORG/10.64478/PDPTNM37](https://doi.org/10.64478/PDPTNM37)

Resumen

La salud colectiva considera los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención (PSEAP) como construcciones históricas y sociales determinadas por condiciones estructurales. El análisis de obras audiovisuales de amplia circulación constituye una herramienta pedagógica valiosa para reflexionar sobre dichos procesos. En ese marco, la serie *Las Madres de los Pingüinos* ofrece un espacio narrativo fértil para examinar las tensiones entre los modelos hegemónicos de normalización y las redes comunitarias de cuidado, así como el rol del acompañamiento terapéutico en dichos procesos. **Objetivo:** Analizar la serie *Las Madres de los Pingüinos* desde la perspectiva de la salud comunitaria y colectiva para identificar tensiones entre los modelos de normalización y las redes de cuidado colectivo. **Metodología:** Se llevó a cabo un análisis cualitativo de contenido de una obra audiovisual y revisión bibliográfica, estructurado en tres ejes: modelos de déficit/activos, interculturalidad y prácticas de autoatención. **Resultados:** La narrativa evidencia una disputa entre un sistema organizado bajo la patologización y una red de madres que construye formas colectivas de resistencia y producción de salud. **Conclusiones:** La salud se produce colectivamente; las redes de autoatención son fundamentales para disputar sentidos y el acompañamiento tera-

péutico cumple un rol clave en el fortalecimiento de la autonomía y la singularidad de los sujetos.

Palabras clave

- Salud colectiva;
- Salud comunitaria;
- Autoatención;
- Personas con discapacidad;
- Participación comunitaria;
- Salud mental;
- Acompañamiento terapéutico

Summary

Introduction: Collective health considers health-illness-care-prevention processes (PSEAP) as historical and social constructions determined by structural conditions. The analysis of widely circulated audiovisual works provides a valuable pedagogical tool for reflecting on health-illness-care-prevention processes (PSEAP); in this context, the series *The Mother of Penguins* offers a fertile narrative space for examining tensions between hegemonic normalization models and community care networks, as well as the role of Therapeutic Accompaniment in these processes.

Objective: To analyze the series *The Mother of Penguins* from the

perspective of Community and Collective Health to identify tensions between normalization models and collective care networks.

Methodology: A qualitative content analysis of an audiovisual work and a literature review were conducted, structured around three axes: deficit/asset models, interculturality, and self-care practices.

Results: The narrative evidences a dispute between a system organized under pathologization and a network of mothers that builds collective forms of resistance and health production. **Conclusions:** Health is produced collectively; self-care networks are fundamental for disputing meanings, and therapeutic accompaniment plays a key role in strengthening the autonomy and singularity of individuals.

Keywords

- Collective Health;
- Community Health;
- Self-Care;
- Disabled Persons;
- Community Participation;
- Mental Health;
- Therapeutic Accompaniment

Introducción

La salud colectiva considera los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención (PSEAP) como construcciones históricas y sociales, determinadas por condiciones estructurales tales como clase, género, políticas públicas e instituciones. Desde esta perspectiva, la enfermedad y el cuidado no pueden comprenderse como eventos individuales, sino como expresiones de formas de organización social que producen modos diversos de padecer, atender, sufrir y acompañar. Tal como señala Laurell (1982), el análisis de la salud requiere situar los perfiles de enfermedad en poblaciones concretas y no en casos aislados, atendiendo a las desigualdades sociales que los estructuran.

El presente artículo se propone analizar la serie *La madre de los pingüinos* (Kochanska, 2024) como disparador pedagógico para reflexionar sobre las tensiones entre los modelos de patologización y las redes de cuidado colectivo. La elección de esta producción audiovisual responde a su potencia para visibilizar, desde un lenguaje accesible, los conflictos que atraviesan cotidianamente las familias de personas con neurodiversidad en sus vínculos con las instituciones educativas y sanitarias, así como el rol que el Acompañamiento Terapéutico puede desempeñar en esos entramados.

En este marco, analizamos *Las Madres de los Pingüinos*, una serie original de Netflix, de origen polaco, que consta de seis episodios. La protagonista, Kama, es una luchadora de artes marciales mixtas (MMA), cuyo hijo de siete años debe cambiar de escuela, situación que la enfrenta a realidades inéditas sobre la crianza y la inclusión. A lo largo de la serie, Kama se integra progresivamente a un grupo de madres –heterogéneo, atravesado por tensiones y afectos– cuyos hijos asisten al aula “Pingüinos”, un espacio destinado a niños y niñas con diversidad funcional/neurodiversidad.

Es en ese encuentro donde emerge una red de cuidado y resistencia colectiva que constituye el núcleo analítico del presente artículo.

Metodología

Se realizó un análisis cualitativo de contenido con un enfoque teórico-crítico. El objeto de estudio consistió en la serie audiovisual *Las Madres de los Pingüinos*, la cual fue analizada de forma sistemática a partir de los aportes conceptuales y la bibliografía de la cátedra Salud Comunitaria del Ciclo de Complementación Curricular de la Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico de la Universidad del Gran Rosario (ciclo lectivo 2025). El procedimiento analítico se estructuró a partir de tres dimensiones conceptuales fundamentales: la disputa entre los modelos de atención (déficit vs. activos), la interculturalidad crítica en las relaciones de poder entre saberes, y las prácticas de autoatención como procesos de producción de salud y singularización.

Desarrollo

Modelo del déficit y modelo de activos

En la serie, el sistema educativo y sanitario representa un modelo patogénico o del déficit, en el cual la discapacidad se define en términos de carencia o ser diferente. Este enfoque corresponde al modelo médico hegemónico, que clasifica, jerarquiza y normaliza a partir de parámetros de conducta y fun-

cionalidad, patologizando la diferencia (Augsburger, 2005). Los niños son nombrados, tratados y valorados en función de su distancia respecto de la norma, mientras que sus madres son concebidas como receptoras pasivas de indicaciones profesionales.

Sin embargo, encontrarse, compartir experiencias y organizarse es un modo de producir salud. El grupo de madres protagoniza un proceso de construcción colectiva desafiante con recursos existentes, al valorar capacidades, vínculos y aprendizajes, más que déficits o limitaciones, lo cual permite comprender la experiencia, volverla manejable y dotarla de sentido. De este modo, la comunidad se convierte en un recurso general de resistencia capaz de sostener subjetividades y construir alternativas.

Desde el enfoque de activos para la salud, Hernán García, Morgan y Mena (2011) proponen que la salutogénesis no reside únicamente en los recursos institucionales, sino en los activos que las propias comunidades movilizan para afrontar el malestar y promover el bienestar: vínculos, saberes colectivos, espacios de escucha y redes de solidaridad. La narrativa de la serie ilustra con elocuencia este enfoque, al mostrar cómo el grupo de madres transforma recursos cotidianos y relacionales en herramientas de producción de salud. Este desplazamiento epistemológico es central en la salud comunitaria, entendida como el campo de prácticas orientadas a mejorar las condiciones de vida de las comunidades a través de la participación activa de sus integrantes en la identificación y resolución de sus problemas de salud (Almeida-Filho y Paim, 1999): pasar de definir sujetos como “portadores de problemas” a reconocerlos como sujetos de derechos y de acción colectiva. Las madres dejan de ser “usuarias” para devenir sujetos políticos que reclaman dignidad y condiciones para vivir plenamente.

Interculturalidad, hegemonía y subalternidad

La serie permite aplicar el enfoque intercultural, entendido no como coexistencia armónica de saberes sino como relación de poder entre matrices culturales desiguales (Menéndez, 2016). No se trata de culturas étnicas diferenciadas, sino de dos formas de concebir la infancia, la discapacidad y la autonomía: por un lado, el modelo médico-hegemónico, centrado en la normalización; por otro, el saber situado de las madres, basado en la experiencia cotidiana y vincular.

De acuerdo con Campos Navarro (2016), la hegemonía médica se afirma cuando un saber se legitima como único y verdadero, subestimando otros modos de cuidado. En la serie, los equipos profesionales deslegitiman o minimizan los saberes de las madres, mientras que ellas sostienen formas propias de interpretar y acompañar a sus hijos e hijas. La disputa, por lo tanto, no es solo por recursos institucionales, sino por reconocimiento simbólico del valor de su conocimiento.

La organización del aula “Pingüinos” constituye una práctica de interculturalidad crítica: un territorio donde se negocian sentidos, identidades y normas. Al mismo tiempo, se trata de una comunidad que crea espacios alternativos frente a instituciones que excluyen o limitan.

Autoatención y procesos de singularización

El malestar que atraviesan las madres no puede entenderse como problema individual, sino como expresión de violencia estructural, precarización y sobrecarga de cuidados. Augsburger (2005) propone el concepto de sufrimiento psíquico para nombrar estas formas de malestar que surgen en la intersección entre condiciones sociales y experiencias subjetivas.

Frente a ello, las madres despliegan estrategias de autoatención, concepto desarrollado por Menéndez (2003) y ampliado por Aguirre (2022), que refiere

a prácticas cotidianas y grupales orientadas a detectar, sostener y elaborar el padecimiento sin depender exclusivamente del sistema médico. Entre ellas se destacan sostener espacios de escucha entre pares, compartir saberes, organizar acciones colectivas y hacer público el maltrato institucional.

Estas prácticas permiten procesos de singularización (Guattari y Rolnik, 2013), mediante los cuales los sujetos se apropian de sus experiencias y construyen formas propias de habitar la diferencia, recuperando dignidad. La autoatención no reemplaza la atención profesional, sino que constituye el primer nivel de cuidado, el más frecuente y el más vinculado a la comunidad.

El rol del acompañamiento terapéutico en las redes de salud

Desde la perspectiva del acompañamiento terapéutico (AT), este análisis subraya la importancia de reconocer y fortalecer las redes comunitarias. El o la profesional no debe actuar como un aplicador de normas de conducta, sino como un facilitador de la autonomía: Chauí Berlinck propone pensar al AT como “un otro espacio y un otro tiempo, un hueco y una pausa en el espacio-tiempo del cotidiano” (2017: 15), cuyo objetivo es sacar al sujeto del encierro interno y externo, tratándolo como agente ético y ciudadano. Su función es legitimar los saberes diversos y promover prácticas de coconstrucción de salud que reconozcan la singularidad de cada sujeto. En este sentido, Frank (2021) y Bustos (2023) señalan que el acompañamiento terapéutico se despliega en la trama de vínculos, instituciones y recursos del territorio. La presencia del acompañante es un nexo clave para resguardar derechos y fortalecer las redes comunitarias de cuidado. Su papel es fundamental para sostener vidas dignas y cuestionar las estructuras que patologizan la diversidad, al validar la diferencia como una forma legítima de existencia.

Conclusiones

El análisis sobre la narrativa de Las Madres de los Pingüinos permite concluir que la salud no es un estado individual, sino una producción colectiva que emerge de las redes de apoyo y resistencia. El paso de un modelo basado en el déficit –donde la discapacidad se entiende como carencia– hacia un modelo de activos es fundamental para transformar a los sujetos de “portadores de problemas” en sujetos políticos y de derechos.

En este sentido, las prácticas de autoatención desarrolladas por las madres funcionan como el primer nivel de cuidado y, además, constituyen actos de singularización que permiten a las familias apropiarse de sus experiencias y recuperar la dignidad frente a un sistema que tiende a la patologización. La disputa observada en la serie no es meramente institucional, sino que representa una lucha por el reconocimiento simbólico de un saber situado y experiencial que la hegemonía médica suele invisibilizar.

Desde la perspectiva del AT, este análisis subraya que la intervención profesional debe trascender la lógica de la normalización. El/la AT tiene el rol ético de insertarse en estas redes comunitarias para legitimar los saberes diversos y actuar como facilitador/a en la coconstrucción de salud. Al validar la diversidad funcional como una forma legítima de existencia, el o la acompañante contribuye a cuestionar las estructuras que excluyen, al promover la autonomía y el fortalecimiento de los vínculos comunitarios como verdaderos recursos de resistencia. Finalmente, se destaca que el fortalecimiento de estas redes de autoatención es la estrategia más eficaz para transformar el sufrimiento psíquico derivado de la violencia estructural en potencia colectiva y vida digna.

Bibliografía

Aguirre, J. L. (2022). Perspectivas teóricas-metodológicas para el abordaje de problemas vinculados a la migración de mujeres con sufrimiento mental a través de la autoatención. *Revista Salud, Educación y Sociedad*, 2(1), 6-24.

Almeida-Filho, N. y Paim, J. S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5-30.

Augsburger, A. (2005). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental. *Cuadernos Médico Sociales*, 81, 61-75.

Bustos, G. (2023). Acompañamiento terapéutico comunitario. En K. González, M. L. Frank, G. Bustos y B. Banszczyk (Comps.), *Acompañamiento terapéutico: de lo clínico a lo comunitario* (pp. 95-104). Buenos Aires: Noveduc.

Campos Navarro, R. (2016). Salud intercultural en América Latina. En R. Campos Navarro (Coord.), *Antropología médica e interculturalidad* (pp. 35-94). Ciudad de México: McGraw Hill.

Chauí Berlinck, L. (2017). AT en lo cotidiano, una clínica en las fronteras. En A. Chévez (Ed.), *Acompañamiento terapéutico: clínica en las fronteras* (pp. 13-20). Córdoba: Editorial Brujas.

Frank, M. L. (2021). *Acompañamiento terapéutico: abordaje vincular en lo comunitario*. En M. L. Frank (Comp.), *Acompañamiento terapéutico: de lo clínico a lo comunitario* (pp. 105-118). Córdoba: Editorial Brujas.

Guattari, F. y Rolnik, S. (2013). *Micropolítica: Cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta Limón.

Hernán García, M.; Morgan, A. y Mena, A. L. (Eds.) (2011). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Kochanska, K. (Dir.) (2024). *Las Madres de los Pingüinos* [Serie]. Netflix.

Laurell, A. C. (1982). El estudio social del proceso salud-enfermedad. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 1-19.

Menéndez, E. (2003). Autoatención y atención médica. *Salud Colectiva*.

Menéndez, E. (2016). Cuestiones metodológicas sobre antropología e interculturalidad. En R. Campos Navarro (Coord.), *Antropología médica e interculturalidad* (pp. 1-12). Ciudad de México: McGraw Hill.

Laura Estefanía Obando, Analía Verónica Vázquez, Sonia Alejandra Valdivia. "De la patologización a la acción colectiva. Autoatención, salud comunitaria, acompañamiento terapéutico y lucha por la integración en *Las Madres de los Pingüinos*". *Revista Salud, Educación y Sociedad*, vol. 5, núm. 2, septiembre 2026, pp. 17-22. <https://doi.org/10.64478/pdptnm37>



Implicación del engrosamiento ungueal en el tratamiento de la onicomycosis del pie: revisión bibliográfica sobre su impacto en la eficacia terapéutica

Implication of Nail Thickening in the Treatment of Onychomycosis of the Foot: A Literature Review on its Impact on Therapeutic Efficacy

Autor

Francisco Javier Bustos Briones - fbustos@tesa.edu.ec -

Licenciado en Podología por la Universidad del Gran Rosario, Argentina.
Instituto Superior Tecnológico San Antonio, Ecuador.

<https://orcid.org/0009-0005-3192-1990>

RECIBIDO 23/04/2026

ACEPTADO 13/07/2026

DOI [HTTPS://DOI.ORG/10.64478/A3CS7F59](https://doi.org/10.64478/A3CS7F59)

Resumen

La onicomycosis es una infección por hongos que provoca una respuesta inflamatoria en el lecho ungueal, lo cual genera queratina de forma excesiva. La queratina se acumula y se produce el aumento del grosor de la uña. Esta revisión bibliográfica se enfoca en la búsqueda de información sobre la queratinización del lecho ungueal en onicomycosis causada por dermatofitos y la evidencia de protocolos con el uso de urea como queratolítico para tratar la queratosis subungueal. Este estudio tiene un enfoque cualitativo y corresponde a una investigación de tipo documental con un muestreo no probabilístico por criterios o intencional. Se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos que abordaran esta problemática y la búsqueda se efectuó por medio de motores de búsqueda como Cochrane, PubMed, ScienceDirect y Scopus. Diez estudios epidemiológicos demostraron que la onicomycosis es causada por dermatofitos en un 80% a 90%, y el *Trycophytum Rubrum* es el agente más común. Ocho estudios han comprobado la eficacia de la terbinafina como antifúngico; seis estudios mencionan la efectividad de la urea al 30% o 40% como agente queratolítico, lo que facilita la penetración de los antifúngicos tópicos; y cuatro estudios señalan las repercusiones que se presentan a nivel clínico, como el dolor; estéticas, por la deformación de la uña; y funcionales, al limitar la movilidad debido al dolor.

Palabras clave

- Onicomycosis;
- Queratosis;
- Urea;
- Terbinafina

Summary

Onychomycosis is a fungal infection, usually caused by dermatophytes, that triggers an inflammatory response in the nail bed. This leads to excessive keratin production, which accumulates and thickens the nail. This literature review focuses on information on nail bed keratinization in onychomycosis caused by dermatophytes and evidence of protocols using urea as a keratolytic to treat subungual keratosis. This study uses a qualitative approach and is a documentary – style research project using non – probability criteria or purposive sampling. A systematic search was conducted for scientific articles addressing this issue, using search engines such as Cochrane, PubMed, ScienceDirect and Scopus. Ten epidemiological studies demonstrated that onychomycosis is caused by dermatophytes in 80% to 90% of cases, with *Trichophyton rubrum* being the most common agent. Eight studies have confirmed the efficacy of terbinafine as an antifungal; six studies mention the effectiveness of 30% or 40% urea as a keratolytic agent, which facilitates the penetration of topical antifungals; and four studies indicate the clinical repercussions, such as pain, aesthetic effects due to nail deformity, and functional limitations in mobility caused by pain.

Keywords

- Onychomycosis;
- Keratosis;
- Urea;
- Terbinafine

Introducción

La onicomycosis es una infección que afecta a las uñas y es de una frecuencia alta en el mundo. Representa aproximadamente un 50% de las afectaciones ungueales que se diagnostican clínicamente, tiene una prevalencia a nivel mundial entre el 2% y el 13% de la población. A nivel Latinoamérica, la prevalencia es similar, pero hay una mayor afectación en las uñas de los pies. La prevalencia aumenta con la edad, y en la población de adultos mayores llega a un 20% (Relloso *et al.*, 2012).

López *et al.* (2015) determinan que en las formas clínicas de la onicomycosis, como ser la onicodistrofia subungueal distal y lateral (ODSL), la invasión fúngica del lecho ungueal, es el estímulo para la producción de queratina, lo que posteriormente determina una queratosis bajo la uña. Según Carbajosa y Arenas (2008), la onicomycosis distrófica total (ODE) es el estadio final de las onicomycosis por dermatofitos, en la que existe afectación de la matriz ungueal. Toda la uña se encuentra afectada y aparecen masas queratósicas friables. Estas formas clínicas presentan una queratinización del lecho ungueal y son más frecuentes en uñas de pies.

En el campo de la podología, una de las consultas más frecuentes es la onicomiosis, la cual es una infección que aparece en la uña, producida por hongos. Hay tres grupos de hongos que se encuentran definidos: los dermatofitos, que son causantes de la mayor parte de las infecciones, y además provocan infecciones primarias; mohos no dermatofitos; y levaduras. Estos son usualmente invasores que aparecen luego de enfermedades previas de la uña o por traumatismos (Altamirano Pérez, Acurio Pinto y Altamirano Jara, 2020).

Mendoza *et al.* (2012) describen los cambios que se generan en el lecho lecho ungueal producto de la onicomiosis, como el aumento de la producción de queratina bajo la uña, lo que provoca cambios como engrosamiento, cambio de coloración y que las uñas se vuelven friables (se desmenuzan con facilidad) de manera progresiva a medida que avanza la infección, lo cual ocasiona una degeneración total de la uña afectada. A raíz de estos cambios, la uña se eleva y, al utilizar un calzado inadecuado, se produce una presión sostenida que genera dolor.

Dermatofitosis es el término que se usa para definir la infección causada por estos agentes: *Microsporum*, *Trichophyton* y *Epidermophyton*. Los dermatofitos son hongos filamentosos, septados e hialinos que tienen afinidad por los tejidos queratinizados y sus hifas penetran en el estrato córneo de la piel y uñas, lo que produce proteasas queratinolíticas que les permite invadir estas células. Según Zuluaga (2002), son causantes del 80 al 90% de las infecciones por hongos en las uñas del pie. Cuando los dermatofitos afectan la unidad ungueal, producen una infección que se denomina onicomiosis (Altamirano Pérez, Acurio Pinto y Altamirano Jara, 2020).

La infección por hongos dermatofitos desencadena una respuesta inflamatoria en el lecho ungueal, lo que genera un aumento de queratina. Esto provoca el aumento del grosor de la uña. La terbinafina presenta una alta

actividad frente a los dermatofitos, y su eficacia en la onicomiosis es de hasta un 91% (Kreijkamp-Kaspers *et al.*, 2017).

La terbinafina administrada por vía oral demuestra tasas altas de efectividad para el tratamiento de la onicomiosis por dermatofitos. En estudios comparativos y revisiones se señala que esquemas de terbinafina continua con duración de 12 a 16 semanas ofrecen mejores tasas de curación frente a otros antifúngicos como, por ejemplo, el itroconazol (Lipner y Scher, 2019). La revisión efectuada por Cerquera (2016) da respaldo a la efectividad de la terbinafina y su seguridad en mayores de 18 años. La terbinafina genera concentraciones en el lecho ungueal y tiene un perfil de tolerancia que es adecuado para el uso continuo. Con esto se logran respuestas favorables frente a la onicomiosis. Pero esta efectividad puede verse limitada por el aumento del grosor y la acumulación de queratina bajo la uña, lo que actúa como una barrera que impide la penetración de la medicación tópica.

La infección no solo tiene un impacto estético, sino también funcional y psicológico, afectando la calidad de vida del o de la paciente. Puede generar dolor al caminar y alteraciones en la forma de la uña. Los cambios más habituales son el aumento del grosor y el cambio de coloración que afectan a su estética (López *et al.*, 2015). Esto puede llegar a afectar la autoestima y la integración social de una persona que sufre de esta patología que presente una alteración estética importante de su uña o con una onicomiosis de larga evolución sin resolución (Cobos *et al.*, 2016). Por ello, su diagnóstico y tratamiento oportuno son esenciales para evitar la progresión, la diseminación y las recidivas. En este contexto, la elección de la terapia depende de la extensión, el tipo clínico, el agente causal y las condiciones del huésped. Cuando la afectación es leve o superficial, la terapia tópica es la opción preferida por su perfil de seguridad, tolerancia

y eficacia local (Altamirano Pérez, Acurio Pinto y Altamirano Jara, 2020). La urea es un excelente queratolítico que remueve el estrato córneo y la paraquetosis. De esta manera, disminuye la cohesión entre los queratinocitos, lo que ayuda a reducir la queratosis bajo la uña. Ello facilita la penetración de la medicación tópica a nivel ungueal y la reducción del grosor de la lámina ungueal (Márquez Balbás *et al.*, 2008). La capacidad para suavizar y reducir la queratina hiperplásica facilita el manejo de la onicomycosis y mejora la eficacia de los tratamientos antifúngicos.

El tratamiento de la onicomycosis por dermatofitos se ha transformado en la última década, gracias a la aparición de antifúngicos más selectivos y seguros. La terbinafina, que pertenece a la familia de las alilaminas, actúa como un fungicida de amplio espectro, ejerciendo su acción a través de la inhibición de la enzima escualeno epoxidasa, que bloquea la conversión del escualeno en ergosterol, componente esencial de la membrana celular del hongo. Esta inhibición conlleva una acumulación de escualeno tóxico y la pérdida de integridad de la membrana, lo que causa la muerte celular fúngica (Fernández-Chico, García-Fernández y Luelmo Aguilar, 2008). Dicha acción fungicida la diferencia de otros antifúngicos, como los azoles, que actúan de forma fungistática.

La formulación tópica de la terbinafina representa una alternativa terapéutica de especial relevancia en los casos leves a moderados de onicomycosis sin afectación de la matriz ungueal, o cuando el número de uñas comprometidas es reducido. En estas circunstancias, el uso tópico de la terbinafina ofrece ventajas importantes: menor riesgo de efectos adversos sistémicos, ausencia de interacciones medicamentosas y mejor tolerancia por parte del paciente (Fernández-Chico, García-Fernández y Luelmo Aguilar, 2008). Estas características resultan particularmente útiles en el primer nivel de atención, donde la detección temprana y la instauración

de terapias locales adecuadas pueden evitar la progresión de la enfermedad y la necesidad de tratamientos orales prolongados. En su presentación tópica, la terbinafina posee una excelente penetración en las capas córneas y la lámina ungueal, lo que mantiene concentraciones terapéuticas suficientes en el sitio de infección. La alta lipofilia del fármaco facilita su acumulación en los tejidos queratinizados, lo que permite un efecto prolongado incluso después de suspender el fármaco.

Diversos estudios han demostrado que la terbinafina tópica ejerce un efecto fungicida rápido sobre dermatofitos, lo que reduce significativamente la carga micótica en el lecho ungueal y por lo cual se mejora la apariencia clínica de la uña (Fernández-Chico, García-Fernández y Luelmo Aguilar, 2008). No obstante, su eficacia puede verse limitada en onicomycosis avanzadas o con afectación de más del 50% de la uña, donde la penetración del medicamento es insuficiente.

El dermatofitoma se define como una forma clínica y patogénica particular de la onicomycosis, la cual se caracteriza por la formación de una masa o un acumulo denso de hifas fúngicas y queratina alterada en el interior de la lámina ungueal. Este conglomerado micótico, al estar encapsulado por material queratínico, genera una lesión focal, opaca amarillenta, habitualmente lineal o puntiforme, que puede observarse a través de la lámina ungueal. Su presencia indica una infección crónica y localizada que no responde adecuadamente a los tratamientos convencionales debido a la barrera queratínica compacta que impide la difusión del antifúngico al foco infeccioso (Moreno-Coutiño y Arenas, 2009).

Ante la limitada eficacia de los tratamientos convencionales, especialmente en casos avanzados o con queratosis subungueal significativa, se ha explorado el uso de un agente queratolítico como la urea, la cual, en concentraciones altas, tiene la capacidad de disolver la queratina, lo que

facilita la penetración de medicamentos tópicos y, en algunos casos, permite la avulsión química de la uña afectada.

Objetivo

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo poder analizar la evidencia disponible sobre el uso de urea en el tratamiento de la queratosis subungueal asociada a onicomycosis, causada por hongos dermatofitos, evaluando su eficacia, seguridad, formas de aplicación y su papel como coadyuvante en terapias antifúngicas. Se busca proporcionar una visión actualizada y crítica que permita valorar su utilidad clínica en el campo de la podología en el manejo integral de la onicomycosis.

Metodología

Este estudio tiene un enfoque cualitativo y corresponde a una investigación de tipo documental, ya que es una revisión bibliográfica narrativa que se efectuó en el mes de marzo del año 2025. Su propósito es analizar y sintetizar la información disponible sobre la queratinización del lecho ungueal causada por hongos dermatofitos en onicomycosis. El tipo de muestreo utilizado es no probabilístico por criterios o muestreo intencional.

Pregunta clínica, modelo PICO

P- Población: Pacientes con onicomycosis

I-Intervención: Tratamiento de la onicomycosis con el uso de urea, evaluado en ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA), ensayos clí-

nicos controlados no aleatorizados (NRCT) y estudios observacionales.
C-Comparación: Uso de urea como monoterapia o combinada con un antifúngico tópico u oral.

O- Resultados: Efectividad del tratamiento de la onicomycosis según el tipo de lesión ungueal y el tiempo de evolución.

Los criterios de inclusión y exclusión para esta revisión bibliográfica fueron los siguientes:

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión	Exclusión
Artículos científicos originales que incluyan revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados aleatorizados, ensayos clínicos no aleatorizados, estudios observacionales prospectivos, que estén enfocados en el tratamiento de la onicomycosis.	Artículos científicos que aborden onicomycosis causada por mohos o levaduras, aunque cumplan otros criterios de inclusión.
Estudios publicados entre 2000 y 2025.	Estudios que se enfoquen en la onicomycosis de las manos.
Idioma español o inglés.	Publicaciones que no evalúen resultados, que se limiten a la microbiología y diagnóstico sin analizar tratamientos.
Pacientes diagnosticados con onicomycosis en el pie por dermatofitos.	Artículos duplicados en bases de datos, versiones preliminares de un mismo estudio.
Estudios que evalúen tratamientos para la onicomycosis que incluyan urea, antifúngicos	

Fuente: Elaboración propia.

La búsqueda de la bibliografía que se realizó en las diferentes bases de datos tuvo como resultado 202 artículos. En la primera fase, se hizo un cribado de inicio con la lectura del título y el resumen, en que se aplicaron los criterios de inclusión que fueron establecidos para la revisión bibliográfica (estudios que estén relacionados con la onicomycosis del pie, dermatofitos, uso de urea

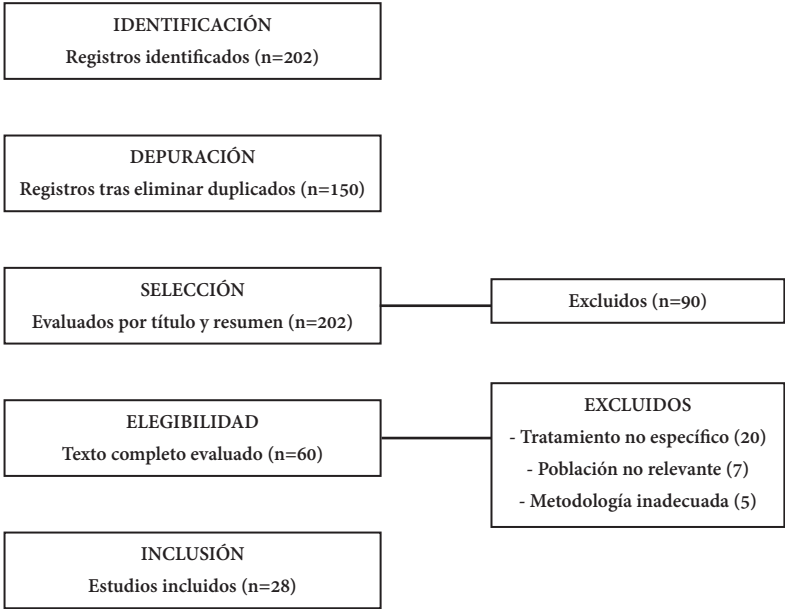
y terbinafina, resultados terapéuticos). En esta primera etapa, se excluyeron 128 artículos, ya que no se relacionaban con el objetivo del estudio. Luego, se eliminaron los estudios duplicados. Se identificaron 46 registros que estaban duplicados, lo que permitió obtener 28 artículos que potencialmente podían ser elegidos. Se hizo un cribado minucioso con la lectura completa del texto de las publicaciones, para verificar la pertinencia metodología y relevancia de los resultados. Los 28 artículos cumplieron con los criterios de inclusión y fueron seleccionados para realizar el análisis cualitativo de esta revisión. Es la bibliografía final que será utilizada.

Tabla 2. Búsqueda con operadores booleanos

Base de datos	Palabras clave	Fecha busqueda	Número de artículos encontrados
PubMed	Onychomycosis AND urea AND treatment	Marzo 2025	38
PubMed	Onychomycosis AND terbinafine	Marzo 2025	42
PubMed	Onychomycosis AND quality of life	Marzo 2025	21
ScienceDirect	Onychomycosis AND urea	Marzo 2025	26
ScienceDirect	Onychomycosis AND antifungal treatment	Marzo 2025	34
Scopus	Onychomycosis AND dermatophytes AND treatment	Marzo 2025	29
Cochrane Library	Oral antifungal medication AND Onychomycosis	Marzo 2025	12
Total			202

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos



Nota. Se muestra el proceso de identificación, depuración, selección, elegibilidad e inclusión.

Discusión

Relloso *et al.* (2012) observaron que la prevalencia de hongos filamentosos y dermatofitos es mayor a la de hongos no filamentosos en uñas de pies (82,8%) y las infecciones por dermatofitos son mayores en uñas de pies que en manos.

Martínez *et al.* (2010) mencionan que el dermatofitoma está más asociado a dermatofitos y al agente causal Tricophyton, lo que genera una masa fúngica que no permite que la medicación penetre en esa zona. Se propone como

medida terapéutica la avulsión quirúrgica del dermatofitoma y la eliminación de la queratosis subungueal.

Sánchez-Schmidt, Giménez-Jovani y Peyrí-Rey (2005), en el estudio SET-TA, evaluaron la eficacia de la terbinafina en el tratamiento de la onicomiosis, la cual fue administrada por vía oral y tópica. Si bien la satisfacción de los y las pacientes en tiña pedís y umguium fue favorable al tratamiento, la terbinafina fue suministrada por vía oral para la tiña umguium, lo que no arroja datos sobre la efectividad de la terbinafina tópica para la anicomiosis, algo que es de relevancia para la opción de un tratamiento tópico en pacientes que no pueden tolerar medicación por vía oral. En este estudio se determinó que la tiña unguium es más común en mujeres que en hombres. Kreijkamp-Kaspers *et al.* (2017) mencionan la efectividad de la terbinafina oral en onicomiosis. Esta revisión demuestra algo que ya se ha publicado en diferentes artículos sobre la efectividad del grupo de medicamentos alilaminas por sobre los azoles en dermatofitos y que generan menos complicaciones gastrointestinales.

Cerquera (2016) expone que la terbinafina de uso intermitente tiene menor éxito en las infecciones micóticas que la continua, algo que se debe considerar al decidir el tipo de terapia oral que se le suministrará al o la paciente.

Jiménez-Faraj *et al.* (2018) exponen que la terapia de bifonazol más urea tiene altas tasas de curación, pero no se explica en detalle el procedimiento. Hay otros estudios en los cuales se evalúa la efectividad de la urea más bifonazol para la avulsión de la lámina ungueal infectada. La terbinafina es el medicamento de elección para hongos dermatofitos, aunque falta información del uso de urea en combinación con terbinafina.

Sánchez-Schmidt, Giménez-Jovani y Peyrí-Rey (2005) mencionan que la escala de OSI, índice de severidad de onicomiosis, es una escala muy útil para determinar el grado de afección de la lámina ungueal. Lo que llama la atención

es que el valor de puntuación más alto corresponde a la presencia de queratosis subungueal o dermatofitoma, (tiene una puntuación de 10). Esto nos reafirma la falta de bibliografía sobre el tratamiento de la queratosis subungueal en onicomiosis (Sánchez-Schmidt, Giménez-Jovani y Peyrí-Rey, 2005).

Fernández-Chico, García-Fernández y Luelmo Aguilar (2008) hacen referencia a que, desde una perspectiva terapéutica, los procesos de queratinización alterada no solo representan un reto clínico, sino también un elemento que condiciona la elección farmacológica. Las formulaciones tópicas, como las lacas y cremas antifúngicas, deben atravesar la barrera queratínica para alcanzar concentraciones fungicidas en el lecho ungueal. En este contexto, la terbinafina, tanto en su forma tópica como oral, ha mostrado eficacia frente a dermatofitos. Esto se debe a su capacidad lipofílica y su acumulación en tejidos queratinizados, lo que permite mantener concentraciones terapéuticas prolongadas. Esta característica resulta crucial en un tejido como la uña, donde la queratina actúa como reservorio y, a su vez, como obstáculo.

Martínez *et al.* (2010) en su estudio analizan de manera detallada la frecuencia y características del dermatofitoma subungueal, un fenómeno micológico poco documentado, pero clínicamente relevante. Este trabajo destaca que la masa compacta de hifas y conidias que forma el dermatofitoma actúa como una barrera física que impide la adecuada penetración de los antifúngicos, reduciendo así su eficacia terapéutica.

Mendoza *et al.* (2012) hablan de la utilización de la urea al 40% para la avulsión química de la lámina ungueal, pero no está detallado el proceso de aplicación del producto y se deja de lado la utilización de un vendaje oclusivo que ayuda a preservar la urea en el área afectada.

Leung (2023) Hace referencia a la utilización del ácido salicílico más urea como queratolítico, pero la información es escasa en base a que no hay un protocolo de aplicación.

Robres *et al.* (2015) mencionan la urea en un porcentaje de 40% como una terapia previa a la terapia fotodinámica (TFD) para reducir la queratosis subungueal y, de esta manera, favorecer la acción del fotosensibilizante en tratamientos con uso de láser. Pero no hay información clara sobre la acción que cumple la urea, por lo que podemos suponer, por la evidencia, que se usó como un queratolítico, aunque el artículo no lo nombra y no describe la función de la urea.

Trullàs Cabanes *et al.* (2008) exponen la capacidad queratolítica en concentraciones altas de la urea (20% al 40%) y sus propiedades en las infecciones por dermatofitos. La urea ayuda a facilitar la penetración del fármaco y se menciona que ejerce una actividad inhibitoria, lo que se debe estudiar con más detalle para verificar si la acción inhibitoria es real.

Carbajosa y Arenas (2008) plantean como alternativa a la terapia combinada el curetaje de la lámina afectada con una avulsión quirúrgica. Es lo que se propone para que la medicación tópica tenga una mejor penetración sobre el lecho ungueal afectado, pero en otros estudios no está indicada la avulsión quirúrgica de la lámina ungueal. Esto lleva a una contradicción e incertidumbre acerca de si esta terapia es factible o no de realizar. Por otro lado, no se menciona la urea como un producto que en un porcentaje del 40% pueda realizar una avulsión química sin necesidad de generar un trauma.

El vendaje oclusivo permite dejar la lámina afectada bajo una protección contra el medio externo, el cual al entrar en contacto con la uña tratada puede eliminar la medicación tópica usada. También cumple la función de ser un aislante para que la medicación tópica permanezca por mayor tiempo en el área, y así obtener una mejor absorción, pero también carece de información que avale su utilización.

La queratinización de lecho ungueal es una consecuencia común de la infección por hongos dermatofitos en onicomycosis, la cual se caracteriza por el en-

grosamiento de la lámina ungueal. Esta acumulación de queratina bajo la uña dificulta la penetración de la medicación tópica y, por ende, reduce su eficacia.

Resultados

De todos los estudios que se han revisado, diez investigaciones se refieren a aspectos epidemiológicos y etiológicos de la onicomycosis, y se confirma que los dermatofitos son los responsables del 80% al 90% de los casos que se presentan. El microorganismo que se ha aislado con mayor frecuencia es el *Trichophyton Rubrum*. En estos trabajos, se evidencia que la infección afecta de preferencia las uñas de los pies y que la prevalencia se ve aumentada con la edad, el tiempo de evolución que ha tenido la afección y la existencia de factores predisponentes locales o de forma sistémica (Zuluaga, 2002; Llambrich y Lecha, 2002; Mendoza *et al.*, 2012; Relloso *et al.*, 2012). Con respecto al tratamiento antifúngico de forma sistémica, ocho de los estudios evaluaron la eficacia de la terbinafina de administración oral, la cual ha mostrado tasas altas de curación clínica y micológica, en especial en onicomycosis causadas por dermatofitos. En estos estudios, se concluye que la terbinafina presenta mejores resultados terapéuticos si se compara con otros antifúngicos sistémicos, ya sea en pautas continuas como en las intermitentes, y presenta un perfil de seguridad adecuado (Cerquera, 2016; Sánchez-Schmidt, Giménez-Jovani y Peyrí-Rey, 2005; Lipner y Scher, 2019; Tosti, Elewski y Hay, 2015).

En relación con la urea, seis estudios analizan su uso en porcentajes altos (30% a 40%) como agente queratolítico y coadyuvante. Estos resultados evidencian que la urea permite facilitar la remoción del tejido ungueal

afectado y facilita la penetración de los antifúngicos de uso tópico. Muestra una mayor efectividad cuando se combina con un antifúngico si se compara con la monoterapia (Márquez Balbás *et al.*, 2008; Trullàs Cabanes *et al.*, 2008; Bonifaz e Ibarra, 2000; Dars, Banwell y Matricciani, 2019; Jiménez-Faraj *et al.*, 2018).

Las repercusiones que se presentan –ya sean clínicas, funcionales o estéticas– por la onicomycosis se abordan en cuatro estudios. Señalan que las onicomycosis pueden generar dolor, dificultad en la marcha, alteraciones de la lámina ungueal que son visibles y limitaciones en la vida diaria. Esto repercute de manera negativa en el bienestar del o de la paciente y recalca la importancia de una terapéutica que sea integral desde la práctica en podología (Carbajosa y Arenas, 2008; López *et al.*, 2015; Lipner y Scher, 2019).

Conclusiones

El análisis de los 28 artículos seleccionados evidencia que la onicomycosis que afecta al pie es una afección prevalente y su etiología es de predominancia dermatofítica. El agente causal más frecuente es el *Tricophyton rubrum*. Hay una mayor incidencia en los adultos y adultas mayores y se asocia a factores que son predisponentes. Demuestran la necesidad de implementar medidas preventivas y de diagnóstico precoz en el ámbito de la podología. La terbinafina se posiciona como el tratamiento sistémico de primera elección, dada su alta eficacia clínica y micológica, también por su perfil de seguridad sobre otros antifúngicos.

La utilización de urea en concentraciones del 30% al 40% ha demostrado ser un coadyuvante eficaz. Esto se debe a que, por medio de su acción queratolí-

tica, elimina el tejido queratósico de la lámina ungueal. Ello facilita una mejor penetración de los antifúngicos tópicos, lo que genera una optimización de los resultados en tratamientos combinados.

Una evolución prolongada o la falta de un tratamiento adecuado puede provocar repercusiones funcionales, dolor y cambios en la estética de la uña, lo que impacta de manera negativa en la calidad de vida del o de la paciente.

Estos resultados recalcan la importancia de un abordaje de forma integral en el ámbito podológico, que contemple un diagnóstico oportuno, la selección adecuada del tratamiento y el seguimiento clínico, para mejorar los resultados terapéuticos y la calidad de vida de los y las pacientes.

Bibliografía

Altamirano Pérez, K. L.; Acurio Pinto, T. G. y Altamirano Jara, J. B. (2020). Onicomycosis: diagnóstico y tratamiento. *RECIAMUC*, 4(4), 24-31. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(4\).noviembre.2020.24-31](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(4).noviembre.2020.24-31)

Bonifaz, A. y Ibarra, G. (2000). Onychomycosis in children: Treatment with bifonazole-urea. *Pediatric Dermatology*, 17(4), 285-288. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.2000.01761.x>

Carbajosa, J. y Arenas, R. (2008). Onicomycosis: Evaluación de la utilidad del curetaje quirúrgico en el tratamiento combinado oral y tópico. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 6(3), 173-178. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2008/dcm083c.pdf>

Cerquera, E. (2016). Eficacia y seguridad de la terbinafina oral en pauta intermitente o continua para el tratamiento de la onicomycosis en mayores de 18 años. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(1), 51-58. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n1.47890>

Cobos-Lladó, D.; Fierro-Arias, L.; Arellano-Mendoza, M. I. y Bonifaz, A. (2016). La onicomycosis y su influencia en la calidad de vida. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 14(4), 318-327. <https://dcmq.com.mx/articulo/la-onicomycosis-y-su-influencia-en-la-calidad-de-vida-onychomycosis-and-its-influence-on-quality-of-life-815567>

Dars, S.; Banwell, H. A. y Matricciani, L. (2019). The use of urea for the treatment of onychomycosis: A systematic review. *Journal of Foot and*

Ankle Research, 12, 35. <https://doi.org/10.1186/s13047-019-0332-3>

Fernández-Chico, N.; García-Fernández, D. y Luelmo Aguilar, J. (2008). Estrategias terapéuticas en las onicomycosis. *Piel*, 23(5), 268-272. <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-pdf-13120498>

Jiménez-Faraj, J. E.; Torres-Oviedo, J. N.; Flores-Acosta, M. E.; Castillo-Moreno, C. G.; Argueta-Cruz, A. K.; Portillo-Varela, E. C.; Maturate-Barahona, I. E.; Alas-Pineda, C.; Zúniga-Moya, J. C. y Martínez-Herrera, E. (2018). Comparación del tratamiento combinado con bifonazol al 1% más urea al 40% versus monoterapia con urea al 40% en pacientes con onicomycosis. *Dermatología Revista Mexicana*, 62(3), 197-204. <https://www.researchgate.net/publication/350894640>

Kreijkamp-Kaspers, S.; Hawke, K.; Guo, L.; Kerin, G.; Bell-Syer, S. E. M.; Magin, P.; Bell-Syer, S. V. y van Driel, M. L. (2017). Oral antifungal medication for toenail onychomycosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD010031. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010031.pub2>

Leung, A. K. C.; Barankin, B.; Lam, J. M.; Leong, K. F. y Hon, K. L. (2023). Tinea pedis: An updated review. *Drugs in Context*, 12, 1-16, 2023-5-1. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10321471/>

Lipner, S. R. y Scher, R. K. (2019). Onychomycosis: Treatment and prevention of recurrence. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(4), 853-867. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.06.069>

López, D.; Rodríguez Sanz, D.; Morales Ponce, A. y Soriano Medrano, A. (2015). Aproximación al manejo de la patología micótica

ca en el pie. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas*, 9(2), 57-66. <https://revistas.ucm.es/index.php/RICP/article/view/47314>

Llambrich, A. y Lecha, M. (2002). Tratamiento actual de las onicomycosis. *Revista Iberoamericana de Micología*, 19(1), 1-6. <https://www.researchgate.net/publication/239603566>

Márquez Balbás, G.; Galvany Rossell, L.; Sánchez Regaña, M. y Umbert Millet, P. (2008). Urea a altas concentraciones: Empleo en dermatología. *Piel*, 23(9), 451-456. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213925108710165>

Martínez, E.; Alas, R.; Escalante, K.; Miller, K. y Arenas, R. (2010). Dermatoftoma subungueal: Estudio epidemiológico de 100 casos. *Revista Chilena de Dermatología*, 26(1), 22-24. https://www.sochiderm.org/web/revista/26_1/2.pdf

Mendoza, N.; Palacios, C.; Cardona, N. y Gómez, L. M. (2012). Onicomycosis: Afección común de difícil tratamiento. *Revista Asociación Colombiana de Dermatología*, 20(3), 143-150. <https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/224>

Moreno-Coutiño, G. y Arenas, R. (2009). Dermatoftoma extraungueal. *Revista Iberoamericana de Micología*, 26(4), 249-252. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-micologia-290-pdf-13139642>

Relloso, S.; Arechavala, A.; Guelfand, L.; Maldonado, I; Walker, L.; Agorio, I.; Reyes, S.; Giusiano, G.; Rojas, F.; Flores, V.; Capece, P.; Posse, G.; Nicola, F.; Tutzer, S. y Bianchi, M. (2012). Onicomycosis: Estudio multicéntrico clínico, epidemiológico y micológico. *Revista Iberoamericana de Micología*, 29(4), 199-205.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130140611001082>

Robres, P.; Aspiroz, C.; Rezusta, A. y Gilaberte, Y. (2015). Utilidad de la terapia fotodinámica en el manejo de la onicomycosis. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 106(7), 567-573. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.04.007>

Sánchez-Schmidt, J. M.; Giménez-Jovani, S. y Peyrí-Rey J. (2005). Estudio de satisfacción con el tratamiento de las micosis en extremidades con terbinafina (SETTA). *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 96(5), 297-303. <https://www.actasdermo.org/es-pdf-13076097>

Tosti, A.; Elewski, B. E. y Hay, R. (2015). Management of difficult-to-treat toenail onychomycosis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 72(5), 913-921. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.01.017>

Trullàs Cabanes, C.; Mirada Ferré, A.; Salomon Neira, M. (2008). El valor de la urea en el cuidado y tratamiento de la piel. *Dermatología Peruana*, 18(1), 45-52. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v18_n1/pdf/a07v18n1.pdf

Zuluaga, A. (2002). Desafíos terapéuticos en onicomycosis. *Revista Asociación Colombiana de Dermatología & Cirugía Dermatológica*, 10(2), 865-872. <https://www.revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/686>

Francisco Javier Bustos Briones. "Implicación del engrosamiento ungueal en el tratamiento de la onicomycosis del pie: revisión bibliográfica sobre su impacto en la eficacia terapéutica". *Revista Salud, Educación y Sociedad*, vol. 5, núm. 2, septiembre 2026, pp. 23-33. <https://doi.org/110.64478/a3cs7f59>



Más allá de la supervivencia: evaluación del estado funcional mediante la Functional Status Scale (FSS) después de la estancia en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica

Beyond Survival: Evaluation of Functional Status Using the Functional Status Scale (FSS) After a Pediatric Intensive Care Unit Stay

Autora

María Basanta Murcia - mariabasanta29@gmail.com -

Licenciada en Fisioterapia y magister en Kinesiología y Fisioterapia Cardiorrespiratoria por la Universidad del Gran Rosario, Argentina. Fisioterapeuta en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel, Panamá.

<https://orcid.org/0009-0003-8106-8276>

RECIBIDO 17/05/2026

ACEPTADO 27/07/2026

DOI [HTTPS://DOI.ORG/10.64478/8RHM6M54](https://doi.org/10.64478/8RHM6M54)

Resumen

Introducción: La disminución de la mortalidad en las unidades de cuidados intensivos pediátricos ha incrementado el número de sobrevivientes con posibles secuelas funcionales asociadas al Síndrome Postcuidado Intensivo Pediátrico (PICS). La valoración sistemática del estado funcional permite identificar estos cambios y orientar la rehabilitación. **Objetivo:** Valorar el estado funcional de pacientes pediátricos críticos desde el ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva hasta el alta hospitalaria en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel, entre agosto y octubre de 2025. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo. De los 66 pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva entre agosto y octubre de 2025, se tomó una muestra de 37 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, de edades entre un mes y 14 años. El estado funcional se evaluó mediante la Functional Status Scale (FSS) en tres momentos: previo a la hospitalización (mediante de la entrevista a los y las familiares), al egreso de la UTI (realizando evaluación directa del o de la paciente) y al alta hospitalaria (mediante reevaluación del o de la paciente). **Resultados:** La totalidad de pacientes presentaron funcionalidad basal normal (FSS=6). Al egreso de UTI se observó un

aumento significativo del puntaje FSS (media=10), lo cual evidencia deterioro funcional adquirido, principalmente en las dimensiones motora, respiratoria y de alimentación. Al alta hospitalaria se evidenció mejoría (media FSS=7), aunque algunos y algunas pacientes mantuvieron alteraciones residuales. Mayores puntajes FSS se asociaron con estancias más prolongadas en UTI y hospitalización. **Conclusiones:** Los y las pacientes pediátricos críticos presentan deterioro funcional durante su estancia en UTI, con recuperación parcial al alta. La FSS es una herramienta útil para identificar cambios funcionales y apoyar la planificación de seguimiento y rehabilitación.

Palabras clave

- Cuidados intensivos pediátricos;
- Secuelas funcionales;
- Escala de estado funcional;
- Enfermedad crítica

Summary

Introduction: The reduction in mortality rates in pediatric intensive care units has increased the number of survivors with potential functional impairments associated with Pediatric Post-Intensive Care Syndrome (PICS-p). Systematic assessment of functional status allows these

changes to be identified and supports rehabilitation planning. **Objective:** To assess the functional status of critically ill pediatric patients from admission to the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) through hospital discharge at Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel between August and October 2025. **Methods:** An observational, descriptive, longitudinal, and prospective study was conducted. Of the 66 patients admitted to the Pediatric Intensive Care Unit between August and October 2025, a sample of 37 patients aged 1 month to 14 years who met the inclusion criteria was selected. Functional status was assessed using the Functional Status Scale (FSS) at three time points: before hospitalization (through interviews with family members), at PICU discharge (by direct patient assessment), and at hospital discharge (through patient reassessment). **Results:** All patients had normal baseline functional status (FSS = 6). At PICU discharge, a significant increase in the mean FSS score was observed (mean = 10), indicating acquired functional impairment, mainly affecting the motor, respiratory, and feeding domains. By hospital discharge, functional status had improved (mean FSS = 7), although some patients continued to exhibit residual impairments. Higher FSS scores were associated with longer PICU and hospital stays. **Conclusions:** Critically ill pediatric patients experience functional impairments during their PICU stay, followed by partial recovery at hospital discharge. The Functional Status Scale (FSS) is a useful tool for identifying functional changes and supporting follow-up and rehabilitation planning.

Keywords

- Intensive Care Units;
- Pediatric;
- Functional Status;
- Functional Status Scale;
- Critical Illness

Introducción

El aumento sostenido en la supervivencia de pacientes pediátricos críticamente enfermos ha redefinido los criterios tradicionales de éxito en las Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. Si bien la disminución de la mortalidad representa un logro incuestionable, la evidencia actual indica que la supervivencia no garantiza la restitución plena de la funcionalidad ni la recuperación integral del niño o niña (Campos-Miño, Sasbón y von Dessauer, 2012). En este escenario, los desenlaces funcionales emergen como un componente esencial en la evaluación de la calidad asistencial.

El Síndrome Postcuidado Intensivo (PICS) ha sido descrito como un conjunto de alteraciones físicas, cognitivas y psicosociales que pueden persistir después de la enfermedad crítica (Needham *et al.*, 2012). En población pediátrica, estas secuelas adquieren una dimensión particularmente relevante, ya que pueden interferir con procesos dinámicos de crecimiento y desarrollo, comprometiendo el desempeño escolar, la participación social y la calidad de vida futura (Manning *et al.*, 2018; Watson *et al.*, 2018). Más allá del ámbito clínico, estas limitaciones pueden generar una carga adicional para

las familias, los sistemas educativos y los servicios de salud.

Diversos estudios han identificado que la inmovilización prolongada, el uso de ventilación mecánica, la sedación y la gravedad de la enfermedad se asocian con un deterioro funcional adquirido durante la hospitalización (Inoue *et al.*, 2019; Woodruff y Choong, 2021). Estas alteraciones pueden traducirse en mayor demanda de servicios de rehabilitación, seguimiento especializado y recursos asistenciales a largo plazo, lo cual supone un problema con implicaciones en salud pública.

En Panamá, el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel constituye el principal centro de referencia pediátrica del país y concentra la atención de casos de alta complejidad (Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel, 2024). Sin embargo, no se dispone de evidencia publicada que describa de manera sistemática la evolución del estado funcional en pacientes hospitalizados en su Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.

Generar evidencia local que describa de manera sistemática la evolución del estado funcional en pacientes hospitalizados en esta Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica constituye un paso clave para integrar la funcionalidad como desenlace relevante en la práctica clínica. Contar con esta información permitirá fundamentar decisiones clínicas e institucionales para optimizar la atención interdisciplinaria y fortalecer estrategias de rehabilitación temprana orientadas a promover una recuperación integral más allá de la supervivencia.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo evaluar la evolución del estado funcional de los pacientes pediátricos que ingresaron en la Unidad de Terapia Intensiva 1 del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel durante el período comprendido entre agosto y octubre de 2025. Para ello, se utilizó la Escala de Estado Funcional (Functional Status Scale, FSS), instrumento desarrollado y validado por la red de investigación colaborativa en

cuidados intensivos pediátricos para la identificación de deterioro funcional en pacientes hospitalizados (Pollack *et al.*, 2009). La evaluación se realizó en tres momentos: al ingreso, mediante entrevista a los y las familiares para determinar el estado funcional previo a la hospitalización; al egreso de la unidad de cuidados intensivos; y al momento del alta hospitalaria, con el fin de identificar posibles cambios asociados a la estancia en cuidados intensivos.

Objetivos

Objetivo general

- Valorar el estado funcional de pacientes pediátricos críticos desde el ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva 1 hasta el alta hospitalaria, en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel de agosto a octubre de 2025.

Objetivos específicos

- Establecer las características de los pacientes según rangos etarios (lactantes, preescolares, escolares y adolescentes) en la población estudiada.
- Describir los diagnósticos encontrados en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Terapia Intensiva.
- Describir los días de estancia en la unidad, los días totales de hospitalización y la intervención requerida.
- Identificar los cambios en el estado funcional de los pacientes pediátricos entre el ingreso, el egreso de la Unidad de Terapia Intensiva 1 y el alta hospitalaria, utilizando la escala de estado funcional.

- Clasificar la disfunción en los dominios sensorial, estado mental, comunicación, función motora, alimentación y respiratorio en niños y niñas de 0 a 14 años que requieran admisión en la Unidad de Terapia Intensiva 1.

Metodología

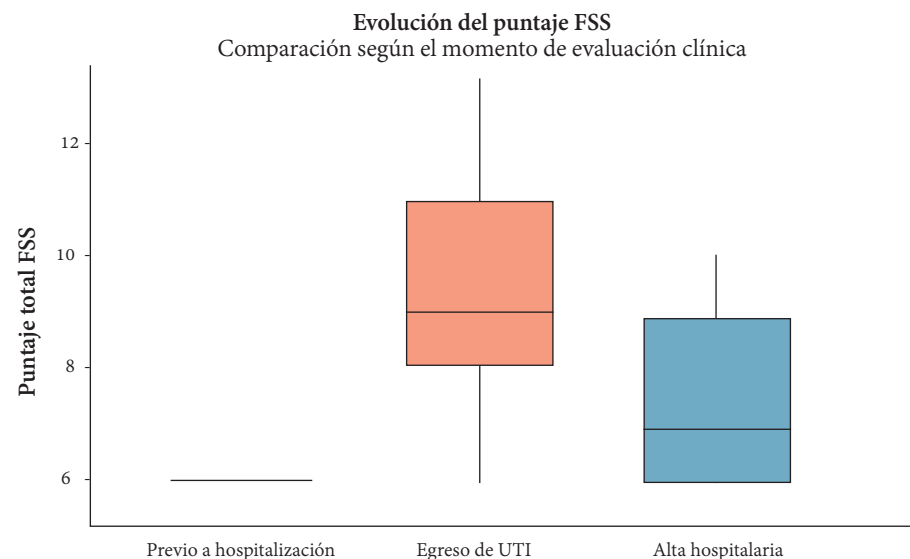
Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo con el objetivo de describir los cambios en el estado funcional de pacientes pediátricos tras su hospitalización en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel. Durante el período comprendido entre agosto y octubre de 2025 ingresaron 66 pacientes a la unidad, de los cuales se seleccionó una muestra de 37 que cumplieron con los criterios de inclusión. Se incluyeron pacientes de un mes a 14 años, de nuevo ingreso en la Unidad de Terapia Intensiva, con una estancia hospitalaria ≥ 48 horas y requerimiento de soporte respiratorio (oxigenoterapia o ventilación mecánica) durante al menos dos días, previa obtención del consentimiento informado de los padres, madres o tutores legales, o del asentimiento en pacientes mayores de 12 años cuando fue posible. Se excluyeron pacientes con patologías neurológicas, del desarrollo o cardiovasculares severas preexistentes que implicaran una estancia intrahospitalaria prolongada.

La evaluación del estado funcional se realizó utilizando la Functional Status Scale (FSS), en tres momentos: previo a la hospitalización, mediante entrevista a las familias; al egreso de la Unidad de Terapia Intensiva; y al recibir el alta hospitalaria. Los datos fueron analizados mediante Microsoft Excel y software para análisis de estadísticas R.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 37 pacientes pediátricos, con predominio del sexo masculino (57%). La mayoría correspondió al grupo etario de 0 a 3 años, lo que evidencia mayor representación de lactantes y niños pequeños. El diagnóstico principal de ingreso fue patología respiratoria (84%), seguido por causas neurológicas (8%), infecciosas (5%) y metabólicas (3%). En relación con el soporte respiratorio, el 30% de los pacientes requirió ventilación mecánica entre 6 y 10 días, mientras que el 38% recibió oxigenoterapia entre 3 y 5 días. El 62% recibió intervención fisioterapéutica durante su hospitalización y el 11% presentó reingreso a la UTI.

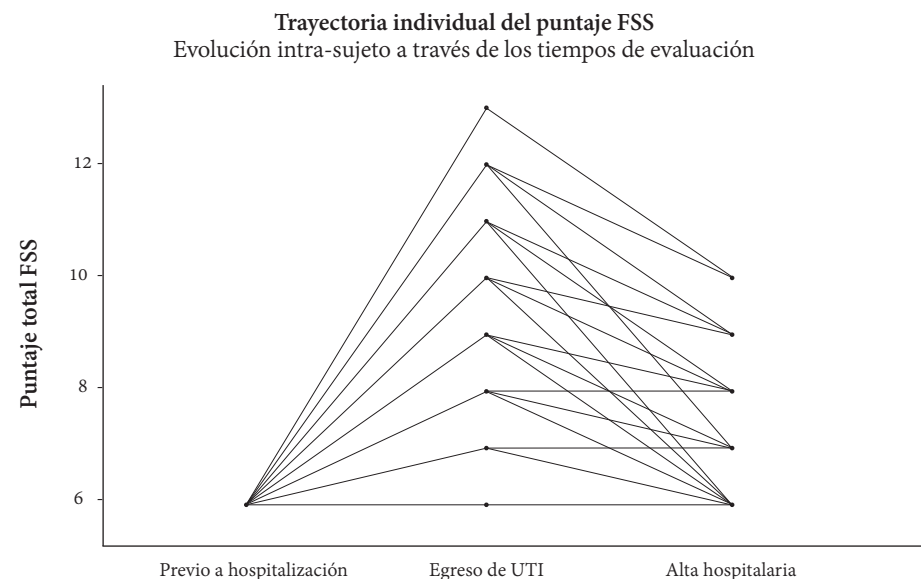
Figura 1. Evolución del puntaje total de la Functional Status Scale (FSS) en tres momentos de evaluación: previo a la hospitalización, al egreso de la UTI y al alta hospitalaria



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados durante la investigación.

En el estado basal previo a la hospitalización, la totalidad de los pacientes presentaron un puntaje FSS de 6, correspondiente a funcionalidad normal, lo que permitió establecer una línea de referencia uniforme. Al egreso de la UTI se evidenció un incremento significativo del puntaje total FSS (media 10; mediana 9), indicando deterioro funcional adquirido durante la estancia en cuidados intensivos ($p < 0.05$). Las dimensiones más afectadas fueron función motora (78,4%), estado respiratorio (70,3%) y alimentación (51,4%), mientras que las áreas mental y sensorial mostraron mínima o nula alteración.

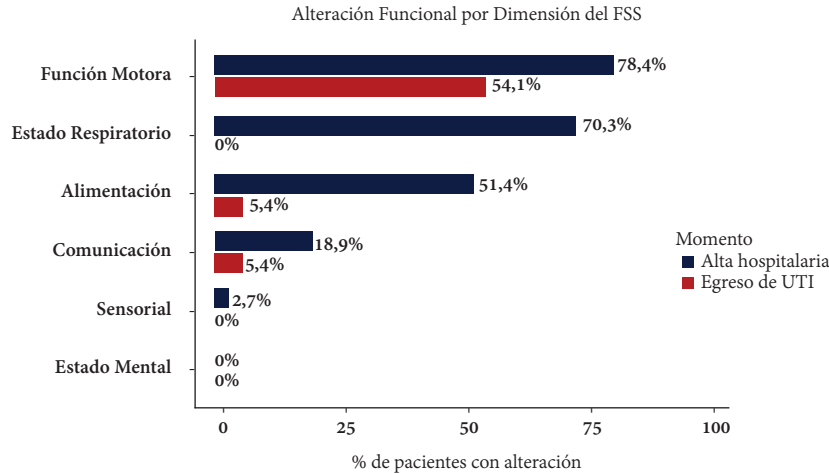
Figura 2. Evolución del puntaje total FSS desde el egreso de UTI hasta el alta hospitalaria



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados durante la investigación.

Al alta hospitalaria se observó recuperación funcional parcial (media FSS 7; mediana 7), con disminución significativa de las alteraciones respiratorias y alimentarias. Sin embargo, persistió compromiso motor en el 54,1% de los pacientes. Aunque algunos niños y niñas retornaron a su estado funcional basal, un grupo mantuvo déficit residual leve a moderado.

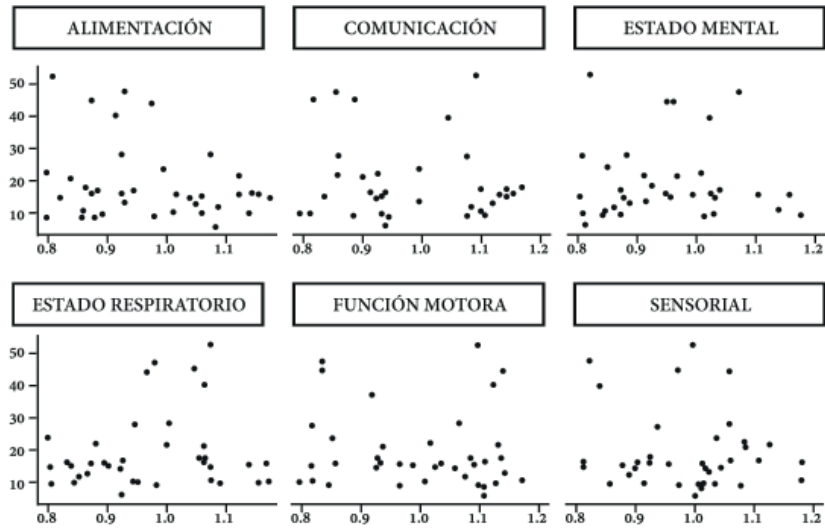
Figura 3. Evolución del puntaje total FSS desde el egreso de UTI hasta el alta hospitalaria



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados durante la investigación.

Se identificó una correlación positiva moderada entre el puntaje FSS al egreso y los días totales de hospitalización ($r = 0.47$; $p = 0.003$), así como con la duración de la estancia en UTI ($r = 0.51$; $p = 0.001$), lo cual indica que estancias más prolongadas se asociaron con mayor deterioro funcional.

Figura 4. Relación entre dimensiones FSS y estancia hospitalaria. Dispersión de los días de hospitalización según el puntaje de cada dimensión bajo estudio



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados durante la investigación.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los analgésicos, sedantes y antibióticos fueron los grupos más utilizados. Aunque el grupo tratado con corticoides presentó mayor promedio de FSS al egreso, la superposición de intervalos de confianza impidió establecer diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

Discusión

Los resultados del presente estudio evidencian que los pacientes pediátricos críticos experimentan un deterioro funcional significativo durante su estan-

cia en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), seguido de una recuperación parcial al momento del alta hospitalaria.

En esta cohorte, la totalidad de los pacientes presentaban un estado funcional basal normal (FSS = 6), lo que permitió identificar con claridad los cambios adquiridos durante la hospitalización. El incremento del puntaje promedio de la FSS al egreso de la UTI refleja la presencia de disfunción funcional adquirida, particularmente en los dominios motor, respiratorio y de alimentación. La posterior mejoría observada al alta hospitalaria sugiere que parte del deterioro funcional es reversible, aunque la persistencia de alteraciones en algunos pacientes indica la necesidad de seguimiento y rehabilitación posterior al egreso.

La asociación encontrada entre mayores puntajes FSS y una mayor duración de estancia tanto en la UTI como en el hospital respalda la relación entre gravedad clínica y deterioro funcional. La estancia prolongada incrementa la exposición a intervenciones invasivas, sedación y restricción de movilidad, factores que contribuyen al desacondicionamiento físico y a la debilidad adquirida en la UCI. Estos resultados coinciden con la literatura internacional, donde se ha descrito que el tiempo de ventilación mecánica y la duración de hospitalización son predictores importantes de deterioro funcional en población pediátrica crítica.

Otro aspecto relevante es la variabilidad en la recuperación funcional entre los pacientes, lo cual sugiere que existen factores individuales que influyen en la evolución, como la edad, el diagnóstico de ingreso, la gravedad de la enfermedad y las intervenciones recibidas. Aunque el estudio no tuvo como objetivo establecer relaciones causales, los hallazgos permiten identificar tendencias clínicas importantes que podrían orientar futuras investigaciones analíticas.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran el tamaño de la muestra y el

período de seguimiento limitado al alta hospitalaria, lo cual impide conocer la evolución funcional a largo plazo. En algunos casos, se presentaron barreras idiomáticas en la comunicación con las familias, lo que pudo dificultar la obtención completa de información relevante. Asimismo, el diseño descriptivo no permite establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. Sin embargo, la naturaleza prospectiva y la evaluación en tres momentos clínicos representan fortalezas metodológicas importantes.

En conjunto, los hallazgos destacan la relevancia de la valoración funcional como parte integral del manejo del paciente pediátrico crítico, así como la necesidad de estrategias de movilización temprana y rehabilitación que contribuyan a reducir el impacto funcional asociado a la estancia en cuidados intensivos.

Conclusiones

- En esta cohorte de pacientes pediátricos críticos (N=37) se evidenció un deterioro funcional adquirido estadísticamente significativo ($p < 0.001$) asociado a la estancia en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. Los pacientes presentaron funcionalidad normal basal (FSS = 6), alcanzaron mayor disfunción al egreso de la UTI (media FSS = 10) y mostraron una recuperación parcial al alta hospitalaria (media FSS = 7), sin que todos logran retornar a su estado funcional previo.
- Las dimensiones más afectadas fueron la función motora y el estado respiratorio, seguidas de la alimentación, lo que indica que la morbilidad funcional posterior a la enfermedad crítica se concentra principalmente en estos dominios.

- Se identificó una asociación positiva entre mayores puntajes FSS y mayor duración, tanto de la estancia en UTI como de la hospitalización total, lo que sugiere que el deterioro funcional se relaciona con mayor complejidad clínica.
- La Functional Status Scale demostró ser una herramienta factible, sensible y aplicable en el contexto local, útil para detectar cambios funcionales y apoyar la toma de decisiones clínicas, por lo que podría incorporarse de manera rutinaria en la valoración de pacientes pediátricos críticos.
- Los resultados resaltan la importancia del abordaje temprano y continuo de la rehabilitación, particularmente desde la fisioterapia, mediante estrategias de movilización precoz, fisioterapia respiratoria y programas estructurados de recuperación funcional.

Declaración de conflicto de interés

La autora declara que no existe conflicto de interés en la realización y publicación del presente estudio.

Bibliografía

Campos-Miño, S.; Sasbón, J. S. y Von Dessauer, B. (2012). Situación de las unidades de cuidados intensivos pediátricos en Latinoamérica. *Medicina Intensiva*, 36(4), 302-307.

Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel (2024). *Boletín estadístico de estancia y mortalidad 2014-2024*. Panamá.

Inoue, S.; Hatakeyama, J.; Kondo, Y.; Hifumi, T.; Sakuramoto, H.; Kawasaki, T.; Taito, S.; Nakamura, K.; Unoki, T.; Kawai, Y.; Kenmotsu, Y.; Saito, M.; Yamakawa, K. y Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Med Surg.*, 6(3), 233-246. DOI: 10.1002/ams2.415

Manning, J. C.; Pinto N. P.; Rennick, J. E.; Colville, G. y Curley, M. A. Q. (2018). *Pediatric post-intensive care syndrome: A conceptual framework*. *Pediatric Critical Care Medicine*, 19(7), 1-8.

Needham, D. M.; Davidson, J.; Cohen, H.; Hopkins, R. O.; Weinert, C.; Wunsch, H.; Zawistowski, C.; Bemis-Dougherty, A.; Berney, S. C.; Bienvenu, O. J.; Brady, S. L.; Brodsky, M. B.; Denehy, L.; Elliott, D.; Flatley, C.; Harabin, A. L.; Jones, C.; Louis, D.; Meltzer, W.; Muldoon, S. R.; Palmer, J. B.; Perme, C.; Robinson, M.; Schmidt, D. M.; Scruth, E.; Spill, G. R.; Storey, C. P.; Render, M.; Votto J. y Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502-509.

Pollack, M. M.; Holubkov, R.; Glass, P.; Dean, J. M.; Meert, K. L. y Zimmerman, J. J. (2009). Functional Status Scale: New pediatric outcome measure. *Pediatric Critical Care Medicine*, 10(1), 1-7.

Watson, R. S.; Rhinesmith, E. W.; Kim, T. Y.; Ladner, P. H. y Pollack, M. M. (2018). Long-term outcomes after pediatric critical illness. *The Journal of Pediatrics*, 198, 16-25.

Woodruff, A. G. y Choong, K. (2021). Functional outcomes following pediatric intensive care discharge: Current evidence and future directions. *Children*, (6), 478.

María Basanta Murcia. “Más allá de la supervivencia: evaluación del estado funcional mediante la Functional Status Scale (FSS) después de la estancia en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica”. Revista *Salud, Educación y Sociedad*, vol. 5, núm. 2, septiembre 2026, pp. 34-42. <https://doi.org/10.64478/8rh6m54>



Relación entre el tiempo de uso del smartphone con la discapacidad cervical, intensidad de la cefalea y los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios. Un estudio transversal¹

Relationship between smartphone use time, neck disability, headache intensity, and anxiety in university students

Autores/as

Fernando Imaz - fimaz@ugr.edu.ar -

Universidad del Gran Rosario, Argentina. Doctor en Ciencias Biomédicas. Licenciado en Kinesiología y Fisiatría. Especialista en kinesiología y fisiatría en el deporte. Profesor universitario.
<http://orcid.org/0009-0006-6490-8378>

Mauro Barone - mbarone@ugr.edu.ar -

Universidad del Gran Rosario, Argentina. Doctor en Ciencias Biomédicas. Licenciado en Kinesiología y Fisiatría.
<https://orcid.org/0000-0002-5842-7029>

Giovana Deganutto - giovanadeganutto@gmail.com -

Universidad del Gran Rosario, Argentina. Licenciada en Kinesiología y Fisiatría.
<https://orcid.org/0009-0007-4234-7589>

Macarena Chiacchiera - chmaqui@gmail.com -

Universidad del Gran Rosario, Argentina. Estudiante de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría.
<https://orcid.org/0009-0002-9087-562X>

Maximiliano Venosta - mvenosta@ugr.edu.ar -

Universidad del Gran Rosario, Argentina. Licenciado en Kinesiología y Fisiatría.
<https://orcid.org/0009-0000-2876-0253>

Martín Schneeberger - martinschneeberger94@gmail.com -

Universidad del Gran Rosario, Argentina. Licenciado en Kinesiología y Fisiatría. Especialista en kinesiología y fisioterapia en el deporte.
<https://orcid.org/0009-0001-4483-6286>

Leonardo Intelangelo - lintelandelo@ugr.edu.ar -

Universidad del Gran Rosario, Argentina. Doctor en Ciencias Biomédicas. Licenciado en Kinesiología y Fisiatría. Especialista en Kinesiología y Fisioterapia en el Deporte.
<https://orcid.org/0000-0002-2417-7914>

RECIBIDO 31/01/2026

ACEPTADO 17/05/2026

DOI [HTTPS://DOI.ORG/10.64478/44WRXC92](https://doi.org/10.64478/44WRXC92)

Resumen

Introducción: El dolor cervical (DC) es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y presenta una alta prevalencia en adultos jóvenes. En paralelo, el uso del *smartphone* se ha incrementado de manera sostenida, y su utilización prolongada se ha vinculado con síntomas musculoesqueléticos y psicológicos. Aunque tradicionalmente se atribuyó el DC a la postura en flexión cervical durante el uso del dispositivo (*text neck*), la evidencia reciente respalda un modelo multifactorial en el que intervienen factores biomecánicos, conductuales y psicosociales, como la ansiedad. En Argentina, la evidencia que evalúe de forma conjunta estas variables en población universitaria es limitada. **Objetivo:** Analizar la relación entre el tiempo de uso del *smartphone*, la discapacidad cervical, la intensidad del dolor por síntomas de cefalea y los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal en una muestra por conveniencia de estudiantes universitarios. Los datos se recopilaron mediante una encuesta electrónica anónima que incluyó información sociodemográfica, tiempo de uso del *smartphone* y sintomatología

¹ Este artículo es producto del Proyecto de Investigación titulado “Relación entre la utilización de teléfonos móviles con el dolor cervical y la extremidad superior en adultos jóvenes”, aprobado por Resolución Rectoral 536/2022.

musculoesquelética. La discapacidad cervical se evaluó con el Índice de Discapacidad Cervical (IDC), la intensidad del dolor por síntomas de cefalea con la Escala Numérica del Dolor (END) y los niveles de ansiedad con la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG-7). Se aplicaron correlaciones de Spearman y pruebas de Kruskal–Wallis con comparaciones *post-hoc*, estableciendo un nivel de significación de $p < 0.05$.

Resultados: La muestra estuvo conformada por 1.178 estudiantes universitarios (61,2% hombres y 38,8% mujeres), con una edad media de $25,9 \pm 7,9$ años. El 81,6% reportó al menos un síntoma musculoesquelético asociado al uso de dispositivos móviles, siendo el dolor cervical (63,5%) y la cefalea (52,4%) los más frecuentes. El tiempo de uso del *smartphone* se asoció positivamente con la discapacidad cervical ($\rho = 0.279$; $p < 0.001$), con la intensidad del dolor por cefalea ($\rho = 0.062$; $p = 0.035$) y con los síntomas de ansiedad ($\rho = 0.153$; $p < 0.001$). Se observaron diferencias significativas entre los niveles de uso en la discapacidad cervical ($H = 97.11$; $p < 0.001$; $\varepsilon^2 = 0.08$) y la ansiedad ($H = 27.58$; $p < 0.001$; $\varepsilon^2 = 0.02$), sin diferencias en la intensidad del dolor por cefalea ($H = 6.35$; $p = 0.096$; $\varepsilon^2 = 0.003$). **Conclusión:** En estudiantes universitarios, un mayor tiempo de uso del *smartphone* se asoció con mayor discapacidad cervical y niveles de ansiedad, lo que respalda la necesidad de abordar el impacto musculoesquelético del tiempo de uso del *smartphone* desde una perspectiva multifactorial.

Palabras clave

- Dolor cervical;
- Uso problemático del teléfono inteligente;

- Intensidad del dolor de cabeza;
- Ansiedad generalizada;
- Estudiantes universitarios

Summary

Introduction: Neck pain (NP) is one of the leading causes of disability worldwide and shows a high prevalence among young adults. In parallel, smartphone use has increased steadily, and prolonged exposure has been associated with musculoskeletal and psychological symptoms. Although NP has traditionally been attributed to sustained cervical flexion during smartphone use (text neck), recent evidence supports a multifactorial model in which biomechanical, behavioral, and psychosocial factors, such as anxiety, play a relevant role. In Argentina, evidence examining these variables jointly in university populations remains scarce.

Objective: To investigate the association between smartphone use time and neck disability, headache pain intensity, and anxiety levels in university students.

Methods: A cross-sectional study was conducted in a convenience sample of university students. Data were collected through an anonymous online survey including sociodemographic information, smartphone use time, and musculoskeletal symptoms. Neck disability was assessed using the Neck Disability Index (NDI), headache pain intensity using the Numeric Pain Rating Scale (NPRS), and anxiety symptoms using the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7). Spearman correlation coefficients and Kruskal–Wallis tests with post-hoc comparisons were applied. Statistical significance was set at $p < 0.05$. **Results:** The sample comprised 1,178 university

students (61.2% men and 38.8% women), with a mean age of 25.9 ± 7.9 years. Overall, 81.6% of participants reported at least one musculoskeletal symptom associated with smartphone use, with neck pain (63.5%) and headache (52.4%) being the most prevalent. Smartphone use time showed positive correlations with neck disability ($\rho = 0.279$; $p < 0.001$), headache pain intensity ($\rho = 0.062$; $p = 0.035$), and anxiety symptoms ($\rho = 0.153$; $p < 0.001$). Significant differences were observed across smartphone use levels in neck disability ($H = 97.11$; $p < 0.001$; $\epsilon^2 = 0.08$) and anxiety ($H = 27.58$; $p < 0.001$; $\epsilon^2 = 0.02$), with a progressive increase as exposure time increased. No significant differences were found in headache pain intensity across usage groups ($H = 6.35$; $p = 0.096$; $\epsilon^2 = 0.003$). **Conclusion:** In university students, longer smartphone use was associated with greater cervical disability and higher anxiety levels, supporting the need to address the musculoskeletal impact of smartphone use from a multifactorial perspective.

Keywords

- Cervical Pain;
- Problematic Smartphone Use;
- Headache Intensity;
- Generalized Anxiety;
- University Students

Introducción

El dolor cervical (DC) constituye una de las principales causas de discapacidad a nivel global, con un impacto significativo en la funcionalidad y la calidad de vida, especialmente en adultos entre 25 y 74 años (Vos *et al.*, 2012). En paralelo, el uso de *smartphones* se ha expandido de manera sostenida, y alcanza aproximadamente al 77% de la población mundial. Este fenómeno ha dado lugar al concepto de uso problemático del *smartphone* (PSU), definido como un patrón de uso excesivo y compulsivo que interfiere en la vida cotidiana (Kazeminasab *et al.*, 2022). Diversos estudios sugieren que el PSU podría contribuir al desarrollo de síntomas musculoesqueléticos y cefaleas mediante múltiples mecanismos, como la exposición prolongada a posturas sostenidas, la fatiga visual, las alteraciones del sueño y el aumento de la ansiedad (Nawaz *et al.*, 2024; Wang *et al.*, 2018).

En este contexto, el denominado *text neck*, asociado a la flexión cervical mantenida durante el uso de dispositivos móviles, ha sido tradicionalmente considerado un factor relevante en el desarrollo del DC. No obstante, la evidencia más reciente ha comenzado a cuestionar esta relación directa. Estudios actuales indican que la postura, de manera aislada, no predice la aparición de dolor, mientras que variables como la calidad del sueño y los niveles de actividad física muestran asociaciones más consistentes (Correia *et al.*, 2021; Grasser *et al.*, 2023). En consecuencia, el DC se entiende actualmente como un fenómeno multifactorial, en el que interactúan factores biomecánicos, conductuales y psicosociales. En este sentido, el PSU también se ha vinculado con mayores niveles de ansiedad, y constructos como el *Fear of Missing Out* (FoMO) pueden potenciar este patrón de uso, lo cual se asocia a una peor calidad del sueño y un mayor

malestar psicológico (Przybylski *et al.*, 2013).

A pesar de estos avances, persisten vacíos relevantes en la evidencia. Estudios longitudinales recientes han reforzado la ausencia de una relación causal entre la postura en flexión cervical y el DC, destacando el papel determinante del sueño y la actividad física (Yang, Liu y Fang, 2022; Correia *et al.*, 2025). Sin embargo, aún es limitada la investigación que integre simultáneamente el uso del *smartphone*, los síntomas musculoesqueléticos y los factores psicológicos en poblaciones específicas. En particular, en Argentina la evidencia disponible es escasa y fragmentaria, lo que dificulta comprender cómo interactúan estos factores en contextos socioculturales locales. En este marco, resulta necesario generar evidencia que aborde de manera integrada estas dimensiones. Por ello, el presente estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre el tiempo de uso del *smartphone*, la discapacidad cervical, la intensidad del dolor en síntomas de cefalea y los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios.

Método

Diseño

Se realizó un estudio transversal basado en una muestra voluntaria obtenida por conveniencia. La información se recopiló mediante una encuesta electrónica diseñada específicamente para este estudio y distribuida entre mayo y julio de 2022. El cuestionario se difundió a través del correo institucional, redes sociales y canales oficiales de comunicación de la Universidad del Gran Rosario. Antes de comenzar, los y las participantes recibieron información detallada sobre los objetivos del estudio, el carácter

voluntario de la participación y la confidencialidad de los datos, otorgando su consentimiento informado electrónico. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Gran Rosario (CEI-UGR 1274-2022). El cuestionario, elaborado íntegramente en español, se organizó en los siguientes dominios: 1) consentimiento informado (1 ítem); 2) datos demográficos (4 ítems); 3) tiempo de utilización del *smartphone* (4 ítems); 4) motivos de uso del *smartphone* (9 ítems); 5) síntomas musculoesqueléticos (5 ítems); 6) intensidad de dolor para los síntomas de cefalea evaluada con la Escala Numérica del Dolor (11 ítems); 7) síntomas de ansiedad mediante la escala de ansiedad generalizada-7 (TAG-7) (9 ítems); y 8) discapacidad cervical mediante el Índice de Discapacidad Cervical (20 ítems). Los criterios de inclusión fueron: a) ser estudiante regular de la Universidad del Gran Rosario; b) tener entre 18 y 36 años; y c) contar con acceso a internet. Se excluyeron cuestionarios incompletos, inconsistentes o provenientes de personas ajenas a la población estudiantil (docentes, administrativos o personal nodocente).

Medidas de evaluación

Encuesta electrónica

El cuestionario fue administrado mediante un formulario digital (Google Forms, distribuido a través de la plataforma JotForm) y constó de 20 preguntas, con un tiempo estimado de completado de 4 a 6 minutos. Las respuestas fueron registradas de manera anónima y almacenadas en una base de datos segura. El instrumento incluyó preguntas cerradas y escalas previamente validadas para evaluar distintas dimensiones: uso del

smartphone, presencia de síntomas musculoesqueléticos, intensidad del dolor en relación con síntomas de cefalea, discapacidad cervical y niveles de ansiedad. La selección de estas escalas se basó en su uso extendido en la literatura y en su adecuada validez y fiabilidad reportadas. Asimismo, el cuestionario fue revisado por el equipo investigador para asegurar la claridad y comprensión de los ítems en la población objetivo.

Antecedentes personales

La primera sección recopiló información general sobre los participantes: edad, sexo, antecedentes de dolor cervical, presencia de cefalea, tiempo habitual de uso del *smartphone* y percepción subjetiva de su postura al utilizar el dispositivo. También se registraron síntomas musculoesqueléticos asociados, como hormigueo, molestia en miembros superiores o fatiga cervical.

Instrumentos para evaluar la discapacidad cervical, intensidad de dolor para los síntomas de cefalea y ansiedad

Tres instrumentos validados internacionalmente fueron incluidos dentro del cuestionario, el Índice de Discapacidad Cervical (IDC); la Escala numérica del dolor (END), que se utilizó para evaluar la intensidad de dolor para los síntomas de cefalea; y la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG-7), asociada al uso del *smartphone*.

El IDC es un cuestionario de 10 ítems puntuados de 0 a 5 que cuantifica la limitación funcional relacionada con el dolor cervical. Su puntuación total se expresa como un porcentaje, donde valores más altos reflejan mayor discapacidad. Ha demostrado excelentes propiedades psicométricas y es ampliamente utilizado en investigación y práctica clínica (Andrade Ortega, Delgado Martínez y Almécija Ruiz, 2008).

La END es una escala unidimensional que cuantifica la intensidad del dolor en una graduación del 0 al 10, donde 0 indica ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable. Permite transformar la percepción subjetiva del dolor en un valor numérico comparable a lo largo del tiempo. Ha mostrado alta reproducibilidad, buena sensibilidad al cambio y utilidad para evaluar la cefalea en diversos contextos clínicos y de investigación (Vicente-Herrero *et al.*, 2018).

La TAG-7 evalúa la presencia y severidad de síntomas de ansiedad mediante siete ítems puntuados de 0 a 4, según la frecuencia de los síntomas en las últimas dos semanas. La puntuación total (0-21) se clasifica en ansiedad mínima, leve, moderada o grave, y valores ≥ 10 sugieren necesidad de evaluación adicional. Presenta alta fiabilidad interna, validez convergente y adecuada sensibilidad clínica (García-Campayo *et al.*, 2010).

Tiempo de uso del *smartphone*

Los y las participantes fueron clasificados en cuatro categorías de exposición según el tiempo de uso diario autorreportado: muy poco, poco, moderado y severo. Estas categorías se utilizaron para comparar los niveles de discapacidad cervical, intensidad del dolor para los síntomas de cefalea y ansiedad entre grupos.

Estadística

Se calcularon estadísticas descriptivas para todas las variables. Los datos cuantitativos se expresaron como media $\pm$ desviación estándar (DE), mientras que los cualitativos se presentaron como frecuencias absolutas y relativas (%). Dado que las principales variables de interés –tiempo de uso del *smartphone*, índice de discapacidad cervical (IDC) y síntomas de ansiedad evaluados mediante la Escala para el Trastorno de Ansiedad

Generalizada (TAG-7)– se analizaron en escalas ordinales, se emplearon pruebas no paramétricas. Para examinar la asociación entre el tiempo de uso del *smartphone* y las variables dependientes (IDC, ansiedad e intensidad del dolor para los síntomas de cefalea, evaluada mediante la Escala Numérica del Dolor [END]), se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (ρ). La magnitud de las correlaciones se interpretó según criterios convencionales: <0.30 débil, $0.30-0.49$ moderada y ≥ 0.50 fuerte. Adicionalmente, las variables se categorizaron en niveles para facilitar el análisis comparativo: el uso del *smartphone* se clasificó en “muy poco”, “poco”, “moderado” y “severo”; el IDC en “sin discapacidad”, “leve”, “moderada” y “severa”; y la TAG-7 en “ansiedad mínima”, “leve”, “moderada” y “severa”. Las diferencias entre grupos se analizaron mediante la prueba de Kruskal-Wallis, seguida de comparaciones *post hoc* con la prueba de Mann-Whitney y corrección de Bonferroni cuando fue necesario. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0.05$. Todos los análisis se realizaron utilizando Jamovi (versión 2.3.28) y Python (versión 3.11).

Resultados

La muestra estuvo conformada por 1.178 estudiantes universitarios (61,2% hombres y 38,8% mujeres), con una edad promedio de $25,9 \pm 7,9$ años. Respecto de la presencia de síntomas musculoesquelético, los y las participantes reportaron 63,5% dolor cervical, 52,4% cefalea, 17% hormigueo y 15,1% dolor en miembros superiores; solo 18,4% no presentó síntomas.

El análisis correlacional mostró asociaciones positivas débiles entre el

tiempo de uso del *smartphone* y el índice de discapacidad cervical (IDC) ($\rho = 0.279$; $p < 0.001$), los síntomas de ansiedad ($\rho = 0.153$; $p < 0.001$) y la intensidad de dolor de síntomas de cefalea, evaluada mediante la escala numérica del dolor (END) ($\rho = 0.062$; $p = 0.035$). Al comparar los niveles de uso (“muy poco”, “poco”, “moderado” y “severo”), se observaron diferencias significativas tanto en el IDC ($H = 97.11$; $p < 0.001$; $\epsilon^2 = 0.08$) como en la ansiedad ($H = 27.58$; $p < 0.001$; $\epsilon^2 = 0.02$), con una tendencia progresiva de incremento conforme aumenta el tiempo de uso. Por el contrario, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la intensidad del dolor en los síntomas de cefalea entre los distintos grupos ($H = 6.35$; $p = 0.096$; $\epsilon^2 = 0.003$). Las comparaciones *post hoc* confirmaron que los grupos con mayor tiempo de exposición presentaron mayores puntajes de IDC y TAG-7. En conjunto, los resultados indican que el tiempo de uso del *smartphone* se asocia con una mayor discapacidad cervical y una mayor ansiedad.

Figura 1. Relación entre el tiempo de uso del teléfono móvil y el IDC

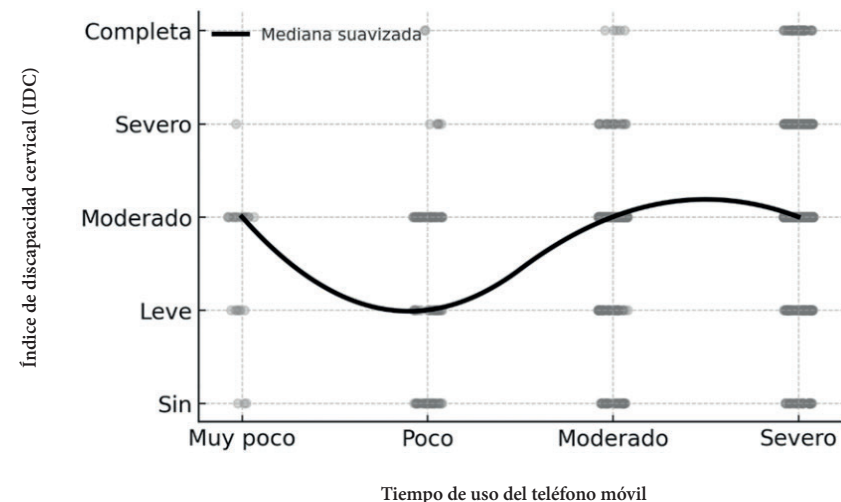


Figura 1. Relación entre el tiempo de uso del teléfono móvil y el IDC. Los puntos representan los valores individuales y la línea continua corresponde al ajuste suavizado (LOESS) calculado sobre las medianas de cada grupo. Se observa un incremento leve-moderado del IDC conforme aumenta el tiempo de exposición.

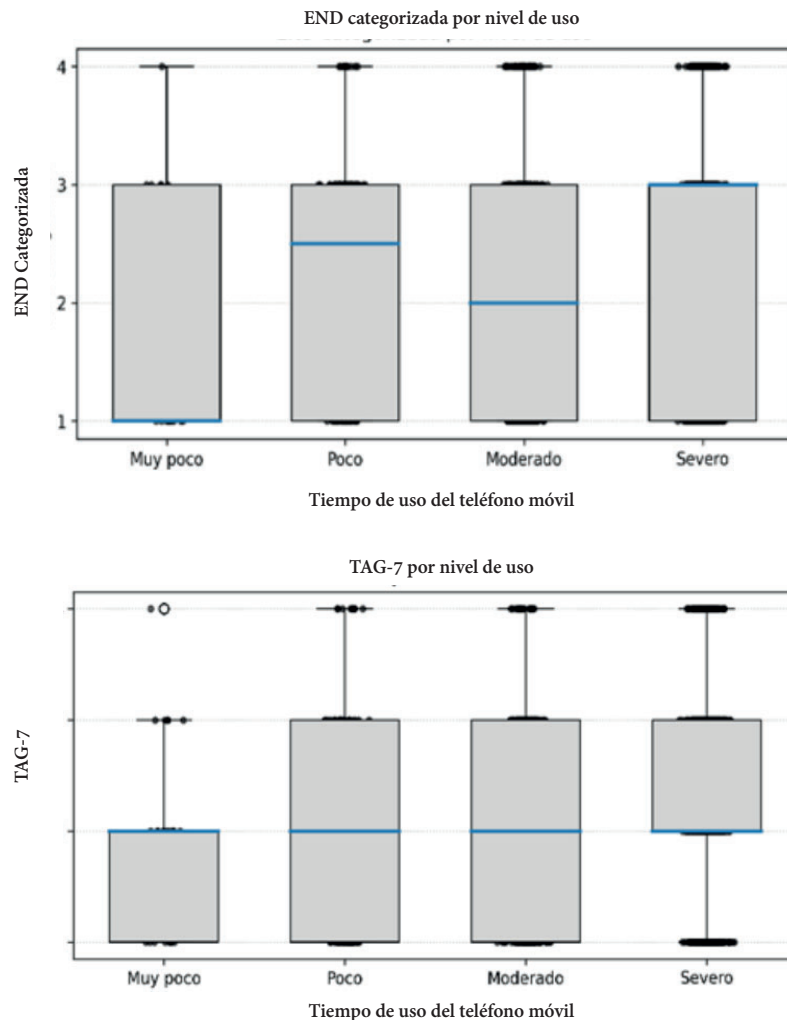


Figura 2. Distribución de la intensidad de dolor para los síntomas de cefalea (END) y de los puntajes en la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG-7) según el tiempo de uso del teléfono móvil. Las cajas muestran la mediana y los cuartiles (p25–p75), mientras que los bigotes representan los valores extremos.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre el tiempo de uso del *smartphone* con la discapacidad cervical, la intensidad de dolor en los síntomas de cefalea y los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios. Se observó que el tiempo de exposición se asoció positivamente con el IDC y con los síntomas de ansiedad, lo que sugiere que una mayor utilización del dispositivo se vincula con un mayor compromiso funcional y emocional.

La prevalencia de DC observada en nuestra muestra (63,5%) resulta comparable con la prevalencia reportada en un estudio reciente en universitarios de Arabia Saudita (60,8%), lo que confirma la elevada frecuencia de este trastorno musculoesquelético en adultos jóvenes expuestos de manera prolongada a dispositivos móviles (Mashabi *et al.*, 2025).

Por otra parte, la intensidad de dolor para los síntomas de cefalea mostró solo una correlación débil. Esto refuerza que el dolor no depende exclusivamente de factores posturales relacionados con el uso de dispositivos móviles, sino que responde a un entramado multifactorial. Este hallazgo coincide con estudios en población adolescente que no han demostrado una relación significativa entre el tiempo de uso del *smartphone* y la cefalea, lo que sugiere que su impacto podría estar mediado por factores concomitantes, como la

fatiga visual, la calidad del sueño o la somatización, más que por el tiempo de exposición en sí (Cerutti *et al.*, 2016). En esta línea, la evidencia reciente ha cuestionado la capacidad explicativa del modelo *text neck* (Correia *et al.*, 2021), al señalar que la postura no predice la aparición de dolor (Grasser *et al.*, 2023). Recientemente, un estudio longitudinal muestra que la postura en flexión cervical durante el uso del *smartphone* no constituye un factor de riesgo para DC o frecuencia de DC, pero sí lo fueron la baja calidad del sueño y los niveles insuficientes de actividad física (Correia *et al.*, 2025).

Nuestros hallazgos, en consonancia con los reportados por otros autores, sugieren que la ansiedad puede modular la percepción del dolor musculoesquelético al incrementar la hipervigilancia somática y la sensibilidad al dolor (Elhai *et al.*, 2016; Sohn *et al.*, 2021). En este sentido, parte del malestar cervical referido por la muestra podría estar mediado por los niveles de ansiedad, aun cuando la asociación directa entre el tiempo de uso del *smartphone* y la intensidad del dolor para los síntomas resulte débil. Estos hallazgos respaldan la necesidad de una perspectiva multifactorial en la evaluación del impacto del uso de dispositivos móviles sobre el sistema musculoesquelético.

Por otro lado, nuestro resultado concuerda con un metaanálisis que reporta asociaciones entre el uso problemático del *smartphone* (PSU) y síntomas de ansiedad (Sohn *et al.*, 2021). No obstante, el presente estudio se centró únicamente en el tiempo de uso, una métrica que no captura las dimensiones cualitativas del PSU, como compulsividad, dependencia o dificultades en la regulación emocional descritas en la literatura (Elhai *et al.*, 2016). Por ello, la discrepancia entre los coeficientes débiles observados y los tamaños de efecto más robustos informados previamente podría atribuirse, al menos parcialmente, a diferencias conceptuales y metodológicas entre las mediciones utilizadas.

Limitaciones

Este estudio presenta las limitaciones propias de su diseño transversal y del uso de variables autoinformadas, con posible sesgo de recuerdo. No se evaluaron dimensiones cualitativas del uso del *smartphone* ni otros factores psicosociales relevantes, como sueño, estrés y actividad física. Además, la muestra se limitó a estudiantes universitarios, lo que restringe la generalización, y el diseño solo permite establecer asociaciones.

Conclusión

En la población universitaria evaluada, este trabajo mostró que un mayor tiempo de uso del *smartphone* se asocia débilmente con la discapacidad cervical, la intensidad del dolor de cabeza y los niveles de ansiedad. Aunque las asociaciones fueron débiles, estos hallazgos indican que el uso prolongado del *smartphone* podría contribuir a la carga de síntomas musculoesqueléticos, lo que respalda la necesidad de abordar su impacto desde una perspectiva multifactorial.

Bibliografía

Andrade Ortega J. A.; Delgado Martínez A. D. y Almécija Ruiz, S. (2008). Validación de una versión española del Índice de Discapacidad Cervical. *Medicina Clínica*, 130(2), 85-89. DOI: 10.1157/13115352

Correia, I. M. T.; Ferreira, A. S.; Gomes, J. F. M.; Reis, F. J. J.; Nogueira, L. A. C. y Meziat-Filho, N. (2025). Cervical flexion posture during smartphone use was not a risk factor for neck pain, but low sleep quality and insufficient levels of physical activity were. A longitudinal investigation. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 29(6), 101258. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2025.101258>

Correia, I. M. T.; Sá Ferreira, A.; Fernandez, J.; Reis, F. J. J.; Nogueira, L. A. C. y Meziat-Filho, N. (2021). Association between text neck and neck pain in adults. *Spine*, 46(5), 571-578. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000003854>

Elhai, J. D.; Levine, J. C.; Dvorak, R. D. y Hall, B. J. (2016). Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use. *Computers in Human Behavior*, 63, 509-516. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.079>

García-Campayo, J.; Zamorano, E.; Ruiz, M. A.; Pardo, A.; Pérez-Páramo, M.; López-Gómez, V.; Freire, O. y Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>

Grasser, T.; Borges Dario, A.; Carmo Silva Parreira, P.; Macedo Tavares Correia, I. y Meziat-Filho, N. (2023). Defining text neck: A scoping review. *European*

Spine Journal, 32, 3463-3484. <https://doi.org/10.1007/s00586-023-07821-2>

Kazeminasab, S., Nejadghaderi, S. A.; Amiri, P.; Pourfathi, H.; Araj-Khodaei, M.; Sullman, M. J. M.; Kolahi, A. A. y Safiri, S. (2022). Neck pain: global epidemiology, trends and risk factors. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04957-4>

Mashabi, A.; Ragab, W.; Alrayes, G.; Amoudi, J.; Tokhta, S.; Bashawri, G.; Alqaznili, R.; Ghaith, J.; Almadani, L.; Aljohani, M. M. A. y Al-Shenqiti, A. (2025). Prevalence of Text Neck Between Different Female Students at Taibah University, Saudi Arabia; Cross Section Design. *Healthcare*, 13(6), 651. <https://doi.org/10.3390/healthcare1306065>

Nawaz, S.; Bhowmik, J.; Linden, T. y Mitchell, M. (2024). Validation of a modified problematic use of mobile phones scale to examine problematic smartphone use and dependence. *Heliyon*, 10(2), e24832. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24832>

Przybylski, A. K.; Murayama, K.; DeHaan, C. R. y Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1841-1848. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014>

Sohn, S. Y.; Rees, P.; Wildridge, B.; Kalk, N. J. y Carter, B. (2021). Correction to: Prevalence of problematic smartphone usage and associated mental health outcomes amongst children and young people: a systematic review, meta-analysis and GRADE of the evidence. *BMC Psychiatry*, 21(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02986-2>

Cerutti R.; Presaghi, F.; Spensieri, V.; Valastro, C. y Guidetti, V. (2016). The Potential Impact of Internet and Mobile Use on Headache and Other Somatic Symptoms in Adolescence. A Population-Based Cross-Sectional Study. *Headache*, 56(7), 1161-70. DOI: 10.1111/head.12840

Vicente-Herrero, M. T.; Delgado-Bueno, S.; Bandrés-Moyá, F.; Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V. y Capdevila-García, L. (2018). Valoración del dolor: Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 25(4), 228-236. <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3630/2018>

Vos, T.; Flaxman, A. D.; Naghavi, M.; Lozano, R.; Michaud, C.; Ezzati, M.; Shibuya, K.; Salomon, J. A.; Abdalla, S.; Aboyans, V.; Abraham, J.; Ackerman, I.; Aggarwal, R.; Ahn, S. Y.; Ali, M. K.; Alvarado, M.; Anderson, H. R.; Anderson, L. M.; Andrews, K. G.; Murray, C. J. L. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2163-2196. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2)

Wang, J.; Su, H.; Xie, W. y Yu, S. (2017). Mobile Phone Use and The Risk of Headache: A Systematic Review and Meta-analysis of Cross-sectional Studies. *Scientific Reports*, 7(1), 12595. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-12802-9>

Yang, H.; Liu, B. y Fang, J. (2021). Stress and Problematic Smartphone Use Severity: Smartphone Use Frequency and Fear of Missing Out as Mediators. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 659288. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.659288>

Anexo

Cuestionario virtual, formulario formato Google.

1) Consentimiento informado

2) Datos demográficos:

Edad: _____

Sexo _____

Peso (indicar en kg): _____

Altura (indicar en cm): _____

3) Tiempo de utilización de teléfono móvil por día (podés verificarlo entrando a “Configuración/Tiempo en pantalla” en iOS, o en “Ajustes/Batería/Uso de Batería” en Android):

1 hora

2 horas

3 horas

Más de 4 horas

4) ¿Para qué utiliza el teléfono móvil? (Marcar 4 de las opciones):

Comunicación

Enviar mails

Navegar en redes sociales

Escuchar música

Buscar información en internet

Mirar series

Hacer trámites

Hacer compras

Jugar

5) ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas durante el día? (Marcar todos los necesarios): Dolor de cabeza

Dolor cervical

Dolor de miembros superiores

Dolor en hombros

Sensación de hormigueo en miembros superiores luego de utilizar dispositivos móviles

Ninguna de las anteriores

6) En relación con el dolor de cabeza, ¿cuál es su intensidad? (Digite del 0 al 10, considerando 0 como “Sin dolor” y 10 como “Dolor insoportable”): _____

7) Síntomas de Ansiedad

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de todos los días	Casi la mitad de todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado				
No ha podido dejar de preocuparse				
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas				
Ha tenido dificultad para relajarse				
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto				
Se ha irritado o enfadado con facilidad				
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible				

ÍNDICE DE DISCAPACIDAD CERVICAL

Por favor, rellene todas las preguntas posibles y marque en cada una SOLO la respuesta que más se aproxime a su caso. Aunque posiblemente en más de una ocasión pudiera aplicar más de una respuesta, marque SOLO la que mejor represente su problema.

A- INTENSIDAD DE DOLOR DE CUELLO

- * No tengo dolor en este momento
- * El dolor es muy leve en este momento
- * El dolor es moderado en este momento
- * El dolor es fuerte en este momento
- * El dolor es muy fuerte en este momento
- * En este momento el dolor es el peor que uno se puede imaginar

B- CUIDADOS PERSONALES (Lavarse, vestirse...)

- * Puedo cuidarme con normalidad sin que me aumente el dolor
- * Puedo cuidarme con normalidad, pero esto me aumenta el dolor
- * Cuidarme me duele de forma que tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- * Aunque necesito alguna ayuda, me las arreglo para casi todos mis cuidados
- * Todos los días necesito ayuda para la mayor parte de mis cuidados
- * No puedo vestirme, me lavo con dificultad y me quedo en la cama

C- LEVANTAR PESOS

- * Puedo levantar objetos pesados sin aumento del dolor
- * Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor
- * El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero lo puedo

hacer si están colocados en un sitio fácil, como por ejemplo una mesa

- * El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo levantar objetos medianos o ligeros si están colocados en un sitio fácil
- * Solo puedo levantar objetos muy ligeros
- * No puedo levantar ni llevar ningún tipo de peso

D- LECTURA

- * Puedo leer todo lo que quiera sin que me duela el cuello
- * Puedo leer todo lo que quiera con un dolor leve en el cuello
- * Puedo leer todo lo que quiera con un dolor moderado en el cuello
- * No puedo leer todo lo que quiero debido a un dolor moderado en el cuello
- * Apenas puedo leer por el gran dolor que me produce en el cuello
- * No puedo leer nada en absoluto

E- DOLOR DE CABEZA

- * No tengo dolor de cabeza
- * A veces tengo un pequeño dolor de cabeza
- * A veces tengo un dolor de cabeza moderado
- * Con frecuencia tengo un dolor moderado de cabeza
- * Con frecuencia tengo un dolor fuerte de cabeza
- * Tengo dolor de cabeza casi continuo

F- CONCENTRARSE EN ALGO

- * Me concentro totalmente en algo cuando quiero sin dificultad
- * Me concentro totalmente en algo cuando quiero con alguna dificultad
- * Tengo alguna dificultad para concentrarme cuando quiero
- * Tengo bastante dificultad para concentrarme cuando quiero

* Tengo mucha dificultad para concentrarme cuando quiero

* No puedo concentrarme nunca

G- TRABAJO Y ACTIVIDADES HABITUALES

- * Puedo trabajar todo lo que quiero
- * Puedo hacer mi trabajo habitual pero no más
- * Puedo hacer casi todo mi trabajo habitual pero no más
- * No puedo hacer mi trabajo habitual
- * No puedo trabajar en nada

H- CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS

- * Puedo conducir sin dolor de cuello
- * Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un ligero dolor de cuello
- * Puedo conducir todo lo que quiero, pero con un dolor moderado de cuello
- * No puedo conducir todo lo que quiero debido al dolor de cuello
- * Apenas puedo conducir debido al intenso dolor de cuello
- * No puedo conducir nada por el dolor de cuello

I- SUEÑO

- * No tengo ningún problema para dormir
- * El dolor de cuello me hace perder menos de 1 hora de sueño cada noche
- * El dolor de cuello me hace perder de 1 a 2 horas de sueño cada noche
- * El dolor de cuello me hace perder de 2 a 3 horas de sueño cada noche
- * El dolor de cuello me hace perder de 3 a 5 horas de sueño cada noche
- * El dolor de cuello me hace perder de 5 a 7 horas de sueño cada noche

J- ACTIVIDADES DE OCIO

- * Puedo hacer todas mis actividades de ocio sin dolor de cuello
- * Puedo hacer todas mis actividades de ocio con algún dolor de cuello
- * No puedo hacer algunas de mis actividades de ocio por el dolor de cuello
- * Solo puedo hacer unas pocas actividades de ocio por el dolor del cuello
- * Apenas puedo hacer las cosas que me gustan debido al dolor del cuello
- * No puedo realizar ninguna actividad de ocio

Fernando Imaz, Mauro Barone, Giovana Deganutto, Macarena Chiacchiera, Maximiliano Venosta, Martín Schneeberger, Leonardo Intelangelo. “Relación entre el tiempo de uso del *smartphone* con la discapacidad cervical, intensidad de la cefalea y los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios. Un estudio transversal”. Revista *Salud, Educación y Sociedad*, vol. 5, núm. 2, septiembre 2026, pp. 43-55. <https://doi.org/10.64478/44wrx92>



El equipo de conducción, protagonista de la gestión organizacional para la inclusión educativa. Acerca de la transformación educativa generada por el liderazgo distribuido en la tecnicatura superior de un barrio

The Leadership Team as a Driver of Organizational Management for Educational Inclusion: Reflections on Educational Transformation through Distributed Leadership in a Community-Based Higher Technical Program

Autoras

Patricia de las Mercedes Giussani - pmgiussani.ugr@gmail.com -

Profesora de la Universidad del Gran Rosario, Argentina Esquivel, Panamá.

<https://orcid.org/0009-0001-1374-4848>

Irene Josefa López - ilopez.ugr@gmail.com -

Magister en Docencia Universitaria. Profesora y directora del Profesorado Universitario de la Universidad del Gran Rosario, Argentina.

<https://orcid.org/0009-0009-2161-7070>

RECIBIDO 26/12/2025

ACEPTADO 31/8/2026

DOI [HTTPS://DOI.ORG/10.64478/1M4WRS29](https://doi.org/10.64478/1M4WRS29)

Resumen

Entre los años 2013 y 2017, la provincia de Santa Fe impulsó la apertura de 126 carreras de Educación Superior en el marco de una política de “calidad con inclusión social”. Entre ellas se encuentran las Tecnicaturas Superiores de Salud localizadas en barrios de grandes ciudades, de las cuales se analiza un caso particular del barrio Yapeyú, en la ciudad de Santa Fe. Estos nuevos contextos para la Educación Superior plantearon desafíos particulares a la hora de garantizar el acceso y la permanencia de nuevos grupos sociales. El objetivo del presente estudio es analizar de qué modo la adopción de un modelo de gestión basado en el liderazgo distribuido contribuyó a la inclusión educativa en las Tecnicaturas Superiores de Salud de barrios santafesinos.

La metodología corresponde a un estudio con enfoque mixto, cuali-cuantitativo, basado en el análisis de datos secundarios (documentos oficiales ministeriales de la Dirección de Evaluación y Estadística y las encuestas institucionales a directivos, coordinadores y profesores de la Dirección de Educación Superior, ambas del Ministerio de Educación de la provincia de Santa Fe en el año 2019a y b). También estuvo fundamentado en el estudio de un caso ilustrativo centrado en la formación del equipo de conducción de una institución barrial.

En relación con los resultados obtenidos en el presente estudio, se identificaron brechas relevantes en la construcción de un liderazgo distribuido efectivo: el 53,3% de las instituciones no contó con un Referente institucional en el diseño curricular de la carrera y el 46,7% no disponía de coordinador técnico pedagógico.

El 80% de las instituciones relevó necesidades de capacitación en distintas modalidades de prácticas profesionalizantes, y el 60% sostuvo una evaluación continua del proceso formativo de sus estudiantes.

La conclusión a la que se arribó está relacionada con la importancia que revelan la planificación estratégica situacional y el liderazgo distribuido como aquellas herramientas potentes para propender a la mejora institucional en contextos vulnerables, explicitando que su sostenibilidad requiere consolidar estructuras de coordinación y también del fortalecimiento de la formación de los equipos de conducción.

Palabras clave

- Competencias organizacionales;
- Inclusión;
- Calidad;
- Liderazgo distribuido

Summary

Between 2013 and 2017 the province of Santa Fe promoted the opening of 126 Higher Education programs under a “quality with social inclusion” policy, including Higher Technical Health Programs located in neighbourhoods of large cities, settings that posed particular challenges for ensuring access and retention of new social groups.

To analyse how the adoption of a management model based on distributed leadership contributed to educational inclusion in the Higher Technical Health Programs of Santa Fe neighbourhoods.

A mixed-methods study based on the analysis of secondary data (institutional survey to principals, coordinators and teachers, Dirección de Educación Superior, 2019a and b) and an illustrative case study focused on the leadership team’s training in a neighbourhood-based institution.

Significant gaps were identified in building effective distributed leadership: 53.3% of institutions lacked an institutional Referent in curricular design and 46.7% had no Coordinator. 80% of institutions reported training needs regarding professional practice modalities, and 60% maintained continuous evaluation of students’ training process.

Situational strategic planning and distributed leadership are powerful tools for institutional improvement in vulnerable contexts, though their sustainability requires consolidating coordination structures and strengthening leadership team training.

Keywords

- Organisational skills;
- Inclusion;
- Quality;
- Distributed Leadership

Objetivos

A partir de múltiples reflexiones acerca de las implicancias de esta novedad para los institutos superiores del conurbano santafesino, se pretende, con la implementación del presente proyecto, alcanzar los siguientes objetivos generales:

- Definir para la nueva responsabilidad institucional una gestión que contemple las competencias organizacionales como verdadera respuesta al objetivo de la inclusión educativa para disminuir la perdurabilidad de las desigualdades de sus estudiantes.
- Adoptar formas de gestión institucional innovadoras a través de un liderazgo distribuido que colaboren con la gestión de las diferentes dimensiones organizacionales en condiciones adversas.

También se persiguen los siguientes objetivos específicos:

- Desarrollar competencias comunicativas con el fin de promover acuerdos y consensos institucionales que involucren a diferentes actores y generen acciones transformadoras en las prácticas educativas.

- Reconocer modalidades y estilos de comunicación con el territorio concreto, que visibilicen las oportunidades y campos de intervención para la mejora o la transformación.
- Contemplar acciones que brinden información oportuna y relevante a los diferentes niveles involucrados y en forma permanente, para facilitar la viabilidad de las decisiones.
- Intervenir con instancias innovadoras inclusivas para las trayectorias estudiantiles singulares, valiéndose de lo que Matus (2021) denomina una planificación estratégica situacional para la mejora.
- Establecer nuevos modelos de gestión basados en el liderazgo distribuido, a partir del trabajo en equipos y en redes, como interacción humana para mejorar la calidad de la gestión y el intercambio de saberes y recursos existentes.
- Generar una cultura autoevaluativa que se encuentre presente desde el momento inicial de la planificación y se prolongue a lo largo de toda la construcción y el desarrollo del proyecto.

Fundamentación

Entre 2012 y 2017, se crearon en la provincia de Santa Fe 126 nuevas carreras de Profesorados y Tecnicaturas Superiores en localidades del interior, en barrios periféricos de las grandes ciudades y en Parques Industriales. Se trató de un proceso de democratización del nivel sin precedentes en la historia educativa provincial. El liderazgo distribuido, entendido como un conjunto de prácticas para fijar rumbos y ejercer influencia (Leithwood, 2009: 98), se propuso como respuesta de gestión ante este desafío.

El incremento de la cobertura en los institutos de barrio dio lugar, en muchos casos, a condiciones de acceso y permanencia desigual, lo que remite a un modelo de inclusión excluyente (Ezcurra, 2009: 1). El diagnóstico institucional señaló, además, el abandono, la fragmentación y los egresos diferidos de los y las estudiantes, en un contexto que, de no revertirse, reproduciría los déficits del sistema educativo presentes en otros niveles (Acosta Sánchez *et al.*, 2016: 34).

Tal como expresa Dubet, “la igualdad de oportunidades refiere a la equivalencia en las probabilidades que los individuos tienen de alcanzar u ocupar esas posiciones, sin importar cuán distantes estén ellas unas de otras” (2011: 35). En esa línea, Nicastro y Greco (2012: 87) advierten que la fragmentación de las trayectorias suele volverse “un problema de los alumnos y no una cuestión institucional”, cuando en verdad responde tanto a condicionantes externos como a la propia propuesta formativa y al estilo de conducción del instituto. Por ello, el acompañamiento de las trayectorias estudiantiles debe entenderse como responsabilidad institucional, en tanto muchas de esas trayectorias están desacopladas de los recorridos esperados por el sistema (Terigi, 2009: 45).

Frente a este diagnóstico, resultó imprescindible que el colectivo institucional liderase un proyecto de mejora planificado estratégica y situacionalmente, ensayando nuevos modelos de gestión a partir del liderazgo distribuido, entendido no como sumatoria de acciones individuales sino como interacción humana en flujos y circuitos. Como afirman Navarro Montaña, López Martínez y Hernández de la Torre, “aprender en red supone establecer un entramado de relaciones e interrelaciones de significados conceptuales y prácticos entre los componentes de la red” (2017: 653), lo que permitió mejorar la calidad de la gestión a partir del intercambio de saberes y recursos entre los equipos directivos.

El liderazgo distribuido contribuyó, así, a desarrollar un conocimiento compartido de la organización y una visión común, ya que “tanto los líderes como los seguidores participan en prácticas que requieren ser comprendidas, y el contexto en que interactúan tiene una influencia determinante en las acciones que emprenden” (Leithwood, 2009: 103). Para ello, fue necesario formar al Equipo Directivo y a los equipos de conducción –condición inicialmente ausente o casi nula– en ejes como el liderazgo distribuido, la organización y gestión institucional, y el acompañamiento de las trayectorias estudiantiles. Esto supuso organizar la tarea en subproyectos liderados por directivos y profesores gestores en torno a una visión compartida.

Metodología

El presente estudio adoptó un enfoque metodológico mixto, cualitativo, basado en el análisis de fuentes de datos secundarias y en el estudio de un caso ilustrativo. El componente cuantitativo se sustentó en los resultados de la encuesta a directivos, coordinadores y profesores sobre las nuevas Tecnicaturas de Nivel Superior de la provincia de Santa Fe, diseñada y dirigida por la profesora Irene López desde la Dirección de Educación Superior (2019a) en el marco de sus funciones institucionales, así como en los indicadores de permanencia y egreso relevados por la Dirección Provincial de Investigación y Estadísticas Educativas del Ministerio de Educación de Santa Fe (2018). El componente cualitativo consistió en el análisis en profundidad de la experiencia de un instituto en particular, seleccionado como caso ilustrativo por haber implementado

un proceso de formación docente orientado a fortalecer la inclusión educativa en el nivel superior. Ambos componentes fueron triangulados con el marco teórico específico sobre gestión organizacional, liderazgo distribuido e inclusión educativa.

El corpus de análisis abarcó el período 2013-2017, correspondiente a la implementación de las políticas de expansión de la Educación Superior en la provincia de Santa Fe, y consideró el conjunto de las Tecnicaturas Superiores de Salud abiertas en barrios de las principales ciudades de la provincia, junto con el estudio en profundidad del caso ilustrativo mencionado.

Por tratarse de un análisis de datos secundarios de carácter público e institucional, y de un caso documentado a partir de registros institucionales, no fue necesario un proceso de consentimiento informado individual.

Resultados

El análisis de la encuesta institucional realizada a directivos, coordinadores y profesores de las 30 nuevas Tecnicaturas Superiores implementadas en la provincia de Santa Fe (Dirección de Educación Superior, 2019a) permitió identificar avances y brechas significativas en la construcción de un liderazgo distribuido efectivo.

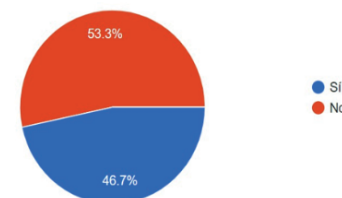
En primer lugar, respecto de la participación institucional en el diseño curricular, solo el 46,7% de las instituciones señaló haber participado a través de un Referente en la construcción del diseño curricular de la Tecnicatura Superior implementada, mientras que el 53,3% no contó con esta instancia de participación (Figura 1). Este dato evidencia que, en más de la mitad de los casos relevados, el proceso de diseño curricular se

desarrolló sin una instancia formal de representación institucional, lo cual constituye un punto de partida desfavorable para la construcción de un liderazgo distribuido genuino.

Figura 1. Participación de un Referente institucional en la construcción del diseño curricular

¿La Institución ha participado a través de un Referente en la construcción del diseño curricular de la Tecnicatura Superior seleccionada?

30 respuestas



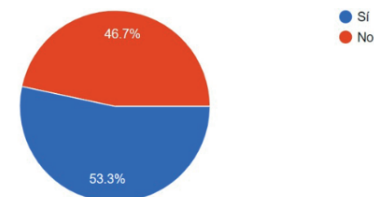
Fuente: Elaboración propia a partir de la Dirección de Educación Superior (2019a).

En cuanto a las estructuras de conducción, el 53,3% de las Tecnicaturas Superiores contaba con un Coordinador designado al momento de la encuesta, frente a un 46,7% que no disponía de esta figura (Figura 2). La ausencia de coordinación formal en casi la mitad de las instituciones relevadas señala una debilidad estructural que dificulta sostener el modelo de gestión distribuida propuesto, en la medida en que el liderazgo distribuido requiere de roles claramente definidos que articulen al equipo directivo con los distintos actores institucionales (Leithwood, 2009: 98).

Figura 2. Existencia de Coordinador en las Tecnicaturas Superiores relevadas

¿La Tecnicatura Superior cuenta con un Coordinador?

30 respuestas



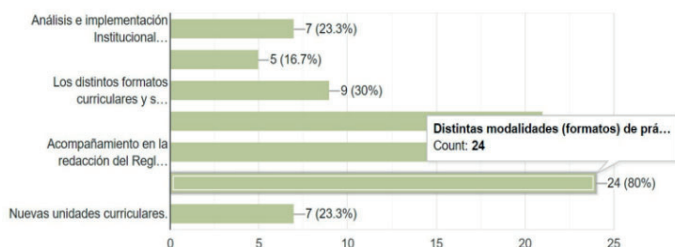
Fuente: Elaboración propia a partir de la Dirección de Educación Superior (2019a).

Respecto de las necesidades de formación detectadas por las propias instituciones, el 80% señaló la necesidad de capacitación en distintas modalidades de prácticas profesionalizantes, seguida por los distintos formatos curriculares (30%) y el análisis e implementación institucional de los diseños curriculares (23,3%) (Figura 3). Estos resultados coinciden con y justifican empíricamente los ejes de formación desarrollados para los equipos de conducción, descriptos en el apartado de Fundamentación, en particular en lo referido a la organización y gestión institucional y al acompañamiento de las trayectorias estudiantiles.

Figura 3. Necesidades de capacitación institucional detectadas

¿Cuáles son los temas dónde la Institución observa necesidades de capacitación? (marcar 3 más relevantes):

30 responses



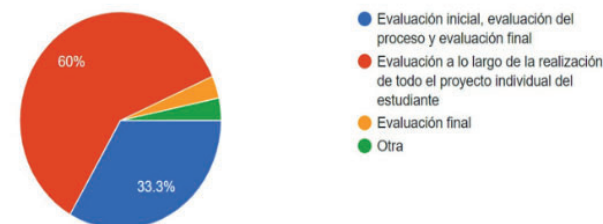
Fuente: Elaboración propia a partir de la Dirección de Educación Superior (2019a).

Finalmente, en relación con el acompañamiento a las trayectorias estudiantiles a través de las prácticas profesionalizantes, el 60% de las instituciones indicó realizar una evaluación continua a lo largo de todo el proyecto individual del o de la estudiante, mientras que el 33,3% optó por un esquema de evaluación inicial, de proceso y final (Figura 4). Este dato es consistente con la centralidad otorgada al acompañamiento de las trayectorias estudiantiles como eje de la planificación estratégica situacional (Matus, 2021; Terigi, 2009: 45).

Figura 4. Modalidad de evaluación de las prácticas profesionalizantes

¿Cómo se realiza la evaluación de las prácticas profesionalizantes a los estudiantes?

30 responses



Fuente: Elaboración propia a partir de la Dirección de Educación Superior (2019a).

Otros indicadores relevados, si bien no se presentan en formato de figura por razones de espacio, resultan igualmente significativos: solo el 56,7% de las instituciones contaba con el Reglamento de Práctica Profesionalizante Institucional (REMPI) redactado, y el 60% mantenía convenios formales con cinco o menos organizaciones del sector socio-productivo, comunitario o tecnológico, lo que confirma una baja consolidación de vínculos institucionales externos.

Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos permiten confirmar que, si bien la expansión de la oferta de Educación Superior en barrios de las grandes ciudades santafesinas constituyó un avance significativo en términos de democratización del nivel, la instalación de un liderazgo distribuido efectivo en dichas instituciones enfrenta todavía brechas concretas. La baja participación institucional en el

diseño curricular a través de Referentes (46,7%) y la ausencia de Coordinador en casi la mitad de las Tecnicaturas relevadas (46,7%) muestran que, en un número considerable de casos, las condiciones estructurales mínimas para sostener una gestión distribuida –roles definidos, representación institucional activa– aún no están consolidadas.

En este sentido, los hallazgos dialogan con lo planteado por Leithwood (2009), para quien el liderazgo distribuido no puede pensarse como una suma de acciones individuales sino como una interacción sistémica entre quienes lideran y quienes son liderados, sostenida por una comprensión compartida del contexto institucional. La ausencia de estructuras de coordinación formal en gran parte de las instituciones relevadas dificulta precisamente esa interacción sistémica, y explica la necesidad –evidenciada empíricamente por el 80% de las instituciones que señaló requerir capacitación en distintas modalidades de prácticas profesionalizantes– de fortalecer a los equipos de conducción en las temáticas específicas que este proyecto se propuso abordar. El caso ilustrativo analizado, correspondiente a un instituto que implementó un proceso de formación docente orientado a la inclusión educativa, permite observar en un nivel más cualitativo cómo estas transformaciones estructurales generales se tradujeron en cambios concretos a nivel institucional, en línea con lo sostenido por Navarro Montaña et al. (2017) respecto del trabajo colaborativo en red como impulsor del desarrollo profesional docente.

Asimismo, el alto porcentaje de instituciones que sostiene una evaluación continua de las prácticas profesionalizantes a lo largo de todo el trayecto formativo (60%) resulta un indicador alentador en relación con el acompañamiento de las trayectorias estudiantiles, entendido –de acuerdo con Terigi (2009)– como una responsabilidad institucional y no meramente individual del o de la estudiante.

En síntesis, la experiencia analizada confirma que la planificación estratégica

situacional (Matus, 2021) y el liderazgo distribuido constituyen herramientas potentes para orientar procesos de mejora institucional en contextos de alta vulnerabilidad social, pero también evidencia que su sostenibilidad requiere de una inversión sostenida en la formación de los equipos de conducción y en la consolidación de estructuras institucionales –coordinación, participación en el diseño curricular, vinculación con el entorno socio-productivo– que hoy presentan niveles de desarrollo desiguales entre las distintas instituciones. Futuras líneas de indagación podrían profundizar en el seguimiento longitudinal de estos indicadores, así como en un análisis comparativo entre instituciones de barrios urbanos y del interior provincial, dado que estas últimas representaron la mayoría de la muestra relevada en este estudio.

Bibliografía

Acosta Sánchez, F.; García-Leguizamón, F.; Valdés Serrano, M.; Grosso Rincón, E. y Briceño Ayala, R. (2016). *Ciudadanía y nuevas ciudadanías*. Bogotá: Universidad Piloto de Colombia.

Dirección de Educación Superior (2019a). Encuesta a directivos, coordinadores y profesores sobre las nuevas Tecnicaturas de Nivel Superior en la Provincia de Santa Fe. Santa Fe: Ministerio de Educación de la provincia de Santa Fe.

Dirección de Educación Superior (2019b). Acompañamiento a las Trayectorias de los Estudiantes de Nivel Superior. Santa Fe: Ministerio de Educación de la provincia de Santa Fe. <https://isp2-sfe.infed.edu.ar/sitio/wp-content/uploads/2019/05/Ingresantes-201>

Dirección Provincial de Investigación y Estadísticas Educativas (2018). 10 años de política educativa progresista de un Estado presente. Santa Fe: Ministerio de Educación de la provincia de Santa Fe.

Dubet, F. (2011). *Repensar la justicia social. Contra el mito de la igualdad de oportunidades*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Ezcurra, A. M. (2009). Masificación y enseñanza superior: una inclusión excluyente. Algunas hipótesis y conceptos clave. En N. Fernández Lamarra y M. Costa De Paula (Eds.), *La democratización de la educación superior en América Latina: límites y posibilidades* (pp. 60-72). Buenos Aires: EDUNTREF.

Leithwood, K. (2009). *¿Cómo liderar nuestras escuelas? Aportes desde la investigación*. Santiago de Chile: Fundación Chile.

Matus, C. (2021). *Método Altadir de planificación popular* (Cuadernos del ISCo / Didáctica, 18). Lanús: Universidad Nacional de Lanús.

Navarro Montaña, M.; López Martínez, A. y Hernández de la Torre, M. E. (2017). El trabajo colaborativo en red impulsor del desarrollo profesional del profesorado. *Revista Brasileira de Educação*, 22(70), 651-667.

Nicastro, S. y Greco, M. (2012). *Entre trayectorias: escenas y pensamientos en espacios de formación*. Rosario: Homo Sapiens.

Terigi, F. (2009). *Las trayectorias escolares. Del problema individual al desafío de política educativa*. Buenos Aires: Ministerio de Educación.

Patricia de las Mercedes Giussani, Irene Josefa López. “El equipo de conducción, protagonista de la gestión organizacional para la inclusión educativa. Acerca de la transformación educativa generada por el liderazgo distribuido en la tecnicatura superior de un barrio. *Revista Salud, Educación y Sociedad*, vol. 5, núm. 2, septiembre 2026, pp. 56-63. <https://doi.org/10.64478/1m4wrs29>



Libro:

Estética, Spa y Wellness en Latinoamérica. Negocio, estrategia y futuro

AUTOR: DIEGO TOMATIS
Buenos Aires, Editorial Dunkin (2026)

Lic. Gabriela Andrea Di Mauro

Directora Tecnicatura y Ciclo Licenciatura en Cosmetología Facial y Corporal UGR

El estadístico estadounidense Halbert L. Dunn es considerado el padre del movimiento. En su libro *High-Level Wellness* (1961), definió el bienestar no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un estilo de vida que integra cuerpo, mente y propósito.

Estética, Spa y Wellness en Latinoamérica. Negocio, estrategia y futuro, de Diego Tomatis, constituye una obra de referencia para estudiantes, docentes y profesionales de la cosmetología, la estética y las ciencias de la salud. Ofrece herramientas para comprender la transformación del sector y proyectar su crecimiento en el contexto latinoamericano. En ese sentido, el libro analiza el sector desde una mirada integral, estratégica y profundamente latinoamericana.

Tomatis es el creador del concepto “Profesionalización responsable de la estética y la cosmetología en Latinoamérica”, una idea que busca resaltar la labor estética a través de la educación, ética e innovación. Fruto de una amplia trayectoria profesional y académica, el autor desarrolla un análisis que integra la gestión empresarial, la planificación estratégica, el *marketing*, la innovación y las tendencias que configuran el presente y el futuro de la industria del *wellness*.

Esta obra analiza las tendencias actuales del mercado, los cambios en el perfil del consumidor, los nuevos modelos de gestión, la innovación tecnológica y los desafíos que enfrenta permanentemente la industria para consolidarse como un sector altamente profesionalizado. Propone herramientas de planificación y gestión orientadas al desarrollo de negocios sostenibles, en tanto pone el foco en la calidad de los servicios, la formación continua y la construcción de propuestas de valor diferenciadas.

A lo largo de los capítulos, Tomatis expone con claridad los desafíos que enfrentan los profesionales y emprendedores del sector y nos propone repensar sobre la necesidad de profesionalizar la actividad. Este libro invita a reflexionar sobre el presente y el futuro del *wellness* en la región, posicionándose como un aporte importantísimo para el fortalecimiento profesional de la estética latinoamericana.

Está dirigido a toda persona que desee pasar del oficio a la gestión, del “día a día operativo” a la visión estratégica, y del emprendimiento intuitivo a un proyecto con rumbo, propósito y futuro. En los últimos años, la estética, el bienestar y el spa se han convertido en uno de los sectores de mayor dinamismo en Latinoamérica. El crecimiento es real, sostenido y respaldado por cifras. Sin embargo, también es real la fragilidad operativa de muchos emprendimientos. Es una obra para liderar, no solo para entender.

El futuro del bienestar en América Latina se orienta hacia un modelo donde la técnica se humaniza y la emoción se profesionaliza. El desafío principal para las empresas y profesionales será equilibrar innovación y propósito, garantizando experiencias coherentes, éticas y emocionalmente significativas. El mercado del bienestar y la estética en América Latina continúa en una expansión sostenida impulsada por la convergencia entre salud, belleza, tecnología y sostenibilidad. Tras los profundos cambios de comportamiento del consumidor, se observa la consolidación de un ecosistema donde el autocuidado deja de ser un lujo ocasional para convertirse en un componente esencial de la vida cotidiana. La combinación entre avances tecnológicos, mayor acceso a la información, nuevas expectativas sobre el envejecimiento y una creciente conciencia sobre el impacto ambiental está reconfigurando la manera en que la población se relaciona con su cuerpo, su imagen y su salud emocional.

Hoy, el consumidor no busca únicamente verse bien, sino sentirse pleno.

El bienestar –en su visión contemporánea– va más allá de la apariencia física: es sinónimo de equilibrio, prevención, propósito y calidad de vida. La belleza se redefine como una expresión de salud interna, mientras que el autocuidado se convierte en una práctica diaria orientada a sostener un estilo de vida más consciente. Este cambio de paradigma abre oportunidades extraordinarias para la industria, especialmente en segmentos como el *wellness* integral, la estética consciente y *slow beauty*, la personalización avanzada, el diagnóstico digital, el turismo de bienestar y el crecimiento de la estética masculina.

Estas tendencias, interrelacionadas entre sí, marcan una dirección clara: la estética del futuro será más holística, tecnológica, emocional y personalizada. Las fronteras entre salud, belleza y bienestar se difuminan, lo cual da origen a un sector híbrido que combina ciencia, experiencia, sensorialidad, datos y sostenibilidad.

El movimiento *slow beauty*, heredero directo de la filosofía *slow life*, surge como una respuesta a la aceleración, el consumo excesivo y la saturación de estímulos que dominaron la industria durante las últimas décadas. Su premisa central es simple pero profundamente transformadora: desacelerar, respetar los ritmos biológicos de la piel y del cuerpo, y devolverle al bienestar su dimensión más humana, sensorial y consciente.

A diferencia del modelo tradicional, basado en la acumulación de productos, la inmediatez y las soluciones rápidas, el enfoque *slow* propone un retorno a la simplicidad funcional: menos capas, menos químicos innecesarios, menos rituales interminables y más calidad, intención y coherencia. Es un movimiento que reivindica el disfrute del proceso, la conexión con uno mismo y la sostenibilidad como valor esencial.

El *slow beauty* no es solo una tendencia estética: es un cambio cultural. Desafía la idea de que el bienestar debe ser rápido, agresivo o acumula-

tivo, y reivindica un camino más sostenible, ético y consciente. Para los profesionales de la estética y el *wellness*, esta filosofía representa una oportunidad estratégica: diseñar protocolos más suaves, personalizados, sensoriales y alineados con una narrativa de salud integral. En definitiva, el *slow beauty* marca un nuevo paradigma latinoamericano: cuidar la piel sin prisa, honrar la naturaleza del cuerpo.

El nuevo escenario del bienestar latinoamericano está marcado por identidad, madurez y futuro. La estética, la cosmetología, los spas y el *wellness* en Latinoamérica ya no pueden ser comprendidos como simples actividades orientadas al embellecimiento. Hoy conforman un ecosistema cultural, emocional, científico y económico que refleja una transformación profunda en la manera en que las personas se relacionan con su cuerpo, su entorno, su salud mental y su identidad. Lo que hace una década parecía un sector accesorio dentro de la economía del bienestar, hoy se erige como una industria estratégica, en plena expansión y con un potencial de desarrollo extraordinario para los países de la región.

Esta evolución responde a una realidad sociocultural evidente: el bienestar dejó de ser un lujo para convertirse en un componente central de la vida contemporánea. El estrés urbano, la sobrecarga emocional, la digitalización acelerada, la búsqueda de identidad, la necesidad de pausas sensoriales y la aparición de nuevas preocupaciones estéticas –más ligadas a la salud que a la apariencia– impulsan una demanda sostenida de servicios profesionales. La estética latinoamericana ya no trata de “corregir imperfecciones”, sino de acompañar procesos, generar bienestar profundo y ayudar a las personas a integrar cuerpo, mente y emociones.

Este libro surge como respuesta a una transformación profunda, acelerada y estructural del sector estético, cosmetológico, spa y *wellness* en Latinoamérica. No pretende ser solo un análisis académico ni una recopilación de

tendencias; nace como una herramienta de liderazgo, diseñada para quienes quieren anticiparse al futuro del bienestar con una mirada innovadora y estratégica.

Directrices para autores/as

Las pautas para el envío de artículos, reseñas y comunicaciones, las guías de estilo y toda la información pertinente para las contribuciones a la Revista Salud, Educación y Sociedad se encuentran disponibles [aquí](#).

Corrientes 1254, Rosario (2000)

Santa Fe, Argentina

341 - 4838100

revistaseys@ugr.edu.ar



**Universidad
del Gran Rosario**