

REVISTA ACADÉMICA
seys

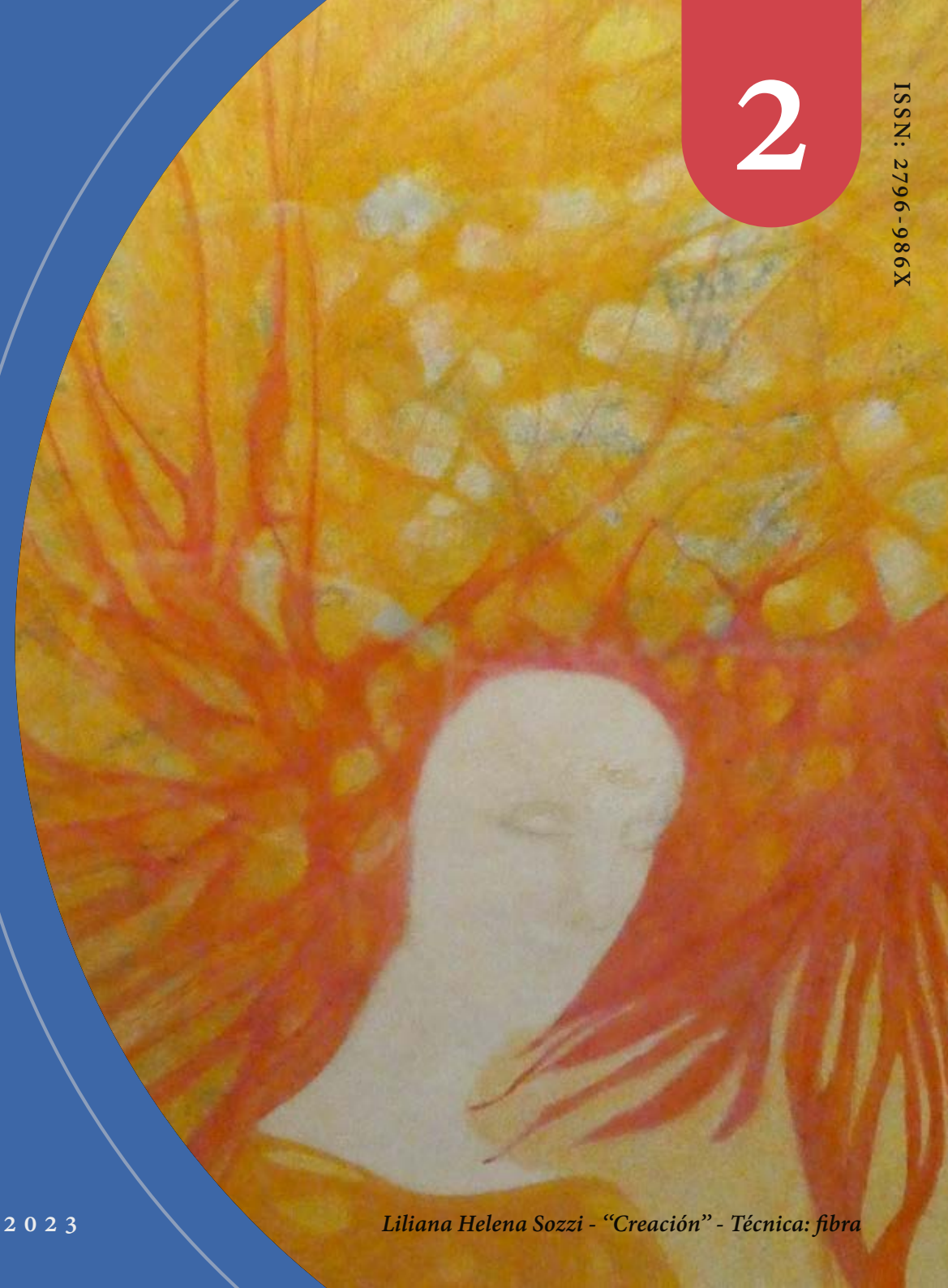
*Salud, Educación
y Sociedad*



Semestral / Vol. 2 / Núm. 2 / septiembre 2023

2

ISSN: 2796-986X



Liliana Helena Sozzi - "Creación" - Técnica: fibra

Equipo editorial

Director

Pedro Silberman

Directora Asociada

Mónica Priotti

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

Germán Guaresti, Universidad Nacional de Río Negro, Argentina

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

Martín Silberman, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina

Melisa Campana, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Mónica Baez, Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Oswaldo Patiño, Universidad del Gran Rosario, Argentina

Pablo Badr, Universidad Nacional del Sur, Argentina

Roberto Campos Navarro, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Secretaria Ejecutiva

Laura Castagno

Editora Técnica

Ayelén Suriak

Redactor y Corrector de Textos

Manuel Díaz

Diseño Gráfico

Emilio Mussio

Índice

Nota editorial	4
<i>Pedro Silberman y Mónica Priotti</i>	
Artículos:	
El sueño de la razón produce monstruos: aportes para una nueva comprensión del suicidio	5
<i>Hugo Kern; Daniela Moggia</i>	
Una aproximación teórica de los procesos de cuidado en kinesiología hacia una perspectiva de clínica ampliada	18
<i>Rodrigo Juárez; Melina Bufarini; Jorgelina Dellacasa; Gianfranco Monachesi; Franco Carlomagno</i>	
Percepciones de peligros laborales en áreas rurales en estudiantes de escuelas agrotécnicas	30
<i>Hilda Henzenn; Ana Inés Molineri; Marcelo Lisandro Signorini; Héctor Dante Tarabla</i>	
Formación médica contrahegemonica: el desafío de consolidar estrategias pedagógicas instituyentes en la universidad pública argentina	39
<i>Pablo Badr; Federico López Bidart; Marianne Cousté</i>	
Reseña:	
Discapacidad y Derechos Humanos, de Patricio Huerga	48
<i>Antonio Ramos; Sebastián Ramos</i>	

Nota editorial

En esta oportunidad, tenemos el agrado de presentarles el cuarto número de la revista *Salud, Educación y Sociedad* (SEyS), de la Universidad del Gran Rosario (UGR). La UGR es una institución joven y vigorosa, que se destaca por el carácter expansivo de sus ofertas académicas en todos los niveles educativos. En tal sentido, la revista *SEyS* se constituye como una herramienta de gestión fundamental de la Universidad, en tanto que permite a docentes, investigadores, investigadoras e intelectuales de diferentes disciplinas académicas reflexionar y debatir sobre problemáticas actuales.

La iniciativa editorial de la UGR se orienta a impulsar un ámbito a través del cual lograr un impacto real sobre la capacidad de socializar los conocimientos disponibles, la circulación e instalación de los avances, desarrollos y resultados de proyectos de investigación y estudios sobre prácticas disciplinares que acontecen en los campos de la salud, de la educación y de la sociedad en su conjunto. En tal sentido, el itinerario de nuestra revista se inscribe en el terreno de la libertad de diálogo interdisciplinar y transdisciplinar entre las diversas formas de producir conocimiento de nuestra propia institución universitaria y con aquellas otras casas de altos estudios e instituciones del medio.

La revista *SEyS* incorpora la(s) voz(ces) de la UGR en las discusiones más actuales de las temáticas abordadas por las distintas carreras que se desarrollan tanto en nuestra institución como en otras instituciones educativas. El número que aquí presentamos contiene una serie de artículos libres

y una reseña bibliográfica que recorren distintas temáticas. Sus autorías se referencian en investigadores e investigadoras provenientes de universidades públicas y privadas de la Argentina.

Finalmente deseamos expresar que, en tanto equipo de trabajo de la revista, nos enorgullece el camino editorial recorrido hasta aquí. En nuestros días, las instituciones universitarias están convocadas a la firme tarea de una participación social activa, que interpele y sea capaz de nutrirse cotidianamente de la realidad social. Este es nuestro horizonte y hacia allí dirigimos nuestras motivaciones y esfuerzos.

Pedro Silberman

Director

Revista SEyS

Mónica Priotti

Directora Asociada

Revista SEyS

“El sueño de la razón produce monstruos”: Aportes para una nueva comprensión del suicidio

‘The Sleep of Reason Produces Monsters’: Contributions to a New Understanding of Suicide

Autores/as

Hugo Kern - hugodanielkern@gmail.com -
Licenciado en Psicología, Magíster en Salud Colectiva, Psicoanalista.

Daniela Moggia - danielamoggia@gmail.com -
Médica, Oftalmóloga, Especialista en Oncología Ocular, Magíster en Biología Molecular Médica.

RECIBIDO 09/07/2023

ACEPTADO 29/08/2023

Resumen

El suicidio, ese oscuro abismo que devora a la humanidad, exige una comprensión multifacética y audaz. Para adentrarnos en sus profundidades, debemos fusionar varios marcos teóricos que desplieguen la complejidad inherente a la condición humana. La epidemiología del suicidio revela una verdad desgarradora: una epidemia silenciosa que amenaza con desgarrar el tejido social.

El Homo Demens emerge como la encarnación siniestra de nuestra especie, donde la lucha interna entre las pulsiones de vida y muerte se desata en una batalla insaciable. El suicidio se convierte en una fuerza oscura y desconocida que acecha en lo más profundo de lo familiar, un monstruo que devora sin piedad la esperanza y la cordura.

Resignificar el suicidio supone elevarlo de mero acto de desesperación individual a un colapso catastrófico, una ruptura que traspasa los límites de la mente y se infiltra en los tres sistemas inmunes integrados propuestos por el visionario Sloterdijk. Esta nueva perspectiva inquietante nos obliga a confrontar las intrincadas interacciones entre el individuo y su entorno, y cómo estos sistemas inmunológicos pueden corromperse hasta su ruina total.

Frente a esta problemática, los fenotipos de soporte emergen como salvavidas en un mar de oscuridad. Estos arquetipos de in-

tervención en crisis y prevención a largo plazo se erigen como guardianes de la vida, tejedores de resiliencia y esperanza en aquellos que están al borde de la vida. Solo a través de su desarrollo meticuloso y su implementación efectiva podremos contener la marea de la autodestrucción.

En el crisol de la mente humana, los sistemas inmunes integrados de Sloterdijk nos ofrecen un prisma impactante para desentrañar los misterios del suicidio.

En un llamado urgente hacia la comprensión renovada, debemos atrevernos a enfrentar el suicidio en toda su crudeza y magnitud. Solo mediante la fusión de marcos teóricos inquebrantables, la introspección en los sistemas inmunológicos integrados y la exploración de obras de arte provocadoras podremos abrir la puerta a la prevención efectiva y al entendimiento profundo de esta sombría y omnipresente realidad humana.

Palabras clave

- Comportamientos suicidas;
- Ideación suicida;
- Sistemas inmunológicos integrados;
- Homo Demens;
- Salud Mental;
- Suicidio

Summary

Suicide, that dark abyss that devours humanity, demands a multifaceted and daring understanding. To delve into its depths, we must merge various theoretical frameworks that uncover the inherent complexity of the human condition. The epidemiology of suicide reveals a heart-wrenching truth: a silent epidemic that threatens to tear apart the social fabric.

The Homo Demens emerges as the sinister embodiment of our species, where the internal struggle between the impulses of life and death unleashes an insatiable battle. Suicide becomes a dark and unknown force that lurks within the familiar, a monster that mercilessly devours hope and sanity.

To redefine suicide is to elevate it from a mere act of individual despair to a catastrophic collapse, a rupture that transcends the boundaries of the mind and infiltrates the three integrated immune systems proposed by the visionary Sloterdijk. This unsettling new perspective compels us to confront the intricate interactions between the individual and their environment, and how these immune systems can become corrupted to their utter ruin.

In the fight against this scourge, phenotypes of support emerge as life rafts in a sea of darkness. These archetypes of crisis intervention and long-term prevention stand as guardians of life, weavers of resilience and hope for those teetering on the edge of the abyss. Only through their meticulous development and effective implementation can we stem the tide of self-destruction.

In the crucible of the human mind, Sloterdijk's integrated immune sys-

tems offer a striking prism to unravel the mysteries of suicide. In an urgent call for renewed understanding, we must dare to confront suicide in all its rawness and magnitude. Only through the fusion of unyielding theoretical frameworks, introspection into the integrated immune systems, and exploration of provocative works of art can we unlock the door to effective prevention and profound understanding of this somber and pervasive human reality.

Keywords

- Suicidal Behaviors;
- Suicidal Ideation;
- Integrated Immune Systems;
- Homo Demens;
- Mental Health;
- Suicide

Introducción

Intentar comprender el suicidio requiere de la integración de varios marcos teóricos que examinen la complejidad de la condición humana y su contexto. En este artículo, nos adentramos en la intrincada red del suicidio, para lo cual exploraremos su epidemiología, el rostro oscuro y pasional de la humanidad metaforizado por el Homo Demens y la

tensión constante entre las pulsiones de vida y muerte, entre la razón y la pasión.

En primer lugar, analizaremos la situación actual mediante el estudio de la epidemiología del suicidio. Esta investigación nos proporciona una comprensión integral del alcance y las variables asociadas a este devastador fenómeno.

El concepto de Homo Demens emerge mientras miramos el abismo, y revela los aspectos siniestros de la humanidad. Examinamos la batalla interna entre nuestros deseos primarios de vida y la inquietante atracción de la muerte. El suicidio se convierte en una fuerza enigmática, que acecha en lo familiar y desafía nuestra comprensión de lo que significa ser humano.

En la reconfiguración de nuestra comprensión del suicidio, nos alejamos de una perspectiva que lo concibe como un mero acto desadaptativo de desesperación individual. En cambio, exploramos la noción de colapso, ruptura y asincronía dentro de los tres Sistemas Inmunes Integrados propuestos por Sloterdijk. Este cambio de perspectiva nos permite comprender la intrincada interacción entre el individuo y su entorno social, cultural y emocional.

Dentro de este contexto, nos adentramos en los fenotipos de soporte, que engloban estrategias de intervención en crisis y prevención a largo plazo para aquellos que contemplan el autohomicidio del yo como opción válida posible para dar respuesta a la situación que enfrentan.

Con una mirada hacia el horizonte de la prevención a largo plazo, exploramos el desarrollo de fenotipos de soporte a través de los Sistemas Inmunes Integrados de Sloterdijk. Estos sistemas ofrecen un marco conceptual que guía nuestras reflexiones sobre el suicidio y su intersección con la condición humana y el entorno tanto social como

cultural en el que estamos sujetos.

En conclusión, este artículo busca abrir un camino hacia una comprensión renovada del suicidio. Al abrazar múltiples enfoques teóricos, examinar la epidemiología, desentrañar la lucha interna y reformular nuestras percepciones, nos esforzamos por arrojar luz sobre la oscuridad. A través de la teoría de los Sistemas Inmunes Integrados de Sloterdijk, emprendemos un viaje hacia la prevención, y un intento de comprensión de esta tragedia profundamente humana.

Advertencia: Esta exploración desafía las sensibilidades convencionales y tiene como objetivo provocar un diálogo en torno al suicidio y sus matices intrincados. Es un llamado a la acción, que exige una perspectiva disruptiva para comprender y abordar este apremiante problema social.

Análisis de situación: epidemiología del suicidio

El intento de suicidio y el suicidio forman parte de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Aproximadamente 800.000 personas mueren por suicidio anualmente, de las cuales alrededor de un tercio son menores de 30 años, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (Organización Mundial de la Salud, 2013). El suicidio representa el 1,4% de las muertes a nivel mundial (Varnik, 2012) y se clasifica entre las 20 principales causas de mortalidad. En la Región de las Américas ocurren alrededor de 65.000 defunciones por suicidio anualmente.

Cabe destacar que las tasas de mortalidad por suicidio reportadas pueden, en muchos países, estar subestimadas (Phillips, 2004). Si bien tanto el número de muertes por suicidio como las tasas aún son el dato

más visible, se hace necesario considerar la conducta suicida en sus diferentes expresiones. La problemática del suicidio ocurre en un continuo, en el cual incluye la ideación suicida, la planificación y los intentos, muchos de los cuales no culminan en una defunción. Diversos estudios han reflejado que por cada suicidio consumado ocurren de 10 a 20 o más intentos suicidas (Organización Mundial de la Salud, 2013). La denuncia de los intentos suicidas varía entre los países y, en la mayoría de los casos, no hay información disponible y confiable, por falta de un apropiado sistema de vigilancia.

La Organización Panamericana de la Salud (2021) reconoce al suicidio como un problema relevante de salud pública y ha fortalecido su cooperación técnica en este campo. En su más reciente Plan Estratégico (2014-2017), determinó que el suicidio es uno de los indicadores de impacto que deben ser evaluados en la región.

Homo Demens: el rostro oscuro de la humanidad

En primer lugar, el Homo Demens, contracara del Homo Sapiens, puede entenderse como la manifestación del inconsciente colectivo, un concepto que Carl Jung discutió en su obra *Sobre la psicología de lo inconsciente* ([1912] 2007). Para Jung, el inconsciente colectivo consiste en imágenes arquetípicas y formas primordiales de pensamiento que, a menudo, influyen en nuestra conducta de maneras que no comprendemos plenamente. Cuando esta parte inconsciente y, a menudo, desordenada de nuestra psique se desata, puede llevar a comportamientos caóticos e incluso auto-destructivos, ejemplificados en el suicidio.

La Antropología también proporciona una perspectiva valiosa, al destacar cómo la cultura y la sociedad pueden dar forma a nuestra compren-

sión del Homo Demens (Solana Ruiz, 1996). Los rituales y mitos en diversas culturas a menudo retratan este lado oscuro y caótico de la humanidad, al reconocer la presencia de fuerzas destructivas dentro de nosotros. Estas representaciones culturales pueden aportar un entendimiento más profundo acerca de cómo se manifiesta el Homo Demens en diferentes contextos socioculturales.

Las neurociencias aportan otra capa de complejidad a nuestra comprensión del Homo Demens, a través del estudio de la impulsividad y la autolesión. Investigaciones recientes en neurociencias (Jollant *et al.*, 2011) sugieren que el control deficiente de los impulsos y la dificultad para regular las emociones pueden llevar a comportamientos autodestructivos. Además, la evidencia de la neurociencia ha demostrado que ciertas áreas del cerebro, como la corteza prefrontal y el sistema límbico, desempeñan un papel crucial en estos comportamientos.

En conjunto, el análisis multidisciplinario del Homo Demens permite una visión más completa de este aspecto oscuro y a menudo ignorado de la humanidad, que proporciona una perspectiva más profunda de los comportamientos suicidas. Esta interpretación matizada nos permite desarrollar estrategias de intervención y prevención más efectivas que abordan las contradicciones entre la razón y la pasión en la experiencia humana.

Comportamientos suicidas: la lucha entre las pulsiones de vida y muerte

Eros, la pulsión de vida, impulsa a las personas hacia la supervivencia, la propagación y la creatividad. Incluye aspectos como la autopreservación, la atracción sexual y el deseo de placer. En contraposición, la pulsión de muerte, Thanatos, empuja a los individuos hacia la agresión, la destrucción y un retorno al estado inorgánico.

Si comprendemos el suicidio a través de este marco freudiano, se podría argumentar que los comportamientos suicidas emergen cuando Thanatos se disocia de Eros. Cuando la pulsión hacia la muerte supera la pulsión de vida, un individuo podría recurrir a acciones autodestructivas que culminen en suicidio.

Otto Kernberg, una figura significativa en el psicoanálisis, discute cómo la autodestrucción es un producto del conflicto psíquico asociado a intensos sentimientos de ira y odio dirigidos hacia uno mismo. Kernberg (1975) postula que los sentimientos de ira autodirigida provienen de una etapa temprana de desarrollo infantil de indiferenciación del yo del mundo externo.

En el ámbito de la suicidología, Shneidman (1993), un destacado suicidólogo, conceptualizó el suicidio como “psicodolor” o un intenso dolor psicológico. Afirma que el suicidio ocurre cuando el psicodolor se vuelve insoportable. El concepto de Shneidman se alinea con la visión freudiana, ya que el insoportable dolor psicológico puede reflejar la determinación pulsional de la vida.

Un trabajo reciente en neurociencia (Jollant *et al.*, 2011) también ha contribuido a la discusión. Los estudios neurocientíficos sugieren que las regiones del cerebro involucradas en el control de los impulsos y la regulación emocional pueden ser disfuncionales en individuos propensos al suicidio, lo que se alinea con la idea de una lucha entre las pulsiones de vida y muerte a nivel fisiológico.

En resumen, la conceptualización freudiana de las pulsiones de vida y muerte ofrece un marco para entender las bases psicológicas de los comportamientos suicidas. Incorporar perspectivas psicoanalíticas contemporáneas y hallazgos neurocientíficos recientes enriquece esta comprensión y proporciona una visión multifacética del suicidio, donde se destaca el conflicto interno que puede llevar a comportamientos autodestructivos de este tipo.

Homo Demens y Homo Sapiens: la lucha interna

Homo Sapiens, en latín, significa “hombre sabio”. Es el nombre de la especie de los seres humanos y denota nuestra capacidad para la lógica, el razonamiento y el aprendizaje. Homo Demens, por otro lado, se traduce como “hombre loco” o “insano”, y simboliza los elementos de caos, la impulsividad y la irracionalidad dentro de nuestra naturaleza.

Esta dicotomía puede ser paralela al concepto de Freud de las pulsiones de vida y muerte. La parte Homo Sapiens de nosotros, similar al Eros de Freud, representa la racionalidad, el orden y la creatividad, aspectos que son integrales para el avance y la propagación de nuestra especie. Por el contrario, Homo Demens, análogo al Thanatos de Freud, significa las fuerzas internas caóticas y destructivas, que potencialmente pueden llevar a comportamientos destructivos del yo o de los otros, incluido el suicidio. Entender el suicidio a través de este enfoque de Homo Sapiens versus Homo Demens nos proporciona una perspectiva alternativa sobre las motivaciones y los estados psicológicos que llevan a los comportamientos suicidas. Cuando el Homo Demens anula el Homo Sapiens racional dentro de nosotros y en acuerdo con los otros, se produce el caos, lo que puede llevar a actos extremos como el suicidio. Esto sucede particularmente cuando se pierden las formas de orientación en una realidad social compartida y consensuada con una comunidad. Entonces, el Homo Demens se mira a sí mismo y pretende imponerse a la realidad.

Este marco conceptual se alinea con la investigación psicológica contemporánea sobre los sesgos cognitivos y los procesos de toma de decisiones. El trabajo del reconocido psicólogo y laureado con el Nobel Daniel Kahneman (2011), particularmente su teoría de doble sistema, resuena con esta dicotomía. Kahneman propone dos sistemas de pensamiento: el “Sistema 1”,

que es rápido, instintivo y emocional (similar a Homo Demens), y el “Sistema 2”, que es lento, deliberativo y lógico (parecido a Homo Sapiens). Cuando el Sistema 1 domina sobre el Sistema 2, las decisiones pueden volverse impulsivas e irracionales, lo que puede conducir a comportamientos autodestructivos.

En conclusión, una exploración de la dicotomía Homo Sapiens/Homo Demens ofrece una comprensión matizada de los comportamientos suicidas. Ilumina el conflicto interno, la lucha interna dentro de nosotros, entre la racionalidad y la irracionalidad, la autopreservación y la autodestrucción y la contradicción entre la vida en comunidad y las aspiraciones del individualismo narcisista. Este conflicto, especialmente cuando se intensifica bajo ciertas condiciones, puede inclinar la balanza a favor de los comportamientos suicidas, y así enriquecer nuestra comprensión de las complejas motivaciones detrás de tales actos extremos. El suicidio es una salida individual a los conflictos que la vida nos plantea.

Lo siniestro en el suicidio: lo desconocido dentro de lo familiar

En el ámbito de la Psicología, la exploración del suicidio ha sido una búsqueda constante para comprender las complejas motivaciones y factores psicológicos detrás de este trágico fenómeno. Una figura influyente que ha arrojado luz sobre las intrincaciones de la mente humana y su relación con el suicidio es Sigmund Freud. En “Lo ominoso”, Freud ([1919] 1992) profundiza en lo inquietante y perturbador de lo familiar.

La exploración de lo siniestro por parte de Freud proporciona una perspectiva única para comprender el paisaje psicológico que rodea al suicidio. Según Freud, lo siniestro se caracteriza por una sensación de malestar y extrañeza que surge cuando lo familiar se ve impregnado de elementos de

lo desconocido. En el contexto del suicidio, lo siniestro se manifiesta como una profunda alteración en la percepción del individuo sobre sí mismo, la realidad y el mundo. Desentraña los temores, deseos y ansiedades ocultos que impulsan a las personas a contemplar acciones autodestructivas.

Un aspecto clave de lo siniestro en relación con el suicidio es la emergencia de deseos y fantasías reprimidos u ocultos. Freud sostiene que lo siniestro descubre los aspectos oscuros e inquietantes de la psique humana que suelen estar suprimidos o negados. En el caso del suicidio, estos deseos y fantasías ocultos pueden estar entrelazados con cuestiones existenciales, sentimientos de desesperanza o una distorsionada percepción del propio valor.

Además, la exploración de lo siniestro por parte de Freud destaca la presencia de lo siniestro en entornos o relaciones familiares. En el contexto del suicidio, esto puede manifestarse como una profunda sensación de alienación, desconexión o extrañamiento respecto a su entorno y sus conexiones sociales. Lo familiar se impregna de un aura inquietante, que intensifica los sentimientos de desesperación y conduce a pensamientos de autolesión.

El concepto de lo siniestro de Freud también arroja luz sobre la naturaleza paradójica del suicidio. Lo siniestro resalta la presencia simultánea de las pulsiones de vida y muerte constitutivas de la psique humana. El suicidio representa una compleja interacción entre el deseo de preservación propia y la atracción inconsciente hacia la autodestrucción. Lo siniestro expone los conflictos internos y tensiones existenciales con los que los individuos pueden luchar al contemplar el suicidio, lo siniestro de la muerte como solución definitiva a problemas transitorios.

Al aprovechar los conocimientos de Freud sobre lo siniestro, obtenemos una comprensión más profunda de las dinámicas emocionales y psicológicas subyacentes al comportamiento suicida. Esto requiere de un enfoque integral en la prevención del suicidio que vaya más allá de la simple

gestión de los síntomas. Reconocer los aspectos siniestros de la ideación suicida permite a los y las profesionales de la salud mental abordar las complejidades psicológicas subyacentes, los deseos reprimidos y las crisis existenciales que las personas pueden enfrentar.

Al reconocer la irrupción de lo siniestro en las experiencias suicidas, los y las profesionales pueden crear entornos terapéuticos que legitimen las contradicciones de los individuos, fomenten el diálogo abierto y defiendan la vida. Este enfoque enfatiza la importancia de abordar los conflictos y factores psicológicos subyacentes, así como las crisis que contribuyen a la racionalidad suicida.

La exploración de lo siniestro por parte de Freud proporciona un marco valioso para comprender la relación entre el suicidio y las complejas dinámicas de la psique humana. Lo siniestro revela tanto los temores y deseos ocultos como los conflictos que subyacen a los pensamientos y comportamientos suicidas. Al integrar las ideas de Freud en los esfuerzos de prevención del suicidio, los y las profesionales de la salud mental pueden desarrollar intervenciones integrales de las crisis que impulsan a los individuos y a su comunidad hacia la autodestrucción. En última instancia, esta comprensión contribuye al desarrollo de enfoques integrales y efectivos para la prevención del suicidio, que ofrezcan condiciones de soporte para aquellos que apuestan a la aventura de vivir.

Resignificación del suicidio: de un acto de desesperación individual a la falla y/o asincronía de los Sistemas Inmunes Integrados

El suicidio, a menudo considerado un problema psicológico individual, tiene una trama profunda y compleja que se entreteje con la cultura y la sociedad. A través de las perspectivas de destacados filósofos y sociólogos

como Deleuze, Guattari, Foucault y Sloterdijk, esta sección intenta arrojar luz sobre la complejidad del fenómeno del suicidio.

A partir de Deleuze y Guattari, se puede conceptualizar el suicidio dentro del marco de *El Anti-Edipo* (1985) y *Mil Mesetas* (2002). A través de su noción de “máquinas deseantes”, los autores proponen que el suicidio no es solo el resultado de un conflicto interior, sino que se trata de un acto influido por las máquinas sociales y económicas del capitalismo. Por lo tanto, el suicidio se convierte en una forma de resistencia y escape de estos sistemas opresivos.

Según Foucault, el suicidio es un acto de afirmación de la autonomía personal y la libertad sobre el propio cuerpo. En *La voluntad de saber* (2002) y “El sujeto y el poder” (2001), Foucault plantea las nociones de “biopoder” y “biopolítica”, en cuyo marco el suicidio puede entenderse como un desafío a las estructuras de poder que buscan controlar y regular la vida humana. De manera similar, en “¿Qué es la Ilustración?” (1999), Foucault plantea que el suicidio puede verse como un acto ilustrado de autonomía y racionalidad.

Con Sloterdijk, el suicidio se entiende dentro de una esferología filosófica y sociológica. La incorporación de las teorías de Sloterdijk sobre los Sistemas Inmunes Integrados a nuestro análisis del suicidio nos permite expandir la comprensión del fenómeno en términos socioculturales y simbólicos.

En su trilogía *Esferas* (2003, 2004 y 2006), Sloterdijk analiza la existencia humana a través del prisma de las esferas, que considera como ambientes cocreados que nos protegen, sostienen y permiten vivir juntos en el mundo. El concepto de Sistemas Inmunes Integrados forma parte integral de esta teoría esferológica. En sus obras, particularmente en *Esferas*, Sloterdijk introduce la idea de que los individuos están inmersos en una

serie de esferas (sociales, culturales, psicológicas) que determinan y forman sus experiencias de vida. Estas esferas pueden verse como sistemas inmunológicos, en el sentido de que nos protegen, nos ayudan a definir nuestra identidad y a establecer límites entre nosotros y el mundo exterior. Estos sistemas no solo refieren a los sistemas biológicos que protegen nuestro cuerpo de enfermedades y patógenos, sino también a los sistemas psicológicos, sociales y culturales que protegen nuestra identidad y nos permiten operar en el mundo. En este sentido, nuestros sistemas inmunes simbólicos y sociales incluyen nuestras creencias, tradiciones, leyes y normas culturales, así como las estructuras sociales de apoyo.

A su vez, en su obra *En el mundo interior de la capital* (2010), explora cómo estos sistemas inmunes pueden ser desestabilizados o atacados, y así llevar a los individuos a un estado de vulnerabilidad y estrés.

El suicidio, entonces, puede interpretarse como una falla, un colapso o un asincronismo en estos Sistemas Inmunes Integrados. Si estos sistemas están diseñados para protegernos y ayudarnos a manejar los desafíos de la vida, el suicidio puede indicar que estas defensas se han visto superadas, que la persona ya no se siente protegida por su esfera o que los sistemas inmunes han fallado de alguna manera. Esto puede suceder a nivel personal, como en el caso de la depresión y otras condiciones de salud mental que pueden minar las defensas psicológicas de una persona, pero también puede suceder a nivel social y cultural.

Por ejemplo, en sociedades que valoran extremadamente la productividad y el éxito, aquellos que no pueden cumplir con estas expectativas pueden sentirse marginados, desconectados y carentes de valor, lo cual puede provocar sentimientos de desesperanza y conducir al suicidio. En este caso, el sistema inmune cultural y social no proporciona la protección necesaria y, por el contrario, puede estar exacerbando la vulnerabilidad de la persona ante el suicidio.

Además, una persona puede encontrar que sus sistemas de inmunidad personales y sociales ya no están sincronizados, por ejemplo, si sus creencias y valores no se encuentran en consonancia con los de su sociedad. Este desajuste también puede contribuir a los sentimientos de aislamiento, alienación y desesperanza que pueden llevar al suicidio.

Así, desde la perspectiva de Sloterdijk, una estrategia para prevenir el suicidio podría implicar fortalecer y reparar estos sistemas inmunes integrados a nivel individual y colectivo. Esto podría implicar esfuerzos para mejorar el tratamiento y la comprensión de la salud mental, así como cambios sociales y culturales para crear sociedades más inclusivas, justas y compasivas.

En conclusión, el suicidio no puede ser reducido a una cuestión meramente individual o psicológica. Como lo demuestran Deleuze, Guattari, Foucault y Sloterdijk, es un fenómeno que está profundamente arraigado en los sistemas sociales, culturales y filosóficos. En consecuencia, los enfoques para prevenir el suicidio deben considerar estos factores más amplios, y no solo concentrarse en los aspectos individuales.

Además, Tönnies, en *Comunidad y sociedad* ([1887 1947]), proporciona un marco útil para entender cómo la transformación de las comunidades en sociedades más impersonales contribuye a los sentimientos de aislamiento y alienación que pueden conducir al suicidio. Por tanto, la reconstrucción de las comunidades podría ser una estrategia eficaz para prevenir el suicidio.

Al entender el suicidio a través de estas perspectivas, se nos proporciona un lente más amplio para examinar y abordar el fenómeno. Por un lado, reconocemos el suicidio como una respuesta a las presiones sistémicas y estructurales que pueden hacer que la vida parezca insostenible. Por otro lado, nos lleva a cuestionar las formas en que nuestras sociedades están organizadas y a explorar cómo podemos transformarlas para que sean

más acogedoras y sustentadoras de la vida.

Por último, en dos trabajos de Foucault –*La verdad y las formas jurídicas* (2005) y *Seguridad, territorio y población* (2006)–, nos encontramos con el concepto de “verdad” y cómo se construye y utiliza en nuestra sociedad. En el contexto del suicidio, esto nos invita a cuestionar las narrativas y discursos que se han construido alrededor de este fenómeno, a menudo mediante la patologización y el aislamiento de los individuos, en lugar de entenderlo como un problema social y estructural más amplio.

El suicidio es un fenómeno complejo que requiere de un enfoque interdisciplinario para su prevención y tratamiento. Al aplicar estas teorías filosóficas y sociológicas, podemos comenzar a desentrañar su complejidad y desarrollar estrategias más efectivas para abordarla.

Fenotipos de soporte: intervención en crisis y prevención a largo plazo

El apoyo para los individuos en riesgo de suicidio debe adoptar un enfoque doble, que implica la intervención en situaciones de crisis y la prevención a largo plazo. Cada una de estas estrategias tiene en cuenta diferentes etapas y aspectos del comportamiento suicida y, juntas, ofrecen un enfoque más comprensivo y efectivo para su prevención.

La intervención inmediata en crisis se enfoca en las estrategias de respuesta urgente para las personas en una crisis suicida activa. El objetivo es garantizar la seguridad del individuo y proporcionar una intervención terapéutica inmediata.

Las intervenciones pueden implicar la participación de servicios de emergencia, líneas de ayuda para crisis y servicios de salud mental de respuesta rápida. También son cruciales las técnicas de intervención psicológica, como la escucha activa, la comunicación empática y la planificación de la seguridad.

Prevención a largo plazo: desarrollo de fenotipos de soporte a través de los Sistemas Inmunes Integrados de Sloterdijk

El suicidio, un problema global de salud pública, requiere de enfoques creativos e innovadores para su prevención. Este artículo explora la aplicación del concepto de Sistemas Inmunes Integrados del filósofo alemán Peter Sloterdijk para desarrollar “fenotipos de soporte” eficaces en la prevención del suicidio.

Primero, para Sloterdijk, cada individuo se encuentra inmerso en “sistemas inmunes” o esferas que proporcionan protección, apoyo y sentido de identidad. Estos sistemas inmunes integrados se dividen en tres categorías principales: Inmунidades Sociales, Culturales y Psicológicas.

A. Inmунidades Sociales: Se refieren a las redes de apoyo social, las interacciones y las relaciones que proporcionan al individuo un sentido de pertenencia y aceptación. Cuando estas inmunidades sociales son fuertes, pueden servir como un escudo contra los pensamientos y actos suicidas.

B. Inmунidades Culturales: Estas inmunidades implican las creencias, valores y normas compartidas que proporcionan un sentido de propósito y significado en la vida de un individuo.

C. Inmунidades Psicológicas: Estos sistemas son mecanismos de afrontamiento individuales y recursos emocionales que ayudan a proteger al individuo contra el estrés y la angustia.

En el contexto del suicidio, estos sistemas inmunes pueden desempeñar un papel vital en la prevención del suicidio. La falla o ruptura de estos sistemas puede dejar a los individuos vulnerables a pensamientos y comportamientos suicidas.

Por lo tanto, la creación de “fenotipos de soporte” eficaces implicaría fortalecer y mejorar estos sistemas inmunes en cada individuo.

Fenotipos de soporte social: Podrían desarrollarse a través de la promoción de relaciones sociales saludables, el fomento de la inclusión social y la lucha contra la discriminación y el estigma. Las intervenciones podrían incluir programas de acompañamiento, grupos de apoyo y programas comunitarios de inclusión.

Fenotipos de soporte cultural: Podrían fomentarse a través de la promoción de culturas y comunidades inclusivas y de apoyo. Esto podría implicar la promoción de la diversidad cultural, la lucha contra el racismo y la discriminación, así como la creación de espacios seguros para el diálogo y el entendimiento intercultural.

Fenotipos de soporte psicológico: Su desarrollo podría darse a través de la promoción de la salud mental y la resiliencia, la formación en habilidades de afrontamiento y la disponibilidad de apoyo psicológico. Las intervenciones podrían incluir terapias cognitivo-conductuales, programas de bienestar y resiliencia y servicios de asesoramiento y apoyo psicológico.

La comprensión de los Sistemas Inmunes Integrados de Sloterdijk proporciona un marco innovador para desarrollar fenotipos de soporte eficaces para la prevención del suicidio. En lugar de centrarse exclusivamente en los factores individuales, este enfoque reconoce que la prevención del suicidio requiere de un esfuerzo comunitario y sistémico para fortalecer los sistemas inmunes en todos los niveles.

La identificación y fortalecimiento de estos Sistemas Inmunes Integrados puede ayudar a las personas a manejar mejor el estrés, a superar las dificultades y a protegerse de los pensamientos y comportamientos suicidas. Este enfoque, por tanto, no solo ofrece una nueva forma de comprender el suicidio, sino que también proporciona estrategias tangibles y prácticas para prevenirlo.

Es crucial que los y las responsables de la formulación de políticas, los y las

profesionales de la salud mental y las comunidades en general adopten un enfoque proactivo y multifacético para la prevención del suicidio. Mediante la creación de fenotipos de soporte robustos en todos los niveles de la sociedad, podemos construir comunidades resilientes que fomenten la salud mental y el bienestar, y que protejan a sus miembros de la desesperación que puede conducir al suicidio.

Conclusión: hacia una nueva comprensión del suicidio

Sumergirse en el fenómeno del suicidio nos enfrenta con las inescrutables y contradictorias fuerzas que nos habitan en tanto humanos. Para abordar el riesgo suicida, debemos reconocer las dimensiones Homo Demens y Homo Sapiens, para lo cual es necesario trascender las fronteras del entendimiento convencional. Como en el grabado “El sueño de la razón produce monstruos” (1799), perteneciente a la serie Los Caprichos, del artista español Francisco de Goya.



“El sueño de la razón produce monstruos” es un grabado de la serie Los Caprichos del pintor español Francisco de Goya. Está numerado con el número 43 en la serie de 80 estampas. Se publicó en 1799.

Podemos entender que, si la razón duerme, los temibles monstruos aparecen. También podemos entenderlo en el sentido del sueño como deseo, donde la racionalidad constituye los monstruos que nos devoran. Más allá del Principio del Placer ([1920] 1992), el suicidio despliega una complejidad neuropsicológica que nos empuja a enfrentar los rincones más oscuros de nuestra psique. No se trata simplemente de un resultado, sino de una manifestación del psiquismo humano que nos insta a romper los tabúes y traspasar el velo del silencio.

El futuro de la investigación sobre el suicidio nos llama a explorar fronteras inexploradas. Los estudios longitudinales nos permitirán desentrañar la intrincada interacción de los factores de riesgo a lo largo del tiempo, lo que posibilita abrir el camino para intervenciones más efectivas. La interseccionalidad de los factores de riesgo del suicidio exige nuestra atención mientras trabajamos para dismantlar los sistemas que perpetúan la desigualdad y la discriminación.

El suicidio no es simplemente una onda en el tejido de la existencia; es una fuerza sísmica que demanda nuestro compromiso inquebrantable con la transformación. Al aprovechar el poder que llevamos dentro, abrazar la oscuridad y buscar la luz, podemos cambiar la narrativa y construir un futuro donde el suicidio sea un eco distante y el bienestar mental florezca como parte inherente de nuestra conciencia colectiva.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés en la realización de este artículo.

Bibliografía

Deleuze, G. y Guattari, F. (1985). *El Anti-Edipo. Capitalismo y esquizofrenia 1*. Barcelona: Paidós.

Deleuze, G. y Guattari, F. (2002). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia 2*. Madrid: PreTextos.

Foucault, M. (1999). “¿Qué es la Ilustración?” En M. Foucault, *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, Volumen III* (pp. 335-352). Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (2001). “El sujeto y el poder”. En H. L. Dreyfus y P. Rabinow, *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica* (pp. 241-258). Buenos Aires: Nueva Visión.

Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2005). *La verdad y las formas jurídicas*. Buenos Aires: Gedisa.

Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio y población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Freud, S. ([1919] 1992). “Lo ominoso”. En *Obras Completas*, Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. ([1920] 1992). “Más allá del Principio del Placer”. En *Obras Completas*, Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Jollant, F.; Lawrence, N. S.; Olie, E.; Guillaume, S. y Courtet, P. (2011). The Suicidal Mind and Brain: A Review of Neuropsychological and Neuroimaging Studies. *World J. Biol. Psychiatry*, 12(5), 319-339.

Jung, C. G. [1912] 2007). *Sobre la psicología de lo inconsciente*. En *Obras completas*, Tomo VII. Madrid: Trotta.

Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. Nueva York; Farrar, Straus and Giroux.

Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Nueva York: Jason Aronson.

Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud (2013). *Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019*.

Organización Panamericana de la Salud (2021). *Suicide Mortality in the Americas – Regional Report 2015-2019*. Washington D. C.: Pan American Health Organization. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275124765>

Phillips, M. (2004). Suicide prevention in developing countries: where should we start? *World Psychiatry*, 3, 156-1567.

Sloterdijk, P. (2003). *Esferas I: Burbujas. Microsferología*. Madrid: Siruela.

Sloterdijk, P. (2004). *Esferas II: Globos. Microsferología* Madrid: Siruela.

Sloterdijk, P. (2006). *Esferas III: Espumas. Esferología plural*. Madrid: Siruela.

Sloterdijk, P. (2010). *En el mundo interior de la capital*. Madrid: Siruela.

Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Nueva York: Jason Aronson.

Solana Ruiz, J. L. (1996). *Bioculturalidad y homo demens. Dos jalones de la antropología compleja*. *Gazeta de Antropología*, 12, 1-23. DOI: 10.30827/DIGIBUG.13580

Tönnies, F. ([1887] 1947). *Comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Losada.

Värnik, P. (2012). Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 760-771.

Hugo Kern y Daniela Moggia, "El sueño de la razón produce monstruos": Aportes para una nueva comprensión del suicidio". *Revista Salud, Educación y Sociedad*. Volumen 2, número 2, septiembre 2023, pp. 5-17.

Una aproximación teórica de los procesos de cuidado en kinesiología hacia una perspectiva de clínica ampliada

A Theoretical Approach to Care Processes in Physical Therapy Towards an Expanded Clinical Practice Perspective

Autores/as

Rodrigo Juárez - rjuarez@ugr.edu.ar -

Licenciado en Kinesiología y Fisiatría, especialista en Kinesiología y Fisioterapia Neurológica. Docente-investigador en la Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Virginia Anghilante - vanghilante@ugr.edu.ar -

Lic. en Kinesiología y Fisiatría. Docente-investigadora. Universidad del Gran Rosario

Melina Bufarini - mbufarini@ugr.edu.ar -

Licenciada en Kinesiología y Fisiatría. Docente-investigadora en la Universidad del Gran Rosario, Argentina.

Jorgelina Dellacasa - cora_dellacasa@hotmail.com -

Licenciada en Kinesiología y Fisiatría, especialista en Docencia Universitaria. Área de docencia. Asociación Argentina de Kinesiología en Salud Mental.

Gianfranco Monachesi - gian.monachesi51@gmail.com -

Licenciado en Kinesiología y Fisiatría. Área de investigación. Asociación Argentina de Kinesiología en Salud Mental.

Franco Carlomagno - francocarlmagno19@gmail.com -

Licenciado en Kinesiología y Fisiatría. Área de difusión. Asociación Argentina de Kinesiología en Salud Mental.

RECIBIDO 22/12/2022

ACEPTADO 23/02/2023

Resumen

Introducción: La kinesiología ha sustentado su saber y su práctica en el modelo médico hegemónico (MMH), caracterizado por una mirada biologicista de la salud y un perfil intervencionista que nos acompaña hasta nuestros días. La clínica ampliada puede ofrecer a la kinesiología una perspectiva para explorar otros modos de producción de cuidado en salud. **Objetivo:** Construir un marco conceptual en torno a los procesos de cuidado en salud y a la atención kinésica desde una perspectiva de clínica ampliada. **Metodología:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura y ciclos de discusión entre kinesiólogos/as. **Resultados:** Se ha problematizado en torno al MMH. Se propuso a la clínica ampliada como acercamiento al proceso de atención y la producción de cuidado en kinesiología. Para ello, se desarrollaron las categorías de micropolítica y macropolítica, así como las de trabajo vivo y muerto, tecnologías en salud, interculturalidad en salud y ciudadanía activa en salud. **Conclusiones:** Existen diversos modos de producir cuidado. Desde una perspectiva de la clínica ampliada, el encuentro con el otro permite interpretar múltiples formas de concebir el proceso de salud-enfermedad-atención.

Palabras clave

- Proceso Salud-Enfermedad;
- Especialidad de Fisioterapia;
- Atención integral de salud;
- Atención a la salud

Summary

Physical therapy had sustained its knowledge and practice according to the hegemonic medical model (HMM), mainly marked by a biologic approach to health and an interventionist profile escorting this discipline up to date. Expanded clinical practice can offer physiotherapy a new perspective in order to explore different ways of health care interventions. The goal of this study is to build a benchmarking frame regarding health care processes and physical therapy approaches from a perspective of expanded clinical practice. As a methodology for this study, a narrative overview of literature was conducted along with discussion groups between physical therapists. The results found around HMM problematization suggested that expanded clinical practice can approach attention processes and health care interventions for physical therapy. For that purpose, categories such as micro and macro policies were developed along with living and dead labor, health technologies, interculturality and active citizenship in health. In conclusion, it is highlighted that there are several ways to produce care. From a perspective of expanded clinical

practice, encountering others allows to understand multiple ways to conceive the health-disease-attention process.

Keywords

- Health-Disease Process;
- Physical Therapy Specialty;
- Comprehensive Health Care;
- Delivery of Health Care

Introducción

Tradicionalmente, la práctica de la kinesiología ha sustentado su saber y su quehacer en el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2009), caracterizado por poner el énfasis en los aspectos biológicos del cuerpo y la enfermedad. Los cambios epidemiológicos, culturales, económicos, geopolíticos, entre otros, ponen constantemente en tensión la concepción de salud y enfermedad. Sin embargo, la concepción de un cuerpo fragmentado y una mirada biologicista de la salud, así como un perfil intervencionista, nos acompaña hasta nuestros días. Esto explica, por una parte, los enormes avances en el campo de la teoría y la técnica kinésica y, por otra parte, el rol de sumisión y dependencia de las personas que reciben atención.

La kinesiología ha debido reconfigurar su forma de concebir el cuerpo, el movimiento y el proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA). Para ello, precisó incorporar las influencias del entorno físico y social a la dimensión biológica-estructural, así como las condiciones culturales e históricas, y de este modo dio lugar a una mixtura de representaciones y saberes disciplinares que dan un marco de referencia para la práctica kinésica (Bispo Júnior, 2021).

De Sousa Campos (2009) propone el concepto de clínica ampliada, para superar la fragmentación biomédica, ampliar la mirada más allá del síntoma y fortalecer la dimensión vincular entre terapeuta y usuario/a. El problema con el que nos encontramos es que, hasta nuestro conocimiento, no existen construcciones teóricas que exploren y pongan en diálogo categorías vinculadas con el cuidado en salud, desde una perspectiva de clínica ampliada en el contexto de la kinesiología.

Por lo tanto, a lo largo de este texto, nos proponemos construir un marco conceptual en torno a los procesos de cuidado en salud y a la atención kinésica desde una perspectiva de clínica ampliada. Como objetivos secundarios nos hemos propuesto problematizar los diversos procesos de cuidado en salud en el contexto de la kinesiología; indagar acerca de las conceptualizaciones y fundamentos que sustentan el modelo de práctica de clínica ampliada; y reflexionar en torno a los posibles aportes del modelo de clínica ampliada a la kinesiología.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa. Para ello, se revisaron bases de datos de manera no sistemática, tales como Medline, IBECs y

Lilacs a través de Pubmed y de la Biblioteca Virtual en Salud. Asimismo, se tuvieron en consideración motores de búsqueda tales como Google Académico y Dialnet. Se seleccionaron los textos con la premisa de que aborden las categorías teóricas troncales para responder al objetivo del estudio.

En simultáneo a la revisión de la literatura, se realizaron reuniones semanales entre los y las participantes del equipo de investigación, con el fin de discutir, analizar y sintetizar la información recuperada en pos de desarrollar los objetivos planteados. Todas las reuniones fueron grabadas para su posterior análisis. El proceso de búsqueda bibliográfica y los encuentros se estructuraron de manera interactiva e iterativa hasta alcanzar la saturación teórica.

El material producido en las reuniones y los textos recuperados fueron analizados en etapas de codificación con el fin de identificar categorías teóricas sobre las cuales integrar el tema de estudio. De dichas categorías se realizaron descripciones, y se establecieron relaciones.

Modelos de atención en salud

Desde una perspectiva antropológica, Menéndez (2009) expone que existen múltiples formas y saberes que intencionalmente buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado. La construcción metodológica de estas formas y saberes determina los modelos de atención en salud y, a su vez, tiene que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económico-políticas, técnicas y científicas que han dado lugar a su desarrollo.

Los procesos sociales, económicos y culturales posibilitan el desarrollo

de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes sujetos y conjuntos sociales. De esta manera, ante situaciones de enfermedad y/o padecimientos, las comunidades pueden utilizar saberes y formas de atención de tipo biomédico (implementados por médicos/as y profesionales en los tres niveles de atención), los de tipo “popular o tradicional” (expresados a través de curadores y curadoras tradicionales), aquellos denominados “alternativos” (que incluyen bioenergéticos o corrientes de medicina oriental) y los saberes y formas de autoatención (representaciones y prácticas que la población utiliza para diagnosticar, aliviar, aguantar o curar los procesos que afectan su salud) (Menéndez, 2009).

En relación con el modelo biomédico, encuentra su fundamento en la medicina científica moderna, resultado de la influencia del paradigma cartesiano en el pensamiento médico, y se caracteriza por una concepción biológica y mecanicista del cuerpo. De esta concepción del cuerpo humano deviene la idea de que la enfermedad consiste en un defecto meramente mecánico o material. Así, se entiende el concepto de salud como ausencia de enfermedad (Seixas *et al.*, 2016). Asimismo, Menéndez (2009) describe el modo en que esta biomedicina ejerce su poder y hegemonía sobre el resto de las formas de atención, fenómeno al que describe como *Modelo Médico Hegemónico* (MMH).

Al igual que muchas otras disciplinas de la salud, la kinesiología ha surgido en el contexto de un paradigma biomédico. Como ciencia de la rehabilitación y el movimiento, desarrolló su praxis como un medio para arreglar la maquinaria del cuerpo averiada (Bispo Júnior, 2021). Desde esta perspectiva, la atención kinésica se ha basado en la acumulación de protocolos y dispositivos tecnológicos, así como en la valorización de la especialización extrema en el intento de retornar un

cuerpo a su condición de “normalidad”. Esto ha conducido inevitablemente a un abordaje técnico y organicista con foco en la enfermedad y a la fragmentación y reduccionismo de la atención de los problemas de salud (Seixas *et al.*, 2016).

El concepto de MMH propuesto por Menéndez (2009) puede describirse a través de las características con las cuales el autor lo presenta. En sí mismo, constituye el núcleo del problema que este trabajo pretende desarrollar en torno a los modelos de atención en salud: biologicista, a-histórico, asimétrico, patriarcal, autoritario, medicalizante y mercantilista.

Una clínica reformulada y ampliada

La clínica como expresión de la práctica en salud cobra significado en las formas y saberes de atención. De hecho, existe un gran número de clínicas. De Sousa Campos (2009) expone las tres caras principales de cómo puede presentarse la clínica: la Clínica Oficial o clínica-clínica (expresión del modelo biomédico de Menéndez), la Clínica del Sujeto y la Clínica Degradada. Así como Menéndez (2009) introduce el concepto de hegemonía biomédica para referirse al dominio de un modelo de salud por sobre otros, De Sousa Campos (2009) introduce el concepto de degradación de la clínica como resultado de una política de salud inadecuada, alienada y protocolizada. Esta última se debe a intereses económicos o desequilibrios pronunciados de poder que alejan al personal de salud del reconocimiento de las verdaderas necesidades de las personas.

En relación con esto, Silberman y Buedo (2020) añaden que la Clínica Oficial (clínica-clínica) muestra ciertas limitaciones al planificar sus estrategias terapéuticas en torno a la patología por sobre el sujeto, con lo

cual promueve un enfoque biologicista y excluye las dimensiones sociales y subjetivas de las personas. Estas nociones, con énfasis en la búsqueda de una cura, dejan en un segundo plano las posibilidades de promoción y prevención de la salud, e incluso aquellas vinculadas a una posible rehabilitación. Por el contrario, en la búsqueda de superar la fragmentación biomédica y fortalecer la dimensión vincular terapeuta-usuario/a, De Sousa Campos (2009) expone la idea de una *Clínica ampliada o Clínica del Sujeto*. Este posicionamiento pretende reconstruir un modelo de atención centrado en la persona como ser cambiante, que sufre de diferentes maneras y en diferentes contextos. Asimismo, implica el reconocimiento de los límites en el conocimiento disciplinar como primera medida, al dar lugar al diálogo con otras disciplinas y con otros saberes (Silberman y Buedo, 2020).

Sobre el proceso de salud-enfermedad

Desde su constitución, la kinesiología, como campo de saber, ha tenido que configurarse en su forma de concebir el cuerpo, el movimiento y la salud. En este sentido, la kinesiología, como parte del campo de la salud, no queda exenta de interpretar la complejidad de los procesos de salud-enfermedad. En este aspecto, es necesario hacer visible dicha complejidad en sus conceptos, ideas y prácticas concretas.

En relación con esto, Laurell (1982) describe la visión de la salud concebida como un hecho dinámico, distinto a la concepción estática de interpretar la salud o la enfermedad como términos absolutos e independientes. Es decir, que un sujeto esté sano o enfermo es parte de un proceso dinámico en el que influyen múltiples factores sociales, del ambiente, biológicos, del sistema de salud, de las creencias, de la cultu-

ra, de los modos de producción y de la comunidad, por mencionar algunos aspectos. Por ello, la salud-enfermedad es reconocida como parte de un proceso, como parte de una construcción colectiva en la cual se manifiestan aspectos tanto simbólicos como materiales que se relacionan con la persona y su propia vida.

En relación con la visibilización de esta complejidad, la “historia natural de la enfermedad” de Leavell y Clark (1965) es discutida por muchos autores y autoras por tratarse de una postura centrada en aspectos puramente biologicistas. Breilh (2013) sostiene, por su parte, que los fenómenos sociales, más que con la naturaleza, están relacionados con dimensiones como la economía o la política, ya que las relaciones productivas de la sociedad determinan cómo se enferma cada grupo social. Para Laurell (1982), el carácter histórico de la enfermedad no se comprueba empíricamente en el caso clínico, sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos.

Sobre el proceso de atención-cuidado

El proceso de atención y cuidado se vincula directamente con la relación que el sistema de salud establece con el proceso de salud-enfermedad, o bien, con cómo los conceptualiza y/o interpreta. En este sentido, los servicios de salud a lo largo de la historia han sido mayoritariamente curativos y han ofrecido un modo de trabajar la asistencia predominantemente marcada por la producción de procedimientos a partir de un saber estructurado. En consecuencia, el trabajo profesional se aísla de otros trabajos en salud, de la interdisciplina y se aliena de la relación usuario/a-trabajador/a. Esto implica una pérdida de responsabilización,

resulta costosa para el sistema y de forma ocasional puede ser resolutoria. En virtud de esto último, el problema no radica en la asistencia en sí misma, sino en el modo de realizarla, puesto que, desde una perspectiva que se oriente al compromiso con el/la usuario/a, centrada en la persona, podría enriquecerse el modo de trabajar la asistencia, es decir, pensar un nuevo modo de producir la clínica. En este aspecto, el profesional o la profesional se verá comprometido/a con una gestión más colectiva de los procesos de trabajo hacia el interior de los equipos de salud, de una manera multiprofesional e interdisciplinar y pautada por resultados en términos de beneficios para sus usuarios y usuarias.

En este proceso, según Merhy, Feuerwerker y Ceccim (2006), entre profesional y usuario/a se abre un espacio intercesor, es decir, que la relación mutua entre ellos/as es, al mismo tiempo, un espacio de construcción común, lo que propicia el proceso de cuidado en salud. El/la trabajador/a actuará de una forma o de otra a partir de su subjetividad, de su historia de vida, de sus experiencias y de sus valores. Estos elementos van a determinar la manera en la cual el/la profesional pueda intervenir, contribuir e implicarse en el problema de salud del usuario o usuaria con quien se relaciona. En este sentido, la subjetividad y la implicancia, si bien no aparecen en gran medida en la teoría de nuestros aprendizajes o enseñanzas universitarias, sí están presentes en todo proceso asistencial, de producción pedagógica y de salud, y son parte del proceso de producción de cuidados.

Micropolítica

Los/as trabajadores/as de la salud, aunque estén bajo las mismas direc-

trices, actúan de un modo singular en la producción de cuidado. Por lo tanto, los niveles gestores influyen de manera limitada sobre las prácticas de cuidado. Es en el ámbito de la micropolítica donde el kinesiólogo o kinesióloga, en relación con el usuario o usuaria, y en acto, define cómo se realiza el cuidado. La *micropolítica* es lo instituyente y creativo, y por ende, está en constante producción por parte de los trabajadores y las trabajadoras de la salud y los/as usuarios/as (Franco y Merhy, 2011). Los kinesiólogos y kinesiólogas pueden reproducir sus prácticas según lo instituido o bien construir prácticas de acuerdo a su forma de habitar el mundo. Es decir, cada terapeuta y usuario/a tienen cierto margen de gobernabilidad sobre sus acciones. Por lo tanto, en función de cómo se articulen las acciones en el plano macro y micropolítico, las personas pueden actuar como sujetos poseedores de saberes y acciones, que protagonicen nuevos procesos, o bien ser reproductores de situaciones ya dadas (Merhy y De Vega, 2006).

Las formas de actuar en el plano micropolítico definen las prácticas de cuidado en salud y constituyen un punto de partida interesante para pensar la clínica ampliada en el marco del trabajo en kinesiología. A continuación, se abordan conceptos relacionados sobre la naturaleza del trabajo en kinesiología y las tecnologías implicadas en su producción.

Trabajo en kinesiología

En el trabajo en kinesiología se llevan adelante acciones para producir actos de cuidado. El trabajo en la salud puede ser *trabajo vivo* o *trabajo muerto* (Merhy, 2008; Merhy y De Vega, 2006). El trabajo vivo sucede cuando el/la kinesiólogo/a utiliza instrumentos o saberes para producir

algo. Por ejemplo, una técnica de higiene bronquial por sí sola es trabajo muerto, pero utilizada por el/la profesional para que un niño/a pueda alimentarse con mayor comodidad, se convierte en trabajo vivo.

Para producir algo se requiere de tecnologías o herramientas a las cuales les damos una lógica instrumental. Para producir actos de cuidado, el/la profesional ofrece una serie de *tecnologías en salud*. Existen tecnologías duras (como los equipamientos, aparatos, protocolos y técnicas), blandas-duras (conocimiento disciplinar) y blandas (habilidades vinculares como el respeto y la escucha) (Merhy y De Vega, 2006). En el trabajo vivo, las tecnologías blandas orientan el uso de las otras tecnologías. A modo de ejemplo, el/la kinesiólogo/a puede convertir un resultado de una resonancia magnética (dura), y su interpretación (blanda-dura), en un acto significativo a través de su capacidad para comunicar el resultado (blanda).

A diferencia de los trabajos que buscan la producción de objetos (donde hay una relación entre sujeto y objeto), como kinesiólogos/as trabajamos con sujetos, es decir, establecemos relaciones sujeto-sujeto. A su vez, la producción no antecede al consumo, como en el caso de fabricar un objeto, sino que la producción y el consumo del acto de cuidado se dan en simultáneo. Por lo tanto, es en este encuentro con el otro sujeto que, al implementar tecnologías blandas, se genera el *espacio intercesor* (Merhy, Feuerwerker y Ceccim, 2006), es decir, una relación intersubjetiva entre terapeuta y usuario/a que le da un sentido a las tecnologías duras y blandas-duras en el marco del trabajo vivo en acto (Silberman y Buedo, 2020). Sin la relación intersubjetiva que propicie un espacio de construcción conjunta, los aparatos, las mediciones, las técnicas kinésicas y los algoritmos terapéuticos pierden sentido y son capturados por el trabajo muerto.

La clínica-clínica, con énfasis en lo biológico, corre el peligro de produ-

cir relaciones intersubjetivas captadas por el trabajo muerto (Silberman y Buedo, 2020). Si nos guiamos solo por protocolos (a pesar de reconocer su necesidad para la organización de los trabajos), corremos el riesgo de eliminar la espontaneidad y la creatividad. Los protocolos quitan incertidumbre al encuentro pero, al mismo tiempo, nos permiten escondernos del otro y producir una *parálisis en el cuidado* (Seixas *et al.*, 2016). En este sentido, la producción del cuidado en el marco del trabajo vivo en acto se vincula con el reconocimiento de lo diferente y singular del otro sujeto en su forma de vivir, de pensar, de estar en el mundo. Se parte de la comprensión de que todos hacen clínica, ya que, desde esta concepción, la clínica no se limita al trabajo de diagnosticar, curar y hacer pronósticos, sino que también se configura como un espacio de intercambio, un diálogo de saberes.

Interculturalidad

El concepto de cultura se conoce como un tejido social que abarca las distintas formas y expresiones de una comunidad. Isabel Kelly (2016) aporta a este concepto la característica de dinamismo, es decir, que la cultura siempre está sujeta al cambio. La autora indica que pueden ser procesos lentos o rápidos, pero en permanente modificación. Asimismo, aporta la noción de integralidad, al afirmar que los elementos culturales de una sociedad se encuentran relacionados entre sí. Esto implica comprender la inexistencia de un rasgo verdaderamente independiente donde un solo cambio cultural desencadena una reacción escalonada.

Cuando dos personas o grupos de culturas diferentes se encuentran, se produce el fenómeno de *interculturalidad*. Refiere no solo a los rasgos o

productos culturales emergentes, sino también a aquellas actitudes y modos de vincularse que surgen en el marco de dicho intercambio (Albó, 2009).

Dentro del campo de salud, la interculturalidad emerge como oportunidad de espacio de diálogo, intercambio y complementariedad ante escenarios de diversidad cultural entre el personal de salud, quienes asisten a los diferentes servicios y sus familias. Sin embargo, el paso de la teoría a la praxis implica necesariamente el desarrollo de prácticas concretas y no su mera conceptualización. Desde esta perspectiva, Ruiz-Llanos (2007) presenta un aspecto relevante de la interculturalidad, al mencionar que no solo “reconoce” la diversidad cultural, sino que también actúa frente a ella y, por tanto, la propone como una meta por alcanzar. La autora expone este paso de la teoría a la praxis como un acto ético que significa uno de los episodios vitales más valiosos y a la vez más difíciles de construir.

Por su parte, Campos Navarro (2016) sugiere que la interculturalidad requiere de un entendimiento recíproco para que los resultados de dicho intercambio sean satisfactorios para las dos partes. La reciprocidad de la que habla el autor señala el supuesto de que hay algo para escuchar, entender y, sobre todo, aprender de los/as usuarios/as. El entendimiento recíproco implica una igualdad de posiciones, una apertura a nuevas formas de interpretar los procesos de salud-enfermedad y la certeza de que el acto de cuidado en salud comienza allí, en el encuentro.

Ciudadanía activa en salud

De Sousa Campos (2009) propone ampliar el objeto de estudio y práctica de la Clínica. Sugiere el pasaje de la enfermedad al sujeto y su contex-

to, es decir, correr el foco de la enfermedad para abordar al sujeto (social y subjetivamente constituido). El PSEA está atravesado no solo por la patología de la persona, sino por su contexto: deseos, barrio, género, edad, ideologías, sexualidad, etnia, herencia, entre otros factores. Toda esta mixtura hace que cada trayectoria sea única.

En este sentido, es necesario reconocer que el/la usuario/a tiene una vida más allá de su enfermedad. Por ejemplo, no por tener una amputación, alguien deja de ser arquitecto/a, trans, de ser pobre o de vivir en el campo. Una clínica enfocada en el sujeto debería integrar, entonces, dimensiones políticas, económicas y sociales con el fin de evitar la reproducción de situaciones que generan sumisión y dependencia.

Formar parte del PSEA de las personas nos invita a pensar estrategias creativas e inciertas para que cada sujeto pueda alcanzar el mayor grado de autonomía e iniciativa posible. Correr el foco de la enfermedad para ponerlo en la persona y su contexto parte del reconocimiento del usuario o de la usuaria como sujeto de derechos y, a su vez, de la necesidad de acompañar y preparar a ese individuo para hacer valer esos derechos. Por lo tanto, pone a usuarios y usuarias como protagonistas y les otorga un lugar de ciudadanos y ciudadanas activos y activas respecto al PSEA (De Sousa Campos, 2009). La satisfacción de necesidades y concreción de los derechos de las personas serán, entonces, producto de los actos de cuidado. En dicha producción, deberá ponerse en juego una multiplicidad de saberes y prácticas que se singularizan en el sujeto y se articulan según las situaciones y oportunidades (Silberman y Buedo, 2020).

Silberman y Buedo (2020) sugieren que una forma de operativizar los conceptos de la clínica ampliada es a través de los *Proyectos Terapéuticos Singulares* (PTS). Un PTS es un conjunto de actos asistenciales pen-

sados para resolver problemas de salud a partir de una evaluación no solo del riesgo clínico, sino también del riesgo social, económico, ambiental y afectivo. Con ello, se pretende una mirada ampliada de los problemas de salud, que integre los núcleos disciplinares (por ejemplo, el recorte disciplinar de los problemas de salud que puede hacer la kinesiología), que se estructure a partir de la singularidad de la persona y la interacción subjetiva que surge del encuentro. El PTS se organiza en función de una línea de cuidados organizada en base a las necesidades del/de la usuario/a y no de la oferta asistencial vigente.

Tras desarrollar elementos para comprender la micropolítica del encuentro con el otro, así como recursos y metas que podemos perseguir e implementar como terapeutas, buscaremos repensar aspectos de la macropolítica, lo que nos permitirá expandir aún más la clínica, al reconocer otros espacios de trabajo.

Más allá del encuentro: macropolítica

Sumar al proceso de la micropolítica aspectos que van más allá del encuentro implica poner en juego la integración al proceso de discusión la mirada de lo político, la política y la disputa por el poder, que transcurren entre los espacios intermediarios o limítrofes entre la macropolítica y la micropolítica, en la cual se funden o confunden distintos aspectos que impactan en las prácticas de salud (Spinelli, Arakaki y Federico, 2019).

En el proceso del trabajo en salud, como refieren Franco y Merhy (2011), es común observar en las discusiones y talleres de planificación la afirmación de que la gestión estratégica de la organización debe darse

por proyectos y su conducción por determinados actores de la gestión. En este sentido, este acuerdo organizacional parte de la ineficacia de las estructuras del organigrama y del reconocimiento de que la producción del trabajo se organiza a través de las relaciones sociales, en las cuales se ponen en tensión aspectos de lo político, las disputas por el poder, el manejo de los recursos y las reglas del juego propias de cada organización. La forma de conducción de procesos de trabajo en salud, se repite en todos los niveles de producción, es social y subjetivamente determinada y configura su micropolítica, entendida como el actuar cotidiano de los sujetos a partir del campo relacional y con el escenario en el que se encuentran. Esta relación del campo de la micropolítica es construida no solo a partir de las subjetividades propias de quienes forman parte de la organización, como puede ser un equipo interdisciplinario de salud de un efector sanitario, sino que también estas redes de producción de trabajo, que operan en el interior desde la micropolítica, son influenciadas por las formaciones estructurales propias de la organización, de las instituciones, de sus marcos normativos y de la arena política de los diferentes sectores de gobierno.

En este sentido, los y las profesionales de la kinesiología eventualmente podrían imaginar que su saber y hacer se superponen y confluyen con los de otros trabajadores y trabajadoras de salud y construyen interdisciplina, coordinación asistencial, derivaciones, referencias y contrarreferencias, como elementos que se reconocen en la práctica habitual y que marcan las relaciones profesionales en este campo. En esos encuentros, además del saber y el hacer, confluyen la cultura construida en la tradición de las corporaciones y su forma de ver la producción en salud, las redes de trabajo, los imaginarios colectivos en relación con la salud, así como los discursos hegemónicos.

Reflexiones finales

Los modelos que sustentan el saber, las representaciones y las prácticas de cuidado en salud han construido las diferentes formas de atención en la kinesiología. Fue necesario hacer un proceso de historicidad para conocer cuál ha sido el punto de partida, desde qué paradigmas ha crecido la disciplina y cuáles han sido las principales líneas de formación que se expresan en las perspectivas disciplinares actuales.

Como primera medida, reconocer que existen límites en el conocimiento disciplinar permitió poner en diálogo a la kinesiología con otros saberes (con autores y autoras del campo de la antropología, la sociología, la salud colectiva, entre otros), no como un mero acto interdisciplinar sino como la búsqueda de un respeto y una ética profesional en el marco de políticas integrales en salud.

Un posible desarrollo de clínica ampliada en kinesiología implica la utilización de un amplio espectro de tecnologías en salud en el marco del trabajo vivo en acto. Estas tecnologías podrían complementarse con la producción de cuidado destinada a la reproducción social del sujeto, dentro de un proyecto terapéutico compartido. Esta idea refleja la necesidad de nuevas líneas de formación a partir de tecnologías blandas y blandas-duras, así como del aporte de otros núcleos teóricos y epistemológicos.

A partir del cuestionamiento hacia el Modelo Médico Hegemónico, los y las profesionales de la kinesiología han comenzado a preguntarse qué estrategias se implementan para que quien acude a un servicio comprenda aquello que se le quiere transmitir. Incluso, ingenuamente (o no), se considera que esta práctica se aleja de aquel posicionamiento de poder y dominio, que se desarrolla a través de un intervencionismo sin un adecuado consentimiento informado. Sin embargo, el concepto de

interculturalidad expuesto en este trabajo ha permitido desarmar dicha idea. Suponer que solo el o la profesional tiene algo para decir o explicar refuerza los principios de un modelo asimétrico. La reciprocidad de la que habla Campos Navarro (2016) imparte el supuesto de que hay algo para escuchar, entender y, sobre todo, aprender de las personas. El entendimiento recíproco implica una igualdad de posiciones, una apertura a nuevas formas de interpretar los procesos de salud-enfermedad y la certeza de que el acto de cuidado en salud comienza allí, en el encuentro.

Conflicto de intereses

No se presenta ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos la participación de la estudiante de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría Milagros Amelong por su contribución en la transcripción de las grabaciones de los encuentros. También agradecemos al licenciado Marcos Pravisani, quien colaboró con la traducción del resumen a la lengua inglesa.

Agradecemos al equipo de trabajo del Centro de Estudios Sociales en Salud de la Universidad del Gran Rosario por facilitar el espacio para los encuentros, material bibliográfico y asesoramiento.

Bibliografía

Albó, X. (2009). Interculturalidad, Estado y Pueblos Indígenas. En L. Citarella y A. Zangari (Eds.), *Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 145-157). La Paz: Unión Europea. Programa de Apoyo a la Higiene y Salud de Base; Cooperación Italiana.

Bispo Júnior, J. P. (2021). La fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral. *Salud colectiva*, 17, e3709. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652021000103709

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, S13-S27. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02>

Campos Navarro, R. (2016). *Antropología médica e interculturalidad*. Nueva York: MacGraw Hill.

De Sousa Campos, G. W. (2009). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Franco, T. B., y Merhy, E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud colectiva*, 7(1), 9-20.

Kelly, I. (2016). La antropología, la cultura y la salud pública. En R. Campos Navarro (Coord.), *Antropología Médica e Interculturalidad*

(pp. 467-470). México, D. F.: Mc Graw-Hill/UNAM.

Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.

Leavell, H. R. y Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach*. New York: McGraw-Hill.

Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Merhy, E. E. (2008). En busca del tiempo perdido: la micropolítica del trabajo vivo en salud. https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/145

Merhy, E. E. y De Vega, L. I. N. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.

Merhy, E. E.; Feuerwerker, L. C. M. y Ceccim, R. B. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva*, 2(2), 147-160. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/62>

Ruiz-Llanos, A. (2007). La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: Una propuesta transdisciplinaria. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 10(2), 99-107.

Seixas, C. T.; Merhy, E. E.; Baduy, R. S. y Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud colectiva*, 12(1), 113-123. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652016000100113

Silberman, P. y Buedo, P. (2020). Clínica ampliada. En P. Silberman y P. Buedo (Eds.), *Manual de seguimiento clínico-familiar* (pp. 77-88). Bahía Blanca: Editorial de la Universidad Nacional del Sur.

Spinelli, H.; Arakaki, J. y Federico, L. (2019). *Gobernantes y gestores: las capacidades de Gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*. Remedios de Escalada: EDUNLa; Universidad Nacional de Lanús.

Rodrigo Juárez, Virginia Anghilante, Melina Bufarini, Jorgelina Dellacasa, Gianfranco Monachesi y Franco Carlomagno, "Una aproximación teórica de los procesos de cuidado en kinesiología hacia una perspectiva de clínica ampliada". *Revista Salud, Educación y Sociedad*. Volumen 2, número 2, septiembre 2023, pp. 18-29.

Percepciones de peligros laborales en áreas rurales en estudiantes de escuelas agrotécnicas

Perceptions of Rural Occupational Hazards in Agrotechnical Students

Autores/as

Hilda HENZENN - hildahenzenn@gmail.com -

Médica Veterinaria, magíster en Ciencias Veterinarias por la Universidad Nacional del Litoral, Argentina. Profesora adjunta de Bioestadística, Departamento de Ciencias Básicas, FCV-UNL, Esperanza, Argentina.

Ana Inés MOLINERI - molineri.ana@inta.gov.ar -

Médica Veterinaria, doctora en Ciencias Veterinarias por la Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Investigadora adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en el Instituto de Investigación de la Cadena Láctea (CONICET-INTA), Rafaela, Argentina.

Marcelo Lisandro SIGNORINI - signorini.marcelo@inta.gov.ar -

Médico Veterinario, magíster en Ciencias Veterinarias por la Universidad Nacional del Litoral, Argentina, doctor en Biotecnología por la Universidad Autónoma Metropolitana, México. Investigador principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en el Instituto de Investigación de la Cadena Láctea (CONICET-INTA), Rafaela, Argentina. Profesor adjunto, Departamento de Salud Pública, FCV-UNL, Esperanza, Argentina.

Héctor Dante TARABLA - epidemiologia21@gmail.com -

Médico Veterinario, magíster en Preventive Veterinary Medicine por la University of California Davis, Estados Unidos; Doctoratus Philosophiae por University College Dublin, Irlanda. Investigador independiente, anteriormente investigador del INTA, Rafaela, Argentina. Profesor titular de Epidemiología, Departamento de Clínicas, FCV-UNL, Esperanza, Argentina.

RECIBIDO 19/06/2023

ACEPTADO 22/07/2023

Resumen

La actividad rural expone al trabajador o la trabajadora a diversos peligros vinculados con accidentes laborales y enfermedades profesionales. Paralelamente, las escuelas medias agropecuarias se reactualizan a través del trabajo de los y las estudiantes con prácticas profesionalizantes vinculadas con el medio. El objetivo de esta comunicación fue estimar algunas percepciones sobre peligros ocupacionales agropecuarios en estudiantes avanzados/as de escuelas agrotécnicas. Se realizó un censo en 138 estudiantes del último año de cursado en tres escuelas de las provincias de Córdoba y Santa Fe. Los datos se colectaron a través de un cuestionario estructurado y el análisis estadístico se efectuó mediante χ^2 . Los agroquímicos fueron percibidos como los elementos más peligrosos, mientras ese lugar lo ocuparon los toros y los caballos al considerarse solo los animales de granja. Algunas percepciones difirieron significativamente entre escuelas. El tránsito *in itinere* fue considerado más peligroso en ciudades y rutas que en caminos rurales y pueblos. Las zoonosis más reconocidas fueron rabia, tuberculosis, brucelosis y triquinosis. Otras patologías fueron erróneamente clasificadas como zoonóticas. Se constató un pobre reconocimiento de las especies que pueden transmitir una zoonosis. Se sugiere que el desarrollo de temas relacionados con las formas de enfrentar los

peligros ocupacionales del trabajo rural sea incentivado tempranamente en las escuelas agrotécnicas.

Palabras clave

- Actividad agropecuaria;
- Peligros ocupacionales;
- Escuelas agrotécnicas;
- Estudiantes;
- Percepciones

Summary

Farming exposes workers to several hazards involved in occupational accidents and diseases. At the same time, agricultural secondary schools are being updated and students perform professional practices linked to local activities. The objective of this communication was to estimate some perceptions about agricultural occupational hazards in advanced students of agrotechnical schools. A census was carried out on 138 senior students attending three schools from the Provinces of Córdoba and Santa Fe). Data were collected by means of a structured questionnaire. Statistical analysis was carried out by means of χ^2 . Agrochemicals were perceived the most hazardous elements, while bulls and horses reached the same status among farm animals. Some

perceptions were significantly different among schools. Commuting traffic was considered more hazardous in cities and highways than in rural roads and towns. The most recognized zoonoses were rabies, tuberculosis, brucellosis and trichinosis. Other pathologies were erroneously classified as zoonotic. A poor recognition of the species that can transmit a zoonosis was recorded. It is suggested that the development of issues related to means to deal with rural occupational hazards should be addressed early in agrotechnical curricula.

Keywords

- Farming;
- Agricultural Hazards;
- Agrotechnical Schools;
- Students;
- Perceptions

Introducción

La actividad agropecuaria expone al trabajador y la trabajadora a diversos peligros, como las maquinarias, los plaguicidas y los animales que están involucrados en un variado espectro de accidentes laborales (Boland *et al.*, 2005; Casey *et al.*, 2014; Damroth *et al.*, 2019; Hioki e Inaba, 2021; Klein *et al.*, 2018; Kogler, Quendler y Boxberger, 2016;

Weaver *et al.*, 2017; Zwerling *et al.*, 2005). En Argentina, este sector económico tiene altas tasas de mortalidad y letalidad. Comparte con la minería los mayores promedios de días de baja laboral (Superintendencia de Riesgos de Trabajo, 2022).

En la región bajo estudio, los accidentes laborales más frecuentes son las caídas, los aprisionamientos y atropellamientos por animales y los golpes y cortes por objetos, con una tasa de incidencia de lesiones de 7,5 heridas/100 individuos-mes en riesgo (Molineri, Signorini y Tarabla, 2015a). Los factores de riesgo más significativos son la ocurrencia previa de accidentes de trabajo en la familia y el tipo de tarea que realizaba el trabajador o la trabajadora (Molineri *et al.*, 2014b; Molineri, Signorini y Tarabla, 2015a). Por otra parte, el riesgo de contraer una zoonosis está siempre latente en el trabajo con animales. En esta región, la brucelosis es la más frecuente. Está relacionada con la cantidad de años de exposición y el trabajo en zonas con predominancia de ganadería lechera (Tarabla, 2009; Luciano y Tarabla, 2012; Molineri *et al.*, 2013).

Las escuelas medias agropecuarias fueron creadas para educar integralmente a sus estudiantes y formar técnicos y técnicas en producción agropecuaria que se inserten laboralmente en la problemática rural local y regional. Sin embargo, estos objetivos están en discusión y hay un movimiento que tiende a la reactualización de su identidad a través del trabajo de los y las estudiantes, las prácticas profesionalizantes y la vinculación con el medio (Bocchicchio, Plencovich y Costantini, 2006). En este contexto, estos/as estudiantes se ven enfrentados/as, durante el cursado, a muchos de los peligros presentes en el trabajo rural. Por ende, conocer el nivel de información que manejan los y las estudiantes resulta de importancia para la elaboración de estrategias de comunicación y educación sanitarias.

Esta comunicación tiene como objetivo estimar algunas percepciones sobre peligros ocupacionales agropecuarios en estudiantes avanzados/as de escuelas agrotécnicas. Este estudio exploratorio constituyó la primera etapa de un Proyecto de Extensión de Interés Social de la Universidad Nacional del Litoral desarrollado junto a escuelas agrotécnicas ubicadas en la principal cuenca lechera de Argentina.

Metodología

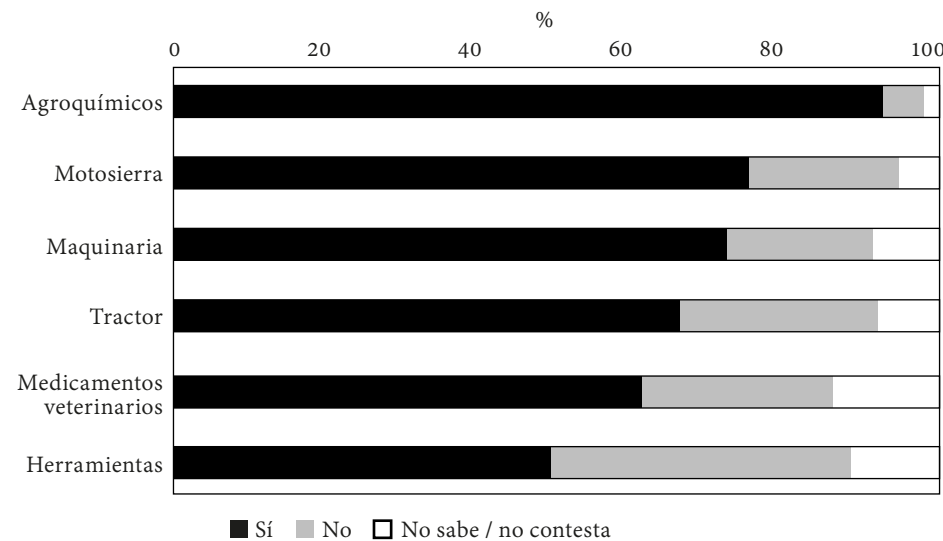
Se realizó un censo en 138 estudiantes del último año de cursado en dos escuelas localizadas en la provincia de Santa Fe (Ataliva, departamento Castellanos y Sa Pereira, departamento Las Colonias) y una de la provincia de Córdoba (Colonia Vignaud, departamento San Justo). Los datos se colectaron mediante un cuestionario estructurado que incluyó las percepciones ante diversos peligros para la salud relacionados con el trabajo en áreas rurales; la posibilidad de que algunas enfermedades sean zoonosis y que sean transmitidas por una o más especies animales; y cuatro características sociodemográficas de los entrevistados y las entrevistadas (escuela, lugar de residencia familiar, género y edad). Todas las preguntas fueron cerradas con excepción de la edad. La búsqueda de asociaciones entre las tres primeras variables sociodemográficas y las percepciones sobre peligros en el trabajo rural se efectuó mediante χ^2 .

Resultados y discusión

Los encuestados y encuestadas tenían $17,4 \pm 1,6$ años de edad y el 68,4% eran del género femenino. La residencia familiar prevalente fue la urbana (61,5%), seguida por la suburbana (23,7%) y la rural (14,8%). Una mayor proporción de varones que de mujeres provenía de hogares localizados en áreas rurales (19,4 y 4,8% respectivamente, $P = 0,008$). No se registraron asociaciones significativas entre las otras variables sociodemográficas.

Entre los elementos incluidos en la encuesta, los agroquímicos fueron percibidos como los más peligrosos y los que menor cantidad de respuestas “No sabe/ no contesta” registraron (Figura 1).

Figura 1. Percepciones de estudiantes de tres escuelas agrotécnicas sobre la peligrosidad de distintos elementos utilizados en el trabajo agropecuario, Santa Fe-Córdoba, N= 136).



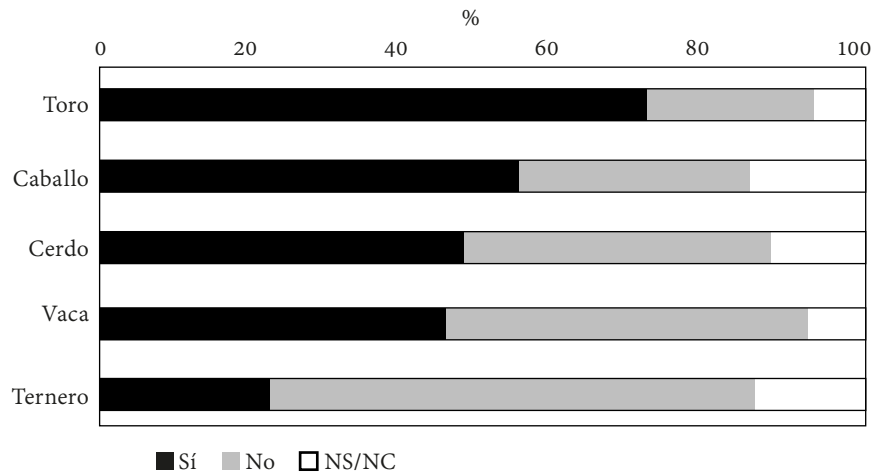
Fuente: elaboración propia.

Aunque es obvio que no se puede prevenir lo que se desconoce, las relaciones entre conocimiento, percepción y prevención son complejas. Los niveles de conocimiento sobre la seguridad de los pesticidas no se relacionan significativamente con las percepciones del riesgo que estos productos pueden representar para la salud de los operadores y las operadoras (Perry, Marbella y Layde, 2000). Más aún, aunque dicho riesgo sea estimado como alto, la frecuencia de uso de elementos de protección personal puede ser muy baja (Molineri *et al.*, 2014b; Tarabla y Martínez, 2011). En segundo orden de peligrosidad, los y las estudiantes consideraron la motosierra, las maquinarias y el tractor. A pesar de las mejoras tecnológicas y los esfuerzos de capacitación realizados, el número de accidentes graves causados por la pérdida de control de las maquinarias aún es muy alto (Kogler, Quendler y Boxberger, 2016). Sin embargo, la adopción de prácticas como la lectura de los manuales antes del primer uso, la detención de las máquinas previo a una inspección o el uso del cobertor en las partes móviles es insuficiente para la preservación de la seguridad del operador o la operadora (Tarabla y Martínez, 2011).

Los traumatismos relacionados con las maquinarias y los animales son comunes en zonas rurales, pero tienen características diferentes. Aunque las lesiones causadas por maquinarias son las más letales, las producidas por animales son las más frecuentes (Casey *et al.*, 2014; Damroth *et al.*, 2019; Weaver *et al.*, 2017). Las explotaciones ganaderas en la región bajo estudio se dedican predominantemente a la producción lechera. Esta actividad está asociada a una serie de problemas particulares de salud y seguridad derivados de las múltiples tareas de manejo de los animales que se realizan diariamente (Lindahl *et al.*, 2013). Aunque el número de accidentes laborales mortales relacionados con mamíferos en explotaciones ganaderas no es elevado (Hioki e Inaba, 2021), en

los tambos existen problemas particulares con los toros, que causan un número considerable de lesiones (Lindahl *et al.*, 2013). En el presente trabajo, esta categoría animal fue considerada como la más peligrosa (figura 2).

Figura 2. Percepciones de estudiantes de tres escuelas agrotécnicas sobre la peligrosidad de distintos animales de granja en el trabajo agropecuario, Santa Fe-Córdoba, N= 136).



Fuente: elaboración propia.

El hecho de que se consideren peligrosos los trabajos con tractores ($P < 0,001$), maquinarias ($P < 0,001$) y motosierras ($P = 0,005$) difirió entre las escuelas. Estas diferencias no fueron significativas en la relación con los agroquímicos, los medicamentos veterinarios y las herramientas. En estos casos, la mayoría de los y las estudiantes de los tres establecimientos consideró peligrosos los dos primeros, mientras que no consideró peligrosa la manipulación de herramientas. No se registraron asociaciones con el género ni la residencia familiar de los y las estudiantes. Es probable que la falta de asociaciones con esta última

variable se relacione con las transformaciones en la trama socioprodutiva local, el crecimiento de la matrícula urbana (Bocchicchio, Plencovich y Costantini, 2006), la mudanza de las familias rurales a áreas urbanas y la proliferación de los nuevos medios electrónicos de búsqueda de información.

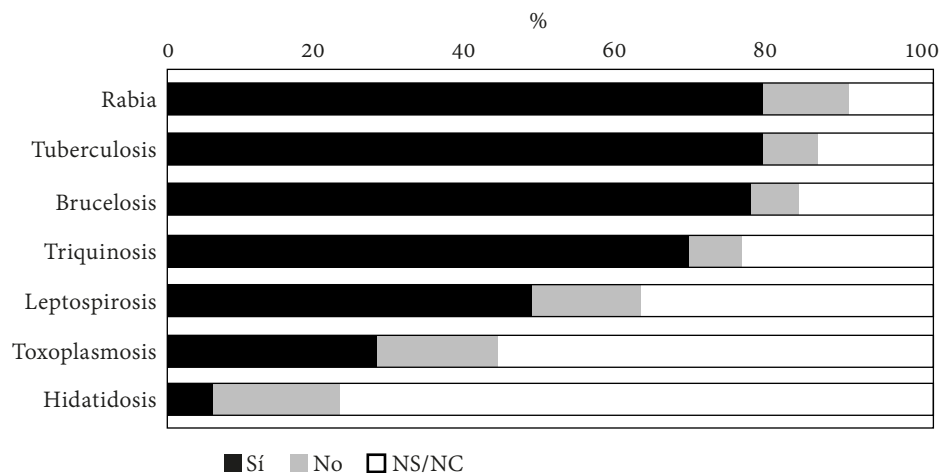
La percepción como peligroso del trabajo a campo con distintas especies animales también difirió según la escuela donde asistían los y las estudiantes (vacas $P = 0,028$; toros $P = 0,012$; cerdos $P = 0,002$; caballos $P = 0,005$), con excepción de los terneros, que fueron mayoritariamente considerados no peligrosos. No se registraron diferencias entre géneros ni lugar de residencia familiar de los encuestados y las encuestadas. Cuando las asociaciones fueron significativas, en todos los casos los y las estudiantes de una misma escuela consideraron el trabajo con los animales y los elementos relevados menos riesgoso que los y las que asistían a las dos restantes.

En referencia al tránsito *in itinere* con vehículos automotores, los y las estudiantes encuestados/as consideraron más peligrosa la circulación en ciudades (61,8%) y rutas (48,5%) que en caminos rurales (25,7%) y pueblos (4,4%), independientemente de la escuela, el género y el lugar de residencia. Sin embargo, la tasa de densidad de incidencia de siniestros viales fatales en zonas rurales puede duplicar la registrada en áreas urbanas (Zwerling *et al.*, 2005). En los trabajadores y trabajadoras rurales de la región bajo estudio, los accidentes *in itinere* son más frecuentes en caminos rurales. No obstante, las percepciones de riesgo y el uso de elementos de protección activa y pasiva del automotor son mayores en rutas (Tarabla, 2009, Tarabla y Martínez, 2011, Tarabla *et al.*, 2017).

Con respecto al reconocimiento de algunas enfermedades como zoonóticas, en nuestro país la población identifica solo algunas de ellas y tiene un conocimiento fragmentado sobre sus formas de transmisión (Koziol *et al.*, 2016;

Molineri, Signorini y Tarabla, 2014; Molineri *et al.*, 2014a; Tarabla y Fernández, 2009; Villacé *et al.*, 2018). En sintonía con estos trabajos, las zoonosis más reconocidas fueron la rabia, la tuberculosis, la brucelosis y la triquinosis (figura 3).

Figura 3. Reconocimiento de una enfermedad como zoonótica por estudiantes de tres escuelas agrotécnicas, Santa Fe-Córdoba, N= 136).



Fuente: elaboración propia.

El reconocimiento de una enfermedad específica como zoonótica difirió entre las escuelas en los casos de brucelosis ($P < 0,001$), tuberculosis ($P = 0,006$), leptospirosis ($P < 0,001$) y triquinosis ($P < 0,001$). No se registraron asociaciones significativas con el género ni el lugar de residencia familiar de los y las estudiantes. Paralelamente, las miasis causadas por *Dermatobia hominis* en la región relevada (“bicheras”), una enfermedad común a los animales y seres humanos, fue considerada como zoonosis por el 22,1% de los encuestados y encuestadas. Otras patologías incluidas en el cuestionario fueron erróneamente clasificadas como zoonóticas (aftosa 39,7%, leucosis 17,6% y mastitis 6,6% de los

y las estudiantes, respectivamente). Similares observaciones fueron realizadas en operarios tamberos de la provincia de Santa Fe y podría deberse al simple desconocimiento, la confusión entre nombres similares (leucosis/leucemia; aftosa/aftas) o entre patologías que afectan tanto al animal como al humano pero que no se transmiten del uno al otro (miasis, mastitis) (Koziol *et al.*, 2016).

En los y las estudiantes de escuelas agrotécnicas que participaron del relevamiento se constató un pobre reconocimiento de las especies que pueden transmitir una zoonosis. En cada enfermedad, las especies responsabilizadas con mayor frecuencia fueron los bovinos en tuberculosis, leptospirosis, brucelosis (62,5%, 36,8% y 26,5%, respectivamente); los caninos domésticos en rabia (86,8%); los porcinos en triquinosis (71,3%); los felinos domésticos en toxoplasmosis (21,3%); y la fauna silvestre en hidatidosis (5,9%). Muchas especies animales que pueden transmitir zoonosis de manera directa o a través de productos y subproductos fueron asociadas con la enfermedad de interés por una baja proporción de los y las estudiantes. A modo de ejemplos, los caninos domésticos fueron asociados con hidatidosis por el 4,4% de los y las estudiantes; los porcinos, caninos y felinos domésticos con leptospirosis por el 10,3%, 14,7% y 8,8%, respectivamente; los felinos domésticos y la fauna silvestre con rabia por el 27,2% y 18,4%, respectivamente; los bovinos y porcinos con toxoplasmosis por el 14,7% y 3,7%, respectivamente; los porcinos y la fauna silvestre con tuberculosis por el 14% y 4,4%, respectivamente; y la fauna silvestre con la triquinosis por el 3,7% de los encuestados y encuestadas. Trabajos previos realizados en la región mostraron que ingresantes a la carrera de Veterinaria adjudicaron una probabilidad para que un animal transmita una enfermedad al ser humano muy diferente de acuerdo a la especie animal considerada (Tarabla, 2021).

El reconocimiento de los riesgos de accidentes laborales y enfermedades

profesionales por parte de los trabajadores y trabajadoras rurales es bajo, la capacitación es reducida y el saber concreto está tamizado por una impronta cultural que hace centrar las causas en el azar o en la falta de atención y nunca en las condiciones objetivas de desarrollo de la actividad laboral (Posada y Vaca, 2002). En los establecimientos agropecuarios de la zona, la exposición a los peligros relevados se produce a muy temprana edad, antes incluso del comienzo de la educación secundaria (Molineri, Signorini y Tarabla, 2015b). Sin embargo, las percepciones descritas en este trabajo son inconsistentes con la necesidad de adopción de prácticas seguras. Por ello, se sugiere que el desarrollo de temas relacionados con las formas de enfrentar los peligros ocupacionales del trabajo rural sea incentivado tempranamente en las escuelas agrotécnicas.

Agradecimientos

A los directivos y directivas, docentes y estudiantes de la Escuela de Educación Técnica Particular Incorporada N° 2010 - I.D.E.S.A., Ataliva, departamento Castellanos, Santa Fe; la Escuela de Educación Técnico Profesional N° 299 “Carlos Sylvestre Begnis”, Sa Pereira, departamento Las Colonias, Santa Fe; y el Instituto Agropecuario Salesiano “Nuestra Señora del Rosario”, Colonia Vignaud, departamento San Justo, Córdoba. Este trabajo fue financiado por el Proyecto de la UNL 15-PEIS-FCV-TH. Campos peligrosos, dirigido por H. Tarabla.

Bibliografía

Boland, M.; Staines, A.; Fitzpatrick, E. y Scallan, P. (2005). Urban-rural variation in mortality and hospital admission rates for unintentional injury in Ireland. *Inj. Prev.*, 11, 38-42. doi: 10.1136/ip.2004.005371

Bocchichio, A. M.; Plencovich, M. C. y Costantini, A. O. (2006). Escuelas Agrotécnicas y Desarrollo Local: límites y desafíos de una relación compleja. *VII Congr. Latinoam. Sociol. Rur.* <http://www.fediap.com.ar/administracion/pdfs/Escuelas%20Agrot%C3%A9ncias%20y%20Desarrollo%20Local%20-%20Bocchichio,%20Plencovich%20y%20Constantini.pdf>

Casey, M. C.; Robertson, I.; Lang, B.; Bennani, F.; Khan, W. y Barry, K. (2014). Farm-related trauma in the West of Ireland: An occupational hazard. *Ir. J. Med. Sci.*, 183, 601-604. doi: 10.1007/s11845-013-1058-z

Damrothm, K.; Damroth, R.; Chaudhary, A.; Erickson, A.; Heneghan, L.; Hellenthal, N.; Monie, D.; Cooper, S.; Anderson, M. y Kaufman, T. (2019). Farm injuries: Animal most common, machinery most lethal: An NTDB. *Study. Am. Surg.*, 85, 752-756.

Hioki, A. e Inaba, R. (2021). Occupational fatalities due to mammal-related accidents in Japan, 2000-2019. *Wilderness Environ. Med.*, 32, 19-26. doi: 10.1016/j.wem.2020.09.010

- Klein, B. N.; Staudt, K. J.; Missio, R.; Peruzzi Hammad, M. y Almeida Alves, I. (2018). Análise do impacto do uso de organofosforados e carbamatos em trabalhadores rurais de um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. *Acta Toxicol. Argent.*, 26, 104-112. <https://www.toxicologia.org.ar/wp-content/uploads/2019/04/acta-26-3-2018-alta-3-OK.pdf>
- Kogler, R.; Quendler, E. y Boxberger, J. (2016). Occupational accidents with agricultural machinery in Austria. *J. Agromedicine.*, 21, 61-70. doi: 10.1080/1059924X.2015.1075451
- Koziol, E.; Vanasco, N. B.; Signorini, M. L. y Tarabla, H. D. (2016). Conocimientos de zoonosis en operarios tamberos de la Provincia de Santa Fe, Argentina. *InVet*, 18, 45-52. <http://www.fvet.uba.ar/archivos/publicaciones/invet/vol18-1-2016/T02.pdf>
- Lindahl, C.; Lundqvist, P.; Hagevoort, G. R.; Lunner Kolstrup, C.; Douphrate, D. I.; Pinzke, S. y Grandin, T. (2013). Occupational health and safety aspects of animal handling in dairy production. *J. Agromedicine*, 18, 274-283. doi: 10.1080/1059924X.2013.796906
- Luciano, C. y Tarabla, H. D. (2012). Perceptions and attitudes of occupational risks in dairy farmers. *Biocell*, 36, A15-A45.
- Molineri, A. I.; Signorini, M. L.; Pérez, L. y Tarabla, H. D. (2013). Zoonoses in rural veterinarians in the central area of Argentina. *Aust. J. Rur. Hlth.*, 21, 285-290. doi: 10.1111/ajr.12054
- Molineri, A. I.; Signorini, M. L.; Ruiz, M.; Marenghi, M. y Tarabla, H. D. (2014a). Awareness of zoonoses in freshmen entering the Veterinary School. *Rev. Br. Ciên. Vet.*, 21, 239-242. doi: 10.4322/rbcv.2015.302
- Molineri, A. I.; Signorini, M. L. y Tarabla, H. D. (2014). Conocimiento de las vías de transmisión de las zoonosis y de las especies afectadas entre los trabajadores rurales. *Rev. Argent. Microbiol.*, 46, 7-13. doi: 10.1016/S0325-7541(14)70041-0
- Molineri A. I.; Signorini, M. L. y Tarabla H. D. (2015a). Risk factors for work-related injury among farm workers: a 1-year study. *Rur. Rem. Hlth.*, 15, 2996. <https://doi.org/10.22605/RRH2996>
- Molineri, A. I.; Signorini, M. L. y Tarabla, H. D. (2015b). Hazards for women and children in rural settings. *Rev. Salud Pública*, 17, 22-32. doi: 10.15446/rsap.v17n1.40090
- Molineri, A. I.; Tarabla, H. D.; Amoril, J. G. y Signorini, M. L. (2014b). Accidents in farming in Santa Fe Province, Argentina. *Agr. & Ambiente*, 34, 67-76. <http://agronomiayambiente.agro.uba.ar/index.php/AyA/article/view/28/25>
- Perry, M. J.; Marbella, A. y Layde, P. M. (2000). Association of pesticide safety knowledge with beliefs and intentions among farm pesticide applicators. *J. Occup. Environ. Med.*, 42, 187-193. doi: 10.1097/00043764-200002000-00017

Posada, M. y Vaca, C. (2002). Diagnóstico sobre necesidades de capacitación en el sector rural. *Fundación para la Promoción de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Programa Salud y Seguridad en el Trabajo*. BID, Argentina. <http://www.fediap.com.ar/administracion/pdfs/Diagnostico%20sobre%20Necesidades%20de%20Capacitaci%C3%B3n%20en%20el%20Medio%20Rural%20-%20FUSAT.pdf>

Superintendencia de Riesgos de Trabajo (2022). Informe Anual de Accidentabilidad Laboral 2021-2022. Departamento de Estudios Estadísticos, Gerencia Técnica, Subgerencia de Planificación Accidentabilidad, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, República Argentina.

Tarabla, H. D. (2009). Riesgos de trabajo en Veterinaria en el centro-oeste santafesino. *InVet*, 11, 39-47. http://www.fvet.uba.ar/fcvanterior/publicaciones/archivos/vol_11N1/T08.pdf

Tarabla H. D. (2021). Percepciones sobre riesgos ocupacionales en el trabajo con animales y motivaciones en ingresantes de veterinaria. *Rev. FAVE Cien. Vet.*, 20, 62-67. doi: 10.14409/favecv.v20i2.10137

Tarabla, H. D. y Fernández, G. (2009). Conocimiento sobre zoonosis en el ámbito urbano de la ciudad de Coronda, Santa Fe. *Rev. FAVE Cien. Vet.*, 8, 11-14. doi: 10.14409/favecv.v8i1

Tarabla, H. D.; Hernández Villamizar, A. I.; Molineri, A. I. y Signorini, M. L. (2017). Percepción y prevención de riesgos ocupacionales en veterinarios rurales. *Rev. Vet.*, 28, 152-156. <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/vet/article/view/2543>

Tarabla, H. D. y Martínez, M. (2011). Uso de buenas prácticas en la actividad agropecuaria. *Rev. Salud Pública*, Ed. Esp. 15, 15. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/7035/8101>

Villacé, M. B.; López, L.; Amieva, M. J.; Belfiore, S.; Estario, M. y Acosta, L. D. (2018). Conocimientos, percepción de riesgo y comportamiento en relación con las zoonosis en adultos de la ciudad de Córdoba. *Rev. Argent. Salud Pública*, 9, 28-34. <https://www.rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/546/456>

Weaver, J. L.; Kimbrough, C. W.; Broughton-Miller, K.; Frisbie, M.; Wojcik, J.; Pentecost, K.; Bozeman, M. C.; Nash, N. A. y Harbrecht, B. G. (2017). Danger on the farm: A comparison of agricultural and animal-related injuries. *Am. Surg.*, 83, 507-511. <https://www.researchgate.net/publication/320894061>

Zwerling, C.; Peek-Asa, C.; Whitten, P. S.; Choi, S. W.; Sprince, N. L. y Jones, M. P. (2005). Fatal motor vehicle crashes in rural and urban areas: decomposing rates into contributing factors. *Inj. Prev.*, 11, 24-28. <https://injury prevention.bmj.com/content/injuryprev/11/1/24.full.pdf>

Hilda Henzenn, Ana Inés Molineri, Marcelo Lisandro Signorini y Héctor Dante Tarabla, "Percepciones de peligros laborales en áreas rurales en estudiantes de escuelas agrotécnicas". *Revista Salud, Educación y Sociedad*. Volumen 2, número 2, septiembre 2023, pp. 30-38.

Formación médica contrahegemónica: el desafío de consolidar estrategias pedagógicas instituyentes en una universidad pública argentina

*Counter-Hegemonic Medical Training: The
Challenge of Consolidating Instituting Pedagogical
Strategies in an Argentine Public University*

Autores/as

Federico López Bidart - fedelopezbidart@gmail.com -
Estudiante de sexto año de Medicina en la Universidad Nacional del Sur, Argentina.

Marianne Cousté - cmarianne.uns@gmail.com -
Estudiante de sexto año de Medicina en la Universidad Nacional del Sur, Argentina.

Pablo Badr - pablo.badr@uns.edu.ar -
Médico. Magister en Salud Colectiva. Profesor adjunto del área Salud Individual y Colectiva, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Argentina.

RECIBIDO 30/06/2023

ACEPTADO 10/08/2023

Resumen

Introducción: El presente artículo tiene como propósito analizar la complejidad que supone adoptar prácticas y estrategias contrahegemónicas e innovadoras en el ámbito de formación médica universitaria. Surge como momento de remediación curricular, luego de una instancia de evaluación negativa en una actividad académica de estudiantes del último año de la carrera de medicina de la Universidad Nacional del Sur, Argentina, cuyo objetivo es incorporar a la futura práctica profesional la perspectiva de la clínica ampliada. **Discusión:** Se expone como desafío en el aprendizaje de prácticas contrahegemónicas la influencia del habitus consolidado en el campo de la salud, el cual perpetúa el Modelo Médico Hegemónico y se manifiesta como central en la constitución del prácticum reflexivo, en el cual se desarrolla la formación médica de grado. Se desarrolla el marco de la clínica ampliada como potencialidad para romper el habitus actual, y al Seguimiento Clínico Familiar al Alta Hospitalaria como estrategia pedagógica de su implementación en la instancia de formación universitaria. **Reflexión y propuesta:** Se plantea la importancia de facilitar y promover el desarrollo del pensamiento lateral, el ingenio y la innovación mediante la jerarquización de aquellos espacios que potencien el proceso creativo en el aprendizaje. En este sentido, es posible que la

incorporación de la clínica ampliada desde el inicio del ciclo clínico, con situaciones de complejidad creciente y con el foco puesto en procesos de pensamiento ingeniosos y creativos, permita sortear las dificultades que implica el aprendizaje de prácticas contrahegemónicas en el actual campo de la salud.

Palabras clave

- Salud colectiva;
- Clínica ampliada;
- Educación médica;
- Racionalidad reflexiva

Summary

Introduction. The purpose of this article is to analyze the complexity of adopting counter-hegemonic and innovative practices and strategies in the field of university medical training. It arises as a moment of curricular remediation, after a negative evaluation instance in an academic activity of students of the last year of the medicine career of the National University of the South-Argentina, whose objective is to incorporate into the future professional practice the perspective of the expanded clinic.

Discussion. The influence of the consolidated habitus in the field of health is exposed as a challenge in the learning of counter-hegemonic

practices, which perpetuates the hegemonic medical model and manifests itself as central in the constitution of the reflective practicum in which the medical training of degree. The framework of the expanded clinic is developed as a potential to break the current habitus, and the Family Clinical Follow-up at Hospital Discharge as a pedagogical strategy for its implementation in the instance of university education. **Reflection and proposal.** The importance of facilitating and promoting the development of lateral thinking, ingenuity and innovation is raised, prioritizing those spaces that promote the creative process in learning. In this sense, it is possible that the incorporation of the expanded clinic from the beginning of the clinical cycle, with situations of increasing complexity and focusing on ingenious and creative thought processes, allows to overcome the difficulties that learning counter-hegemonic practices implies in the current health field.

Keywords

- Collective health;
- Expanded clinic;
- Medical education;
- Reflective rationality.

Introducción

La carrera de Medicina en la Universidad Nacional del Sur (UNS) presenta una propuesta pedagógica caracterizada por la integración disciplinar a lo largo de todo el plan de estudios, el aprendizaje significativo y contextualizado, el aprendizaje autogestionado, que favorece el desarrollo de metacompetencias, y la evaluación continua. En este sentido, se espera formar profesionales bajo un enfoque científico antropológico-social y humanístico. Durante el último año de la carrera, se realiza la Práctica Final Obligatoria (PFO), organizada en cuatro módulos que abarcan problemáticas del proceso salud-enfermedad-atención-cuidados en todos los grupos etéreos y en distintos niveles asistenciales. Esta instancia apunta a la consolidación final de las competencias profesionales, mediante la intervención estrictamente supervisada de estudiantes en diversos contextos profesionales. La rotación por Medicina Familiar y Comunitaria es la instancia curricular con mayor carga horaria (528 horas totales).¹ Esta rotación propone, entre sus actividades curriculares, realizar la actividad denominada Seguimiento Clínico- Familiar al Alta Hospitalaria (SCFAH), cuyo propósito es ofrecer al estudiantado experiencias prácticas reflexivas y altamente significativas, en las cuales se incorpore como parte de las competencias profesionales el abordaje de problemas de salud-enfermedad-atención-cuidados desde la perspectiva latinoamericana de la clínica ampliada (Silberman y Buedo, 2019). Esta propuesta teórica y

metodológica pretende integrar una forma de problematizar las realidades en salud que contemple la singularización de cada persona y su entorno, su devenir histórico, su carácter social, su economía, su localidad, sus vínculos y su medio productivo (Franco y Merhy, 2011).

El ejercicio propuesto en el SCFAH implica el encuentro sistemático de estudiantes con usuarios y usuarias del primer nivel de atención, en el ámbito domiciliario, mediante la supervisión permanente de sus docentes tutores/as de la práctica clínica; la interacción con docentes en espacios de reflexión sobre la práctica; y el desarrollo teórico de la clínica ampliada. A lo largo de doce semanas, y mediante ocho encuentros, se espera que el estudiantado desarrolle acciones que integren pertinentemente a la familia y su contexto en la práctica profesional. Asimismo, se espera que los y las estudiantes se enfoquen en el cuidado como parte central de su aprendizaje, y que desarrollen en consecuencia una propuesta terapéutica singular para su abordaje. El trabajo realizado es evaluado en instancias formativas y sumativas, con la expectativa de que los portafolios² muestren un abordaje innovador, creativo y contrahegemónico de los problemas de salud.

Durante la experiencia, el estudiantado pone en tensión el cumplimiento de las expectativas de este ejercicio con las competencias profesionales/médicas³ adquiridas en su formación de grado hasta la fecha, entendiéndose que dichas competencias se nutren tanto de aspectos curriculares formales como de la estructuración del deber ser profesional, que se

¹ Calendario académico 2022 (Modif. Anexo I calendario general, RES. CSU- 544/21). Boletín Oficial y Digesto Administrativo. UNS.
https://servicios.uns.edu.ar/boletin/consulta/bof_fr_items.asp?item_html=.%5CRESOLUCI%5CCU696A21.HTM&tema_cod=3&subtema_cod=2&oper=T

² Se entiende por portfolio, en el contexto de la educación médica, el instrumento de aprendizaje que permite recolectar, de forma dinámica, toda aquella información y/o material necesario para realizar la reflexión sobre la práctica. Ver Matus, Torres y Parra (2009).

³ Se entiende por las competencias las capacidades adquiridas, tanto técnicas como reflexivas, que permiten resolver problemas complejos e indefinidos mediante la toma de decisiones en contextos de incertidumbre, asumiendo riesgos y aplicando razonamientos lineales y abstractos. Ver Brailovsky (2001).

adquiere en los ámbitos asistenciales que conforman la práctica y reproducen modelos de atención médica consolidados.

El propósito de este artículo es analizar –a partir de una experiencia de evaluación negativa recibida por estudiantes que realizaron este ejercicio– las dificultades y desafíos que implica la incorporación de conceptos de clínica ampliada a las competencias profesionales, que se manifiesten “en acto”, mediante intervenciones innovadoras, creativas y contrahegemónicas.

Caso clínico

Se realizó seguimiento clínico a una usuaria de la unidad sanitaria del barrio J. M. Murguía, ubicado en la localidad de Pigüé, al sudoeste de la provincia de Buenos Aires, Argentina, cuya población aproximada es de veinte mil habitantes.

La protagonista fue una mujer de 70 años de edad, quien vive con su pareja y trabaja en su propio taller de costura. Presentó como antecedentes diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, dislipemia y artrosis. Se aplicaron herramientas pertinentes al SCFAH (Silberman y Buedo, 2019), y se encontraron dificultades económicas que interferían en el acceso a la medicación y a la alimentación. Se observaron servicios básicos insatisfechos y una vivienda urbana precaria.⁴ Se jerarquizó como problemática la situación de vulnerabilidad social. Como abordaje del caso, se desarrolló un Proyecto Terapéutico Singular (PTS)⁵ en el cual

⁴ Se definió vivienda urbana precaria a partir de la ausencia de los recursos vinculados al capital físico, observándose carencias en la materialidad y en la combustión para cocinar (Rojas *et al.*, 2008).

⁵ Se entiende como Proyecto Terapéutico singular (PTS) una estrategia de la clínica ampliada, capaz de abordar la producción del cuidado, mediante la utilización de las tecnologías blandas, con el objeto de desarrollar un abordaje integral y particular para cada usuario/a (Pinto *et al.*, 2011).

se estableció, mediante el trabajo en conjunto con las autoridades del Centro de Salud y de la Secretaría de Desarrollo Social, el acceso a los programas asistenciales establecidos.

Finalizado el SCFAH, y luego de la evaluación sumativa, se destacaron las dificultades del estudiantado para encontrar estrategias creativas e innovadoras. Las intervenciones propuestas no eran consecuentes con el marco teórico de la clínica ampliada, al reproducir un modelo que concibe a la práctica médica desde el intervencionismo técnico-asistencial. El PTS desarrollado brindó respuestas paternalistas. Mantuvo la asimetría en la relación médico-paciente, sin generar estrategias para el empoderamiento y sin contemplar la dimensión subjetiva del cuidado y su producción.

Discusión

La propuesta pedagógica del SCFAH se desarrolla bajo el marco teórico de la clínica ampliada, que representa una clínica que se enfoca en cada sujeto en particular, que considera su historia e incluye a su enfermedad como parte de ella, sin ignorarla ni disociarla. Esta clínica supone una forma de entender y concebir la práctica médica –y a la(s) persona(s)– de una manera holística, innovadora y humanista. Recupera el concepto de arte como inherente a la clínica, al abarcar tanto la complejidad de la rigurosidad científica como la flexibilidad y el dinamismo necesarios para brindar una atención integral para cada persona (Wagner de Sousa Campos, 1997). En contraposición a este modelo de atención, los espacios asistenciales donde el estudiantado de medicina realiza sus prácticas producen y reproducen, en general, un modo de ser profesio-

nal antagónico a esta propuesta. Según Spinelli (2010), estos espacios de práctica son parte del campo de la salud, el cual se entiende como un espacio de lucha donde convergen actores, intereses y capitales. Respecto de estos últimos, se pueden identificar capitales sociales y culturales, en los que se interviene en función de relaciones sociales, prestigio y reconocimiento; otros, como el capital simbólico, entendido como una forma de poder ligada a ciertas jerarquías sociales y relaciones de control e imposición ideológica; y, por último, el capital económico, que representa el 10% del PBI del país (Ministerio de Salud de la Nación, 2022). Entre los actores que habitan y compiten en el campo, podemos identificar profesionales de la salud, directivos, organizaciones gremiales, profesionales, e industrias tecnológicas. Cada actor, individual o colectivo, compite por acumular los capitales del campo, de forma tal de imponerse e imponer sus intereses y apropiarse de facultades y beneficios. A medida que esto sucede, se determinan disposiciones duraderas y jerárquicas, que generan lo que Bourdieu (1997) denomina el *habitus*, que se define como aquellos principios y conductas que reproducen representaciones y prácticas regidas por una forma de actuar codificada y establecida. Este *habitus* perpetúa la hegemonía, al naturalizar un modelo de pensar y de proceder, que determina no solo el quehacer profesional, sino también las aspiraciones e identidades que emergen en la etapa formativa. Es estructurado porque plantea una forma técnica y sistemática de problematizar e intervenir, y es estructurante no solo de las prácticas sino también de sus representaciones. Todo esto conforma un modelo dominante y característico de atención, llamado por Menéndez (1988) Modelo Médico Hegemónico (MMH), caracterizado por una concepción biologicista y unicista de los problemas de salud, que desconoce la determinación social del proceso de

salud-enfermedad-atención-cuidados. Se trata de un modelo ahistórico, asocial, y tecnocrático, que se rige con funciones de control, normalización, medicalización y legitimación. Construye una asimetría en la relación médico/a-paciente, al poner a la persona bajo una participación subordinada y pasiva, desde su autoritarismo y supuesta eficacia pragmática (Menéndez, 1988).

La clínica ampliada, como paradigma humanitario, innovador e integrativo es, potencialmente, una estrategia capaz de romper con esta hegemonía. Si consideramos lo que plantean Franco y Merhy (2011), los/as trabajadores/as de la salud poseen la facultad y la autonomía, en su cotidiano profesional, para generar, a través de la producción de procesos de cuidados, intervenciones que produzcan cambios de paradigmas. Estos autores, inspirados en conceptos desarrollados por Deleuze y Guattari, afirman que, para que sea posible una transición tecnológica, es necesario que la reestructuración productiva rompa la micropolítica que sostiene el proceso productivo centrado en el acto prescriptivo, y logre organizar procesos de trabajo más relacionales.⁶ Si esta reestructuración se instala de forma instituyente (para instituirse en un territorio fijo), y genera nuevas producciones que rompan con los fundamentos del modo actual de producir el cuidado (por ejemplo, el alto consumo de tecnologías duras), estaría gestándose un proceso de reterritorialización en el cual se jerarquicen las intersubjetividades y la dimensión relacional del cuidado.

Badr (2023) plantea una analogía entre el concepto de *habitus*, como principal determinante de los modos de atención en el mundo profesional y del trabajo, con el concepto de *practicum reflexivo*, desarrollado

⁶ Estos autores no utilizan el concepto de *habitus*, sino el de *socius*, pero en este texto se consideran ambos con suficientes similitudes.

por Schön, que hace referencia al espacio de prácticas que permite al estudiantado incorporar aprendizajes en contextos difusos, complejos y que requieren de un proceso artístico o intuitivo de construcción de problemas. El prácticum reflexivo se concibe como un enfoque que tiene como objetivo ayudar al estudiantado a adquirir formas de arte profesional que resulten esenciales para ser competentes en las zonas indeterminadas de la práctica, que permiten desarrollar la capacidad de reflexionar sobre la propia práctica mientras se actúa (Shön, 1992, citado en Acosta Rodríguez, 2010). Este enfoque actúa como un puente entre el mundo académico y el mundo de la práctica, al favorecer procesos de mediación del aprendizaje. Para ello, se propone pasar de una racionalidad técnica, que emerge del positivismo –caracterizada por ser estructurada y sistemática, acatando reglas, normas y principios establecidos–, hacia una racionalidad reflexiva, que se gesta en el territorio del aprendizaje, de carácter dinámico, intuitivo y fluctuante, que permite adaptarse a las condiciones singulares de cada problema. Es decir, propone un proceso de aprendizaje mediante el desarrollo de la capacidad de reflexionar en y sobre la práctica, entendiendo que el abordaje no debe ser unicista, sino que debe contemplar y abordar una construcción de situaciones complejas de carácter subjetivo y variable. Sobre esta concepción epistemológica la teoría y la práctica son partes indisolubles del aprendizaje, ya que contextos profesionales difusos o ambiguos, como lo son la clínica bajo la mirada de la clínica ampliada, requieren del desarrollo de capacidades resolutivas, tanto técnicas como artísticas e intuitivas.

Comprendemos de este modo que lo que el habitus es para la consolidación del campo, lo es el prácticum para la consolidación del aprendizaje reflexivo. De allí, surge un desafío para sostener y consolidar tanto el uno como el otro. Los cambios en el campo de la salud requieren de

nuevos actores con la capacidad de acumular capitales y cambiar el habitus que consolida y reproduce el modelo médico hegemónico. Previamente, estos futuros actores deben lograr, en su formación de grado, el desarrollo de un perfil profesional contrahegemónico que requiere, por la naturaleza de los problemas que aborda, un territorio de prácticas constituido y legitimado para el aprendizaje reflexivo (Badr, 2023). Es por ello que, en la medida en que la clínica ampliada no sea la nueva hegemonía, el reto en la formación de grado es incorporarla a las competencias profesionales de forma creativa, sostenible y legítima. Pero, ¿cómo hacer para generar un proceso de aprendizaje que integre esta perspectiva, con las condiciones asentadas sobre un prácticum donde impera el MMH?

Lo novedoso del SCFAH es que, si bien comienza con una experiencia y un encuentro intersubjetivo en el marco de los espacios tradicionales de la práctica médica (consultorios, guardias e internación), su propuesta implica la continuidad del seguimiento en un nuevo territorio de práctica. Este seguimiento se apoya en un marco teórico concreto y riguroso, así como en herramientas metodológicas específicas para conocer todas las dimensiones del proceso salud-enfermedad de la persona que requiere atención y cuidados. El desafío, para el estudiantado, es encontrar el prácticum donde identifique como referencia resultados de otras prácticas que pueda tomar como un estándar de acciones pertinentes, efectivas e integrales.

Reflexión y propuesta

Lo desarrollado hasta aquí da cuenta de la complejidad que supone el aprehender⁷ prácticas contrahegemónicas en la educación médica de grado. Posiblemente, distintas instancias que promuevan el desarrollo del pensamiento creativo o lateral durante la carrera faciliten al estudiantado el alcance de estos objetivos. En esta línea, Villanueva Bentancourt y Sariol plantean que la formación de grado de médicos y médicas bajo la perspectiva de nuevos modelos de atención implica la necesidad de integrar en los procesos de aprendizaje espacios que garanticen el desarrollo del pensamiento abstracto (Álvarez Martínez, Hernández y Pérez Campos, 2006).

Von Oech (1991) propone un modelo de proceso creativo de cuatro etapas, y plantea cuatro tipos de pensamiento. En primer lugar, propone la figura del “explorador”, encargado de encontrar la segunda respuesta correcta al problema; en segundo lugar, el “artista” debe realizar una propuesta creativa con la idea; en tercer lugar, se encuentra el “juez”, que debe ser autocrítico con la idea; y, en último lugar, ubica al “guerrero”, que deberá defenderla. De esta manera, podría superarse el pensamiento médico tradicional, basado en la racionalidad técnica, que tiende a esquematizar los procesos de pensamiento y encajona las miradas alternativas como “imposibilidades”.⁸

El SCFAH posee similitudes metodológicas con el Aprendizaje Basado en Retos (ABR), el cual sistematiza y plantea como objetivo específico el

desarrollo del pensamiento lateral. Se trata de una experiencia de aprendizaje, en la que los y las estudiantes colaboran y proponen soluciones reales para abordar problemas relevantes, guiados y orientados por un asesor o una asesora. El ABR se construye mediante problemas abstractos de tópicos con significancia global, que resultan atractivos para el estudiantado y la sociedad y a partir de la integración del desarrollo de recursos a través del uso de actividades y herramientas ajenas a la disciplina. Se desarrolla fuera del aula (contexto), y el estudiantado debe enfrentarse en conjunto a situaciones de riesgo (reto extraordinario), que generen ansiedad y miedo, lo que les permite desarrollar tolerancia a estas situaciones de ambigüedad e incertidumbre, como también la capacidad de desenvolverse en esos espacios inciertos. Se promueve la reflexión y el análisis, así como la responsabilidad del propio aprendizaje a través de conceptos como la autodirección y la iniciativa en la toma de decisiones. Esto implica plantear y utilizar procedimientos, provocar cambios en un contexto, tomar decisiones en equipo, afrontar la frustración y el fracaso, y contar con autonomía para el desarrollo de proyectos ingeniosos e innovadores (Lizett Olivares Olivares, López Cabrera y Valdez-García, 2017). La complejidad de los contextos que propone el SCFAH es mayor a lo que se ejemplifica en la literatura sobre el aprendizaje basado en retos. Probablemente, el desarrollo de estrategias similares al ABR, y bajo el marco teórico de la clínica ampliada, con una complejidad creciente en instancias clínicas previas de la carrera, posibilite el desarrollo de competencias para la adaptación ingeniosa e innovadora que le exigen a los y las profesionales las miradas y propuestas contrahegemónicas. Estas estrategias se verían potenciadas, sin lugar a dudas, si pudiesen implementarse como instancias de integración curricular entre distintas carreras que conforman el campo de la salud.

⁷ Se entiende por aprehender el proceso creativo que supone el desafío del aprendizaje de conceptos holísticos, abstractos e integrativos (Menchén Bellón, 2018).

⁸ Se entiende como imposibilidades la descalificación previa científicamente establecida de una hipótesis o teoría (Villanueva Bentancourt y Sariol, 2001).

Conflictos de interés

Los autores y autoras declaran no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

Bibliografía

Acosta Rodríguez, M. (2010). El prácticum reflexivo en el aprendizaje de las ciencias experimentales. Un acercamiento a los planteamientos de Donald Schön. *Revista Ciencias de la Educación*, 36, 136-151. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5345417>

Álvarez Martínez, H.; Hernández, C. P. y Pérez Campos, E. (2006). Ciencias médicas y un modelo del proceso creativo. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 12(1), 8-10. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47311958002.pdf>

Badr, J. P. (2023). Formación universitaria y contrahegemonía: interpe-lación a la educación médica. En J. Reichenbach et al., *Pediatría en red 5: salud del niño, niña y adolescente con perspectiva de derechos* (pp. 51-56). La Plata: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. <https://redsanna.org/publicaciones-2/>

Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.

Brailovsky, C. (2001). Educación médica, evaluación de las competen-cias. En Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Aportes para un cambio curricular en Argentina* (pp.103-122). Buenos Aires: Universi-dad de Buenos Aires. [https://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/2013/-Brovelli%20Curriculum%20Dise%C3%B1os,%20Teor%C3%ADas%20y%20Evaluaci%C3%B3n/Aportes%20para%20un%20-cambio%20curricular%20CAMI LONI.pdf](https://www.fceia.unr.edu.ar/geii/maestria/2013/-Brovelli%20Curriculum%20Dise%C3%B1os,%20Teor%C3%ADas%20y%20Evaluaci%C3%B3n/Aportes%20para%20un%20-cambio%20curricular%20CAMI%20LONI.pdf)

Franco, T. B. y Merhy, E. E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7(1), 9-20. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2011.v7n1/9-20/es>

Lizett Olivares Olivares, S.; López Cabrera, M. V. y Valdez-García J. E. (2017). Aprendizaje basado en retos: una experiencia de innovación para enfrentar problemas de salud pública. *Educ. Med.*, 19(S3), 230-237. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S157518131730178X>

Matus, O. B.; Torres, G. A. y Parra, P. (2009). Utilización del portafolio en educación médica. *Rev. Educ. Cienc. Salud*, 6(1), 10-19. <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol612009/esq61b.pdf>

Menchén Bellón, F. (2018). El Aprendizaje Creativo y el Cerebro. Resca-tar el Concepto de “Aprehender”. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 7(2), 47-59. <https://doi.org/10.15366/riejs2018.7.2.003>

Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 30 de abril - 7 de mayo de 1988, Buenos Aires, Argentina. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2022). *Gasto en salud en Argentina. Análisis para 2017-2020*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Pinto, D. M.; Bessa Jorge, M. S.; Alves Pinto, A. G.; Ferreira Vasconcelos, M. G.; Mendoça Cavalcante, C.; Teixeira Flores, A. Z. y Saboia de Andrade, A. (2011). Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto contexto Enferm.*, 20(3), 493-502. <https://www.scielo.br/j/tce/a/8HVkGwqgWKYZSzh8x-dpxcqH/abstract/?lang=es>

Rojas, M. del C.; Meichtry, N. C.; Ciuffolini, M. B.; Vázquez, J. C. y Castillo, J. (2008). Repensando de manera holística el riesgo a la salud que provocan las viviendas urbanas precarias: un análisis desde el enfoque de la vulnerabilidad sociodemográfica. *Salud Colectiva*, 4(2), 187-201. <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n2/v4n2a09.pdf>

Silberman P. y Buedo, P. (Eds.) (2019). *Manual de Seguimiento Clínico Familiar. 1ra edición para el alumno. Serie Docencia, Colección Ciencias y Tecnologías*. Bahía Blanca: Ediuns. https://www.researchgate.net/profile/Paola-Buedo/publication/350621610_MANUAL_DE_SEGUIMIENTO_CLINICO-FAMILIAR/links/606a2f7ba6fdccad3f715003/MANUAL-DE-SEGUIMIENTO-CLINICO-FAMILIAR.pdf#page=77

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293. <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n3/v6n3a04.pdf>

Villanueva Betancourt, M. y Sariol, G. A. (2001). Estimulación del pensamiento creativo en la enseñanza de las ciencias médicas. *Educ. med. super.*, 15(2), 109-116. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-627890>

Von Oech, R. (1991). *A kick in the seat of the pants. Using your explorer, artist, judge, & warrior to be more creative*. California: Warner Books.

Wagner de Sousa Campos, G. (1997). La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf

Pablo Badr, Federico López Bidart y Marianne Cousté, "Formación médica contrahegemónica: el desafío de consolidar estrategias pedagógicas instituyentes en una universidad pública argentina". *Revista Salud, Educación y Sociedad*. volumen 2, número 2, septiembre 2023, pp. 39-47.

Reseñas

Libro: *Discapacidad y Derechos Humanos*

Patricio Huerga

Rosario, Homo Sapiens, 2023 (242 pp.)

Antonio Ramos - asg_ramos@yahoo.com.ar -

Exjuez penal. Exdocente de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

Sebastián Ramos - sramos@ugr.edu.ar -

Especialista en Kinesiología. Director de Espacio de Discapacidad e Inclusión Social.
Universidad del Gran Rosario. Argentina.

“Los derechos humanos son espacios de libertad que todos y cada uno de los seres humanos necesitan para poder desenvolver su personalidad según sus propios criterios; dicho de otro modo: para poder satisfacer las necesidades básicas del hombre.”

Juan Carlos Gardella

Se ha sostenido que la historia de la humanidad remite a la constante lucha entre la libertad y el poder. Todo derecho ha sido disputado, dice el jurista Rudolf Ihering. Cada regla jurídica debió primero ser arrancada a quienes se oponían.

Afirma Umberto Eco que

debemos ante todo respetar los derechos a la corporalidad, entre los que se cuentan también el derecho a hablar y pensar. Si nuestros semejantes hubieran respetado los derechos del cuerpo, no hubiera existido la matanza de los Santos inocentes, la de los cristianos en los circos romanos, la hoguera para los herejes, los campos de exterminio, la censura, la esclavitud (...) la dimensión ética comienza cuando entran en escena los demás (1998: 88).

Los derechos conquistados deben ser defendidos permanentemente. Adviértase que los pactos y tratados internacionales con rango constitucional consignan que el Estado no solo debe respetar sino que debe proteger los Derechos Humanos. El peligro de su vulneración está siempre latente. Caso contrario, no sería necesario consignar en la legislación su defensa y protección.

Por otra parte, intencionalmente, desde los discursos autoritarios y antidemocráticos se los ha denostado, al afirmar que los Derechos Humanos son los derechos de los delincuentes. Eco demuestra y aclara que son otra cosa, que nos involucran a todos y todas. La historia de nuestro país sangra por el genocidio de la última dictadura y demuestra la mendacidad de ese discurso.

Todo lo expresado pone de manifiesto la importancia de la obra de Patricio Huerga, subsecretario de Inclusión para las personas con discapacidad de la provincia de Santa Fe. El libro es el resulta-

do del recorrido del autor y de un espacio de formación, reflexión y profundización de la cátedra libre de Discapacidad y Derechos Humanos de la Universidad del Gran Rosario. Es consecuencia del compromiso y la participación institucional en la visibilización y respeto de los derechos de las personas.

El texto recupera el valor de los Derechos Humanos, defiende su vigencia, reclama su profundización y nos entrega un libro para la libertad.

El campo de los Derechos Humanos atraviesa las ciencias y las prácticas sociales. Es el límite a los excesos, las injusticias y los autoritarismos. Se trata de herramientas fundamentales para construir, como lo ha hecho Huerga, este valioso ejemplar.

El autor investiga, recorre la historia, denuncia y visibiliza lo que somos y lo que debemos ser ante la discapacidad. Construye un brillante análisis teórico y lo refrenda con su práctica cotidiana. Somos lo que hacemos, no lo que pensamos. Huerga es lo que piensa y hace, ejercicio poco común en estos tiempos.

Su texto es exhaustivo. No ha dejado nada librado al azar. Rompe con los compartimientos estancos y, de la mano de la historia de la humanidad, nos ilustra acerca de cómo ha sido el comportamiento de los seres humanos en relación con la discapacidad. Dice Huerga:

Las personas con discapacidad han sido receptoras de una variedad de respuestas por parte de otras personas a lo largo de la historia de la humanidad, entre ellas: el horror, el miedo, la ansiedad, la hostilidad, la desconfianza, la lástima, la protección exagerada, el paternalismo (p. 9).

De allí en más, hace un prolijo recorrido, desde la prehistoria hasta el siglo XX. En ese recorrido, se refiere a la cultura mesopotámica, la egip-

cia, la china, la india, la griega, las culturas sudamericanas, la Edad Media, el Renacimiento, y así hasta el siglo pasado.

Luego, recurre al arte. En este campo, documenta y sostiene de qué manera el arte reflejó la discapacidad. Deja una muestra a través de distintas obras pictóricas, trabajos extraordinarios de artistas inigualables, entre ellos El Bosco, Goya o Joaquín Sorolla.

Incorpora, a su vez, el cine a su trabajo. Es inestimable el aporte de las películas seleccionadas para esta investigación. El autor da campo visual a sus palabras, a través de historias de vida reflejadas en los films, como una manera de fortalecer su objetivo. Menciona, reseña y registra más de veinticinco películas, material al que puede recurrir el lector o lectora para vivenciar profundamente la temática traída al debate.

Ocurre lo mismo a través del cómic. Las historietas e ilustraciones nos sumergen en el mundo ficcionado de la discapacidad, pero, al mismo tiempo, no dejan de perder su cuota de realidad.

Huerga continúa su tarea esclarecedora a través de la narración y la articulación de personajes históricos con discapacidad. Vuelve a demostrar lo criterioso que ha sido al nombrar y reseñar la vida de innumerables hombres y mujeres que han dejado huellas imborrables para la humanidad. En unos de sus pasajes expresa:

Nacieron con su discapacidad o la adquirieron a lo largo de sus vidas, sin embargo, las discapacidades que han tenido estas personas no fueron impedimento para que se convirtieran en genios (p. 111).

En el capítulo “Discapacidad y dictadura” es donde se potencia su compromiso político y se agiganta su trabajo. Su texto es memoria y justicia. El caso Poblete es el símbolo del libro, la bandera de libertad y militancia que no debe arriarse nunca. La aparición de su silla de ruedas en un

rincón de una playa de estacionamiento es, en su silencio atroz, un grito, un ejemplo de quienes luchan por una sociedad más justa. Se completa el homenaje y recuerdo a otros discapacitados con otros casos obtenidos del libro *Nunca más*: a Gilberto Renguel Ponce, a Mónica Protti de Guillén, a Claudia Inés Grumberg, a Rosa Ana Frigerio, a María Esther Ravelo Vega y Emilio Etelvino Vega, a Hernán Gerardo Nuguer, a Juan Di Bernnardo, a Mónica Brull de Guillén.

Finalmente, Huerga abre un espacio, invita y celebra el texto de Victoria Echeverría. Ella, con extrema lucidez, se refiere a Sexualidad, Discapacidad y Diversidad.

Discapacidad y Derechos Humanos es un texto que debe, con urgencia, incorporarse a todos los niveles educativos. Se escribe el hoy y el futuro; se lee el hoy y el pasado. Quien escribe y lee hace a la inmortalidad de la historia.

Bibliografía

Eco, U. (1988). *¿En qué creen los no creen? Un diálogo sobre la ética en el fin del milenio*. Buenos Aires: Planeta.

Normas de estilo y directrices para autores/as

La revista Salud, Educación y Sociedad recibirá manuscritos en las siguientes secciones: Artículos, Reseñas, Política y Gestión y Cartas. Para todas las secciones se aceptarán únicamente trabajos originales e inéditos redactados en lengua castellana (no se aceptarán trabajos presentados en otros idiomas). Estos trabajos no deberán estar en vías de evaluación en otra publicación, ni tampoco podrán ser enviados a otras revistas hasta tanto los/as evaluadores/as no se pronuncien –favorablemente o no– en relación con la aceptación del material. Los envíos deben respetar los formatos establecidos, y no se recibirán trabajos que no se adecúen a las normativas expresadas en esta guía. Se presentarán con interlineado 1,5, con tipo de letra Times New Roman, tamaño 12, márgenes de 3 cm y con el texto justificado, en hoja ISO A4, en formato .doc o .docx (Microsoft Word).

Sección “Artículos” y “Reseñas”

Los trabajos deberán seguir el siguiente orden para su encabezado: título del trabajo –en castellano y en inglés–, nombre/s y apellido/s de autor/es y autor/as, título de grado, último título de posgrado, cargo actual e institución y correo electrónico de cada autor y/o autora. A continuación, deberán consignar un resumen (estructurado: I-O-M-R-C¹) y palabras clave en castellano e inglés (ver condiciones de envío más abajo). Deberán tener una extensión máxima de 2500 palabras.

Sección “Cartas”

Para ambas secciones los documentos deberán ser preparados según las indicaciones de formato que se indican más arriba. Al igual que los Artículos y Reseñas, se consignarán los nombre/s y apellido/s de autor/es y autora/s, título de grado, último título de posgrado, cargo actual e institución y correo electrónico de cada autor y/o autora. No deberán incluir resumen ni palabras clave. Ambas secciones ajustarán la bibliografía citada según lo estipulado en el punto Referencias Bibliográficas (ver abajo). El material deberá enviarse acompañado de la Declaración de aspectos éticos y conflicto de intereses, y de Originalidad y derechos de reproducción.

Sección “Política y Gestión”

Se recibirán artículos que sean trabajos analíticos, críticos o propositivos originales e inéditos sobre las bases, fundamentos y propósitos del campo de la salud. Estos trabajos comprenderán las dimensiones de Gobierno y la Gestión en las organizaciones de salud. La extensión máxima será de hasta 5.000 palabras. No deben haber sido publicados en otra revista, remitidos simultáneamente a otra publicación y tampoco podrán encontrarse en proceso de evaluación en otra publicación al momento de ser presentados.

¹ Introducción-Objetivos-Metodología-Resultados-Conclusión.

Aspectos generales

Autoría

Las personas designadas como autores/as deben poder asumir públicamente la responsabilidad por su contenido, por lo tanto, la calificación como autor debe suponer: 1) una contribución sustancial en la concepción y/o diseño, la adquisición, análisis y/o interpretación de los datos; 2) la redacción o revisión crítica del artículo; 3) la aprobación de la versión final que será publicada.

Todos los colaboradores que no cumplan con los criterios de autoría deberán aparecer en el apartado Agradecimientos.

Resumen

Los artículos deberán incluir un resumen en castellano, con su correspondiente traducción al inglés. Este resumen sintetizará de forma clara los objetivos, la metodología, los resultados más relevantes y las principales conclusiones. Deberá ser estructurado en apartados, con un máximo de 12 líneas o 300 palabras. Cuando un artículo es ingresado a los servicios de indización en línea, el resumen es separado del cuerpo del texto, por lo que no deberá contener citas, llamadas o notas al pie.

Palabras clave

Para una correcta indización de los artículos en las bases de datos en línea, se deben incluir de tres a cinco términos en español e inglés que sintetizen el contenido del trabajo, los que deberán ser seleccionados del índice de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) coordinado por BIREME.

Ilustraciones

Se aceptará hasta un máximo de cuatro tablas, cuadros o figuras. Los mapas, los gráficos, las fotografías y los documentos escaneados llevarán la denominación común de figuras. En todos los casos deberán ser mencionados en el texto. Se presentarán en hojas aparte, y se indicará de qué figura se trata. Incluirán:

Numeración arábica (tablas, cuadros y figuras numeradas correlativamente en series independientes).

Título descriptivo que especifique el alcance geográfico y temporal de los datos presentados.

En todos los casos se hará mención a la fuente.

Aclaraciones sobre la fuente

Si la tabla, el cuadro y/o la figura incluidos en el trabajo no fueron publicados previamente y los datos no fueron tomados de ninguna fuente externa, se indicará "Elaboración propia".

Si se reproduce una ilustración tal como fue publicada, debe mencio-

narse la fuente original y contar con la autorización del propietario de los derechos autorales para reproducir el material. El permiso es necesario excepto en el caso de documentos de dominio público o publicados bajo licencias que permitan su reproducción (Licencias Creative Commons).

Resolución de las imágenes:

Los autores deberán enviar las imágenes según los siguientes requerimientos solicitados por la revista para su correcta reproducción:

Gráficos: para gráficos realizados en Excel, se deberá enviar el archivo original (sin exportar).

Imágenes digitales: deberán ser enviadas en formato JPEG de máxima calidad, con una resolución mínima de 300 dpi.

Lenguaje no sexista:

La revista adoptará una política editorial que abogue por el uso del lenguaje no sexista. En este sentido, las colaboraciones deberán adecuarse al uso de las formas os/as para referirse a aquellas formas que, de otro modo, quedarían englobadas bajo el género masculino. Por ejemplo: los/as habitantes; los/as maestros/as.

Agradecimientos

Todos/as los/as colaboradores/as que no cumplan con los criterios de autoría mencionados (ver más arriba) deberán ser incluidos en el apar-

tado Agradecimientos. Se incluirán además las ayudas económicas y materiales. Para ello, se indicará el nombre de la/s entidad/es otorgante/s como así también el nombre y número o código del proyecto.

Conflicto de intereses

La mención de conflicto de intereses no implica el rechazo del artículo. Cualquier conflicto de interés real o potencial, cualquier compromiso por parte del o los autores con las fuentes de financiamiento o cualquier tipo de vínculo o rivalidad que pueda ser entendido como un conflicto de intereses, debe ser explicitado. La no existencia de conflicto también debe ser declarada. En el caso que los autores o los editores lo consideren conveniente, se publicará esta información en el apartado correspondiente.

Investigaciones con seres humanos

La publicación de artículos que contengan resultados de investigaciones sobre seres humanos deberán constar en un párrafo en la metodología que especifique la obtención del consentimiento informado de los participantes en el reporte de investigación y la aprobación del protocolo de investigación por parte del Comité de Ética correspondiente.

Referencias bibliográficas

Citas en el texto

Las referencias serán citadas en el texto entre paréntesis según el siguiente formato: (apellido, año: número de página). Para las paráfrasis y referencias a conceptos, nociones o categorías más generales, se utilizará el formato (Autor, año). Cuando se citen varias páginas de una referencia, se consignarán de la siguiente manera: si las páginas son consecutivas se utilizará guion (Foucault, 1976: 14-17), mientras que para las páginas no consecutivas se utilizará punto y coma (Foucault, 1976: 14; 30). Debe tenerse en cuenta que si el nombre del/la autor/a se encuentra mencionado inmediatamente antes no debe repetirse (ver ejemplos infra).

Para las citas con más de hasta tres autores/as deben incluirse todos los nombres. En cambio, para las citas con más de tres autores/as se consignará solo el primer nombre seguido de *et al.*, aunque en la bibliografía final deban consignarse todos los nombres (ver ejemplos infra). De este modo, por ejemplo:

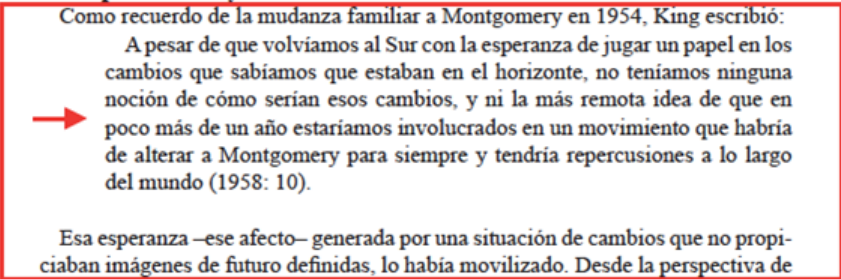
Hasta tres autores/as: Kaipl y Ríspolo (2020) / Hernández, Fili y Vega Mayor (2019).

Tres autores/as o más: Mussetta *et al.* (2019).

Cita directa: “Estos ‘observatorios’ tienen un modelo casi ideal: el campamento militar” (Foucault, 1976: 176).

Nótese que, en caso de que la cita contenga palabras entrecomilladas, las comillas deben ser simples.

Las citas extensas que superen las 40 palabras deben colocarse fuera del cuerpo del texto, sin entrecomillar, y la referencia debe incluirse al final de la cita. El punto final debe colocarse luego de la referencia. En este caso, si la cita original incluyera comillas, deben mantenerse las comillas dobles. El formato deberá respetar una sangría izquierda de 1 cm y dejar una línea en blanco al concluir:



Como recuerdo de la mudanza familiar a Montgomery en 1954, King escribió:
A pesar de que volvíamos al Sur con la esperanza de jugar un papel en los cambios que sabíamos que estaban en el horizonte, no teníamos ninguna noción de cómo serían esos cambios, y ni la más remota idea de que en poco más de un año estaríamos involucrados en un movimiento que habría de alterar a Montgomery para siempre y tendría repercusiones a lo largo del mundo (1958: 10).

Esa esperanza —ese afecto— generada por una situación de cambios que no propiciaban imágenes de futuro definidas, lo había movilizado. Desde la perspectiva de

Ejemplo tomado de Gatto, E. (2020). “Tenemos que inventar, tenemos que hacer descubrimientos”. *El futuro en el pensamiento de Martin Luther King Jr. Temas y Debates*, 24(40), 61-86.

Paráfrasis o alusión a ideas generales de un texto: Como sostiene Foucault (1976), el modelo casi ideal...

En caso de que se omita parte de una cita, deberán utilizarse tres puntos entre corchetes [...] para señalar la omisión. A su vez, si hubiese

agregados a la cita, del tipo aclarativo, correctivo u otros, se añadirán entre corchetes.

Si se citasen dos obras o más del/la mismo/a autor/a editadas en el mismo año, deben distinguirse mediante el uso de una letra para cada una (Pérez, 2020a; Pérez, 2020b). Del mismo modo se consignarán en la bibliografía final.

Listado de Referencias Bibliográficas

Las referencias bibliográficas se consignarán en orden alfabético según el apellido del/la primer/a autor/a del texto citado. Se presentarán en un listado estandarizado que contenga todos los documentos citados en el texto, independientemente del soporte en que se encuentren. A continuación, se muestran ejemplos para cada caso.

Artículos

Artículos científicos:

Apellido, N. (Año de edición). Título del artículo. *Título de la publicación*, Volúmen(Número), p. de inicio-p. de fin. URL

Viera, I. A. (2020). Recurrencia de infecciones de COVID-19. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas*. Universidad Nacional De Rosario, 1, 79–85. <https://fcmcientifica.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/23>

Zavala Arciniega, L.; Barrientos Gutiérrez, I.; Arillo Santillán, E.; Gallegos Carrillo, K; Rodríguez Bolaños, R. y Thrasher, J. F. (2021). Profile and Patterns of Dual Use of E-Cigarettes and Combustible Cigarettes Among Mexican Adults. *Salud pública de México*, 63(5), 641-652. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12365/12138>

Artículos periodísticos:

Con autor/a:

Apellido, N. (Fecha de publicación completa). Título del artículo. *Nombre del periódico o diario*. URL

Mazzola, R. (31 de octubre de 2021). Desigualdad, covid y crisis social. *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/377624-desigualdad-covid-y-crisis-social>

Sin autor/a:

Título del artículo (Fecha de publicación completa). *Nombre del periódico o diario*. URL

Advierten que muchas aves modifican su cuerpo para adaptarse al cambio climático (01 de noviembre de 2021). *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/378656-advierten-que-muchas-aves-modifican-su-cuerpo-para-adaptarse>

Libros

Libro completo:

Apellido, N. (Año de edición). *Título del libro*. Ciudad de edición: Editorial.

Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Obra colectiva completa:

Apellido, N. (coord./comp./ed.) (Año de edición). *Título del libro*. Ciudad de edición: Editorial.

Fajardo Dolci, G. (coord.) (2018). *Ritmo y rumbo de la salud en México. Conversaciones con los Secretarios de Salud 1982-2018*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Obra de autor corporativo:

Nombre de la institución (Acrónimo). (Año de edición). *Título de la obra*. URL

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2019). *Informe de Gestión 2019*. https://www.icbf.gov.co/sites/default/informe_de_gestion_2019_icbf.pdf

Capítulo de libro:

Apellido, N. (Año de edición). Título del capítulo. En N. Apellido (coord./comp./ed.) *Título del libro* (p. de inicio-p. de fin). Ciudad de edición: Editorial.

Camps, V. (1993). El derecho a la diferencia. En L. Olivé (comp.) *Ética y diversidad cultural* (pp.71-84). Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

Ponencias o participaciones en congresos, simposios, talleres, jornadas, conferencias:

Apellido, N. (Fecha completa del evento). Título de la ponencia, conferencia, discurso. *Nombre del evento*. Institución organizadora. Ciudad de realización, país.

Abelaira, P. y Arleo, S. (22, 23 y 24 de agosto de 2019). La articulación interdisciplinaria como brújula para las buenas prácticas en salud mental. *I Congreso Internacional de Salud Mental Comunitaria*. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Argentina.

Bases de datos:

Entidad o Institución (Acrónimo). (Año). Título del informe. URL

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2011). Prevalencia de vida, del último año y del último mes de consumo de fármacos por sexo, grupo de edad, nivel de instrucción y región. <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/e030223.xls>

Publicaciones en redes sociales (Facebook, Twitter, entre otras):

Nombre de persona, grupo, entidad [usuario]. (Fecha completa). *Primeras veinte palabras de la publicación*. Nombre de la red social. URL

Diputados Argentina [@DiputadosAR]. (27 de octubre de 2021). *Con 198 votos afirmativos, 0 votos negativos y 0 abstenciones, se aprobó el proyecto de Alivio fiscal para fortalecer la*. Twitter. <https://twitter.com/DiputadosAR/status/1453310423206350848>

Video de YouTube:

Nombre del autor o del canal [Nombre de usuario/a en YouTube] (Fecha de publicación). Título del video. YouTube. URL

Universidad del Gran Rosario [Universidad del Gran Rosario] (25 de junio de 2021). Introducción al programa de cannabis en Argentina. https://youtu.be/PVvf_XgUkVY

Envío de manuscritos

Los/as autores/as podrán enviar sus contribuciones a través del sistema en línea. Para hacerlo, es necesario registrarse e identificarse para poder enviar artículos online y para comprobar el estado de los envíos.

Asimismo, es posible enviar un trabajo mediante correo electrónico. Para ello, se debe cumplir con los requisitos que se especifican a continuación: Se deben enviar dos archivos diferentes. Uno de ellos debe contener el título, el resumen –en castellano e inglés–, las palabras clave y el cuerpo del texto. El otro debe consignar el título del manuscrito, nombre, apellido, dirección de e-mail y filiación institucional de cada autor/a.

Ambos archivos deben enviarse a la siguiente dirección de correo electrónico: revistaseys@ugr.edu.ar

Corrientes 1254, Rosario (2000)

Santa Fe, Argentina

341 - 4838100

revistaseys@ugr.edu.ar



**Universidad
del Gran Rosario**