

Infancias....

Miradas e intervenciones

Ivonne Ramírez Martínez (Coord.)
Sagrario Pérez de la Cruz
César Maldonado Sanabria
Richar Villacorta Guzmán

Infancias.... Miradas e intervenciones

Ivonne Fabiana Ramírez Martínez (Coord).
César Maldonado Sanabria
Richar Villacorta Guzmán
Comité Académico Doctoral (CAD)
Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca

Sagrario Pérez de la Cruz
Universidad de Almería. Almería, España

Auspiciadores:

Universidad de Almería-España
Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Facultad de Ciencias Tecnológicas de la Salud
Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca

ES PROPIEDAD DEL AUTOR

Todos los derechos reservados de esta edición
Registro de propiedad intelectual.
Depósito Legal: © N° 3-1-2279-15
ISBN: 978-99974-50-84-5
1ra. Edición: 500 Ejemplares

Contactos: ifrm14@gmail.com

Editores: Javier Calvo Vásquez
César Maldonado Sanabria

Pintura de portada: Daniela R. M.
Fotografías: Javier Calvo Vásquez

Diseño gráfico: Gustavo R. Moya Torres • Cel. +59176111200
Impreso en "RAYO DEL SUR" • Telf. +591 4 6428699 • Calle Colón N° 107
Sucre - Bolivia

ISBN: 978-99974-50-84-5



Financiado por AACIO
Proyecto: 2016DEC018
UAL-USFXCH

Agradecimientos:

Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Dra. Sagrario Pérez de la Cruz
Universidad de Almería-España

Virginia Cuadros Rivera, Ph.D.
Decana - Facultad de Ciencias Tecnológicas de la Salud
Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca

Dr. Gonzalo Navarro Rodríguez
Director carrera Kinesiología y Fisioterapia
Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca

Lic. Javier Calvo Vásquez
Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca

A todos los autores, por su colaboración.

INDICE

- **Presentación** 9
Ivonne Ramírez Martínez, César Maldonado Sanabria.
- **Prolegómeno** 11
Sagrario Pérez de la Cruz
- **Prólogo Sucre y los niños** 13
Manuel Fernández. Universidad de Granada. Granada, España.
- **¿Lo abyecto normal? ¿o la normal abyección?** 17
César Maldonado Sanabria. Comité Académico Doctoral UMRPSFXCH. Sucre, Bolivia
- **Infancia: sacralización de la violencia instituida** 31
Juan Richar Villacorta Guzmán. Comité Académico Doctoral UMRPSFXCH. Sucre, Bolivia
- **Mortalidad Materna en Chuquisaca. Inequidad Social. 2002 -2014** 47
Fulvio Arteaga Vera. Facultad de Medicina. UMRPSFXCH. Sucre, Bolivia
- **Revisión de la problemática de la adolescencia y la juventud, aproximaciones a la comprensión de la salud colectiva de estos grupos.** 67
Ivonne Ramírez Martínez. Comité Académico Doctoral UMRPSFXCH. Sucre, Bolivia
Paola Andrea Zegada Ramírez. Universidad de Buenos Aires. Policlínico del Docente. Buenos Aires, Argentina.
- **Lecciones aprendidas de la revisión de buenas prácticas de Atención Temprana en Bolivia** 93
Manuel Fernández Cruz, José Gijón Puerta. Universidad de Granada. Facultad de Educación. Granada, España.
- **Estudio del desarrollo psicomotor en niños de 0-5 años en instituciones y centros de acogida, Sucre – Bolivia** 127
Ivonne Ramírez Martínez. Comité Académico Doctoral UMRPSFXCH.
Laura Apaza, Sharai García, Dayana Sorzano, Derlis Paredes, Eudocia Sanabria. Facultad de Ciencias y Tecnologías de Salud. Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, Sucre, Bolivia.
- **Protocolo de detección y seguimiento del riesgo psiconeurosensorial en menores de 12 meses para la atención primaria desde las políticas públicas de salud en Bolivia** 137
Ivonne Ramírez Martínez. Comité Académico Doctoral UMRPSFXCH. Sucre, Bolivia.
Sagrario Pérez De La Cruz. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería. Almería, España.

- Exploración neurocinesiológica	161
<i>José Ignacio Calvo Arenillas Universidad de Salamanca. Salamanca, España</i>	
- Descripción de las cadenas cinéticas de la reptación refleja de Vojta en adultos mediante análisis electromiográfico	179
<i>José Ignacio Calvo Arenillas, Juan Luis Sánchez González, Ekaine Rodríguez Armendáriz, Catalina Loaiciga Espeleta, Carmen Sánchez Sánchez. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca, Salamanca, España</i>	
- Síndrome de Turner y su rehabilitación	187
<i>José Ignacio Calvo Arenillas y su rehabilitación. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca, Salamanca, España</i>	
- Programa de terapia acuática en parálisis cerebral infantil: a propósito de un caso	195
<i>Sagrario Pérez De La Cruz. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería. Almería, España.</i>	
- ¿Va la información que proporciona el cuestionario M-CHAT-R más allá de las impresiones de pediatría?	213
<i>Ekaine Rodríguez Amendariz., Calvo Arenillas. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca, Salamanca, España</i>	
- Cuando lo inesperado rompe la construcción de la cuna simbólica	233
<i>Ivonne Ramírez Martínez .Comité Académico Doctoral UMRPSFXCH. Sucre, Bolivia</i>	
- Detección y abordaje terapéutico en niños víctimas de abuso sexual con dificultad de apego en su desarrollo	257
<i>Carolina Maldonado Araujo. Facultad de Ciencias y Tecnologías de Salud. Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, Sucre, Bolivia.</i>	
- Autoimagen del adolescente vinculada a los trastornos de la alimentación	269
<i>Ana María del Rosario Asebey Morales. Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, México</i>	
- Las falencias de la memoria autobiográfica como síntoma de malestar a la vista del tratamiento clínico de niños y preadolescentes	285
<i>Paula Benedict de Bellot. Santa Cruz, Bolivia</i>	
- Epílogo	294
<i>María del Carmen Santos Asensi. Universidad de Salamanca, Salamanca, España</i>	

PRESENTACIÓN

El Comité Académico Doctoral de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca presenta una colección de artículos arbitrados denominada Infancias: Miradas e Intervenciones, fruto de la producción e internacionalización del conocimiento, donde las fronteras entre países se diluyen y se fusionan los intereses respecto a un tema apasionante como es el desarrollo integral del ser humano durante la infancia.

Usted tiene en sus manos una serie de estudios donde intervienen especialistas en salud, psicólogos, pedagogos, filósofos, antropólogos, críticos literarios, teólogos y especialistas que bordean las disciplinas sociales y los de la salud. El acierto del texto es también que se reunió a especialistas de distintas universidades, incluso internacionales, de la Argentina, México y España. De Bolivia tenemos la participación de docentes e investigadores de las universidades Andina, Gabriel René Moreno, la Católica de San Pablo y San Francisco Xavier de Chuquisaca.

Por primera vez en el ámbito académico local, se articulan las producciones científicas universitarias de distintas latitudes desde un paradigma transdisciplinario que trasciende las fronteras de la salud y se matiza con los aportes de las ciencias sociales; esto con un objetivo único, reflexionar sobre la problemática del niño desde la salud integral.

Las miradas documentan la experiencia de los tratos e intervenciones sobre los infantes según disciplinas, culturas, religiones, gobiernos y regímenes. En este engomado también entran los tipos de mentalidades que se enfrentan a las infancias. Los textos son un intento por evitar las intervenciones aisladas que creen que cada especialidad es autosuficiente y engloba toda la ciencia y la sapiencia en sí misma y que hace innecesario el diálogo integral y la intervención de otras especialidades. Las infancias merecen un trato integral, dialogado y cabal. La idea de origen era mostrar los puntos de vista de las especialidades para incentivar el diálogo inter, multidisciplinar y transdisciplinar.

Nuestro agradecimiento a la Junta Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo y la profesora Sagrario Pérez de la Cruz de la Universidad de Almería (España), Coordinadora del "Proyecto de Detección y atención al riesgo de alteraciones del neurodesarrollo psicosociales en menores de cinco años"; varios artículos documentan las experiencias en torno de la detección temprana como objetivo principal del mismo.

La edición e ilustración del libro se realizó con el apoyo de Javier Calvo Vásquez, quien con sus fotografías conecta más al lector con el tema de estudio y con la vida misma. Su aporte nos pasea por las realidades de las infancias.

Y bueno, a esta producción bibliográfica, sólo le queda andar y nutrirse con el alimento que cada lector le vaya a dar...

César Maldonado Sanabria
Ivonne F. Ramírez Martínez

PROLEGÓMONO

Sagrario Pérez de la Cruz
Universidad de Almería. Almería, España

Cosas difíciles son puestas en nuestro camino, no para pararnos, sino para llamar a nuestro coraje y fortaleza.

No quisiera empezar este prólogo sin agradecer a la Dra. Ivonne F. Ramírez su amistad y apoyo en múltiples ocasiones, cuando desde hace ya unos años, nuestros caminos coincidieron. Fue gracias a nuestra amiga en común la Lic. Florencia Coria, terapeuta del Hospital Hernández Vera, que gracias a su empeño, nos llegamos a conocer, y desde entonces, hemos trabajado y vivido cantidad de cosas, unas muy buenas, y otras no tanto, pero siempre agradecida por todo.

Para situarnos en este contexto, cabe resaltar que el Sistema Nacional de Salud boliviano, a través del Continuo de la Vida, tiene en su cartera de servicios la atención de salud a los niños menores de 5 años y a las mujeres hasta los seis meses después del parto. Se está cubriendo la atención primaria, pero siguen existiendo importantes vacíos a nivel de prevención y promoción de la salud secundarios.

Un ámbito que se ha analizado y descrito como deficitario es la prevención del riesgo psico- neuro- sensorial del recién nacido hasta los 5 años. Por ello, es importante plantear estrategias para implementar acciones complementarias que cubran la demanda de atención en salud infantil, siendo los problemas de discapacidad física los que mayor incidencia presentan dentro de la problemática de discapacidades en población de 0 a 5 años. Es preciso contar con un adecuado y correcto examen del neurodesarrollo, incluyendo ítems tan variados como los reflejos posturales, reacciones del desarrollo motor, tono muscular y patrones motores, como predictores en cada etapa de desarrollo del niño.

Por todo ello, se planteó a la Agencia Andaluza de Cooperación para el Desarrollo el proyecto para poder llevarlo a cabo en Bolivia, y contando con la estimable colaboración de la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Gracias a esta iniciativa, desde marzo de 2017 ya se está trabajando en ello, con el objetivo de afianzar, dar continuidad y expansión a otros Departamentos del Estado Plurinacional de Bolivia, y por ende, a los niños de otros lugares del país que puedan ser beneficiarios de este servicio, necesario para lograr una atención completa a la infancia.

Pero esta obra no consta únicamente de la problemática del niño, y discapacidad, sino que se podrá conocer y comprender temas tan diversos, pero a la vez tan relacionados entre sí, como la problemática que surge entre madre y niño, el embarazo a edades tempranas (siendo uno de los grandes problemas de la adolescencia en Bolivia), al igual que otros aspectos donde sí se profundiza en el día a día del niño con algún tipo de capacidad especial, que hace que necesite apoyo profesional para su

completo y adecuado desarrollo (terapias que se aplican en la actualidad, protocolos de tratamiento implementados en los Servicios de Salud, problemas que surgen en las salas diseñadas para su tratamiento- también conocidas como salas de rezago-, etc.).

Un niño no es sólo una persona individual y simple, sino todo lo contrario: es complejo, apasionante, cambiante, influenciado.....y con ello se ha querido dar luz a toda una red que acompaña y determina cómo será un niño desde su nacimiento, infancia, adolescencia, madurez...en resumen: toda su vida. En esta obra, dedicada por y para los niños, se navega por las distintas etapas y situaciones que viven y/o vivirán a lo largo de su niñez, infancia y adolescencia. Y abarcando ámbitos dispares, pero que es preciso unificar para que el niño se desarrolle de manera global y completa. Es una obra amplia y necesaria para mostrar a la sociedad (boliviana y más allá) una realidad que viven, día a día, los infantes que conviven con algún tipo de capacidad especial.

Pero quisiera, y ya que me dan la oportunidad de expresar unas ideas previas a la obra que disfrutaran y "degustarán" con deleite e interés, de mostrar un enfoque no tan "sanitario" a esta problemática.

Cuando leemos en la prensa o medios de comunicación sociales situaciones donde personas con capacidades especiales han hecho frente y superado sus dificultades, estamos convencidos de que han trabajado duro, y merecen una recompensa por ello. Todos vivimos nuestro día a día con dificultades, unos mayores y otras no tanto, pero siempre hacen que saquemos lo mejor de cada uno para poder gritar: "¡prueba superada!". Pero especialmente sacude nuestros corazones experiencias de discapacidad vividas en primera persona por niños. Pensamos que no están preparados para poder afrontar retos que, para nosotros adultos, suponen un hándicap difícil de aceptar y vivir con ello.

Son héroes que día a día enseñan a sus padres, familiares, entorno más cercano, compañeros de colegio y de aventuras como ser un héroe con capa invisible. Son ellos los que ponen cara a tantos y tantos problemas físicos, psíquicos, sensoriales, sociales, que hacen que el adulto llegue a preguntarse cómo un cuerpecito pequeño y menudo puede albergar tanta fortaleza que día a día hace que no se fracture su ánimo. Sigo pensando lo mismo: SON HÉROES.

Por todo ello, se culmina con este libro unas inquietudes que han fraguado en esta obra completa y variada, contando con participación de profesionales de distintas partes del mundo, separados geográficamente, pero unidos en un objetivo común: LA INFANCIA.

Agradecer, por último, a la Agencia Andaluza de Cooperación para el Desarrollo, a la Universidad de Almería (España) y Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolivia) su apoyo, no sólo económico, sino en querer desarrollar y ayudar en la implantación de políticas sociales igualitarias y para el desarrollo de programas de detección, prevención y atención de esta población, futuro de la sociedad boliviana, y hermanada con la sociedad española.

PRÓLOGO

SUCRE Y LOS NIÑOS

Manuel Fernández Cruz

Universidad de Granada, Granada - España

Sentado en un café de la plaza 25 de mayo de Sucre, un mes de julio de 2015, observo el paisaje humano que se presenta ante mis ojos. Por detrás del viejecito con sombrero que deambula a cortos pasos de un lado a otro de la ventana por donde miro, al otro lado de la calle, circulan las señoras con sus compras de vuelta a casa; los empleados que hilvanan sus asuntos en continuo trasiego de despacho en despacho; los jóvenes detenidos sobre un banco, bajo un rayo de sol, filosofando un instante sobre su existencia; las adolescentes que ríen, unas con otras, de todo o de nada... Pero entre todos ellos, a pocos centímetros del suelo, conformando un escenario vivo, pleno de sonidos y colores, están las niñas y niños que salen de la escuela, que acompañan a sus abuelos para vender unas golosinas o pedir una moneda, que juegan y gritan y se persiguen y van y vienen en un baile sin fin que enloquece y divierte al mismo tiempo. Los niños son la esencia de la plaza.

Hay ciudades cansadas, ciudades viejas, ciudades sin vida, ciudades donde la infancia es invisible. Sucre, no es así. Sucre es la ciudad de los niños. La ciudad de los niños inquietos, ruidosos, curiosos, sensibles, impacientes, hábiles o incapacitados, a veces necesitados, siempre vitales.

Estoy aquí, en Sucre, para estudiar la situación de la infancia. Mis libros son eco de las múltiples voces que piden volcar nuestra atención en estos niños que son la esencia de la sociedad boliviana. Los mismos niños que pueblan la plaza, los mismos a los que afecta, de una u otra manera, la normalidad y abyección implícitas en las prácticas de crianza, la muerte violenta, la mortalidad materna; las costumbres de lactancia; las prácticas de atención temprana, la necesaria observación de su desarrollo psicomotor, el riesgo psiconeurosensorial, el abuso sexual; la parálisis cerebral u otras patologías, el síndrome de Turner, el duelo, la ausencia de políticas colectivas de salud a edades un poco más tardías, las falencias de memoria autobiográfica, los trastornos de la alimentación o la violencia entre iguales.

De esos niños y de esos asuntos trata este libro.

En él, César Maldonado presenta una reflexión sobre normalidad y abyección como parámetros culturales que configuran las prácticas de crianza, al tiempo que repasa el imaginario colectivo contenido en la narrativa sobre la infancia en América Latina, para desvelar mitos que están presentes en la cotidianidad de las relaciones educativas. Su reflexión se nos convierte en elemento de partida para la reconstrucción de las prácticas educativas en la primera infancia.

Villacorta, denuncia el incremento de las muertes infantiles violentas y presenta los siete desafíos que deben abordar las políticas educativas y de salud para acabar con esta situación: cuidado del cuerpo y de la vida; mayor inversión en salud; educación para la vida; nueva ecología en la relación naturaleza-madre-niño; políticas de inclusión; inclusión de lo sagrado de la vida; y ambientes ecodinámicos.

Arteaga presenta un análisis estadístico de carácter observacional, longitudinal retrospectivo y descriptivo, sobre la mortalidad materna en Chuquisaca determinando los comportamientos históricos de variables como la edad, el nivel de educación, el lugar de defunción, el número de embarazos y los embarazos en el área urbana y rural de los casos de muerte materna que se han presentado en los últimos años.

En otra aportación, Ramírez y Zegada, revisan la problemática de la adolescencia y la juventud desde una aproximación a la comprensión de la salud colectiva de estos grupos a partir de los últimos informes publicados que documentan los estados de situación. A partir de su revisión denuncia que las necesidades y derechos de los adolescentes y jóvenes en materia de salud no figuran en la agenda política de salud, ya que se han priorizado otros grupos vulnerables.

Fernández Cruz y Gijón presentan un análisis de 25 casos de buenas prácticas de atención temprana en centros y servicios infantiles de Bolivia y realizan recomendaciones para posibilitar la transferencia de pautas, protocolos, modelos y métodos de evaluación y diagnóstico que están funcionando de manera exitosa en el país.

Calvo Arenillas refiere la importancia de la exploración cinesiológica para el diagnóstico precoz del desarrollo psicomotor y posibles alteraciones, que indique la necesidad o no de tratamiento fisioterapéutico en los infantes, basado en la observación de la madurez neuromotriz de ocho funciones: toma de contacto con el medio; función de apoyo de la extremidad superior; función de apoyo de la extremidad inferior; prensión manual; garra plantar; función de volteo; mirada; boca.

Ramírez y Maldonado analizan los procesos de detección de alteraciones neuromotoras y psicosociales en menores de 12 meses en los centros y puestos de atención primaria en el sur del país. El estudio está basado en investigaciones previas y concluye en la necesidad de incorporar un protocolo de del riesgo psiconeurosensorial para que estas prácticas de atención temprana primaria se inscriban en el marco de una atención primaria que reduzca los índices de discapacidad.

Pérez de la Cruz describe un caso clínico sobre el uso de la fisioterapia acuática (FA) o práctica especial de fisioterapia dirigida a la rehabilitación de una niña con Parálisis Cerebral Infantil que se sirve de las múltiples posibilidades que ofrece el medio acuático para lograr objetivos físicos y funcionales que están siendo trascendentales para la rehabilitación neurológica y pediátrica.

Calvo Arenillas y junto a su equipo de investigadores presenta un estudio de comparación de la activación del gastronemio medial y bíceps femoral estimulando el punto del calcáneo descrito por Vojta con respecto a la activación de dicha musculatura a través de un punto no descrito, las conclusiones refieren que la condición del estímulo de Vojta activa la contracción muscular con respecto a la estimulación del otro punto, verificando la teoría descrita por este autor.

Ramírez y otras investigadoras del área de la kinesiología estudian el desarrollo psicomotor de menores de 5 años en centros de custodia infantil en la ciudad de Sucre y concluyen sobre la importancia de la deprivación estimular en las áreas sobre todo del lenguaje y social, fundamentales para el desarrollo cognitivo y emocional de los niños.

Ramírez, en otro artículo mira la desprotección frente al duelo psicológico y los vacíos que vivencian los padres de niños que nacen con algún trastorno del neurodesarrollo y cómo diversos factores impiden recibir atención temprana para el niño y su familia por parte de una red estatal de orientación y apoyo que debe brindar el sistema de salud boliviano.

Maldonado Carolina refiere un estudio sobre la detección y el abordaje terapéutico en niños víctimas de abuso sexual con dificultad de apego en su desarrollo, desde el convencimiento de que presentan frecuentemente comportamientos sexuales anormales que interfieren en su habilidad para ser aceptados en las relaciones sociales y la necesidad de intervención para ayudar al niño traumatizado y abusado para no volverse un abusador.

Asebey, parte del concepto de autoimagen y expone algunos de los aspectos significativos referentes a las vicisitudes biopsicosociales presentes universalmente en el proceso adolescente, lo que permite comprender la compleja dinámica subjetiva de la obesidad, la anorexia y la bulimia, síndromes que se presentan, sobre todo, en esta etapa del desarrollo humano y se vinculan a perturbaciones o alteraciones tempranas de la autoimagen.

Benedict de Bellot, argumenta sobre las falencias de la memoria autobiográfica como síntoma de malestar a la vista del tratamiento clínico de niños y preadolescentes analizando la disfuncionalidad de los procesos de la memoria autobiográfica como un indicador o síntoma específico pero no único, de las dificultades cognitivas o emocionales que presentan éstos.

El conjunto de estas aportaciones es un peldaño más en la comprensión de la infancia y su situación específica en Bolivia. Distintas miradas, intervenciones complementarias y un mismo afán: asegurar la salud y una mejor educación para los niños que juegan en las plazas, acuden a las escuelas, viven en sus casas o en las calles; de aquellos que reciben abrazos y protección y de aquellos que son abusados; de los que llamamos normales y de los que sufren algún tipo de enfermedad; de los que van a la cama con el estómago lleno y de los que no duermen por tenerlo vacío; los que tienen padres y los que no los tienen y están acogidos en centros.

¿LO ABYECTO NORMAL? ¿O LA NORMAL ABYECCIÓN?

Maldonado Sanabria, César

*Comité Académico Doctoral, Universidad
de San Francisco Xavier de Chuquisaca*

Resumen

La abyección parece haberse convertido en la natural manera de ser en Latinoamérica. la abyección en escritores como García Márquez (1981), Paz (1990) y Vargas Llosa(2010), premios Nobel de literatura, se representa a Latinoamérica por la narración de situaciones , de personajes y objetos abyectos. García Márquez describe a Sierva María de Todos los Ángeles, María Mandinga en boca de la niña como un sujeto anormal y una adolescente que necesita ser resuelta mediante la religión, el exorcismo y la superstición. La abyección, en vez de ser una situación incómoda y anormal se ha convertido en la manera normal de ser y de aparecer, la manera de ser saludable; en cambio, la búsqueda de la felicidad parece haberse convertido en anormal. El trabajo analiza obras de Da Cunha, García Márquez, Vargas Llosa y Sáenz en sus aspectos de abyección.

Palabras clave: Abyección. Representación literaria. Salud integral del niño. Maneras colectivas de ser.



¿LO ABYECTO NORMAL? ¿O LA NORMAL ABYECCIÓN¹?

F. César Maldonado, S.I.

*Comité Académico Doctoral. Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier
de Chuquisaca. Sucre, Bolivia*

Introducción

¿A quién le interesa la normalidad y quién la construye y quién soluciona el desperfecto que esta normalidad construye? En la salud y en otras layas humanas se toma menos en cuenta la particularidad y el sentido cultural, de identidad para sancionar; a menudo se impone la idea y la práctica imperantes que califican o destronan a otros, diversos y diferentes. La serie legalizada de miserias impuestas encuentra la práctica continua de la humillación que ya no parece desastrosa ni perjudicada. ¿Se ha impuesto la abyección sobre la común normalidad, tanto, que la práctica empieza con los que gatean, los niños?

Foucault (1995) pudo ser quien más se encargara de encarar los hechos ficticios, convencionales e impuestos de normalidad, enfermedad, salud, cordura y locura; sin embargo, cualquier pueblo representa los límites de la referencia entre lo legal y lo ilegal, lo cabal y lo monstruoso, el sano y el enfermo. Algunos pueblos y culturas escogen más lo anormal, que convierten en normal, en una práctica abyecta; esta es la normalización de la abyección.

1 Del latín abiectio, -onis, se refiere a la bajeza, el envilecimiento, la humillación.

La literatura latinoamericana ha tenido su culmen con esta temática². La enfermedad se ha hecho normal, la salud parece un asunto de rara presencia. El género más efectivo, llamativo, recursivo y famoso desde América Latina es lo abyecto. La representación y la narración de la abyección tiene hasta premios Nobel.

La abyección no es de reciente práctica, parece un asunto culturalmente normalizado y aceptado. El caso de la cultura colonial inka referida en los Documentos de Huarochirí (1991³) describe a dioses transformistas, enamoradizos, taimados, pendencieros y libidinosos; esto equivale a la lucha de las culturas que conquistan y son conquistadas. A su vez se muestra la subida del mar a la actual Cusco. Felipe Guamán Poma de Ayala (1980 [1613]) en su historia paralela señala el origen del incario en los "hermanos" Manko Qhapaq y Mama Ukllu, quienes reciben la orden de fundar un imperio allá en la tierra donde el bastón que reciben se hunda⁴. La abyección en este caso consiste en que los originadores del inkario son hermanos y esposos. Las versiones coloniales y pre-coloniales sobre el tío, diablo otorgan a este señor del subsuelo la bondad del bienestar y la posibilidad de conversar y pactar con sus devotos.

La abyección es también la astucia de la ambigüedad ganada para reforzar y normalizar la miseria humana. La intervención más radical y grosera sobre la salud y el equilibrio andinos viene mediante la presencia poco clara y aclarada de qhari siri⁵, ¿un cura con hábito, un médico, un blanco invasor? Encargado de robarles la vida a los nativos quitándoles la grasa para fabricar hostias -¿resistencia contra la religión del invasor?- o para elaborar las medicinas -¿resistencia contra la ciencia y la salud maquinadas por el invasor que mutila y no prefiere la integridad? Lo curioso es que ni siquiera la literatura, con la excepción de Vargas Llosa, más descriptivo que preciso, en Lituma en los Andes (2001), tocan este tema, lo que hace creer que es una versión altamente esquiva y oral. La abyección en este caso puede parecer una rivalidad de género, el macho europeo elimina al macho nativo para violar a las nativas y embarazarlas; en la muerte está la imposición, en la violación, el mestizaje y el abuso aceptado sin mucha protesta, el inicio y la perpetuación de la miseria.

2 No es parte de este asunto, pero conviene señalar algunas obras de la cumbre literaria latinoamericana que señalan el extremo de la miseria y la abyección. **Pedro Páramo** (2015), de Juan Rulfo. La obra nos presenta la historia de Comala, de los años de la guerra de 1910 mexicana. Los protagonistas recuerdan las miserias de la guerra acostados en sus tumbas. **Cien años de soledad** (2007), de Gabriel García Márquez hace famoso a Macondo en una suerte de exterminio, producto de las guerras, las rencillas y, sobre todo, del incesto. En este texto, la ciencia es una rara curiosidad entregada en sánscrito. **El señor presidente** (1997), de Miguel Ángel Asturias nos presenta la continua corrosiva presencia de las dictaduras que se adueñan de países, haciendas, conciencias e ideas, si es que las dictaduras tienen algunas. **Uno y el universo** (1975), de Ernesto Sábato muestra su renuncia a la ciencia física en orden a decepcionarse de ella. Latinoamérica admira lo que no puede producir y sueña la práctica de la ciencia que, más bien ha destruido, creado la diferencia y no ha solucionado la vida, tal como lo soñó. Lo anormal se convierte en normal.

3 Transcritos, comentados y traducidos por Frank Salomon y Jorge L. Urioste: **The Huarochirí Manuscript. A Testament of Ancient and Colonial Andean Religion**. University of Texas Press.

4 El paralelismo bíblico parece claro: El bastón de Moisés, prófugo de la ley egipcia y tartamudo, para provocar las plagas ante la terquedad de faraón y para abrir el Mar Rojo (Cf. Ex 4: 1-17). El caso del imperio azteca es también sintomático: la ciudad sede se fundará allá donde se vea a un águila devorando a una serpiente encima de un cactus.

5 En las zonas andinas del Perú se llama Pistacho, en otras regiones de Bolivia se lo conoce como qhari, qhari.

El trabajo intenta abordar la recurrente tendencia latinoamericana hacia la abyección; en este intento se verá la salud al revés, es decir como la enfermedad cotidiana. Cuatro obras sustentarán este desvelo abyecto: *Os sertões* [1902], de da Cunha; su paralelo, *La guerra del fin del mundo* (2008), de Vargas Llosa; *Del amor y de otros demonios* (1994), de García Márquez y Felipe Delgado, (1980) de Sáenz. En orden sucesivo, la abyección aparece en los movimientos mesiánicos latinoamericanos, en este caso en el noreste del Brasil (da Cunha y Vargas Llosa), en la enfermedad, la doctrina, la superstición de la Cartagena colonial en el que una niña es causante de la confusión (García Márquez). El texto tocará colateralmente el otro extremo de la vida, el abandono total, mezcla de abusos y desesperanza en un asilo de ancianos (Donoso, 1999) y la borrachera y la vida o el punto de vista desde ese estado, por la visita más “humillante” a los antros y personas envueltas en la marginalidad y la marginación cuando los ideales se han marchado; esto, en La Paz. En todas estas obras la enfermedad o lo anormal, la abyección, son de frecuente recurrencia.

Vargas Llosa (2000, clases en Georgetown University, EE.UU.) sostenía que la temática y la manera de ser más recurrentes de nuestro continente prefieren y naturalizan la humillación, el sufrimiento y la miseria. La literatura, la política, la religión y las prácticas tradicionales se cargan de abyección. El envilecimiento del carácter colectivo parecía lo normal. Quizás por eso la enfermedad o el rechazo ya no llamen la atención en su solución, por parecer normal. Este aspecto empieza en la infancia. Los niños son habituados a la humillación y reciben tratos de esa laya.

1. La normalidad al revés: guerras y mesianismos.

La fe puede tener las más diversas aristas, desde la salvación y el sueño de paraíso hasta el miedo de la condena eterna. La fe se puede vivir con miedo o con esperanza o con la mezcla de ambos. En la fe entran el raciocinio y la irracionalidad, el fanatismo y la sanción más desgastada de razonamiento. Según se practique, la fe sólo teme el infierno o sueña el paraíso. En este rincón del mundo se practican las más dispares manifestaciones de fe, desde la teología de la liberación a las inmolaciones masivas de las Guayanas en los años ochenta; desde masivas peregrinaciones marianas, hasta masacres de curas⁶ por regímenes dictatoriales. Estas manifestaciones no se han librado de los mesianismos milenarios ni de los reiterados anuncios apocalípticos de los finales de los tiempos. Y aún estamos aquí, vivos, siendo abofeteados por la miseria, lo único que no cambia. La fe puede poner la salud o la enfermedad, la salvación o la condena o mezclarlo todo.

Da Cunha [1902], en su preocupación por la guerra de los Canudos de fines del siglo XIX y principios del XX, en el noreste brasileño y Vargas Llosa (2008), en su más efectivo estilo literario nos entregan versiones del mismo hecho: la rebelión de los pequeños y abandonados, mezcla de reivindicación social, política y religiosa y la caricatura y represión que el estado hace de ellos. Antônio Conselheiro se constituye en el líder total. La visión de da Cunha pretende ser más objetiva, hijo de su época, adopta la postura positivista. Vargas Llosa, en

⁶ El caso de los jesuitas de El Salvador junto a su empleada y la hija de ella. El más famoso de entre ellos era Ignacio Ellacuría.

una postura más posmodernista, juega al relativismo crítico de los desvelos y daños que provoca la fe, sobre todo cuando ella cae en el irracionalismo y las prácticas, definitivamente, son abyectas.

Da Cunha, en su época y Vargas Llosa en la actual, no solo narraron, sino que pensaron la sociedad latinoamericana en los aspectos que sus obras tratan. González Echevarría (1998) sostenía que la literatura latinoamericana reemplazó durante mucho tiempo al pensamiento social y científico, ante la carencia de escuelas de pensamiento. Además, las corrientes literarias imitaron, según las épocas, los métodos y corrientes de pensamiento venidos de Europa. Da Cunha, según él, en su obra **Os sertões**, quiere ser historiador y científico social al estilo del positivismo, muy vigente a finales del siglo XIX y principios del XX.

Miller (1999) no es extraña al señalar que la intelectualidad latinoamericana, orgánica ha sido ausente. Los intelectuales, a menudo han sido exiliados y acallados. La literatura, entonces, toma protagonismo, con autores presentes en sus territorio o, generalmente exiliados, como Roa Bastos, Mistral, Neruda, Asturias, García Márquez, Donoso y el movido voluntariamente, Vargas Llosa. La temática generalizada de estos grandes autores refieren las miserias que los regímenes han otorgado a la población latinoamericana. Según la temática generalizada, Latinoamérica se ha convertido, ha sido hecha la zona de la abyección, en la vida real y en la narración. Lo abyecto es lo normal, no tanto la alegría ni la esperanza. Esta ni siquiera es una visión pesimista.

La fe, desde la narración literaria, ha sido tomada desde su moción de abyección y confusa, no tanto por su aspecto de salvación, cuanto de trauma, condena y disputa. Según la narración de Vargas Llosa los niños son las primeras víctimas de las supersticiones y excesos de la fe. No piden participar de una religión y se los inmiscuye, no optan, se opta por ellos y se les transmite la fe por el defecto, no por la virtud, por el miedo, no por la alegría. Esto supone la enfermedad del alma inicial e indeleble, la que consignará la práctica abyecta como sello.

La abyección es la fijación en la obra de Vargas Llosa. A él le interesa narrar y opinar sobre la miseria total en la guerra de los Canudos. Para el caso le interesa más atender el aspecto religioso milenarista, mesiánico del movimiento, el detalle de sus prácticas. Presenta al consejero, Antônio, como al líder de los pobres, el casi inaccesible, el odiado por los poderosos y adorado por los miserables, tanto que él atrae a ejércitos de miserables, capaces hasta de beberse sus orines y comerse sus heces para recibir el milagro. La obra es muy artista al señalar que el consejero es tratado como mesías; para esto se hace fuerte con las creencias de fines de centuria, de que los cambios de centuria y de milenio traerán apocalipsis severas, generalmente ligadas al fin del mundo, como el título de su obra.

El ejército brasileño termina con esta revuelta. La historia y el hecho no parecen importar a nadie bajo el entendido de que ha sido una de tantas asonadas entretenidas por miserables. Los miserables, una vez más, no parecen interesar a nadie. Las lacras se han de barrer y no conservar ni admirar. El recuerdo de este acontecimiento es la literatura con su insistencia abyecta.

La enfermedad colectiva, social, política, económica y religiosa empiezan con la habituación a lo abyecto, desde la infancia, con pleno conocimiento de causa e imposición.

La representación abyecta de Latinoamérica es frecuente en las obras más representativas. La temática es la cara de presentación frente al resto que consume nuestros argumentos como identidades unificadas. La representación es la de la América Latina que despierta lástima y no tanto ilusión ni esperanza, la acostumbrada al llanto, al asesinato, a la enfermedad; el continente de la religión.

2. Dos extremos: "anormalidad" apaleada.

Donoso (1999) apunta al asilo actual, ¿el final de la vida? García Márquez (1997), a la infancia colonial y a la mezcla de culturas que quieren ser regidas por la doctrina y la superstición.

Los extremos de la vida, la niñez y la vejez llaman la atención de las obras de García Márquez y de Donoso, respectivamente. La salud de los extremos afecta la vida de todas las generaciones, a pesar de que a los viejos se los exilie a los asilos, el olvido o el abuso y a los niños, a los jardines o a los desvelos de los adultos.

"Un perro cenizo con un lucero en la frente irrumpió en los vericuetos del mercado el primer domingo de diciembre, revolcó mesas de fritangas, desbarató tenderetes de indios y toldos de lotería, y de paso mordió a cuatro personas que se le atravesaron en el camino. Tres eran esclavos negros. La otra fue Sierva María de Todos los Ángeles, hija única del marqués de Casaldueño que había ido con una sirvienta mulata a comprar una ristra de cascabeles para la fiesta de sus doce años." (Del amor y de otros demonios. 1997: 13)

La amenaza de la rabia desencadena todos los sucesos. La niña no adquiere la rabia; sin embargo, su comportamiento hace que su papá tome una de las pocas decisiones de su vida, la entrega al convento de monjas de Cartagena para que ellas sepan qué hacer. En este trance la niña es puesta a cargo del prometedor presbítero Cayetano Delaura para que este la exorcice. La relación, tensa, luego juguetona se convierte en un amor "herético" que es condenado con la muerte de la niña y el exilio del presbítero. La niña, de madre mestiza y padre noble es entregada a las esclavas negras y mulatas para su educación. La cultura que adquiere es la de sus esclavas, habla sus idiomas, por eso creen que está embrujada porque a ella se le ocurre hablar en los idiomas africanos, que el resto no entiende.

Delaura tiene un amigo, Abrenuncio, un humanista de origen judío que posee una gran biblioteca con volúmenes prohibidos. Él considera pertinente que si la niña ha adquirido rabia, lo más humano sería matarla. En este ambiente, el único referente que tiene la niña para su salud y educación son las esclavas, quienes han practicado "magias y ungüentos" con la niña. Para colmo de males, su madre, Bernarda Cabrera, cree a su hija un estorbo y se retira, primero al desenfreno, luego, al olvido. Su padre, el marqués es incapaz de cualquier cosa, sólo despierta el amor de una de las locas, del manicomio contiguo a su palacio. Ella, según el autor, es la más cuerda en los asuntos del amor, a pesar de comerse sus propias cacas.

Se ha dicho que el común de las casas ricas ha sido, ¿es?, la de entregar la educación de los hijos a las empleadas; ellas son las verdaderas mamás y educadoras; las otras familias, cada vez más, entregan a sus hijos a las escuelas o a otras instituciones. La salud integral de la infancia corre a cuenta de otros, no de las familias, que suelen entregar al niño el mantenimiento básico.

El caso narrado por García Márquez (op. cit.) nos entrega varias intrigas. Una niña que, mordida por el perro rabioso, no se contagia, sobrevive de alguna manera inexplicable. Se cría con los esclavos, cuyos idiomas y culturas aprende y asimila ante el total descuido de sus padres. Sierva María, que se llama a sí misma María Mandinga, juega a sabiendas, con quienes quieren sancionarla, la iglesia y la doctrina; viste de manera sospechosa, habla idiomas enajenados, del diablo, según las monjas. Ella no está dispuesta a dar la razón a nadie. Descubre en Cayetano Delaura a un confidente, representante del orden eclesial y doctrinal, en principio, luego, en amor de juguete y, finalmente, en persona de la que ya no podrá desprenderse, a pesar de su niñez. Sierva María es la más cuerda en este mundo de desfachatez e incomprensión.

La época sanciona la salud desde el punto de vista de la doctrina. El comportamiento que desdiga los mandatos y los estándares de la iglesia suenan sospechosos, sino heréticos. Sancionan que la niña está poseída y que por tanto, necesita del rigor y el cuidado del convento. La anomalía sólo se combate con la presencia más adecuada de Dios, regida por un representante suyo, un sacerdote indicado por el obispo. Para el caso no importa el tratamiento de la niña, no importan las esclavas que han cuidado de ella; sus padres, quienes nunca se han comportado como tales. Sólo importa el rigor de la doctrina, sin importar quien caiga en el camino.

La obra muestra varios tipos de abyección. El desgano paterno y materno para con una niña abandonada al cuidado de las esclavas. El amor ilegal, por la doctrina y por la pederastia entre Delaura y María Mandinga, una niña de doce años. El amor loco de Dulce Olivia, el único "sensato" de una loca por el marqués. El sabio humanismo de Abrenuncio, el capaz de desafiar a la Inquisición coleccionando y distribuyendo libros puestos en la lista del índice. La presencia silenciosa y activa de las esclavas. El desvarío de Fernanda Cabrera, quien viola al marqués para embarazarse, desentenderse de su hija, dedicarse a negocios casi esotéricos, entregarse a sus esclavos y reventar de gorda y vieja. El apocamiento del marqués de Casaldueño, quizás de pocas luces, pusilánime, con sangre desacreditada. La rara sensatez y burla de María Mandinga, la que domina todas las culturas reinantes de la época y es capaz de comprender el amor a su corta edad.

La sociedad otorga el tipo de salud que se ha de practicar o el tipo de enfermedad que se ha de sancionar. El caso de la novela sobrepone la salud espiritual sobre la fisiológica, la familiar y la cultural. La única capaz de sancionar, la única con autoridad, adquirida o impuesta, es la doctrina eclesial que, casualmente tiene sensatos como el prometedor Delaura y personas más interesadas en el poder y el prestigio como la abadesa del convento de Santa Clara, Josefina Miranda y el obispo, don Toribio de Cáceres y Virtudes.

La enfermedad de la niña adquiere matices de toda laya, más por la imaginación y la sanción severas, que por la realidad del caso. Las novicias quieren imaginar que la niña tiene al demonio dentro y que es poco menos que tonta. El obispo cuida de la doctrina y de que no se fomenten las herejías, bajo apariencia de enfermedad las trampas del demonio. Las curas y tratamientos de las esclavas, entre ellas, las de Dominga de Adviento, más carentes de doctrina y más de maternidad y cariño. El convencimiento de Delaura en el sentido de que a la niña sólo le sucede el abandono y la incomprensión. La mezcla de distintas medicinas, creencias, tradiciones y doctrinas. La increíble sensatez de Abrenuncio que también es médico.

El asunto ofrece la complejidad de la salud y de la enfermedad y la insensatez de que no es ni la ciencia ni el sentido común los que terminan por imponerse y sancionar sobre ellas, sino la sensación y el rigor del más poderoso ante el desmedro de los más débiles e indefensos, como Sierva María.

La salud y la enfermedad, unidas a la fe y a las tradiciones adquiere esferas de superstición, tanto que no es la ciencia la que sanciona su curso y su tratamiento, sino lo que se dice o se cree sobre ello. Algunos ejemplos de esto pueden ser la creencia del mal de ojo, los embrujamientos y los amarres; los espíritus que se posesionan en el interior para provocar desaciertos fisiológicos y psicológicos.

Las supersticiones, por otro lado, ofrecen un anuncio de que la salud tiene otras implicaciones que las puramente fisiológicas. La superstición nos habla del aspecto cultural, del social, psicológico, doctrinal, médico y del punto de vista personal; en el caso de la obra de García Márquez, el punto de vista y la práctica integral e integradora de Abrenuncio.

3. Un caso más nuestro: borrachera abyecta.

Sáenz, según la crítica (Antezana, 1986), entre otros, ha planteado la ficción desde lo incomprensible y marginal. Felipe Delgado se plantea su vida y sus pensamientos desde el alcoholismo, sus visitas y sus relaciones con el mundo de las márgenes, lo nocturno y la madrugada. En su obra ni siquiera el horario es normal. Las peores miserias ocurren a vista y paciencia del sin sentido, sin que la oficialidad o la normalidad intervengan, a pesar de que se sepa que la miseria ocurre. La miseria es cotidiana, es normal; lo anormal parece la ilusión y un mañana mejor.

Felipe tiene su Aleph (Cf. Borges, 2011) desde una redonda ventana, desde donde contempla a su La Paz de luces y de ausencia. Su mente y su cuerpo han sido tomados por el alcohol, su único sentido. ¿Cuán más bajo puede arribar la dignidad y cuánto más intensamente puede la miseria observar el transcurso de la aparente normalidad y legalidad que no tiene otro nocturno que su propia indiferencia?

La borrachera, parece denunciar la obra, ya no es una enfermedad, sino un estado colectivo de esparcimiento, con libadores que exceden las jornadas permitidas y hacen de ella un estado cotidiano. Empero, esto parece no ofender a nadie e importar a menos.

Culturalmente se acepta que los niños ya tengan sus probaditas. Los papás entregan a los infantes dosis de alcohol en el dedo. Se permite que los niños

presencien las borracheras y los bochinchos de los papás, producto del alcohol. Los padres inician a los niños en el alcohol, cuando ellos estrenan ciertas edades, para que aprendan, dicen. El alcohol consumido en la calle no escandaliza a nadie. No hay fiesta que se las dé que no tenga consumo de alcohol. El alcoholismo parece no preocupar a nadie y no parece un mal social. Empero, se condena los hechos provocados por el vicio, no se atiende a las causas que provocan las abyecciones. La cultura de la salud no parece comprender que la anormalidad y la salud colectiva se alteran por prácticas abyectas.

La lesión, producto de esta agresión, es prevalencia de género. Es más común aceptar que pública y privadamente, el borracho sea varón y no tanto mujer. Imaginario cree que el alcoholismo femenino es una degradación y se naturaliza el masculino. Las que sirven tragos, por lo menos en los locales frecuentados por Felipe Delgado son mujeres que echan los tragos de tres tiritones en vasos de aluminio sujetos a una cadena. El escenario no puede ser más abyecto.

Con algo de conclusiones/confusiones.

La narrativa latinoamericana parece haber encontrado en la abyección sus casos más consagrados de representación y de prestigio. Con esto pudo haber representado a nuestro continente en una suerte de rareza y de placer por lo degradante, degradado y humillante, una especie de fruición por la miseria y la manera de ser natural de Latinoamérica.

Los tres⁷ novelistas que recibieron el premio Nobel de literatura, en orden Gabriel García Márquez en 1982, Octavio Paz en 1990 y Mario Vargas Llosa en 2010, nos han hablado de incestos, dictaduras, mesianismos descocados; todas, miserias casi cotidianas en nuestro continente, las de quienes las provocan y de quienes las padecen. La enfermedad es lo cotidiano, el abuso de niños y de ancianos, la marginación ya no alteran ni escandalizan a nadie. Contra estas abyecciones pueden producirse discursos y lemas, sin que haya necesariamente un afán por provocar la felicidad ni practicar la ilusión sin alienación, sin fines abyectos.

La abyección es la enfermedad colectiva, real, no diagnosticada, presente en nuestra manera de ser. Ella nos distrae de la realidad y nos pone en la saga de la telenovela, la radionovela o cualquier otra curiosidad que consumimos con morbo y fruición. Si el sufrimiento, la humillación y la miseria nos faltaran tendríamos que inventar otros argumentos. El caso de Gabriela Zapata en nuestro Estado Plurinacional y sus intrínquilis son más intrigantes que la realidad de los créditos chinos y las invitaciones directas, la corrupción misma, otros medios más nocivos de abyección. La dignidad del mandatario, "mantenida incólume" hasta la saciedad del desparpajo, el insulto y los golpes de fiscalía parecen más realmente interesantes que los grandes casos de corrupción. A la abyección le corresponde y conviene un ídolo o una razón desencarnada para mantenernos en la realidad irreal. El caudillismo es natural en las prácticas de

7 Seis, si incluimos a Gabriel Mistral (Lucila Godoy y Alcayaga, 1945), Miguel Ángel Asturias (1967) y Pablo Neruda (Ricardo Eliécer Neftalí Reyes Basoalto, 1971). Los dos últimos describen en sus obras situaciones abyectas de dictadura. No se analiza su obra porque los niños no son protagonistas de sus obras.

abyección, pues este se presenta como el absoluto curandero, líder, salvador sin la menor participación de la comunidad, aunque su presencia es urgente y necesaria, para la humillación y la salvación de ella.

María Mandinga, la autonombraada niña, personaje de García Márquez se burla de lo establecido con su ambigüedad racial, cultural, religiosa y pasional. Ella está enferma para la doctrina, es estorbo para sus padres, burla para las novicias y curiosidad para Delaura. Ella enloquece a Cayetano Delaura y despierta admiración en el oscuro y clarividente intelectual y humanista Abrenuncio; mientras la cólera, no el cólera barre los orgullos y los olvidos. La única víctima en estos desentuerdos es la niña, quizás la única sana a la que se considera enferma y digna de normalización dogmática, fisiológica y supersticiosa. Los adultos tratan a la niña errada, no a la niña real; imaginan al tipo de niña que quieren corregir, no a la que quieren lograr.

Los ancianos, arrojados en el asilo, además del olvido y los abusos, nos anuncian el final miserable, "normal", de nuestras vidas. Nos canta un obsceno pájaro en la noche, en la que sólo circulan los pájaros a los que hemos otorgado dones maléficos, maliciosos y de mal augurio.

Los credos prefieren la tragedia, la crucifixión y no tanto la resurrección, por tanto, la salud. Fomentan mercachifles del milagro para la alienación y el pretexto de la risa, la represión y el invento. Vargas Llosa, en una suerte de deleite literario y abyecto, nos describe las secreciones acuosas de, el Conselheiro consumidas con deleite de milagro. No puede caer más baja una devoción que ha puesto su única solución en el milagro alienante, sin la intervención de la justicia, la salud, la igualdad, ni siquiera de la dignidad y, quizás, menos de la salvación.

Felipe Delgado pasea su borrachera por las calles y los tugurios paceños sin que en ello medie compasión alguna. Para los que han perdido la esperanza, a quienes se la han robado, el amanecer se transforma en la noche. El día ni siquiera es deseado por idílico y quizás, más contaminado.

La normalidad es lo abyecto y lo anormal es el sueño que pudiéramos merecernos y el goce de la salud integral ni completa. Estamos tan acostumbrados al llanto macabro que ya nos parece anormal quien sonría y nos preste sueños de mejoría. Los niños son instruidos en la abyección, sus materiales anuncian su presencia. Esta parece la narración mayoritaria y más efectiva. Los niños casi siempre esperan más la llegada del coco, el ropavejero, el condenado en vez del abrazo certero del padre, el cariño de la madre o la confianza en la calle, donde viven los monstruos, además de hacerlo en sus interiores por instrucción de su educación, de sus familias, de su religión, de sus narradores, de sus imaginaciones. Los niños, en el camino de la abyección temen más a un fantasma que a un virus real.

Latinoamérica está tan acostumbrada a la dictadura, a la enfermedad, la inequidad, a la falta de dignidad y de justicia, al insulto contra la vida. Lo contrario nos parece un disparate sin asidero paradisíaco, una ilusión abyecta.

Nuestros narradores más famosos, nuestros guionistas y libretistas más exitosos contribuyen en la naturalización del ser abyecto latinoamericano. Los

unos porque han recibido premios, los otros, porque son capaces de capturar a millones delante de las pantallas o en las redes sociales. La representación común que pudo partir de un hecho real se ha convertido en el negocio que informa cada vez más nuestra manera de ser informada por material mayoritariamente abyecto.

Nuestra infancia parece empezar con la muerte para cargarse, en su transcurso, con más muerte y miseria, más humillaciones y materiales que nos hacen normalizar y nos convierten en cotidiana la abyección, en la compañera nuestra de cada día, con el Padrenuestro que ya falla cada vez más.

A la infancia se la enferma con informaciones y prácticas culturales, religiosas, educativas, sociales, cuando estas prácticas e instituciones se han concebido para la integridad y la felicidad totales, para la salud integral e integrada a todos los ámbitos y situaciones.

Entre tanto, María Mandinga parece aún demasiado original y rebelde como para imaginar su propia felicidad y compartirla con quienes quieran jugar con ella. La imaginación es aún su terapia más efectiva. La historia aún no está acabada, continúa mientras la imaginación infantil siga en pie (Cf. Ende). Esta misma persistencia puede ser la cura general. La imaginación, sobre todo la infantil, no es lo mismo que la superstición; por el contrario, puede ser el antídoto más eficaz contra la abyección.

Bibliografía

- Antezana, Luis Huáscar. 1986. *Semiótica literaria*. La Paz: Hoguera.
- Asturias, Miguel Ángel, 1997. *El señor presidente*. Madrid: Cátedra.
- Borges, Jorge Luis, 2011. *El Aleph*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Da Cunha, Euclides, 2012 [1902]. *Os sertões*. Centaur.
- Donoso, José, 1999. *El obsceno pájaro de la noche*. Barcelona: Alfaguara.
- Ende, Michael, 1993. *The Neverending Story*. New York: Pufftin Books.
- Foucault, Michel, 1995. *Discipline and Punish: The Birth of Prison*. New York: Vintage Books.
- García Márquez, Gabriel, 1994. *Del amor y de otros demonios*. Bogotá: Norma.
- -----, 2007. *Cien años de soledad*. Madrid: Real Academia Española.
- González Echevarría, Roberto. 1998. *Myth and Archive. A theory of Latin American Narrative*. Durham and London: Duke University Press.
- Guamán Poma de AYALA, Felipe. 1980 [1613]. *Nueva crónica y buen gobierno*. Franklin Pease G.Y. Comp. Caracas: Biblioteca Ayacucho. 2Vols.
- Maldonado, César, 2009. *Las mujeres en García Márquez, Cuarto Intermedio*. # 92. Diciembre 2009, Cochabamba, Bolivia. 32-51.
- Miller, Nicola. 1999. *In the Shadow of the State. Intellectuals and the Quest for*

National Identity in Twentieth-Century Spanish America. New York: Verso.

- Mitchell, W. J. T., 1997. *Iconology. Image, Text, Ideology*. London y Chicago: The University of Chicago Press.
- Rulfo, Juan, 2015. *Pedro Páramo*. New York: CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Sábato, Ernesto, 1975. *Uno y el universo*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Salomon, Frank y URIOSTE, Jorge L. (Trad.), 1991. *The Huarochirí Manuscript. A Testament of Ancient and Colonial Andean Religion*. Texas: University of Texas Press.
- Sáenz, Jaime, 1980. *Felipe Delgado*. La Paz: Difusión.
- Vargas Llosa, Mario, 2008. *La guerra del fin del mundo*. Barcelona: Alfaguara.
- -----, 2001. *Lituma en los Andes*. Buenos Aires: Austral.

Infancias...

INFANCIA: SACRALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA INSTITUIDA

Villacorta Guzmán, Juan Richar
*Comité Académico Dcotoral, Universidad
de San Francisco Xavier de Chuquisaca*

Resumen

Dentro la lectura podrá encontrar un intento de acercamiento desde una postura transdisciplinar, que pasa por un acercamiento socio y antroporeligioso, con el instrumental teórico sustentado desde la postura de Girard y Hinkelamert, visibilizando la mimesis existente que justifica la violencia hacia el inocente. Es cierto que desde la experiencia de los ejes que preparan la reflexión, el elemento experiencia es una matriz importante, será desde algunos datos concretos que se podrá percibir la violencia que exige nuevos chivos expiatorios, los cuales ayer se hacían desde una perspectiva re-ligiosa (volver a ligar o unir) y hoy en una apropiación sacrificio se sigue manejando a los nuevos chivos expiatorios que justifican la violencia institucional, mediatizada por aparatos de auto justificación y de aparente redención visible. Usted que se acerca al texto, probablemente encontrará más preguntas que respuestas, pues se quiso promover una reflexión ético-política en la reflexión al pensar en los miles de rostros que nos tocó acompañar.

Palabras Clave: Infancia, Mimesis, Violencia



INFANCIA: SACRALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA INSTITUIDA

Juan Richar Villacorta Guzmán

*Universidad Mayor Real y Pontificia de san Francisco Xavier de Chuquisaca. Comité
Académico Doctoral. Sucre, Bolivia*

Introducción

El presente trabajo, tiene como ejes centrales de reflexión a tres áreas de la ciencia: Ciencias de Sociales y Religión, elementos de Antropología y Ciencias de la Educación, se tiene la certeza motivacional desde una perspectiva que aproxime a la reflexión no en un campo exclusivo de lo religioso, sino que se entienda lo religioso desde la dimensión etimológica del volver a ligar o unir.

Con dicha propuesta se realiza un paseo de cuestionamiento de la visión del objeto de estudio, el cual mostrará la relación antro-po-religiosa además de la mítica con la temática de la infancia, en un intento de acercamiento socio-histórico crítico del manejo de lo mítico sagrado sustentando en una cultura de la violencia, dicha postura nos lleva a intentar entender una alternativa de lectura hermenéutica de los fenómenos sociales y cómo ellos se replican en los proceso educativos.

Se intenta realizar una lectura desde la cultura de lo descartable o de las sociedades líquidas, será desde tales propuestas que vayan emergiendo algunas incertezas invisibilizadas por la sociedad del contentamiento.

En el texto, se podrán encontrar algunas intuiciones de postura amplia y compleja que permitan otra u otras formas de acercamiento al fenómeno en sí desde una línea de acción coincidente con un pensar complejo.

Se pone en conocimiento del lector, que una primera instancia se pensó en una citación in extenso de autores, pero tomando en cuenta que es un texto para lectura amena y provocativa, sólo se añade una bibliografía básica.

Palabras clave:

Infancia, binomio madre niño, sacrificio, violencia instituida

1. El papel de la Infancia en contextos socio-culturales –religiosos

Hablar de la infancia en un triple sentido: religioso, cultural y social, implica una lectura amplia, lo cual es interesante el descubrir, como tras de los imaginarios se van dando pautas de acercamiento entre las distintas etapas de crecimiento con determinados ritos de paso, ellos llevan no sólo a la aceptación por parte del conjunto social con una serie de ritos de paso o de iniciación, ellos tienen determinadas constantes en virtud al contexto sociocultural en el cual se mueven, pasando desde aquellos que son en sentido agrario o de pertenencia a la tierra, como también aquellos ritos ceremoniales institucionales, sin dejar de lado los nuevos ritos de paso en el manejo de determinados artefactos en la sociedad actual.

En un intento de organización, de las ideas, partiremos desde un acercamiento religioso en dos vertientes: la experiencia y la reflexión teórica, para que a partir de ellas realizar un acercamiento a la dimensión antropológica, sociológica e inclusive económica.

A partir de los años ochenta, me tocó la suerte de tener contacto con la experiencia de los pueblos yungueños, quiénes a su vez llevan dentro de sí la experiencia cultural aymara, en ese contexto vi que las mujeres tenían muchos hijos, aspecto que comprobé estando en la comunidad de Vila Vila, lejana a unos quince Kilómetros de Irupana, de la Provincia Sud Yungas de La Paz, donde me quedé por cinco días en mi primera experiencia de convivencia directa con el área rural, entre las muchas cosas que aprendí, me encontré con que las mujeres no sólo tenían muchos hijos, además que ellas contaban que habían muerto muchos de sus hijos, ya sea en el parto o en los primeros años; todas tenían la experiencia de bebés que habían muerto, cabe resaltar que ese tiempo no existía camino para ir hacia el poblado más cercano, pues todo el camino se hacía por una senda en la cadena montañosa andina, con largas horas que debían realizarse en el día, pues en la noche era "casi imposible", en base a esa primera experiencia, nacieron muchas preguntas, las respuestas eran variadas, las mismas las iremos presentando a lo largo del texto, pero dejo algunas respuestas interesantes:

- Tienen muchos hijos, por que son unos flojos.
- Por qué las mujeres no saben cuidarse.
- Por el machismo.
- Por ignorancia.

- Por qué Dios se los ha dado.
- Por que es la única certeza de que alguien podrá cuidarme mañana.

De todas las respuestas, la que más me impresiono en mi forma de ser ciudadano que se cree poseedor de la única verdad, para lo cual asume aires de salvador desde una cultura que creía que podía “salvar”, constaté que el problema es aprender del contexto antes de emitir prejuicios, de ahí que la última respuesta me pareció interesante, pues una maravillosa mujer yungueña me dijo: “acá debemos tener muchos hijos, pues uno no sabe cuantos van a vivir, o si nosotras vamos a vivir, en caso de que consigan pasar el año o dos años, es que es posible que vivan, pero ya después tienen que irse al pueblo o la ciudad, pocos vuelven, pero los que consiguen quedarse con nosotros, por lo menos nos hacen compañía...”

Año de dos mil y no se cuantos años, parto de esa experiencia que sirve de marco de referencia del presente artículo, en la cual podemos ver que en el ámbito religioso, existen una serie de elementos que nos permiten acercarnos un poco a la experiencia diferente de la enfermedad y muerte de muchos infantes, sólo se darán pautas, se minimizarán prejuicios, además de tratar de leer desde contextos amplios.

1.1. La experiencia de la muerte y la enfermedad en el contexto bíblico cristiano

En la Biblia nos encontramos con muchos casos de la presencia de niños que esperan pacientemente la muerte o hacen que a ellos les llegue la muerte como es el caso de Ismael, que es hijo de Agar cuando la esposa de Abraham Sara se embaraza y Agar es despedida (Gn 21, 1-12), en dicho texto nos encontramos como Agar espera la muerte del niño a una distancia prudente.

Con ese texto, podemos encontrar elementos en cuanto a la conveniencia o no de que un niño nazca y cuándo “vale la primogenitura”, no haremos un análisis bíblico teológico pues no es la intención del artículo, pero eso sí mostrar la presencia de lo niños y su importancia para la construcción social de la vida y también para la construcción del núcleo central desde el cual se mantiene ciertos arquetipos o “*habitus*” en cuanto a la presencia de ellos en la sociedad, experiencia que la encontramos de manera algunas veces diferente a lo largo de la Biblia, véase el caso de Moisés en el Éxodo, pasando con la muerte de los primogénitos en la huida de Egipto, en el Antiguo Testamento, elementos que nos permiten visualizar la muerte de una generación, más también el mantenimiento de la misma de maneras no convencionales.

Otro elemento que podemos relacionar desde una lectura diferente es el referido a la circuncisión de los niños (Ex 12,3), elemento que lleva tras de sí un control social de las enfermedades, pues no sólo podemos quedarnos con el “mandato divino” sino que hay tras el mandato divino, ello nos lleva a entender el criterio de salud y cuidado de la vida que es presentada por el hagiógrafo como voluntad divina, elemento que da mayor valor al texto sagrado.

Nos encontramos también la muerte de los primogénitos en Éxodo 11,4-5, lo cual nos muestra la importancia de la primera generación o las implicancias de la muerte de los hijos a lo largo de la Historia Sagrada en particular y en una serie de expresiones desde lo religioso.

En el Nuevo Testamento, la historia más famosa es la matanza de los niños por parte de Herodes (Mt 2, 16-18), que hasta nuestros días se habla de la "fiesta de inocentes" principalmente en el área de habla hispana, en cuanto a esos elementos podemos realizar una revisión desde distintas posturas teológicas, las cuales incluyan propuestas antropológicas y sociológicas, desde las cuales podemos ver que la implicación de perder al hijo menor de dos años puede llevar a un conformismo, a una "aceptación de voluntad divina, a una rebeldía o a una justificación sacrificial desde distintas percepciones de lo sagrado.

Desde la perspectiva enunciada, vemos la propuesta desde una postura de lo sagrado, la cual nos permite una probable amplitud de análisis en cuanto a la muerte de los niños.

1.2. Historias y mitos en torno a la muerte de los niños

A lo largo de la historia nos encontramos con sacrificios de niños, los cuales nos muestran la necesidad de satisfactores ante lo "no comprensible", algunos en el lenguaje cotidiano hablan de la "ignorancia" del pueblo, punto de vista acertado, en tanto y en cuanto podamos ver el derecho a la vida, pero no podemos dejar de lado, cosmovisiones diferentes, no para justificar, sino para minimizar juicios anacrónicos, con esa postura no se está justificando, más bien queremos crear una apertura.

Desde la mitología griega, tenemos el famoso mito de Edipo Rey, cuya autoría se le atribuye a Sófocles, desde el cuál llegamos al hecho inverso, ya que al no darse el sacrificio las consecuencias son nefastas.

En base al mito se han construido una serie de propuestas que llegan hasta el mito de Edipo, tema que nos puede llevar a la necesidad del sacrificio hasta lo último, caso contrario se caen en respuestas no apropiadas para aquellos que no cumplen.

En América Latina, principalmente en México tenemos la muerte de los niños como ofrenda a sus entes superiores.

"La costumbre de sacrificios humanos en honor al 'dios' Tláloc es originaria de la cuenca de México. Los niños era elegidos de acuerdo con características físicas especiales, como la presencia de un remolino en el pelo, o por ser especialmente llorones, lo que, según los antiguos, prometía la llegada de lluvias".⁸

El texto hace referencia a la cultura tolteca, lo cual muestra que los sacrificios no eran ajenos a distintos ámbitos de las culturas latinoamericanas, además de varios contextos de nuestro planeta.

El P. Eleazar Lopez en una Conferencia en torno al año 1992 a cuyo texto mimeografiado tuve acceso indicaba: "las mujeres en el tiempo de la colonia algunas se provocaban el aborto, otras se suicidaban, algunas los ahorcaban con el cordón umbilical, otras los arrojaban de las peñas para que no sean pongos, otras simplemente los abandonaban"⁹.

8 <http://www.20minutos.es/noticia/223984/0/MEXICO/ARQUEOLOGIA/NINOS/#xtor=AD-15&xts=467263>, junio 2016

9 Lopez, Eleazar, Texto inédito.

Al acercamos a la experiencia de la muerte de los niños, se puede ver que tienen un cierto halo de sacrificialidad, lo cual nos puede llevar a una visión eminentemente religiosa, razón por la cual entenderemos que todo sacrificio pasa por lo sagrado, lo cual será entonces potestad de los que manejan lo sagrado para la elección y designio del elegido u elegida.

Es ahí dónde queremos mandar una primera cuestionante, tras de lo religioso, que otro tipo de justificaciones se encuentran, cómo se integra lo social, lo político, lo económico y lo cultural, será que es mera coincidencia o es que tras de la aparente sacralización lo menos importante es lo sagrado, sino el "bienestar de determinados grupos de poder"?

Las preguntas nos llevan a descubrir junto a Franz Hinkelammert (1989) cual la característica del sacrificio de los primogénitos y cómo ellos justifican la muerte del inocente, es cierto que a lo largo de la historia se fue mostrando ejes de reflexión que pasan principalmente por lo meramente sagrado, hasta el sentido socio-económico que intenta justificar o minimizar la violencia en lo sagrado, tema que iremos profundizando desde la propuesta de Girard.

Hasta acá sólo hemos presentado la presencia de la muerte en culturas originarias y posiblemente en las mal llamadas "salvajes", pero esto no es ajeno a las distintas etapas de la sociedad, las cuales hoy se puede disfrazar de diferente manera, más son sacrificios que provocan la muerte de niños y niñas.

Las culturas originarias, normalmente desde su percepción: muerte, enfermedad y vida, van uniendo justificaciones, las cuales emergen por ritos de paso, además de una serie de procesos de purificación, antes de que ellos sean asumidos por la comunidad, hagamos una pequeña síntesis, no con el afán de mostrar a detalle, sino para ir develando la experiencia de los procesos de inserción y reflexión desde los puntos enunciados con anterioridad en relación a la muerte y enfermedad.

Desde nuestra cultura boliviana y específicamente Cochabambina, existe la experiencia de llamar el "ánimo" o "su almita" técnica que es usada cuando el niño se asusta, entonces con una ropa suya se le pide que vuelva su fuerza vital, ya que el bebé sólo anda llorando, para ello en horas de la noche con preferencia se saldrá por los lugares que haya pasado, se la llama por su nombre si es un río se trae una piedra pequeña para que chupe el bebé y si es un lugar escarpado un poco de tierra la cual se pone en sus labios.

Otra experiencia bonita es cuando se traspasa la fuerza vital al niño, se da cuando se enferma y los padres o familiares le pasan el aliento a su niños, eso puede ser mediante caricias o besos, pues de esa en una manera se va llamando manteniendo el calor en el cuerpecito.

Será desde la experiencia del volver al equilibrio de la salud que nos vamos acercando a las implicaciones de la enfermedad, la cual en un intento de integración de la propuesta de los pueblos yungueños, además del pequeño acercamiento a la experiencia de lo sagrado, se podrá visualizar que entre lo natural, la crítica, y la postura de acompañamiento o condena a la enfermedad, para eso dependerá el lugar desde el cual nos acercamos, pues para algunos la enfermedad implicará un alto en la cotidianidad, eso

necesariamente lleva a momentos de ruptura, es decir, se quiebra el ritmo vital el cual desde una experiencia urbana implica un acercamiento desde el conocimiento "científico de la ciencia médica" recurriendo a momentos de aislamiento, de medicación o de determinados procesos de sanación.

En sociedades agrarias, donde lo mítico sagrado se une, esos momentos de ruptura llevan también a momentos de ritos de paso y/o transición para que a partir de ellos tratar de visualizar por medio de la naturaleza, de algunos signos externos como por ejemplo ver el amanecer para identificar la causa del mal, es así que siguiendo a Bourdieu podríamos decir:

"Los principios de funcionamiento de los campos son asimilados por los sujetos a través de procesos complejos de socialización que hacen de estos espacios *estructuras estructurantes*" (Bourdieu 200,133)

Un campo se define, entre otras formas, definiendo aquello que esta en juego y los intereses específicos, que son irreductibles a lo que se encuentra en juego en otros campos o a sus intereses propios (no será posible atraer a un filósofo con lo que es motivo de disputa entre geógrafos) y que no percibirá alguien que no haya sido construido para entrar en ese campo (cada categoría de intereses implica indiferencia hacia otros intereses, otras inversiones, que serán percibidos como absurdos, irracionales, o sublimes y desinteresados). Para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que este dotada de los *habitus* que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego... (Bourdieu 1990:136).

2. Una lectura desde parámetros bíblico-mítico-sociales de la infancia

En una relectura desde una postura socio-antropo-económica y con herramientas de tres textos básicos: *La fe de Abraham y el Edipo Occidental* (Hinkelammert, 1989), junto a los libros de Girard: *La violencia y lo sagrado* (Girard, La Violencia y lo Sagrado, 1995), además de *El Chivo expiatorio* (Girard, 1986), textos que fueron un aporte a la lectura crítica desde América Latina.

Tal aproximación tiene dentro de si elementos de la Escuela de Frankfurt con sus tres vertientes importantes: psicoanálisis, economía y sociología, esto elementos que se hallan enriquecidos con una lectura antropológica sustentada en un cuestionamiento a la teoría sacrificial.

Si bien es cierto que Girard ya nos aproxima de manera diferente al fenómeno del sacrificio desde sus dos obras, es interesante también descubrir el texto *La Fiesta en honor de Yahvé* (Maertens, 1964), en un intento de entender las distintas fiestas o celebraciones en busca de equilibrio en la relación individuo-naturaleza-cosmos.

A lo largo de la historia, se puede percibir que las distintas fiestas tienen una relación con el contexto geográfico en el cual se desarrollan y estos a su vez van creando una serie de signos, símbolos los cuales marcan la esencia de la percepción de vida además de las distintas etapas del proceso vital.

Desde esa acepción que podemos descubrir que las fiestas también tienen dentro de si una serie de ofrendas, las cuales pasan desde la ofrenda de productos, llegando en algunas culturas a la ofrenda de seres vivos, los cuales buscan agradar y minimizar los efectos de la naturaleza en una percepción mágico mítica.

Ya volviendo a la razón de ser del texto, en una aproximación a la obra de Hinkelammert, se encuentra una lectura diferente Isaac¹⁰ (Gn 22, 1ss), quien en resumen nos presenta desde una lectura diferente a la del texto bíblico que era costumbre en las sociedades antiguas el sacrificio del primogénito, lo cual era aceptado y considerado normal, de ahí que Abraham ve el sacrificio de su hijo como algo agradable a la divinidad, más desde esa nueva lectura propuesta por Hinkelammert, podemos decir con el autor:

Al ser libre, Abraham es soberano frente a la ley. El juzga sobre la ley, y el Angel le pide reivindicar esta libertad. A Abraham la obediencia lo hace libre, porque lo que se le pide, es ser libre. Esta libertad la afirma al no matar a su hijo y al enfrentar toda su sociedad, toda su cultura. Esta libertad es su fe. La fe de Abraham, por tanto, está en no haber matado a su hijo.

La inversión de la historia del sacrificio, en cambio, ubica la fe de Abraham en su disposición y su buena voluntad de matarlo. (Hinkelammert, 1989) p. 10

Llegamos con tal afirmación a una nueva forma de entender la libertad, no se trata de discutir o no la presencia de la divinidad, ya que no estamos en Ciencias de la Religión, sino ante todo el descubrir como la negación a la muerte sacrificial del inocente muestra una ruptura con la visión occidental de la muerte como el justificativo necesarios para el mantenimiento *ad eternum* de posturas que justifican la violencia, con esa nueva lectura nos encontramos con la libertad a favor de la vida, no la del arbitrario que quiere imponer su punto de vista y desde allá atribuirse posturas de violencia institucionalizada o justificada en aras de un aparente bien mayor.

La imagen de la justificación de los sacrificios con la muerte o marginación del otro, nos lleva a entender que en muchas sociedades la muerte y el sacrificio se halla justificado siendo fundamental la obediencia para mantener al grupo, pues el aparente bienestar del grupo no permite disidencia ni pensamientos divergentes, pues todo aquel que cuestiona deberá ser marginado, acá nos encontramos con una postura de Abraham que al revelarse a la muerte de su hijo, irá contracorriente del sistema establecido, pues la difidencia lleva a la ruptura con el grupo, entonces nadie puede ser motivo de difidencia en un grupo establecido.

10 22 1 Tiempo después, Dios quiso probar a Abraham y lo llamó: «Abraham.» Respondió él: «Aquí estoy.» 2 Y Dios le dijo: «Toma a tu hijo, al único que tienes y al que amas, Isaac, y vete a la región de Moriah. Allí me lo ofrecerás en holocausto, en un cerro que yo te indicaré.» 3 Se levantó Abraham de madrugada, ensilló su burro, llamó a dos criados para que lo acompañaran, y tomó consigo a su hijo Isaac. Partió leña para el sacrificio y se puso en marcha hacia el lugar que Dios le había indicado. 4 Al tercer día levantó los ojos y divisó desde lejos el lugar. 5 Entonces dijo a los criados: «Quédense aquí con el burro. Yo y el niño iremos hasta allá a adorar, y luego volveremos donde ustedes.» 6 Abraham tomó la leña para el sacrificio y la cargó sobre su hijo Isaac. Tomó luego en su mano el brasero y el cuchillo y en seguida partieron los dos. 7 Entonces Isaac dijo a Abraham: «Padre mío.» Le respondió: «¿Qué hay, hijito?» Prosiguió Isaac: «Llevamos el fuego y la leña, pero, ¿dónde está el cordero para el sacrificio?» 8 Abraham le respondió: «Dios mismo proveerá el cordero, hijo mío.» Y continuaron juntos el camino. 9 Al llegar al lugar que Dios le había indicado, Abraham levantó un altar y puso la leña sobre él. Luego ató a su hijo Isaac y lo colocó sobre la leña. 10 Extendió después su mano y tomó el cuchillo para degollar a su hijo, 11 pero el ángel de Dios lo llamó desde el cielo y le dijo: «Abraham, Abraham.» Contestó él: «Aquí estoy.» 12 «No toques al niño, ni le hagas nada, pues ahora veo que temes a Dios, ya que no me has negado a tu hijo, el único que tienes.»

El tema de Isaac podría ampliarse a otros textos sagrados, pero sólo queremos dar un salto en razón de aproximarnos a la visión de cómo desde lo sagrado nos encontramos con la necesidad de respuestas sacralizadas y justificadoras del sufrimiento: ya sabemos que existen muchos más ejemplos, en el Nuevo Testamento nos encontramos con la muerte de los niños, más también con la famosa pregunta: quién pecó, sus padres o.....

La muerte, la enfermedad, la violencia necesita de una autosatisfacción que permita la minimización de identificación de los factores internos y externos en torno a la violencia institucionalizada, lo cual tendrá un mayor grado de validez si se identifica al origen del pecado, o si se consigue que el pecador o alguien de su entorno pague las osadías y atrevimientos de quien se permitió opinar en libertad.

Entonces en los textos sagrados y particularmente en la Biblia encontraremos el elemento de la justificación por medio del "re-ligar" (volver a unir) con relación a la tensión entre vida-enfermedad - muerte, desde una aproximación sacralizada, visión que todavía subsiste no sólo en sociedades nómadas o agrarias, sino en muchas de las mal llamadas civilizadas.

Es decir que desde la experiencia bíblica en una lectura diferente, nos encontramos con las respuestas como aquellas presentadas desde la experiencia yungueña.

La experiencia mítico social desde un acercamiento del sacrificio o la cultura de la muerte del inocente nos puede llevar más allá de nuestras fronteras, para ver las nuevas sacralizaciones, más recordemos al niño sirio Aylan kurdi que en septiembre de 2015 fue encontrado muerto en las playas de Turquía, la ventana hacía la preciada entrada en la Unión Europea. (AFP, 2015), podemos seguir con otros ejemplos, los niños que no tienen acceso a la salud, basta mirar las calles y ver madres con sus niños por las calles vendiendo pequeñas cosas o aquellos que van en la espalda, desde esa experiencia nos acercamos a la experiencia de la sacralización de la violencia, es decir, la certeza desde la cual hay "niños que deben morir" lo cual nos lleva a la naturalización de la muerte, es decir la certeza de que la muerte de los infantes, su acercamiento a la enfermedad nos parecen de los más normal.

3. La infancia como chivo expiatorio

Entremos en la obra de Girard, *El Chivo Expiatorio* (1986), ahí encontraremos que a lo largo de la historia el ser humano fue buscando satisfacer a sus entes sagrados, sean estos desde una acepción religiosa o una postura sociopolítica la presencia de entes que satisfagan a sus entes divinos o divinizados, de tal manera que ellos permitan "la nueva paz" pues como dicen en su lenguaje popular los pueblos aymarás: "así siempre es.

Esa percepción no sólo se da en el ámbito de lo sagrado, sino que ella se va manifestando en lo cotidiano, donde la infancia asume posturas de chivo expiatorio el cual de alguna manera llega a ser la única alternativa posible de cierta seguridad ante lo aparentemente inexplicable, pero que también se lleva al lenguaje de lo sagrado, para desde allá presentar la validez de posturas, donde la infancia es manipulada para intereses meramente personales o

sectoriales, es decir, serán ellos los que aparezcan mostrando que la validez de su presencia puede otorgar la seguridad *ad infinitum* de sus interlocutores.

Pero veamos algunos ejemplos cotidianos donde los niños se convierten en "chivos expiatorios":

- Por motivo de embarazo.
- Por motivo de enfermedad
- Por motivo de muerte
- Por motivos políticos de manipulación.
- Por simplemente ser niños.

Una norma peligrosa, es el "asegurar" al niño, razón por la cual todo aquello que implique la certeza de la vida personal se la auto justifica desde la presencia de un niño, es decir el hecho del embarazo se convierte en "mera obligación" y no en principio de corresponsabilidad, entonces elementos como el aseo, la alimentación la salud, además de otras necesidades si bien corresponden al neonato también se convierten en motivo de manipulación y ante todo de justificación de distintos tipos de violencia, desde la llamada directa, hasta la indirecta, existen afirmaciones dolorosas como: "si no hubiese sido por ti yo estaría...", "la culpa de todo la tienes tu.." tales afirmaciones, hacen del niño una carga no sólo para su entorno, sino para él mismo, pues tendrá que enfrentar y guardar esas percepciones como parte de su caminar cotidiano a lo largo de su vida.

Cuando un niño nace con enfermedad, se debe buscar al culpable, cuando no se puede llegar pese a una serie de cosmovisiones familiares y sociales, entonces se hace necesario el ver que ya sea en la raíz familiar se tiene alguien que "no se portó bien" será en tal percepción que el niño es marginado o arrinconado en espacios donde pocos tienen acceso, de ahí que se puede entender la ZDP (Zona de Desarrollo Próximo) de Vigotsky¹¹, pues muchos no tienen la posibilidad de acceder a esa zona.

Entre los muchos casos que me tocó seguir existen dos contradictorios, uno de un catequista yungueño que ante la muerte en el momento de parto de su mujer, él quedó con cuatro hijos, mucha gente quiso quitarle sus bebés, como también emitir una serie de comentarios, pero él asumió la paternidad plena, cuidaba y caminaba con sus hijos, de ahí que fue un modelo de cómo se puede superar los juicios y prejuicios.

En contraposición, en otra familia, el nacimiento del hijo trajo la muerte de la madre, eran momentos fuertes en cuanto a la atención primaria del binomio madre-niño, fue un año duro para el padre pues ambas familias se negaron a entender y echaban la culpa al bebé de la muerte, el cuadro se remató cuando el padre muere poco después del año del bebé, las familias no querían aceptar al bebé por considerar que el niño tenía "alguna maldición", trabajo difícil mucho más cuando la comunidad también participaba de dicho parecer.

11 Concepto central que se halla en la obra de Vigotsky a lo largo de su obra dentro la propuesta de la pedagogía socio-histórica.

Los motivos políticos tienen que ver con todo el entorno en cuanto al embarazo y la tenencia de hijos, cuando programas y ONGs parten de la premisa de una educación sexual y reproductiva, las cuales no toma en cuenta el entorno en el cual desarrollan su labor educativa, pues si bien los contenidos y contenidos son muy valiosos, debe tomarse en cuenta que las percepciones de salud provienen de una visión racionalista, esa es muy diferente a la sociedades con raíz mítico sagrada, donde la salud está sometida a los fenómenos naturales, es decir provienen de percepciones distintas de mundo y sociedad, de ahí que muchas veces se manifieste en la violencia intrafamiliar, la cual lastimosamente tiene como receptáculo final a los niños, quienes asumirá distintos tipos de violencia en su cotidianidad, mucho más cuando se enfrentan a distintas posturas de justificación y “aprobación” de actitudes violentas.

Es cierto que avanzamos mucho en cuanto a los derechos de los niños y ellos las conocen, pero también se debe reconocer, que el simple hecho de ser niños lleva consigo elementos de violencia directa e indirecta en distintos estratos de la sociedad, de ahí el incremento de distintos tipos de violencia, la cual puede provenir de la familia, del barrio o de sectores donde llegan a asentarse, en las ciudades como Cochabamba en Bolivia tenemos a los niños de la calle llamados comúnmente como “polillas”, quienes sufren distinto tipo de violencia, mucho más si tomamos que son entre tercera y cuarta generación de niños que nacieron en situación de calle, entonces para ellos la violencia e inclusive la muerte llega a ser algo muy natural, eso implica que muchos pasen como meros anónimos de la historia.

4. Hacia una relectura desmitificadora de los mitos que justifican la muerte del inocente

En un intento de triangulación desde nuestros autores, se puede ver que tras el grito mimético de la violencia institucionalizada, donde podremos ver que se van creando mitos que justifican la muerte del inocente.

Esas muertes no sólo están dadas por la violencia directa, la cual se ha incrementado de manera exponencial, ella está dirigida a niños y madres, pero también a todo el entorno social, ejemplos son muchos, pero vayamos a los más conocidos y claros que nos permiten visualizar las distintas formas de muerte y violencia institucionalizada.

- La muerte provocada por la poca inversión en recursos básicos de salubridad, ello implica agua potable, alcantarillado y arreglo de calles, eso si bien tiene un incremento en los datos del INE¹² su significancia es relativa, puesto que las muertes y las enfermedades tienen su incremento y además debido a problemas climáticos como el del Niño, sin dejar de lado la deforestación y la carencia de políticas serias de inversión a largo plazo nos encontramos con altas tasas de morbilidad y presencia de enfermedades.
- Es cierto que en el país se creó el bono Juana Azurduy¹³ con el fin de cuidar del binomio madre niño, pero también debemos tener la certeza de que la relación de incremento de mejores en los hospitales de distinto nivel no responde a las expectativas del crecimiento demográfico de la población, de

12 <http://www.ine.gob.bo/indice/general.aspx?codigo=40109>, julio de 2016

13 <http://bolivia.unfpa.org/content/bono-juana-azurduy>, julio 2016

ahí que es un tema que debe ser menos hablado por las distintas instancias político sociales y asumido con mayor responsabilidad.

- El nuevo fenómeno del incremento de la mano de obra femenina (no se crítica) muestra en sectores más vilipendiados que ellos llevarán consigo el estigma de enfrentarse con distintos tipos de violencia directa o mimética, de ahí que el sacrificio de los inocentes no sólo se dará de manera directa, sino que conlleva una serie de posturas de justificación de la violencia institucionalizada. Entre esas posturas se puede mencionar el hecho de negar la corresponsabilidad de cuidado con los hijos, además de la posibilidad de entender por parte del entorno familiar que no toda la responsabilidad es de la mujer.

Los tres ejes presentados, nos permiten también hacer otra lectura de la muerte o violencia hacia el inocente, ya habíamos reflexionado en torno a la presencia de los distintos tipos de sacrificios, lo que se quiere mostrar de la mano de Girard y en una aproximación crítica reflexiva de las experiencias de lo sagrado, cómo la experiencia de lo mimético hacia distintos tipos de violencia desde distintos ángulos sin lugar a dudas tiene una gran aceptación, mucho más cuando ellas se presentan de la forma más natural, pues desde el imaginario local y mítico sagrado se muestra la necesidad y eficacia de tales actos que son contenidos y continente de la violencia institucionalizada.

Será en una relectura de la experiencia de los niños asesinados por los Herodes de hoy, quiénes no aceptan la aparición de ningún mito fundante en el que se desarrollan las violencias directas e indirectas, pues desde una sociedad que se precia de ser más humana, encontramos la violencia institucionalizada, la cual si bien por los datos numéricos nos muestran una disminución de la muerte y un mayor acceso a la salud por parte del binomio madre niño, aún en cantidades muy altas encontramos tanto a la muerte, como a la enfermedad y otros tipos de violencia hacia los niños, la lista es larga, pero la discriminación, el poco acceso a la medicina, una educación con fuertes tintes de mediocridad garantizan unas nuevas generaciones con pocas esperanzas de acceso no violento a las siguientes etapas de la vida.

No podemos dejar de lado, el uso de los niños en actividades nada éticas como el contrabando y el narcotráfico¹⁴ temas que si bien son un tema que requieren otra investigación, se puede indicar que la convivencia directa con dicha problemática determinará la adquisición de determinados hábitos en las nuevas generaciones las cuales tendrán una confusión ético política cotidiana, limitando las posibilidades no sólo de ellos, sino también del entorno con el cual se enfrentarán cotidianamente.

Es en virtud a lo anterior, que se hace necesaria una visión más allá de la triangulación Girard, Biblia y sacrificios, para llevar adelante una pequeña cuestionante en cuanto a posibilidad de inmersión e inserción del lenguaje de violencia instituida, muchas veces asimilada como elementos de un sagrado imaginario que justifica una violencia hacia los más débiles desde posturas mercantilistas manejadas por instituciones estatales o para estatales.

¹⁴ Entre las muchas posibilidades, se sugiere revisar: <http://www.derechos.org/nizkor/bolivia/narcos.html>, Julio de 2016

5. La inocencia mitificada en la cultura descartable.

Hablar de la infancia implica revisar muchos textos dónde uno pasa desde la cuestión de edad, hasta frases tan interesantes que llaman la atención a generaciones de seres humanos, una que siempre llamó mi atención es: "ustedes son el futuro del país".

Si a eso le agregamos el famoso día del niño, de la mujer.... Podemos quedar horas intensas de heteroreflexión institucionalizada, más como la razón de ser del texto es ante todo el cuestionarnos mutuamente, no sólo con los datos que manejan exitosamente muchos autores, sino ante todo comenzar a delinear algunos derroteros de co-cuestionamiento que limite la propuesta de la cultura de lo descartable o *Kleenex*, término acuñado por Gilles Lipovetsky podremos descubrir como se va manifestando una cultura de lo inmediato donde temas cruciales son manejados desde posturas endógenas para justificar propuestas macropolíticas y visiones de la sociedad del contentamiento.

No se quiere caer en una mera crítica no sustentada o de la simple cultura del mendigo, sino mostrar que los mitos de la cultura de lo inmediato no van permitiendo ver con seriedad el cuidado de la vida como elemento central del derecho a una vida digna para todos.

No podemos negar que desde un ámbito economicista que los recursos son limitados y las soluciones implican una visión amplia y compleja, pero también se debe asumir que las nuevas mimesis nos llevan a una serie de respuestas donde el derecho a vivir de manera coherente y consecuente llegan a un segundo nivel, pues el primero es el cuidado de las sociedades del consumo total incrementando el acceso a los beneficios de aquellos que tienen mayor poder adquisitivo.

Los elementos como economía, salud, educación son banderas enarboladas en mástiles de poca visibilidad en medio de la bruma cotidiana de la aparente intensidad de la satisfacción personal en desmedro de una gran mayoría, se puede recurrir a concursos, a tener mayor cantidad de canchas deportivas, pero no a una inversión seria en alimentación, salud y vida digna.

Tales palabras que no pueden quedar en el mero tintero ideologizado de los detentores del poder, hace que los intelectuales orgánicos simplemente quedemos como meros funcionarios de una clase ociosa que tiene miedo a salir a los atrios de los templos del mal llamado saber cotidiano incrementando desde ese punto de vista la cultura de aparentes arquetipos poco sustentados a favor de nuestros niños.

Se debe necesariamente replantear los conceptos básicos de cuidado, continuidad y certeza de acompañamiento no sólo desde los que pueden, sino de esa ZDP (Zona de Desarrollo Próximo) como lo expresa Vygotsky para convertirlas en reales ZDP₁ (Zonas de Desarrollo Potencial), eso implica un mirar y hacer posible la expresión de Malthus con su propuesta básica de Ventajas Comparativas acordes al contexto en el cual se desarrollan nuestras infancias creativas.

Por último, si bien es característica del ser humano la posibilidad de interacción entre deseos y necesidad, se considera de imperante actualidad el llevar el

discurso a políticas macrosociales que puedan minimizar la muerte de los inocentes e incrementar el deseo mimético positivo y progresivo, eso nos lleva a la posibilidad de hacer realidad el sentido de cuidado del fin de las certezas que tan idealistamente podemos proponer.

6. Reflexiones del final o comienzo de camino

Es cierto que hasta acá probablemente nos movimos en posibilidades utópicas e inclusive ucrónicas para nuestro binomio básico, pero considero que si no somos capaces de tomarlos críticamente, será la violencia mimética la que gane la batalla, pues unos cuantos podrán lucir unas nuevas generaciones en aparente completa realización, pero sin lugar a dudas se incrementará la muerte y migración de cantidades de niños en la incerteza de una base mínima de identidad planetaria.

Intentemos siete principios básicos, como sugerencia no como respuesta, usted amable lector podrá ampliar o minimizar estos desafíos:

- Cuidado del cuerpo y de la vida

Mucho se habla del derecho a la libre elección, poco se habla de las condiciones del cuidado del cuerpo y de la vida, se debe replantear el concepto de corporeidad es decir entender que el ser humano en general y el binomio madre niño, son lo más importante, eso implica un cuidado básico de todo lo cotidiano que tenga que ver con ellos, eso significa que cada uno de nosotros debe asumir responsablemente

- Mayor inversión en salud

Hablar de mayor inversión en salud para el binomio madre niño, no solamente es comprar más medicinas o mayor número de médicos, es comenzar seriamente una política proactiva en salud, es el asumir a la previsión como elemento central del derecho a la vida en medio de una sociedad acostumbrada a vivir con una salud resquebrajada, para a partir de los síntomas encontrar paliativos. Si en verdad queremos cuidar de la vida, el filtro pasa por el cuidado preventivo así los hospitales serán la última instancia y no la primera, además que podremos equiparlos de mejor manera y para menor tiempo.

- Educación para la vida

Que significa "ser persona educada" la discusión nos puede llevar a largas discusiones, que pasa desde libros leídos, obras realizadas, títulos adquiridos y muchas otras cosas más. Simplemente considero que si hacemos del niño (infante) una persona que se pregunta, una persona sagradamente curiosa y que desde su experiencia de vida mantenemos su creatividad, habremos dado un pequeño paso a la ruptura con la comodidad, así no sólo pensará en la selva de cemento como alternativa o en la huida del campo como solución, sino que sabrá integrar la escuela, la familia y su forma de respuesta como un continuo aprendizaje.

- Nueva ecología en la relación naturaleza-madre-niño

Lo ético político respeta opciones personales, religiosas, culturales en medio del "caosmos" (tensión constante entre caos y cosmos), eso implica una

ética integral, complementaria y divergente dónde la relación con el otro, la cotidianidad y la vida se da por que soy parte de ésta casa común, todos debemos asumir nuestras diferencias y pertenencias a la casa común y desde allá entender, enseñar y compartir el derecho a una corporeidad contemplativa y contemplante.

- Políticas de inclusión.

Hoy en día la palabra inclusión es una de las más usadas, pero desde nuestra propuesta, se sugiere que en el cotidiano caminar se tome en cuenta el eje del binomio no como bandera o como mero enunciado, sino como la certeza de que en los distintos campos de la acción y reflexión se asuma criterios serios de participación, cuestionamiento no sólo que den solución, sino que trabaje también el elemento prevención, de tal manera que se minimice efectos no intencionales como la marginación y la negación de la problemática.

- Inclusión de lo sagrado de la vida

No se debe dudar que la relación con la vida pasa por el elemento “religar” no como institución religiosa, aún cuando no niega la presencia de ella, pero eso si nos motiva a superar la cultura de la teología del sufrimiento y del sacrificio o del fantasma de la violencia directa o indirecta para todos aquellos que quebrantaron un aparente saber universal estático, incluir lo sagrado de la vida es el cuidado desde el momento de su inserción en otro ser hasta la llegada del mismo, pero es mucho más importante el aprender a cuidar de la vida como un acto del prevenir antes que del lamentar la muerte del inocente.

- Ambientes ecodinámicos

Vivimos una sociedad de derechos, el grito de lo “Ético-político” implica asumir que hay distintas visiones en torno al binomio reflexionado, en caso de haber culturas que justifican la muerte del inocente, no se debe caer en una mera condena o aceptación, se debe tomar en cuenta que un mal trabajo con ellos los costos e indirectos para familias, grupos sociales y el Estado mismo son mayores, pues una población que sufrió violencia de manera directa o indirecta los costos serán mayores y en muchos casos irreversibles en cuanto a efectos de violencia estructurada.

Bibliografía

- AFP, A. (Miércoles de Septiembre de 2015). Quien era Aylan Kurdi, el chico sirio que apareció muerto en una playa. *La Nación* .
- Girard, R. (1986). *El Chivo Expiatorio*. Barcelona, España.
- Girard, R. (1995). *La Violencia y lo Sagrado* (2ª edición ed.). (J. Jordá, Trad.) Barcelona, España.
- Hinkelammert, J. F. (1989). *La fe de Abraham y el Edipo Occidental*. (DEI, Ed.) San José, Costa Rica.
- Maertens, T. (1964). *Fiesta en honor de Yahvé*. Madrid, España.

MORTALIDAD MATERNA EN CHUQUISACA. INEQUIDAD SOCIAL. 2002 -2014.

Arteaga Vera, Fulvio

*Facultad de Medicina, Universidad de
San Francisco Xavier de Chuquisaca*

Resumen

Introducción: La mortalidad materna es una situación injusta en pleno siglo XXI. Identificar las causas de la mortalidad materna permitirá conocer las características y el comportamiento de este fenómeno a través de los años para anticipar estrategias oportunas. **Objetivo:** Determinar el comportamiento histórico de la edad, el nivel de educación, el lugar de defunción, número de embarazos en Chuquisaca de los casos de muerte materna entre el 2002 al 2014. **Material y Métodos:** El estudio es observacional, longitudinal retrospectivo y descriptivo, parte de una base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de mortalidad materna en 333 madres. **Resultados:** La edad, el nivel de educación, el número de gestaciones, el lugar de fallecimientos y el área son indicadores que han demostrado la presencia de muertes maternas, la correlación de factores incrementan la probabilidad de muerte materna. **Conclusiones:** Es importante considerar estos resultados para la toma de decisiones con el fin de evitar la morbimortalidad materna y contribuir a que los embarazos sean más seguros y otorguen oportunidad de vida a los recién nacidos.

Palabras clave: Mortalidad Materna. Desigualdad, Inequidad. Razón de Mortalidad Materna. Demoras.



MORTALIDAD MATERNA EN CHUQUISACA INEQUIDAD SOCIAL. 2002 -2014

Fulvio Arteaga Vera

*Universidad Mayor Real y Pontificia de san Francisco Xavier de de Chuquisaca.
Facultad de Medicina. Sucre, Bolivia*

Introducción

Referirse a la Mortalidad Materna, significa que se debe comprender y recordar algunos conceptos, que nos permitirán desarrollar mejor el tema que en esta oportunidad llama nuestra atención:

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, citado en el libro de Indicadores Básicos para el análisis de la equidad de género en salud – OPS/OMS - 2004, la Salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Salud es, por tanto, un concepto positivo que enfatiza tanto las capacidades físicas como los recursos personales y sociales y, por ello, no es responsabilidad exclusiva del sector ni se limita a los estilos de vida saludables. Además de tratarse de un derecho humano fundamental¹.

La equidad no es lo mismo que la igualdad. Paralelamente, no toda desigualdad se considera inequidad. La noción de inequidad adoptada por la OMS/OPS se ha reservado para las desigualdades que son “innecesarias, evitables e injustas”. Así mientras la igualdad es un concepto empírico, la equidad constituye un imperativo ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos. (Gómez, E – 2002)².

Al referirnos a la salud, esta tiene varias dimensiones, podemos mencionar al estado de salud, la atención de salud – uno de los múltiples determinantes de salud – y los procesos de gestión de salud.

La equidad se reflejaría en niveles de salud y bienestar comparables en mujeres y hombres, o quizá entre cada uno de ellos entre sí.

La atención en salud tiene que ver con los recursos que se asignen de acuerdo a necesidades específicas y sus necesidades vitales.

A través del mundo, las mujeres tienden a sobrevivir más que los hombres y exhibir una mortalidad menor que la masculina a cualquier edad. Esto no significa necesariamente que las mujeres disfruten de mejor salud. La mortalidad constituye solamente un reflejo del deterioro extremo que puede sufrir la salud y no da cuenta de las profundas variaciones que se registran en el estado de bienestar de quienes sobreviven.

Por su importancia central dentro del contexto de género así como por la disponibilidad de información al respecto, es valioso destacar la dimensión de la salud reproductiva, vista desde la perspectiva de los derechos. Por lo tanto la salud reproductiva ha sido definida como:

“...un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y **sin riesgos** y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia...”(citado en el libro: Equidad, Género y Salud. Gómez, E – 2004)³.

La mayor supervivencia de las mujeres no es ni ha sido siempre la norma: las condiciones hostiles del medio social pueden disminuir, e incluso, anular la ventaja de supervivencia femenina. La menor mortalidad de las mujeres no es una contraste en el tiempo, y tampoco lo es para todos los países, grupos de edad y estratos socioeconómicos (Gómez, E – 2004).

Además del grupo de edad de los 15 a 45 años, un grupo etéreo donde, con alarmante frecuencia, se ha detectado mayor mortalidad femenina es el de 1 a 4 años.

Pero, las condiciones que afectan exclusivamente a las mujeres y que son altamente prevenibles por el sector salud es la mortalidad materna, por su indiscutible evitabilidad e injusticia, constituye un trazador crítico de la discriminación y la baja condición social en que se hallan las mujeres.

Existe una gran necesidad de identificar las posibles causas de la mortalidad materna por lo que se realizara algunas consideraciones pertinentes:

A nivel Mundial^{4,5}.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2013), manifiestan que cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, pero las cifras y los datos también nos muestran que:

- Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo.
- La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.

- En comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.
- La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.
- La mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la mitad entre 1990 y 2013.

De esta manera contribuir en la mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000, entre los cuales el ODM5 cobra relevancia y los países se comprometen a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Por esta iniciativa y resolución de los países, desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 45%.

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna, siendo en otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos aún mayores. Sin embargo, entre 1990 y 2013 la razón de mortalidad materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100000 nacidos vivos) solo ha disminuido en un 2,6% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el ODM5.

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo ha reflejado las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres (aspectos económicos y de educación). La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo como se había mencionado más arriba.

La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 230 por 100000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100000 nacidos vivo, hay grandes disparidades entre los países, y pocos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1000 por 100000 nacidos vivos; pero lo más llamativo, son las grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que la de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida. El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 3700 en los países desarrollados y de 1 en 160 en los países en desarrollo.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son:

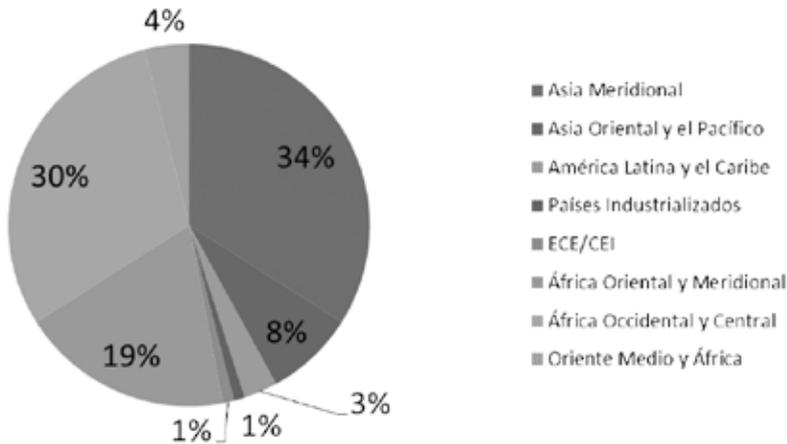
- las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto).
- las infecciones (generalmente tras el parto).
- la hipertensión gestacional (preclampsia y eclampsia)
- los abortos peligrosos.

Las demás son asociadas a enfermedades como el paludismo, o la infección por VIH en el embarazo.

América Latina y el Caribe⁶.

En América Latina y el Caribe la tasa de mortalidad materna se redujo a un 28% desde 1990, un progreso significativo que sin embargo, es todavía insuficiente y que encubre enormes diferencias entre los países.

Gráfico 1. Distribución por regiones de las muertes maternas. 2005.



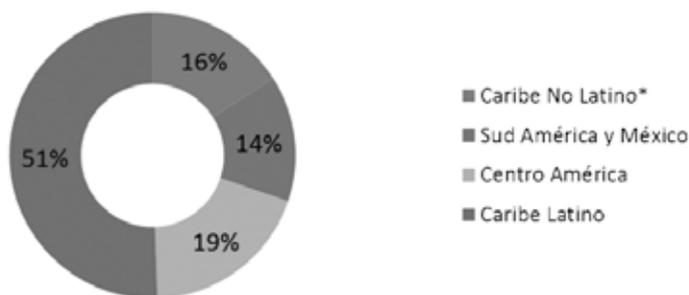
Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial. Mortalidad materna 2005

En esta región, cerca de 15,000 (3%) mujeres perdieron la vida en el 2005 por causas relacionadas con el embarazo y el parto, y la razón actual de muerte es de 130 mujeres por cada 100000 nacidos vivos, insuficiente para alcanzar la meta del Objetivo del Milenio fijada para 2015. (Gráfico 1).

El informe sobre el Estado Mundial de la Infancia del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), destaca las enormes diferencias entre los países, y así, mientras la tasa de mortalidad materna de Chile, Bahamas y Barbados es una de las más bajas del mundo en desarrollo (16), en Haití es de 670. Tras Haití siguen Bolivia y Guatemala (290), Honduras (280), y Perú (240).

Las mayores tasas de mortalidad materna, se encuentran en el Caribe Latino, que son casi 3 veces mayor que las de Centro América. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Razón de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe. Enero 2008.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2008. * OPS noviembre 2002, no sumado.

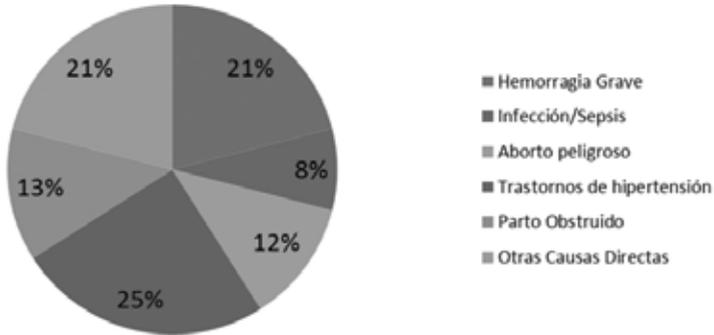
En América Latina se calcula que la razón global de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100000 nacidos vivos. El embarazo y el parto no son enfermedades, pero las mujeres de América Latina y el Caribe todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX.

La información histórica en países de Latino América menciona que en la segunda mitad del siglo XX, nos revela que la más temprana y más importante reducción fue obtenida donde los servicios de salud están mejor organizados y accesibles (Cuba o Costa Rica); la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve actualmente un enfoque más centrado en intervenciones eficaces en razón de los costos, como la atención obstétrica esencial (AOE), la asistencia del parto por personal calificado y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad.

Lo mismo ocurre con el riesgo de morir a que se exponen las mujeres por causas relacionadas con la maternidad. El promedio en la región es de 1 en 280, pero el mayor riesgo lo tienen las mujeres de Haití (1 en 44), y el menor en Barbados (1 en 4.400). En El Salvador el riesgo de morir a causa de un embarazo de 1:65.

Las muertes maternas ocurren en su mayor parte entre el tercer trimestre y la primera semana después del nacimiento (a excepción de las muertes por complicaciones derivadas de la práctica de abortos). La mayoría de las muertes maternas tienen que ver con complicaciones obstétricas (causas directas) entre ellas las hemorragias postparto, las infecciones, la eclampsia, las obstrucciones durante el parto o el parto prolongado y con la práctica de abortos. (Gráfico 3).

**Gráfico 3. Causas de Mortalidad Materna
América Latina y el Caribe.**



Fuentes: Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', The Lancet, vol. 367, núm. 9516, 1 de Abril 2006, pág.1069

Muchos de los factores que contribuyen a aumentar el riesgo de muerte de las madres no se dan exclusivamente durante el embarazo, sino que pueden ser afecciones agravadas por el embarazo y el parto. El enfoque pre-concepcional en la atención contribuye a determinar el tipo de estrategia y las intervenciones más adecuadas para reducir las muertes maternas por causas indirectas.

Bolivia ^{7,8}.

En Bolivia, el riesgo de morir por una causa vinculada con el embarazo, parto o post-parto es muy alto. Cada año aproximadamente 623 mujeres mueren por consecuencias de complicaciones durante el embarazo parto y post parto.

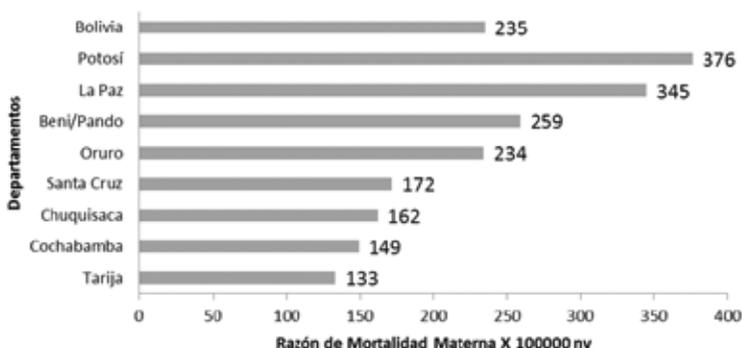
Según los resultados de las ENDSA-2003, se habría presentado una reducción importante en la razón de mortalidad materna: de 390 a 229 muertes por 100.000 nacidos vivos registrados en el período 1994 a 2003, en tanto que las proyecciones al 2008 plantearían una reducción mínima, evidenciando las pocas posibilidades de llegar a la meta del milenio sino se implementan intervenciones direccionadas a las causas reales de muerte materna, (ver Gráfico 4).

**Gráfico 4. Razón de Mortalidad Materna en
Bolivia. Encuestas Nacionales de Demografía y
Salud.**



El análisis de la razón de mortalidad materna por departamentos en base a la encuesta Post Censal (INE, 2002) nos indica que la mayor cantidad de muertes maternas se dan en la región del Altiplano con excepción del Beni (Potosí, La Paz, Oruro) (ver Gráfico 5).

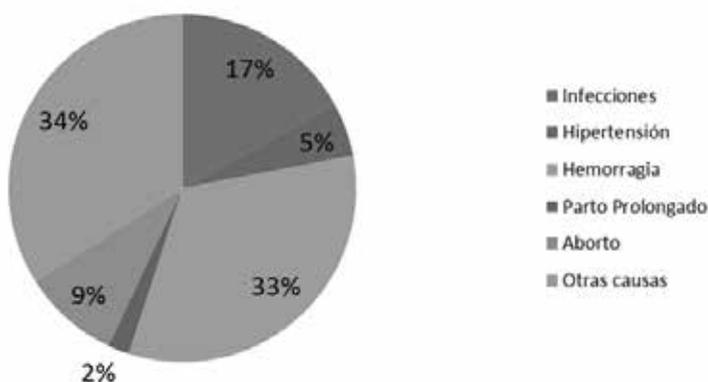
Gráfico 5. Encuesta Pos Censal de Mortalidad Materna. Razón de Mortalidad Materna promedio Nacional y por Departamento.



Fuente: Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna. INE. Bolivia. 2002. Beni y Pando constituyen un solo dominio estadístico.

Las principales causas de la muerte materna son debidas a: hemorragias en un 33%, infecciones en un 17%, aborto un 9%, hipertensión 5% y parto prolongado un 2%. Es de destacar el porcentaje de otras causas (34%), que incluyen violencia intrafamiliar, accidentes, homicidios y suicidios, (ver Gráfico 6).

Gráfico 6. Causas de Muerte Materna



Fuente: Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna. INE. Bolivia. 2002.

El 53% de las muertes maternas se producen en el domicilio, pero también se destaca que el 37% de estas muertes ocurren en los servicios de salud, el

10% restante figura como otro lugar (la carretera, la calle, un automóvil, una ambulancia en un alojamiento u hotel, etc.).

De acuerdo a los datos proporcionados por el ENDSA 2003 se estimaba que en Bolivia el 33,1% de las mujeres de 15 a 49 años tenían en promedio anemia y si desglosamos entre urbano y área rural, el 39,9 % de las mujeres del área rural en edad fértil tenían anemia valor más alto que la nacional; según el mismo informe Chuquisaca tenía un 25,9% de anemia en este grupo. (Tabla 1).

Si comparamos con los datos del ENDSA 2008¹² la anemia en las mujeres en edad fértil alcanzó el 38,3%; en el área rural se elevó a 42,3% y el mismo fenómeno se presentó en el departamento de Chuquisaca con un 28,9%, cifras más elevadas que las que se presentaron en el ENDSA 2003. (Tabla 1 a).

Esto significa que más de un tercio de la población de mujeres gestantes enfrenta su embarazo en condiciones desfavorables para su salud y la del bebé (ENDSA, 2008).

Tabla 1. Porcentaje de Mujeres de 15 a 49 años, por tipo de Anemia, según área y Departamento. 2003. 2008.

ENDSA		Total con Anemia	Anemia Leve	Anemia Moderada	Anemia Severa	Total sin Anemia
2003	Bolivia	33,1	26,3	6,5	0,4	66,9
	Urbano	30	23,8	5,9	0,3	70
	Rural	39,9	31,6	7,7	0,6	60,1
	Chuquisaca	25,9	21,5	4,3	0,1	74,1

Tabla 1 a.

ENDSA		Total con Anemia	Anemia Leve	Anemia Moderada	Anemia Severa	Total sin Anemia
2008	Bolivia	38,3	29,6	8,2	0,5	61,7
	Urbano	36	28,6	7	0,5	64
	Rural	42,3	31,5	10,3	0,6	57,7
	Chuquisaca	28,9	23,3	5,3	0,3	71,1

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 y 2008.

Instituto Nacional de Estadística. Nota: "La prevalencia de anemia se ajusta por altura y por si la mujer fuma siguiendo el procedimiento recomendado en CDC (Atlanta), 1998. Recommendations to prevent and Control Iron Deficiency in the United States. Morbidity and Mortality Weekly Report 47 (RR-3):1-29".

La mayoría de las muertes maternas y neonatales pueden ser evitadas. Los riesgos de muerte se incrementan ante la falta de conocimientos sobre los posibles problemas que pueden presentarse durante el embarazo y parto, por la mala alimentación de la mujer durante su desarrollo y el ciclo reproductivo, por niveles bajos de instrucción, por falta de recursos económicos y por tanto, al acceso a servicios de salud que en muchas ocasiones, depende también de su poder de decisión.

Las mujeres con los niveles de instrucción más bajos y que pertenecen a los quintiles más pobres, presentan las tasas más altas de mortalidad neonatal, más del doble que aquellas con los niveles más altos de instrucción y perteneciente a los quintiles más ricos.

Asimismo, el 70% de las mujeres que fallecieron tenían menos de 6 años de escolaridad o ninguno y más aún las mujeres indígenas son las más vulnerables a morir, especialmente si viven en el área rural, donde tienen cuatro veces más probabilidades de morir por complicaciones del embarazo, parto y posparto que las mujeres de las ciudades (64.3% vs. 15.3%). Los porcentajes de mujeres que presentan complicaciones en este periodo son de un 45% mientras que el estándar internacional no es más de 15%.

El ex Secretario General de las Naciones Unidas (ONU), Kofi Annan, señaló en 2006 que: "...las malas condiciones de Salud Sexual y Reproductiva son tanto una consecuencia como una causa de la pobreza y del hambre...".

Sucre⁹.

Mediante la encuesta post censal de mortalidad materna (2002) fueron identificados 627 defunciones maternas, estableciendo una razón de mortalidad promedio nacional de 235 decesos por cada 100.000 nacidos vivos.

Chuquisaca, según esta información, presenta una razón de mortalidad materna de 162 por 100.000 nacidos vivos, que representa la muerte anual de aproximadamente 30 mujeres, "la condición de orfandad materna para 112 niños menores de 10 años y un futuro incierto para todos esos hogares".

GRÁFICO 7. Razón de Mortalidad Materna por 100.000 n.v. según departamentos Bolivia 2002



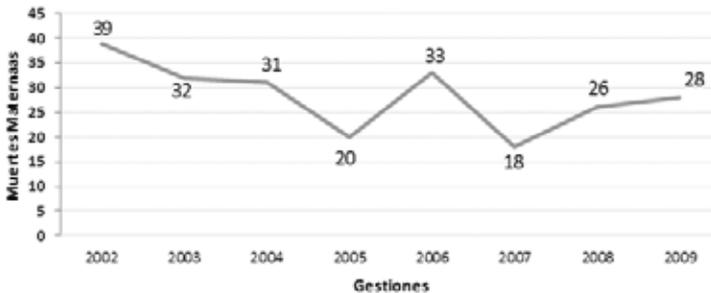
Para el departamento de Chuquisaca la mortalidad materna continua siendo un problema de Salud Pública, debido a la alta razón de mortalidad que se tiene, como a las repercusiones que implica, el impacto social y económico que significa la muerte de una mujer chuquisaqueña.

Se sabe que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) es influenciada por las condiciones de atención prenatal, del parto y el post parto, así como, por los aspectos biológicos de la reproducción humana y la presencia de enfermedades provocadas o agravadas durante el periodo del embarazo y puerperio. Cerca del 80% de las muertes de mujeres por causas obstétricas directas son

evitables, mediante la adopción de medidas relativamente simples bajas en costo y efectividad.

A continuación nos permitimos describir y analizar en términos epidemiológicos, las muertes maternas que ocurrieron en el departamento de Chuquisaca, desde la gestión 2002 y de manera más específica las muertes ocurridas hasta la gestión 2009^{10,11}:

GRÁFICO 8. Número de Muertes Maternas ocurridas en Chuquisaca 2002-2009



Entre las gestiones 2002 y 2009 en el departamento de Chuquisaca se observó una tendencia descendente de muertes maternas, es decir, que el número de muertes maternas ha ido disminuyendo paulatinamente desde 2002, año en el que se tenía 39 muertes maternas, hasta 28 muertes para la gestión 2009. El promedio de muertes estaba en 28 fallecimientos con una mediana de 29,5 y una desviación estándar de $\pm 6,95$ y un coeficiente de variación de 24,5%.

De las 227 muertes ocurridas entre 2002 y 2009, el 40% de éstas tienen como primera causa las hemorragias, debido principalmente a retención placentaria, le sigue con un 13% la eclampsia y como tercera causa de muerte materna está la sepsis, con un 9%.

Algo que llama la atención son las muertes maternas por complicaciones del aborto, como también las muertes por intoxicaciones que en ambos casos corresponden a un 5%, en el caso de las intoxicaciones el 90% son por órganos fosforados.

Cabe mencionar que un 6% de estas muertes son accidentales y que de acuerdo a la última definición de muerte materna no son consideradas como defunciones maternas.

En la gestión 2009 la hemorragia por retención placentaria continua siendo la primera causa de muerte materna, aunque con un porcentaje menor 24%, le sigue como causas la sepsis y eclampsia ambas con 18%, con un 11% están la cardiopatía chagásica y el aborto, porcentaje que se duplicaron comparando con los porcentajes que se tenía entre el 2002-2009, así mismo se observa, como otra de las causas de la muerte materna, las intoxicaciones con un 7%.

Del 2002 al 2009 cinco de cada 10 mujeres que fallecieron eran casadas, tres convivientes y dos solteras.

Para la gestión 2009, el porcentaje de madres solteras que fallecieron se ha incrementado a un 29%, comparando con las gestiones anteriores en las que se tenía un porcentaje de 19%, es decir 10 puntos más.

Se conoce que uno de los factores determinantes para la mortalidad materna es el nivel de educación de la mujer, vemos que del 2002 al 2009, el 51% de las mujeres que murieron solo cursaron hasta la primaria y un 38% eran mujeres analfabetas, por lo que podemos indicar que el 90% de las muertes maternas se produjeron tanto en mujeres analfabetas y con un nivel primario de instrucción, lo que ratifica que las mujeres con niveles bajos de instrucción tienen tres veces más riesgo de morir que aquellas mujeres con nivel de instrucción superior.

El nivel de educación de la población de un país es uno de los indicadores utilizados con más frecuencia en los análisis socioeconómicos por su influencia en los ingresos del hogar, control de la fecundidad, número de hijos, disminución de la mortalidad materna infantil, de la salud de sus hijos y la familia.

Del 2002 al 2009, el mayor porcentaje de muertes maternas (72%) se presenta en mujeres de 20 a 39 años de edad. Es necesario resaltar que un 11% de muertes maternas se produjo en adolescentes, situación que debe ser considerada para realizar intervenciones en la población adolescentes para prevenir los embarazos no deseados.

En la gestión 2009, el 50% del total de las muertes maternas se ha producido en mujeres comprendidas entre los 20 a 29 años de edad y un menor porcentaje, 25% entre los 30 y 39 años, un 14% en el grupo de edad de 14 a 19, la mayor a las gestiones pasadas, lo que significa que se ha incrementado el número de muertes maternas en las mujeres de grupos etáreos más jóvenes.

Del 2002 al 2009 el 59% de las muertes maternas, se han producido en domicilio y un 31% en servicio.

Todavía muchas mujeres tienen sus hijos en domicilio, lo que constituye un riesgo para la madre y el recién nacido, se conoce una de las estrategias para la atención calificada de parto, que involucra un conjunto de conocimientos y prácticas comprobadamente benéficas, orientadas hacia la promoción de la gestación y parto saludables y prevención de la morbimortalidad materna.

En el año 2009, las muertes maternas en servicio de salud y en domicilio presentan un mismo porcentaje, el 43%, lo que refleja los aspectos muy importantes: 1) que todavía hay partos en domicilios. Del 2002 al 2009, el mayor porcentaje de muertes maternas se presenta en mujeres de 20 a 39 años de edad, 72%. Es necesario resaltar que un 11% de muertes maternas se produjo en adolescentes, situación que debe ser considerada para realizar intervenciones en la población adolescentes para prevenir los embarazos no deseados

Lo que triplica el riesgo de morir de la madre y 2) las falencias en el sistema de salud ya sea por una inapropiada distribución de los establecimientos de salud recurso humano, como también de una insuficiente capacidad resolutive de los servicios de salud que no se han organizado de manera adecuada y efectiva para atender las emergencias obstétricas.

Del total de muertes maternas ocurridas en el periodo del 2002 al 2009, el 36% de esas muertes ocurrieron durante el embarazo, el 35% en el parto y el 29% durante el puerperio.

En el 2009, el mayor porcentaje de muertes maternas se produjo en el puerperio 39% durante el embarazo el 36% y en el parto el 25%.

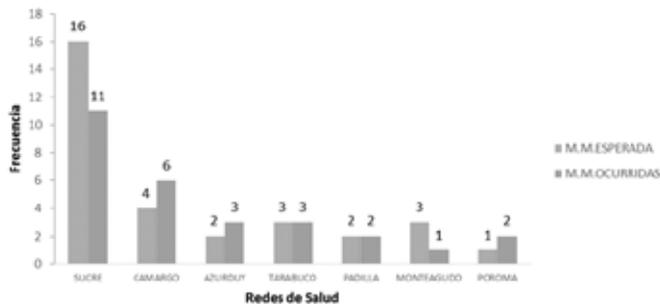
Del total de muertes maternas ocurridas en el periodo del 2002 al 2009, el 66% fueron identificados como muertes maternas directas es decir que se produjeron como resultado de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio.

Para la gestión 2009 el 67% de la muertes corresponden a muertes maternas directas, y el 33% a muertes indirectas, es decir, por una enfermedad existente desde antes del embarazo que fue agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

Del 2002 al 2009, el mayor porcentaje 27% del total de muertes maternas, se han producido en los municipios de la red Camargo (San Lucas, Culpina, Incahuasi y Camargo, le sigue con un 23% la Red Sucre y Red Tarabuco con 17%, la red que presenta menor número de muertes maternas es Monteagudo.

En la gestión 2009, la red que presentó mayor número de muertes maternas fue la red de Sucre, que representa el 39% del total de las muertes, a la red Camargo le corresponde el 21% y en las redes de Tarabuco y Azurduy hubo un 11% de muertes maternas, en un 11% en cada red, continuando la red Monteagudo como red donde se presentó el menor número de muertes.

GRÁFICO 10. RELACION DE MUERTES MATERNAS ESTIMADAS Y OCURRIDAS POR REDES DE SALUD 2009



De acuerdo a la razón de mortalidad materna se puede calcular el número de muertes maternas que se presentan anualmente en las diferentes redes de salud, como también en cada municipio, realizando un análisis por redes de salud de las muertes ocurridas, podemos evidenciar que en la red Camargo se está presentando un número mayor de muertes maternas a lo esperado, lo que significa que en esta red, la razón de mortalidad es mucho mayor que la del nivel departamental similar situación se estaría presentando en la red Azurduy y el municipio de Poroma contrariamente, en las redes de Sucre y Monteagudo se tiene menor número de muertes maternas a las esperadas por lo que en estos municipios la razón de mortalidad materna sea menor a la de nivel departamental.

De esta manera la pregunta no se deja espera: ¿Cuál será el comportamiento histórico de la edad, del nivel de educación, el lugar de defunción, número de embarazos y los embarazos en el área urbana y rural de los casos de muerte materna que se han presentado desde el 2002 hasta el 2014 en el Departamento de Chuquisaca?. ¿se habrán modificado estas desigualdades que contribuyen a producir la muerte materna en Chuquisaca?

Materiales Y Metodos

La investigación realizada tiene un enfoque cuantitativo; es observacional, con una direccionalidad longitudinal Retrospectiva y el análisis es eminentemente descriptivo. La población de estudio se obtuvo de fuente secundaria. La base de datos permitió trabajar un registro de 333 mujeres fallecidas durante la gestación en el departamento de Chuquisaca desde las fechas 03/01/2002 al 13/12/2014, y los datos pertenecen al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal Servicio Departamental de Salud (SEDES-Chuquisaca 2002- 2014), proporcionados por el área de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (A.I.E.P.I.) y el Área Continua del Curso de la Vida perteneciente al SEDES Chuquisaca.

También se utilizaron dentro de este análisis la fuente secundaria de los Informes Estadístico Epidemiológico proporcionados por el Sistema Nacional de Información en Salud. SEDES Ch.

Los informes de los Censos de Población y Vivienda desde el 1992, 2001 y 2012¹³, Las Encuestas de demografía y Salud 1994, 1998, 2003 y 2008.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Revistas Bolivianas, el motor de búsqueda de la Biblioteca Virtual en Salud y a través de la plataforma del Viceministerio de Ciencia y Tecnología con acceso a Scielo Bolivia y otras bibliotecas virtuales.

Resultados

EL Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna en el Departamento de Chuquisaca desde el 2002 al 2014 de acuerdo a su base de datos nos muestra que ocurrieron 333 fallecimientos de las madres en las diferentes etapas de la gestación (embarazo, parto y puerperio).

Se presentaron muertes maternas en mujeres menores de 14 años y hasta los 46 años de edad, la magnitud de estos casos de manera brusca se observa a partir de los 15 años, observándose un pico entre los 30 a 34 años y a partir de esto va descendiendo progresiva y lentamente.

El promedio, la mediana y la moda de la edad nos muestran que está en 31 años con una desviación estándar de $\pm 8,12$ años respectivamente.

EL nivel de educación de las fallecidas nos muestra que solo alcanzaron a un nivel Primario (48,35%) y el (32,73%) eran analfabetas. Existen casos que también se deben considerar si tomamos en cuenta el número de fallecidas que tenían educación secundaria y más aún formación superior.

De acuerdo al número de embarazos los casos de muertes maternas que se han presentado mostraban el antecedente de no haber estado embarazada antes

o haber tenido hasta 14 gestaciones. El promedio y la mediana de embarazos era de $4 \pm 3,3$; y aquellas mujeres fallecidas tenían el antecedente de haberse embarazado una sola vez.

Los datos de este grupo de estudio nos muestra que el 50,45% habían fallecido en su domicilio el 37,54% aconteció en los servicios de salud y un 10,51% se presentaron en otro lugar.

De acuerdo al área el 71,77% de las muertes maternas corresponden al área rural y el 28,23% se han presentado en el área urbana.

Tabla 3. Mortalidad Materna. Departamento de Chuquisaca. 2002-2014.

Variable	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %	Intervalos de Confianza de 95%	
Edad				
<=14	2	60	0,1	2,39
15 - 19	37	11,11	8,04	15,11
20 - 24	53	15,92	12,24	20,39
25 - 29	46	13,18	10,39	18,1
30 - 34	76	22,82	18,5	27,78
35 - 39	64	19,22	15,21	23,95
40 - 44	52	15,62	11,98	20,07
45 - 46	3	0,9	0,23	2,83
Nivel de Educación				
Analfabeta	109	32,73	27,91	37,94
Primaria	161	48,35	43,03	53,7
Secundaria	22	6,61	4,4	9,8
Superior	14	4,2	2,52	6,93
S/I	27	8,11	5,63	11,54
N° Embarazos				
ninguno	39	11,71	8,69	15,61
1 a 2	88	26,43	21,98	31,41
3 a 4	58	17,42	13,72	21,86
5 a 6	60	18,02	14,26	22,5
7 a 8	30	9,01	6,38	12,57
9 a 10	34	10,21	7,4	13,93
11 a 12	16	4,8	2,98	7,66
13 a 14	8	2,4	1,22	4,67
Lugar de Defunción				
Domicilio	168	50,45	44,96	55,93
Otro lugar	35	10,51	7,53	14,44
Servicio Salud	125	37,54	32,36	43,01
S/I	5	1,5	0,55	3,67
Área				
Rural	239	71,77	66,71	76,34
Urbano	94	28,23	23,66	33,29

Discusión

En este apartado se intentará identificar aspectos de inequidad en aquellas muertes maternas para tratar de identificar los elementos trazadores más adecuados, hacerles un seguimiento y plantear estrategias de prevención,

Al referirnos a las muertes maternas y considerando la edad de fallecimiento vemos que la gestación así como se encuentra conceptualizada en las Normas del Ministerio de Salud y Deportes demuestra que todo embarazo se constituye en un riesgo, sea la edad en la que se produzca, siendo la probabilidad mayor en aquellas mujeres menores de 15 años por la inadecuada maduración de los órganos reproductivos y los aspectos psicológicos y emocionales por las que atraviesan los adolescentes, y también que en las mujeres mayores de los 40 años de edad el riesgo de fallecer también se incrementa. Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE 2001 y 2012) y las Encuestas de Demografía y Salud (ENDSA 2003 y 2008), muestran que el inicio de relaciones sexuales tiene como promedio los 15 años, pero, estudios realizados en diferentes municipios en trabajos de campo de la Universidad Andina Simón Bolívar (Maestría Salud Pública. 2002), en algunos de los municipios se demostraba que esta edad estaba en un promedio de los 10 años de edad, de esta manera la razón de que los embarazos cada vez se vayan produciendo en edades inferiores a los 15 años. Esto debe llevar a una reflexión de construir una mejor estrategia de educación en Salud Sexual y Reproductiva (Manual de Anticoncepción. MSD), para poder tener la oportunidad de acceder a los servicios de orientación y elección de un método adecuado de anticoncepción y planificación familiar.

Tal como se planteaba en la introducción de este artículo, y los resultados encontrados en nuestra población femenina que ha fallecido en condiciones de gestación en el período del 2002 al 2014, se ha podido corroborar que las mujeres que solo han alcanzado un nivel primario de educación y otras ser analfabeta ha mostrado una mayor cantidad de fallecimientos. El tener este nivel de educación quizá se relaciona con la cantidad o el número de embarazos que tuvieron antes del fallecimiento, porque al observar que algunas de estas gestantes hayan tenido hasta más de diez gestaciones se haya debido también a niveles muy bajos de educación que quizá contribuye a una inequidad que se podría revertir, y esto lo podemos observar en aquellos que han recibido una educación secundaria y una formación superior, evidentemente donde todavía hay fallecimientos pero en menor magnitud.

La educación al tratarse de un determinante de causa estructural, debe ser estratégicamente solucionada de una manera integral (salud, educación e interculturalidad y otros sectores), debido a que es un contribuyente de la Pobreza.

Los niveles de educación de este grupo de madres fallecidas quizá también no han permitido reconocer los signos de peligro (Hemorragias, Infecciones, Abortos, Hipertensión, etc.) y otros factores de riesgo como la multiparidad, la desnutrición y la anemia. (Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. MSD), donde quizá tenga que ver aspectos culturales y de machismo.

El lugar de defunción es un aspecto muy relevante sobre el que tenemos que reflexionar profundamente debido a que en estos trece años (2002 al 2014)

todavía siguen muriendo madres en su domicilio, y de acuerdo con las Normas de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna este suceso nos hace pensar en la Primera Demora de la Mortalidad Materna dentro de las causas no biológicas, es decir no existe la decisión de acudir al establecimiento de salud, debido a que la embarazada y la familia no reconocen los signos de alarma. Por otra parte de una manera cultural la influencia de los familiares (suegra, madre, esposo) pesa mucho al momento de esta decisión o quizá el maltratado que pudo haber sufrido en el servicio de salud, Las autopsias verbales de las muertes maternas también han demostrado que la decisión personal está influenciada por prácticas culturales o no tener a quién dejar a sus hijos y a sus animales. (Planeando mi Parto. 2005).

Fallecer en los servicios de salud y también en una gran magnitud, nos hace determinar la existencia de recursos humanos no cualificados en la atención del control prenatal, parto y puerperio y la empatía con la gestante. También si sucedió este hecho deberemos pensar en una infraestructura, equipamiento e instrumental insuficiente. Las autopsias verbales también han demostrado al momento de entrevistarse con los familiares y el personal de salud la falta de insumos, medicamentos y sangre segura. Presentándose en este aspecto la Tercera Demora.

Estas muertes maternas han mostrado que todavía existe una cantidad aunque pequeña que ha fallecido en otro lugar, sea este en el traslado desde el domicilio hasta el establecimiento de salud, debido a que existe una gran distancia, los caminos pueden estar en mal estado o no existen y salen transportadas por otros medios; o por el contrario existen los medios de transporte pero no existe el combustible, o no hay conductor, pero lo más lamentable es la falta de apoyo comunitario por una desorganización o falta de sensibilidad. A esta se considera la segunda Demora.

Al observar los datos de los Censos de Población y vivienda del 2001 y del 2012 vemos claramente el proceso de transición y migración demográfica, los habitantes del área rural han migrado hacia las zonas urbanas, pero al analizar el área donde han fallecido más las gestantes sigue siendo el área rural. Donde las tres Demoras son más probables de presentarse.

Al relacionarse la edad, con el nivel de educación, la paridad, el lugar de fallecimiento y el área donde fallecen acrecienta los casos de mortalidad materna, los cuales permiten dilucidar las inequidades que tiene la mujer al no acceder a una buena educación y aun acceso más seguro y adecuado de los servicios de salud, estos deben considerarse como trazadores para evaluar las desigualdades y quizá se deba trabajar en mejorar los datos recolectados de cada uno de los casos y aplicar metodologías que nos permitan comprender mejor y de una manera oportuna como realizar la prevención.

Este trabajo pretende que cada uno de los indicadores en salud en especial los referidos a las mujeres y gestantes en especial sean mejor estructurados y poder captarlos, analizarlos y utilizarlos con el fin de contribuir a bajar la morbimortalidad de las mujeres, debido a que si logramos que realmente la mujer tenga una mejor calidad de vida los descendientes es decir los hijos que vayan a nacer tengan una mejor oportunidad de vida, educación y salud.

Quedan muchas preguntas por resolver, entonces comencemos a construirlas porque si postergamos, también postergamos la oportunidad de dar la posibilidad de sobrevivir a un ser humano y estaremos contribuyendo a que se presenten mayores inequidades en este grupo.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Unidad de Género. Etnia y Salud. Marco Conceptual. Indicadores Básicos para el Análisis de la Equidad de Género en Salud. 2004. Pág. 1.
2. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Unidad de Género. Etnia y Salud. Marco Conceptual. Indicadores Básicos para el Análisis de la Equidad de Género en Salud. 2004. Pág. 1-9.
3. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Unidad de Género. Etnia y Salud. Marco Conceptual. Indicadores Básicos para el Análisis de la Equidad de Género en Salud. 2004. Pág. 7.
4. Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) Bolivia Mortalidad Materna Vinculada Al Aborto En Bolivia (Los casos de santa cruz, la paz, Chuquisaca y Tarija) LA PAZ noviembre de 2011-Antecedentes pág. 4
5. Norma nacional del sistema de vigilancia epidemiológica de mortalidad materna ministerio de salud y deporte/publicación 328/ autor: Dr. Alberto de Gálvez murillo camberos/ LA PAZ BOLIVIA 2014 pág. 26, 27,28.
6. Muerte materna- organización mundial de la salud disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/
7. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna perinatal 2011-2014 El Salvador Febrero 2011
8. Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal en Bolivia 2009-2015.
9. Boletín Trimestral-Área atención integral a la mujer SEDES Chuquisaca publicado el año 2010 elaborado por: Dra. Geovanna Ordoñez Claire, Betty Calderón Navarro y Fabiola Burgoa.
10. Gutiérrez M. Ochoa L H. Castillo Guerra W. Capítulo VIII Salud Materno Infantil. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003. Instituto Nacional de Estadísticas. Ministerio de Salud y Deportes. Programa de Reforma de Salud. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fondo de fortalecimiento para la Salud. Banco Mundial. Fondo de Población para las Naciones Unidas. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Programa Mundial de Alimentos. Proyecto de Salud Integral. Pág. 153.

11. Coa R. Ochoa LH. Capítulo VIII. Mortalidad Infantil, en la niñez, adulta y Materna. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDSA 2008. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Reforma de Salud. Instituto Nacional de Estadística. Tesoro General de la Nación. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Banco Mundial. Fondo de Población para las Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Programa de Apoyo al sector de la Higiene y Salud de Base. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Agencia Española de Cooperación Internacional. Organización Panamericana de la Salud. Agencia Canadiense para el desarrollo Internacional. Octubre 2009. Pág. 129.
12. Coa R. Ochoa LH. Capítulo VIII. Mortalidad Infantil, en la niñez, adulta y Materna. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDSA 2008. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Reforma de Salud. Instituto Nacional de Estadística. Tesoro General de la Nación. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Banco Mundial. Fondo de Población para las Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Programa de Apoyo al sector de la Higiene y Salud de Base. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Agencia Española de Cooperación Internacional. Organización Panamericana de la Salud. Agencia Canadiense para el desarrollo Internacional. Octubre 2009. Pág. 129.
13. Estado Plurinacional de Bolivia. Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Vivienda 2012 Bolivia. Características de la Población. Febrero 2015.

REVISIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD, APROXIMACIONES A LA COMPREENSIÓN DE LA SALUD COLECTIVA DE ESTOS GRUPOS.

Ramírez Martínez, Ivonne Fabiana
*Comité Académico Doctoral, Universidad
de San Francisco Xavier de Chuquisaca*

Zegada Ramírez, Paola Andrea
*Policlínico del docente, Universidad de
Buenos Aires*

Resumen

Esta revisión documental tiene por objetivo describir la problemática de los adolescentes y jóvenes de acuerdo a los últimos informes publicados que documentan los estados de situación. Las políticas públicas que sostienen los sistemas de salud y educación, a pesar de que plantean muchas reformas y mejoras para la atención de estos grupos; la problemática de pobreza, migración, embarazo en adolescentes y otros factores de mayor complejidad en este periodo plantean numerosos desafíos para proteger la salud de los infantes. El riesgo psiconeurosensorial al que quedan expuestos desde el nacimiento es grande. La metodología consistió en el recojo de resultados de los informes estatales y de organismos no gubernamentales que muestran que se tiene datos alarmantes en la situación de salud y educación de adolescentes y jóvenes, aunque sin mucha profundidad en el tema, se observa que los desafíos a futuro son grandes y que las generaciones venideras deberán enfrentar esta problemática con propuestas orientadas al vínculo simbólico madre-niño.

Palabras Clave: Adolescente. Madre- niño.
Embarazo. Riesgo.



REVISIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD, APROXIMACIONES A LA COMPRESIÓN DE LA SALUD COLECTIVA DE ESTOS GRUPOS

Ivonne Fabiana Ramírez Martínez

Universidad Mayor Real y Pontificia de san Francisco Xavier de Chuquisaca. Comité Académico Doctoral. Sucre, Bolivia

Paola Andrea Zegada Ramírez

Universidad de Buenos Aires. Policlínico del docente. Buenos Aires, Argentina.

Introducción

En esta revisión se pretende comprender el balance de la cuestión que nos acerque a reflexionar sobre la problemática de la adolescencia y la juventud, aproximaciones a la comprensión de la salud colectiva de estos grupos en Bolivia. Este estudio se hace a partir del análisis de documentos publicados por las diferentes instancias públicas y organizaciones no gubernamentales

Nuestros estudios están se enfocan en las infancias y las discapacidades; sin embargo no es posible analizar este complejo problema por su naturaleza multirreferencial y multidimensional. Este caso genera mucha información que puede sistematizarse para el acercamiento a propuestas de mayor impacto en términos de políticas públicas.

Estados de situación de la población adolescente y juvenil

La problemática de los niños en Bolivia no empieza con el nacimiento, la concepción del mismo se da en el marco de un complejo entramado de situaciones socioeconómicas, políticas y educativas, que hacen que el proceso del embarazo, el parto y la crianza de los niños demande la mejora de las políticas públicas de salud y educación sobre todo.

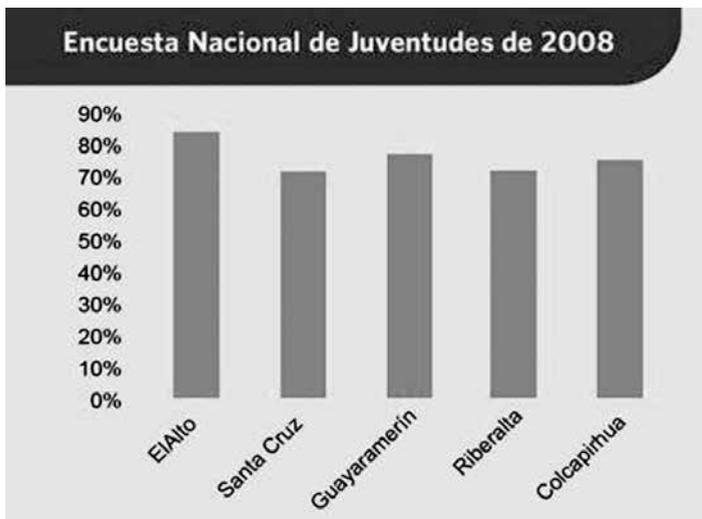
La fase juvenil concentra extremos etáreos en estadios definidos por consenso, que se distinguen como adolescencia y juventud; sin embargo el concepto que tiene esta etapa del desarrollo humano no sólo reviste complejidad, sino que son una dinámica permanente. Podría decirse que el término de juventudes alude a grupos sociales que tienen diferencias y singularidades,

pero también similitudes, y que construyen su pluralidad y diversidad en distintos espacios sociales y culturales. Sin embargo, existe implícitamente un sentido de pertenencia generacional histórica, cultural y temporal que los hace afines y les permite manejar códigos propios y compartir intereses y expectativas (Alpizar, 2003)

Bolivia cuenta con 10.389.913 habitantes, 50,07% mujeres y 49,93% hombres, según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2012. Por departamentos los datos muestran que Santa Cruz cuenta con 2.776.244 habitantes, de esta población 50,72% corresponde a hombres y 49,28% a mujeres. La Paz registró a 2.741.554 personas, 50,50% de sexo femenino y 49,50% de sexo masculino, Cochabamba tiene 1.938.401 habitantes, 50,56% hombres y 49,44% mujeres. Potosí cuenta con 798.664 habitantes, mujeres 50,42% y hombres 49,58%. Tarija registró a 508.757 habitantes, 50,32% mujeres y 49,68% hombres. Oruro tiene 490.612 habitantes, del total 50,45% mujeres y 49,55% varones. Beni cuenta con 425.780 habitantes, el sexo femenino representa 49,45% y el masculino 50,55%. Pando cuenta con 109.173 habitantes, las mujeres llegan a 47,75% y hombres a 54,25%. Y en el caso de Chuquisaca registró 600.728 habitantes, de esta población el porcentaje de mujeres llega a 50,34% y de hombres a 49,66%. (Datos Censo 2012)

En cuanto a la población según la UNFPA, 2008 la estructura de la población de adolescentes y jóvenes es la siguiente:

En ese entendido la población adolescente de 10 a 19 años, representa alrededor del 23% de la población total del país, del cual un 49% corresponde a adolescentes de sexo femenino. Encuesta Nacional de Salud (ENDSA 2008).



La problemática de la salud en este grupo

La atención a la salud de los adolescentes y jóvenes en Bolivia comenzó a desarrollarse en el Ministerio de Salud a partir de las actividades de promoción de la salud y la prevención del uso de sustancias controladas, esto en 1988

como tema principal de la agenda de ese periodo histórico (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

Más tarde el programa fue transferido a la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, dependiente de la Dirección General de Salud, ámbito en el cual se trabajaron aspectos programáticos e investigaciones relacionadas con la salud en general y aspectos particulares de la salud reproductiva de adolescentes y su atención en servicios.

En 1998, tomando como base el compromiso asumido en la Primera Conferencia de Ministros Responsables de la Juventud y la IX Reunión Iberoamericana de Ministros de Salud, Bolivia elaboró el Plan Nacional Concertado de Desarrollo Sostenible de Adolescencia y Juventud (1998-2002) y en este marco, el Ministerio de Salud elaboró el Programa Nacional de Atención a la Salud Integral de los y las Adolescentes, (Documento programático 1998- 2002 (Resolución Ministerial 0170), que tuvo continuidad con el Plan Nacional de Salud y Desarrollo Integral de Adolescentes 2004-2008, respaldado por la Resolución Ministerial 0056 en actual vigencia (Ministerio de Salud y Deporte, 2004)

Estos documentos se orientan para responder a los problemas identificados por los diferentes organismos internos y de apoyo como los Ministerios de salud, educación y deporte, la Organización Panamericana de la Salud OPS, la encuesta nacional de Demografía y salud (ENDSA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UMPFA) Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES), Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), Servicios Departamentales de Salud del Servicio Departamental de salud (SEDES), Dirección Nacional de Medicamentos (DINAMED), Servicios Departamentales de Gestión Social (SEDEGES)

El año 2008 se evaluó la implementación del Plan 2004-2008, concluyendo en primera instancia que debe readecuarse al nuevo modelo de atención de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. Se amplía el grupo de intervención de 10 a 24 años en coherencia con otras políticas públicas en vigencia; sin embargo, a pesar de estos esfuerzos el Estado no ha podido mejorar los indicadores de salud para esta población (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

Hasta este momento uno de los aspectos que se destaca en la revisión documental efectuada es la fragmentación de los sistemas estatales al momento de intervenir en el adolescente. De manera que la salud no siempre ha sido abordada desde los espacios educativos; por su parte el sistema de salud aborda la problemática desde un enfoque más clínico que promocional y proteccional de la salud, y el sistema legal actúa bajo un modelo coercitivo.

En respuesta a la problemática de la salud el año 2010 el Ministerio de Salud y Deportes presenta el documento "Bolivia 2009 - 2013" como marco de referencia para la formulación de programas que atiendan a la salud integral de adolescentes y jóvenes, cuyas necesidades de salud y del vivir bien, cuyo fin es lograr que adolescentes y jóvenes en Bolivia sean actores protagónicos para el desarrollo de sus potencialidades y la mejora de su calidad de vida. Se pretende disminuir los niveles de pobreza y promover su participación y movilización para responder a la problemática de la salud y sus determinantes en el marco del proceso de transformación del país.

El propósito del Plan es contribuir a mejorar las condiciones de salud de adolescentes y jóvenes, favoreciendo el ejercicio de sus derechos, a través de la formulación de intervenciones preventivas y promocionales de carácter transectorial acordes a los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Quinquenal de Juventudes, a través del desarrollo de acciones integrales y diferenciadas de atención a la salud de adolescentes y jóvenes del país, movilizando recursos públicos en el marco del modelo de atención de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI) propone un conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas en salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

El SAFCI pretende atender, señala el Ministerio, a la solución de los problemas de salud y la gestión eficiente y efectiva de sus recursos de manera conjunta con las otras estructuras (social e intersectorial) en sus cuatro niveles: local, municipal, departamental y nacional.

Algunos de los avances en la atención a estos problemas se inician cuando el estado boliviano propone algunas transformaciones orientadas a las políticas de desarrollo humano y social; para ello, se ha promulgado la ley 342 o ley de la juventud de febrero de 2013 que tiene por objetivo garantizar el ejercicio pleno de sus derechos y deberes y cuya finalidad es lograr que los jóvenes alcancen su formación y desarrollo integral.

Por su parte el Plan Estratégico del UNFPA (2008-2013) plantea la meta de lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, donde está incluido el libre e informado acceso a métodos anticonceptivos, promoviendo los derechos reproductivos, reduciendo la mortalidad materna y acelerando los avances en la agenda de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, priorizando a los grupos poblacionales tradicionalmente marginados, especialmente mujeres, rurales e indígenas, adolescentes, jóvenes y adultos mayores.

Sexualidad

En el intento de atender la problemática de la sexualidad en esta etapa de desarrollo se ha emprendido una lucha importante contra los problemas de salud propias de esta edad y así mejorar los niveles de educación en salud.

El embarazo no deseado y el aborto constituyen los principales problemas de salud pública y se conoce que el embarazo y la maternidad en adolescentes tienen mayor frecuencia en aquellas con bajo nivel educativo y entre las que viven en condiciones de pobreza.

Las consecuencias del embarazo en edades tempranas trae en la de vida de las adolescentes muchas barreras para el logro educativo, el desarrollo integral y el ejercicio de derechos, que en condiciones de ruralidad, marginalidad y exclusión social, perpetúan el ciclo intergeneracional de la pobreza.

Estudios del UNFPA en áreas urbanas del eje troncal del país, daban cuenta de que en 2005 más de 70 % de los embarazos de las adolescentes fueron no planificados. Asociado a este tema, la mortalidad materna en adolescentes

no ha disminuido en los últimos años, como ha hecho en los demás grupos etarios.

Según la Encuesta Nacional de Juventudes de 2008, los municipios con mayores tasas de embarazo en adolescentes son: El Alto, que registra un promedio de 83%; Santa Cruz, 71%; Guayaramerín, 76%; Riberalta, 71% y Colcapirhua, 74%. La misma fuente revela que de las adolescentes encuestadas que ya iniciaron relaciones sexuales, un 60% había estado embarazada en algún momento y resulta llamativo que el 9% corresponde a adolescentes menores de 15 años.

El embarazo no planificado a temprana edad puede ser un obstáculo para la formación escolar, en Bolivia. La Encuesta de Juventudes del 2008 revela que el embarazo es una de las principales causas de deserción escolar; además conduce a la madre joven adolescente a iniciarse precozmente en el rol reproductivo, sin información y escaso acceso a mecanismos de prevención y cuidado de su salud en general. Como consecuencia, se postergan o diluyen sus propios proyectos de vida formativos y el rol productivo que la sociedad espera de ellas; con distintos matices culturales en ámbitos urbanos y o rurales.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENDSA 2008) en Proyecciones del INE, para Bolivia se señala que 3.1 millones son adolescentes y jóvenes de entre 10 y 24 años y se destaca que cerca de un 18% de la población de adolescentes y jóvenes son madres o están embarazadas entre los 15 y 19 años. Al menos la mitad de estos embarazos no fueron planificados al momento de la concepción.

En este sentido una de las dificultades objetivas se da para compatibilizar el embarazo y la crianza con la inserción laboral, aunque la mayoría de las madres adolescentes vive con sus familiares y se dedica a actividades domésticas, a menudo las madres y/o padres adolescentes se ven forzados a entrar al mundo del trabajo, generalmente en condiciones precarias de remuneración y sin ninguna cobertura en seguridad social (Ministerio de Salud y Deportes, 2004) y (UNFPA, 2016)

Las violaciones sexuales también son causantes del embarazo en la adolescencia; estas situaciones ocurren en el entorno familiar (padres, padrastros, tíos, primos y parientes cercanos); pero también son causadas por sus parejas y personas desconocidas (UNFPA, 2016)

Encarar el proceso de formación de los hijos en una etapa de la vida en que las personas aún están forjando su propia identidad, y en que la misma sociedad les asigna papeles diferentes a los parentales, se convierte en una adversidad más compleja de medir, pues se basa en el supuesto, no del todo comprobado, de la menor capacidad formativa de las madres adolescentes.

Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de no tener pareja y enfrentan la ausencia e irresponsabilidad de los padres. Históricamente, la maternidad adolescente tiende a darse bajo arreglos nupciales menos formales, sea por razones materiales (limitaciones financieras o dependencia de los hogares de origen), psicosociales (relaciones más inestables, embarazos producto de violencia y otros) o ambas; estas causas, finalmente derivan en que las madres solteras sin formación no tengan posibilidades de independencia económica.

A estas vulnerabilidades se agrega la presión sobre el presupuesto que las adolescentes progenitoras provocan sobre sus padres, que frecuentemente terminan por asumir parte importante del proceso de crianza. Esto se verifica con más intensidad cuanto menor es la madre adolescente, sin ignorar el hecho de que alrededor del 70% de embarazos en la adolescencia no son deseados y estos se dan en mujeres con menores niveles educativos y mayores niveles de pobreza (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

Según este mismo informe, un 9% de embarazos acontece en adolescentes entre los 13 y 14 años, las causas no han sido identificadas y requieren de mayor investigación para orientar mejor las políticas de prevención del embarazo en edades tan tempranas. Tomando en cuenta estos elementos se podrán elaborar mejor los protocolos sociales específicos para mejorar las acciones que hasta el momento no han tenido un efecto importante.

La preocupación estatal está orientada a optimizar las intervenciones más recomendables destinadas a la prevención, lo cual requiere de acciones de promoción, de medidas de protección efectivas basadas en la amplia difusión de conceptos básicos sobre la salud sexual y reproductiva y derechos para la toma de decisiones y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, con el fin de diferir la edad del primer embarazo y/o procurando la orientación adecuada para prevenir un segundo embarazo (Encuesta de Juventudes, 2008)

En cuanto al aborto se muestra que el 65% de mujeres entre 15 a 24 años han tenido al menos un embarazo por lo cual las probabilidades de que se produzcan muertes maternas en este segmento poblacional es mucho mayor, a esto se añade el hecho de que por factores sociales, culturales y familiares, las mujeres adolescentes gestantes demoran el cuidado de su salud, tanto en los controles prenatales como en el momento del parto, lo que incide en un mayor número de abortos y complicaciones durante el parto y/o puerperio. Asimismo, los cuidados al recién nacido son escasos o inoportunos y la lactancia materna es acortada, lo que influye negativamente en el desarrollo temprano de los niños o incrementa las tasas de mortalidad neonatal (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

El Ministerio de Salud y Deportes (2008) dispone de un Plan de atención a la Salud materna dentro del continuo, que prevé la atención prenatal oportuna, la atención calificada del parto y una serie de medidas destinadas a facilitar el cuidado de niños en los primeros años de vida. A esto se añade el conjunto de medidas que deben aplicar los servicios para la atención integral de las gestantes, como los cuidados obstétricos y neonatales esenciales.

A pesar de los mecanismos de información necesarios para que adolescentes y jóvenes tengan acceso a orientación sobre su salud sexual y reproductiva, continúa siendo una de las temáticas más complejas de ésta y actualmente es tema de debate en la agenda nacional de salud ante la propuesta de una ley de despenalización del aborto. En 1994 el aborto inseguro pasa a ser reconocido como un problema de salud pública en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo. En 1995, en la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, desarrollada en Beijing, se reafirman las definiciones establecidas en El Cairo y

se reafirma la necesidad de revisar las leyes que criminalizan las prácticas del aborto inseguro.

De acuerdo a la ENDSA (2003) el 16% de las mujeres ente 15 y 19 años, alguna vez estuvo embarazada, porque ya son madres (13% o están gestando por primera vez (13%). Este porcentaje es superior en el área rural (22%) y en las mujeres sin educación (47%). La edad de la madre repercute también en la salud de los niños, de acuerdo a la ENDSA (2008), entre los hijos de madres adolescentes, el nivel de anemia alcanza el 73%, superior al promedio nacional que es del 6.13%.

Según estudios localizados, el inicio de la actividad sexual se ubica entre los 14 y 16 años, aspecto influenciado por cambios sociales y económicos que han contribuido a adelantar la edad de iniciación sexual y a diferir la edad del primer matrimonio o unión. Entre los cambios que han influido sobre estos ámbitos destaca la creciente relación rural-urbana. Existen diferencias, además, entre regiones del país, ya que el inicio de la actividad sexual en las tierras bajas, es en promedio, menor a la región occidental (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

En cuanto al control del embarazo, el parto y su cuidado, en los datos demográficos se tienen estadísticas que reflejan altas tasas de mortalidad materno-infantil, que se incrementan en el déficit de atención en el parto (Fundación de Waal y PreNatal, 2011) y que dan cuenta de que existe una problemática vigente en torno a estos temas.

Control del embarazo, el parto y su cuidado (Fundación de Waal y PreNatal, 2011)	
Datos	Indicador
Mujeres embarazadas con al menos 4 controles prenatales	58 %
Atención de salud por personal capacitado (etapa prenatal)	70%
Atención de salud por personal capacitado (parto) (OPS – Indicadores Básicos 2009. Situación de Salud en las Américas)	65%
Tasa global fecundidad (hijos/mujer)	3,4%
Tasa de fecundidad de adolescentes	88/1000 mujeres (15-19 a.)
Prevalencia de anemia mujeres embarazadas	37%
Tasa de nacimiento neta	27/1000 hab.
Mortalidad materna	290/100000 nacidos vivos
Tasa mortalidad infantil	50/1000 nacidos vivos
Tasa de mortalidad de menores de 5 años (OPS – Indicadores Básicos 2009. Situación de Salud en las Américas)	57/1000 nacidos vivos
Muerte de menores de 5 años por prematuridad	16 %
Tasa mortalidad neonatal	25/1000 nacidos vivos
Nacimientos con alguna discapacidad	15/ en miles
Consultas prenatales nuevas (Ministerio de salud y deportes. 2006)	386.352 mujeres (15-19 a.)
Partos atendidos	198.459 mujeres (15-19 a.)
Porcentaje de bajo peso al nacer	5,78%

Dentro de los temas de salud sexual y reproductiva se conoce que el uso de anticonceptivos ha mejorado en los últimos cinco años y que su uso es mayor,

a menor edad. Según la Population Reference Bureau (2008), las estadísticas muestran que también el 35% de las mujeres casadas entre 15 y 49 años usa métodos modernos anticonceptivos y 61% de mujeres en unión, entre 15 y 49 años usa métodos modernos anticonceptivos.

Un análisis realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2008), establece que en Bolivia se registran anualmente más de 36 mil abortos, siendo sobre todo adolescentes y jóvenes quienes optarían por esta práctica, la misma que debería ser considerada como un problema de salud pública, debido a que sus consecuencias, entre esta población; esto representa la tercera causa de mortalidad materna en el país.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, un 90 % de los adolescentes bolivianos ha recibido información sobre temas de sexualidad y salud reproductiva, principalmente en unidades educativas, grupos juveniles y medios de comunicación. Hay un alto conocimiento de métodos de anticoncepción en adolescentes y jóvenes (más de 90 %); pero el uso de ellos es muy bajo, cerca de 27 % en adolescentes unidas y de 35 % en jóvenes (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

Uso actual de métodos anticonceptivos en mujeres actualmente unidas (ENDSA, 2008)			
Edad	Métodos tradicionales	Métodos modernos	Cualquier método 2008
15 – 19 años	26.6	14.3	40.9
20 - 24 años	35.4	21.7	57.1

Entre las madres adolescentes, adolescentes embarazadas y padres adolescentes, el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos es reducido y su utilización previa es mínima (UNFPA, 2016).

En cuanto al uso del condón, según la ENDSA (2008) solamente 2,2 % de hombres entre 15 y 19 años utilizó condón en su última relación con su esposa o compañera, y en el grupo de 20 a 24 años, el 10 %. El uso del condón es más frecuente cuando los hombres tienen relaciones con personas que no son su pareja.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar para limitar o espaciar el embarazo es más alto en las adolescentes, 38% y las mujeres jóvenes de 20 a 24 años, 27%, más que el promedio nacional, 20% (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

En cuanto a la población con VIH/Sida entre las edades de 15-49 años se tienen datos de afectación de 0,2% (PRB – 2007-2008 Population Reference Bureau – 2008)

La mayor parte de adolescentes y jóvenes sabe acerca del VIH y Sida, según la ENDSA (2008), cerca del 90 % de hombres y 85 % de mujeres; pero no hay datos sobre el conocimiento de otras infecciones de transmisión sexual. Alrededor del 76 % de hombres y el 64 % de mujeres de entre 15 a 24 años tienen conocimiento acerca del uso del condón como métodos para reducir el riesgo de contraer VIH. Según la misma fuente en el departamento de Potosí, más del 63 % de las personas en este tramo de edad no identifica al condón como un método que reduzca el riesgo de contraer VIH. Los registros del Programa Nacional de ITS y VIH-SIDA, reflejan que el 25 % de los casos registrados de

personas que viven con VIH, corresponde a adolescentes y jóvenes (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

En el país están disponibles las pruebas rápidas y serológicas para la detección del VIH, pero no están accesibles a adolescentes por ser "menores de edad" y están poco promocionadas en la población joven, aunque se cuenta con un programa de prestaciones de salud específico para el efecto (Programa ITS y VIH SIDA, 2010).

En relación a las Infecciones de transmisión sexual los datos de 2010 proporcionados por el Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES), Salud Sexual y Reproductiva, arroja que de cada 100 casos registrados en el país, 33 corresponden a adolescentes; en el caso más concreto de VIH/Sida, de cada 100 infectados 20 son adolescentes.

Debido al limitado acceso de la población adolescente y joven a servicios de salud (particularmente varones) y uso de métodos preventivos, no es posible disponer de cifras que orienten sobre la verdadera magnitud de las infecciones de transmisión sexual. La Encuesta de Juventudes revela que cerca del 76% de la población menor de 19 años tiene conocimiento acerca de las mismas, el conocimiento es mayor en poblaciones de más de 20 años y constituye una causa frecuente de consulta en servicios de salud (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

De las infecciones de transmisión sexual, el VIH SIDA es la que tiene mayor connotación debido a que la incidencia en poblaciones cada vez más jóvenes constituye un problema de salud pública que amerita intervenciones particulares y diferenciadas en adolescentes y jóvenes, debido a la brecha que existe entre el conocimiento sobre métodos efectivos de prevención y el uso de estos. La intervención más accesible a adolescentes, quienes además en un 67%, no usan ningún método de prevención en su primera relación sexual es promover el uso del condón como "doble protección" para incidir también en la reducción de embarazos a edad temprana (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

Para 2016 un estudio sobre el embarazo en la adolescencia en 14 municipios de Bolivia realizado por la (UNFPA) arroja los siguientes resultados: Entre 2010 y 2011 el embarazo aumentó hasta alcanzar el 25% en edades comprendidas entre los 12 y 18 años y refiere además que la sobrevivencia y bienestar de las y los recién nacidos depende en gran medida del apoyo de la familia; suele ser la madre de la adolescente quien asume los cuidados del niño o niña. El informe final sostiene que la mayor parte de las veces las madres adolescentes, junto a su padre y madre, asumen la responsabilidad del bebé, restando responsabilidad al papá adolescente. Pocos hombres adolescentes asumen su paternidad, dejando sus estudios para poder trabajar y haciéndose responsables de la manutención del bebé y la madre.

Por otra parte, se refiere a que en la mayoría de los casos de embarazo en la adolescencia, las adolescentes asumen solas la maternidad, sin el apoyo de la pareja, pero casi siempre con el apoyo de su familia.

Estos factores están muy vinculados a la preocupación por el incremento del riesgo psiconeurosensorial, determinante en el desarrollo integral del niño, pues como sostiene este informe señala que es escaso el número de recién nacidos a los que se les hace el tamizaje neonatal, para proponer acciones que permitan revertir la situación de los menores en riesgo.

Acceso a servicios de salud y cobertura

En cuanto al acceso a los servicios de salud en ámbitos urbanos se observa que obedece a la demanda espontánea, la mayor parte de adolescentes y jóvenes atienden sus problemas de salud en servicios públicos. Cerca de un 50% indica haber recibido atención satisfactoria (ENAJ, 2008). Las adolescentes y jóvenes usuarias del Seguro Universal de Salud (SUMI) constituyen casi el 60% de las consultas en materia de Salud Sexual y Reproductiva.

Se cuenta con datos acerca de la problemática de salud y su relación con la pobreza, la esperanza de vida al nacer de 68,27 años hasta el 2015 (INE, 2008; Anuario Estadístico 2010).

Otros indicadores de la cobertura de atención en salud, que también influyen en la salud de los adolescentes son los siguientes:

Cifras de centros e instituciones de salud (Ministerio de Salud y Deportes, 2011 Bolivia)	
Puestos de Salud	1601
Centro de Salud	1522
Hospital Básico	225
Hospital General	34
Instituto Especializado	28
Habitantes por establecimiento de salud	3.058
Habitantes por establecimiento de primer nivel de atención	3.339
Habitantes por establecimientos hospitalarios	36.328
Número de camas	15.165
Habitantes por camas hospitalarias	10.803

En un estudio realizado en La Paz, El Alto y Santa Cruz (UNFPA, 2008) sobre percepciones de Adolescentes y Jóvenes respecto a la Atención en Salud, se señala que de los que usan servicios de salud, al menos una vez por año, los usuarios indicaron que tienen demanda insatisfecha en las siguientes especialidades: 47,%, medicina general; 15,4 %, dentista; 14,2 %, oculista, 10 %, ginecólogo y 9,3 %, orientación en psicología. Existe una mayor proporción de adolescentes que prefieren servicios públicos (7 de cada 10). La población que más consulta está entre 14 a 16 años y 60 % de las consultas es efectuada por mujeres (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

Si bien en Bolivia se ha propiciado la interacción entre la medicina académica y la tradicional, menos del 5% del recurso humano de los establecimientos refiere haber hablado sobre salud mental con algún profesional que practica la medicina tradicional (Rocha, 2008).

De la población que no es usuaria de servicios de salud, 60 % indica que no necesita de estos servicios, salvo cuando están severamente enfermos; 15 % no asiste por falta de dinero y 10 %, por falta de tiempo o información; mientras que un alto porcentaje, 40 %, prefiere la medicina casera, aunque si tiene recursos acude a una farmacia; generalmente, no tiene confianza en el sistema por la mala atención (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

Los servicios diferenciados que se han desarrollado en el país, muchas veces son desconocidos por los adolescentes y aún no son accesibles a jóvenes por falta de adecuada promoción y escasa derivación desde otros servicios de la red, lo que se relaciona con la falta de capacitación de personal de salud de esos servicios, cuya actitud de estigmatización hacia las personas jóvenes no despierta la confianza de los adolescentes y jóvenes y conduce a que estos no manifiesten abiertamente sus verdaderos motivos de preocupación, muchas veces referidos a temas como la sexualidad, el embarazo, las infecciones de transmisión sexual o la drogadicción, producto de las creencias sociales, mitos tabúes respecto a estos temas (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

Los estudios en cuanto a relaciones sociales y salud emocional

Uno de los problemas más recurrentes y peligrosos en la salud emocional de los adolescentes y jóvenes es la generación de violencia en personas en razón de su género, edad, nivel socioeconómico u otros; ejercen poder sobre otras, reflejando en muchos casos el estereotipo asociado al hombre con poder y a la mujer con subordinación. De las diversas formas de violencia, la sexual es la más grave y se expresa en el acoso sexual, críticas al comportamiento sexual, comparación denigrante con otras personas y violación. La violencia sexual incluye además el tráfico de adolescentes y jóvenes con fines sexuales y la explotación sexual comercial en sus diferentes formas. Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (2014).

Datos de la ENDSA (2003), indican que el 47 % de las mujeres y 27 % de los hombres de entre 15 y 24 años sufren violencia física o sexual; 10 % de las mujeres y 2% de los hombres de las mismas edades declaran haber sido forzados/as a mantener relaciones sexuales contra su voluntad.

La mujer en muchos escenarios es sujeta de discriminación y su situación se define por elementos económicos, sociales y étnicos constitutivos del país. Se puede afirmar, señala Lanza (2006) que las mujeres bolivianas, en general, se desenvuelven en un marco patriarcal que las marca con signos como:

- El 72.6% de los casos registrados de violencia intrafamiliar son mujeres.
- Menor acceso, permanencia y término en todos los niveles al y en el sistema educativo.
- Menores ingresos económicos por su presencia fundamental en bolsones informales del empleo.
- Precaria situación de salud, con una de las tasas de mortalidad materna más altas en América Latina.

- Baja participación en los espacios de toma de decisión (Lanza, 2006).

Por otra parte, su pertenencia étnica patentiza la discriminación de las indígenas, en la medida en que el conjunto de indicadores refleja brechas mucho más elevadas en este grupo social

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2003) describe otras situaciones de violencia intrafamiliar, ya sean físicas y/o psicológicas, las mismas que son producto de los conflictos en las relaciones de familia, lo cual incide en la salud emocional de los miembros que la padecen. La siguiente tabla muestra algunos datos al respecto:

Situaciones de violencia intrafamiliar ENDSA(2003)					
Parámetro	%	Indicador	%	Indicador	%
Castigos a hijos (as) en el hogar		Actitud de la mujer hacia razones que justifican que el esposo la golpee		Violencia ejercida por el cónyuge contra casadas y convivientes	
Padre	7,5%	Quemar alimentos	6,2 %	Agresión física y psicológica	40,2 %
Madre	29,07 %	Discutió con él	6,4 %	Agresión psicológica sólo	11,8 %
Padre y madre	45,0 %	Salir sin decirle o avisarle	8,5 %	Ninguna	48,0 %
Padrastro, madrastra, otros	1,7 %	Castigar descuidar hijos	18,7 %		
No recibe castigo	16,8 %	Rechazo a tener algo con él	2,5 %		
		De acuerdo con por lo menos una razón	24,0 %		

Al parecer son la madre y el padre quienes castigan más y la causa mayor está relacionada al rol de la mujer como encargada del cuidado de los hijos, seguido del control sobre la mujer cuando no comunica su salida de la casa. Se puede ver que es la agresión física y psicológica la que prima en cuanto a la violencia ejercida por el cónyuge a mujeres casadas o convivientes.

Se dispone también de otros datos donde se puede observar la aprobación de las madres con respecto al castigo a los hijos o hijas, en muchos casos sin tomar en cuenta las posibles consecuencias que pueden traer, el cómo pueden incidir en los sentimientos, pensamientos y la conductas de los mismos. Los tipos de castigo que aprueban las madres pueden ser:

Tipos de castigo (ENDSA, 2003).	%
No castigan	31,6 %
Física	25,3 %
Negligencia	1,5 %
Psicológica	20,6 %
Otras	20,9 %

Al parecer son la madre y el padre quienes castigan más y la causa mayor está relacionada al rol de la mujer como encargada del cuidado de los hijos, seguido

del control sobre la mujer cuando no comunica su salida de la casa. Se puede ver que es la agresión física y psicológica la que prima en cuanto a la violencia ejercida por el cónyuge a mujeres casadas o convivientes.

Se dispone también de otros datos donde se puede observar la aprobación de las madres con respecto al castigo a los hijos o hijas, en muchos casos sin tomar en cuenta las posibles consecuencias que pueden traer, el cómo pueden incidir en los sentimientos, pensamientos y la conductas de los mismos. Los tipos de castigo que aprueban las madres pueden ser:

Demandas ingresadas, por departamento. 2008 al 2011.

Feminicidio en Bolivia	Informe Defensoria
Beni	24
Cochabamba	170
Chuquisaca	36
La Paz	17
Oruro	41
Pando	13
Potosí	26
Santa Cruz	5
Tarija	3

En Bolivia no existe una política específica de salud mental ni leyes particulares referentes a la salud mental; se estima que solo alrededor del 0,2 % del presupuesto de Salud se destina a la salud mental; no se cuenta a la fecha con un Sistema de Vigilancia en salud mental y tampoco con indicadores de salud mental dentro del Sistema Nacional de Información en Salud. Menos del 5% del recurso humano de los establecimientos refiere haber hablado sobre salud mental con algún profesional que practica la medicina tradicional (Rocha, 2010)

El observatorio "MANUELA", Violencia, Feminicidio y Mujeres en Riesgo del Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (CIDEM), registró en el primer semestre de 2014, 98 asesinatos de mujeres en el país, de los cuales 59 son feminicidios y 39 muertes violentas de mujeres por inseguridad ciudadana y otros.

De los 59 casos de feminicidios registrados, 36 de los feminicidios son conyugales, 14 sexuales y 6 infantiles. De los cuales, 21 ocurrieron en el departamento de Cochabamba (35,59%), 16 en el departamento de La Paz (27,12%), 8 en el departamento de Santa Cruz (13,56%), 6 en Oruro (10,27%), 4 en el departamento de Potosí (6,78%) y 3 en Chuquisaca (5,08%) (CIDEM, 2014)

Alcohol y Drogas

El consumo de sustancias controladas que producen adicción es un fenómeno frecuente en el país. Datos de la encuesta del Centro Latinoamericano de Investigación (CELIN) muestran que la edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias peligrosas es, en promedio, de 14 años. El consumo de tabaco y alcohol es el que presenta mayor incidencia; el 47 % de

los adolescentes de entre 15 y 19 años consume alcohol y tabaco (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

Se dice que en los últimos años se ha detectado que los factores de riesgo macro sociales, micro sociales e individuales que impulsan al uso indebido de drogas están en constante crecimiento. Entre ellos, se pueden señalar, el fácil acceso a drogas ilícitas, la percepción en la población joven sobre el bajo riesgo de consumir drogas (71% de la población joven estima que consumir drogas no es grave) y la cada vez menor edad promedio de inicio del uso indebido de drogas en la población joven (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y la delincuencia, 2010)

La Fuerza Especial de Lucha contra el narcotráfico en los citados en el Anuario Estadístico 2010, muestra datos importantes sobre producción, traslado, tráfico de diferentes tipos de drogas como las siguientes:

N° personas aprehendidas por posesión de drogas según edad y tipo de droga (FELCN, 2011)			
Edad	Clorhidrato de cocaína %	Cocaína Base %	Marihuana%
Menor de 15 años	0	1	3
15 a 24 años	13	78	56
25 y más	22	246	132

En todos estos casos, si bien la población adolescente y juvenil no es mayoritaria, su simple presencia se constituye en una problemática a ser estudiada e intervenida. Como se observa en las tablas anteriores, adolescentes y jóvenes se involucran desde edades tempranas en los procesos previos y relacionados con el consumo de drogas; tomando en cuenta su situación de vulnerabilidad se convierten en potenciales consumidores y reciben sus efectos negativos producidos por la dependencia.

Los índices de prevalencia en el consumo de drogas ilegales tienden al incremento, también la prevalencia en el consumo de alcohol ha sufrido un incremento entre los años 1992 y 2004. Este incremento, aunque en términos porcentuales no es muy elevado, en términos absolutos de población tiene una incidencia significativa. Otro factor de riesgo es la falta de información en la población escolar acerca de las drogas y sus consecuencias y por lo tanto es vulnerable a la oferta (Oficina Naciones Unidas contra la droga y el delito, 2010)

En un estudio de prevalencia del consumo de drogas en estudiantes bolivianos de 13 a 18 años en 2004 por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) – OEA y el Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID) se muestra la prevalencia de Consumo de Drogas en Población Escolarizada 2004-2008. (Encuesta Nacional en Población Escolar sobre Consumo de Drogas 2008)

Prevalencia de Consumo de Drogas en Población Escolarizada 2004-2008			
Droga	2004*(%)	2008** (%)	Incremento (%)
Marihuana	2,7	3,6	5,7
Inhalables	1,2	1,2	108
Pasta base	0,7	0,7	63
Clorhidrato	0,9	1,9	111
Tabaco	30,2	22,3	-26
Alcohol	32,1	35,4	10

Un aspecto que se destaca en el informe de la oficina Naciones Unidas contra la droga y el delito (2010) es la ausencia de programas integrales de tratamiento, rehabilitación y reintegración social diversificados en función de las necesidades del usuario. Se dice que el país no cuenta con un plan nacional que contemple programas específicos, diversificados y sostenibles destinados al tratamiento y rehabilitación de usuarios de drogas legales o ilegales. Una carencia que el sistema nacional de salud y el conjunto de las instituciones públicas involucradas no han podido cubrir por la escasez de recursos que enfrentan para abordar no sólo este problema, sino todos aquellos que aquejan a la Salud Pública en Bolivia.

Se destaca el incremento de consumo de alcohol en los últimos cuatro años, que alcanza al 300% y el porcentaje de crímenes ocasionados por personas en estado de ebriedad es de 37%, según la Fuerza Especial de Lucha contra el narcotráfico, Anuario Estadístico, 2010 (INE, 2011). No existen datos precisos según la edad, pero se conoce que gran parte de los consumidores de alcohol corresponde a edad adolescente-juvenil donde la vulnerabilidad es mayor. Para 2016 el informe de la UNFPA señala que se percibe que el consumo de bebidas alcohólicas a corta edad, desde los 11 años, está incrementando en todos los municipios del país.

La problemática de la educación

En relación a datos sobre educación se observa que la tasa de abandono en educación pública es de 3,72 % (Ministerio de Educación – Sistema de Información Educativa, 2009; SIE,2010).

El índice de abandono se explica, según el IDINA (2005), a que los adolescentes deben incorporarse en forma temprana al mercado de trabajo para generar ingresos adicionales para la familia, y en el área rural con mayores probabilidades de marginalidad y pobreza.

Cabe destacar el hecho de que los adolescentes y jóvenes tienen un mayor grado de formación y, por tanto, acumulan una mayor cantidad de activos educativos que las generaciones precedentes. Por ejemplo, solamente el 3% de la población de entre 19 y 25 años no tenía ningún grado de instrucción, mientras que esta proporción alcanza a 7 y 23 % para los grupos de adultos de 26-44 y 45-64 años respectivamente.

El 40 % de los jóvenes accedieron a la educación secundaria y 18 % a la educación superior. Datos más recientes de la Encuesta Continua a Hogares de 2003-2004, ONE, muestra que el grupo de edad de entre 19 y 24 años tiene en

promedio 10 años de estudio, mientras que el grupo de entre 25 y 49 años de edad presenta en promedio solo 8 años. Asimismo, la proporción de personas con estudios de secundaria completos (12 años) es mucho mayor entre los jóvenes que entre los adultos (UNFPA, 2007).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2010) la tasa de analfabetismo y el nivel de instrucción población > 19 años es de 13,28 % y el nivel de instrucción más alto alcanzado por la población de esta edad (19 años o más edad) es de:

Nivel de instrucción (INE, 2010)	
Niveles	Indicador
Primaria	36,06 %
Secundaria	28,62 %
Superior	23,80 %
Otros cursos	0,25 %

En cuanto a la cobertura bruta de matriculación en la educación pública, por sexo, según nivel de educación y departamento (En porcentaje).

COBERTURA BRUTA DE MATRICULACIÓN EN LA EDUCACIÓN PÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN Y DEPARTAMENTO							
Ministerio de Educación y Cultura - Sistema de Información Educativa Instituto Nacional de Estadística (2008)							
Descripción	2010	2010		Descripción	2010	2010	
Primaria	Total	Hombres	Mujeres	Secundaria	Total	Hombres	Mujeres
Bolivia	86,88	87,68	86,04	Bolivia	59,56	59,19	59,94
Chuquisaca	83,76	85,02	82,48	Chuquisaca	43,85	43,74	43,96
La Paz	85,6	85,56	85,64	La Paz	69,22	69,7	68,71
Cochabamba	91,11	92,37	89,8	Cochabamba	59,8	59,99	59,6
Oruro	93,76	93,13	94,43	Oruro	77,72	77,03	78,45
Potosí	93,79	94,9	92,65	Potosí	57,35	60,29	54,31
Tarija	85,75	86,35	85,13	Tarija	60,42	57,11	63,86
Santa Cruz	81,23	82,2	80,23	Santa Cruz	52,63	50,49	54,81
Beni	95,38	97,76	92,89	Beni	57,67	56,95	58,47
Pando	97,22	100,54	93,75	Pando	44,24	46,84	41,55

Como se observa podría decirse que más de la mitad de la población no llega a acceder a la educación superior. Y según el informe de la UNFPA (2016), los porcentajes de alfabetismo de la población adolescente, en general, se encuentra por encima del 95 %.

El embarazo en la adolescencia se relaciona con la deserción escolar ya que la maternidad puede interrumpir la educación de las madres adolescentes por el cuidado que requiere el recién nacido. Según estos datos, el promedio de edad de las adolescentes embarazadas o que tuvieron un parto en el año

2013 fue de 17,4 años, aspecto que repercute sobre la salud integral de la madre y el niño.

Por otra parte, las cifras provenientes de fuentes universitarias indican que la población matriculada según el Registro de Universidad del Sistema Boliviano en la universidad pública boliviana es de 300.299 (CEUB, 2011) y la Población matriculada en la universidad privada es de 93.822 (Ministerio de Educación y Viceministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología, 2010). En cuanto a la cantidad de alumnos titulados se tiene los siguientes datos:

Variables	Cifras	Fuente
Alumnos titulados en la Universidad Pública	12.267	Registro de Universidad del Sistema Boliviano. 2009. (CEUB,2011)
Alumnos titulados en la Universidad Privada	5.434	Ministerio de Educación y Viceministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología 2009.(Publicado en 2010)
Docentes en la Universidad Pública	7568	Ministerio de Educación – Sistema de Información Educativa 2009. (SIE, 2010)
Tasa de abandono en la educación pública	3,72%	

La educación superior en Bolivia representa el 1,2% del PIB y existe un permanente crecimiento de la población matriculada en las universidades; ya que durante los últimos 4 años ingresaron en promedio más de 95.000 nuevos estudiantes cada año (Fuentes, 2012). Para el 2010, señala que se encuentran estudiando en las universidades 440.775 jóvenes: 78 % en las universidades públicas y 22 % en las privadas (Fuentes, 2012); pero se debe añadir que el Sistema de la Universidad Boliviana actualmente alberga en sus aulas apenas a 341.000 estudiantes de pregrado, y hay una parte de la población que no accederá a los estudios de formación profesional porque el cuello de botella es el nivel secundario.

La mayor parte de los adolescentes abandona los estudios por razones laborales (20%), en tanto que las adolescentes no continúan sus estudios por razones reproductivas (29%), (INE, 2000)

Niños y adolescentes 6 de cada 10 resultan afectados por la violencia y la agresión, similares resultados se tienen del PLAN Bolivia INC (2009), asociado con una investigación anterior del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2008). Mostraron que más de la mitad de los niños y adolescentes del país sufren algún tipo de violencia en sus hogares y colegios. Para este informe, juntando ambos estudios, se puede decir que más de la mitad de la población infantil y juvenil en Bolivia, sufre violencia en el hogar y sufre violencia en la escuela, quedándole la calle, ámbito público abierto, como el único espacio donde podrían ellos encontrar un ambiente no violento (PLAN Bolivia INC, 2009).

La problemática de la pobreza y empleo

La situación empleo indica que un 77,11 % de niños y adolescentes trabajadores de 5 a 17 años son trabajadores familiares no remunerados, tanto en el área urbana como rural; un 19,17 % trabaja por cuenta propia, en especial en el área urbana un 2,23 % es obrero o empleado, sobre todo en el área urbana, un 12,41 % trabaja para empleadores y 5,12 % para otros hogares (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

El contratar mano de obra asalariada para el desarrollo de las tareas de reproducción y cuidado en el hogar es una característica de hogares urbanos.

Las trabajadoras del hogar son, en su generalidad, jóvenes mujeres indígenas migrantes, de primera o segunda generación, que hallan en esta ocupación una de las pocas alternativas de inserción a mercados de trabajo urbanos. (Mecovi, 2006). Como se observa en el gráfico, la búsqueda de trabajo es la causa principal de migración campo ciudad.

En cuanto al salario promedio mensual para el grupo de entre 5 y 13 años, en el área urbana es de 303 bolivianos para los niños y 195 para las niñas; en el área rural 260 bolivianos para niños y 175 para niñas. Acerca del salario promedio mensual para el grupo de entre 14 y 17 años, en el área urbana es de 715 bolivianos para los chicos y 457 para las chicas; en el área rural son 716 para los chicos y 427 para las chicas. Se observa una diferencia importante en cuanto al monto, según el género (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

Según este mismo informe del Ministerio de Salud y Deporte del 2004, referente a la vulneración de derechos, se observa que 850 mil niños, niñas y adolescentes de entre 5 y 17 años trabajan, aunque su derecho es ser protegidos del trabajo infantil. 746 mil realizan labores peligrosas, a pesar de su derecho a ser protegidos de todas las formas de explotación. 22.270 sujetos dedican su tiempo exclusivamente a trabajar y a realizar labores domésticas, siendo que su derecho es estudiar. 258.940 de los que trabajan son atendidos sólo por uno de sus padres. 200 mil de los que trabajan realizan labores domésticas y estudian, mostrando algunos aspectos de las diversas y múltiples variables relacionadas con la pobreza y el abandono educativo.

Los estudios actuales indican que unos 491 mil sujetos entre 5 y 13 años trabajan, aunque la edad mínima para trabajar en Bolivia es de 14 años. En este grupo, 437 mil niños y niñas realizan trabajos peligrosos: 134 mil en el área urbana y 302,700 en el área rural, Los adolescentes de entre 14 y 17 años que trabajan suman 357 mil; de ellos, 309 mil realizan trabajos peligrosos: 172 mil en el área rural y 137 mil en el área rural (ENDSA, 2008).

Al considerar el desempleo según edad, se observa que son los más jóvenes quienes enfrentan mayores niveles de desempleo, los grupos de adolescentes de 15 a 19 años y de jóvenes de 20 a 24 años son los que registran mayores niveles de paro (18.2 y 11.6 % respectivamente), los cuales superan largamente a la tasa promedio de desempleo. En estos grupos se encuentran adolescentes y jóvenes que buscan empleo por primera vez y que por tanto carecen de experiencia; empero, también se encuentran entre sus efectivos las cohortes

de población con niveles educativos mayores respecto al resto de grupos etarios.

Según la Encuesta Nacional de Juventudes 2003, la mayor parte de los adolescentes y jóvenes se encuentra ocupado en el comercio (33 %), industria manufacturera (20 %) y hoteles y restaurantes (9 %). Según grupo ocupacional, la mayor parte de los adolescentes y jóvenes cumple funciones de trabajador no calificado (43 %) y vendedores (30 %).

La pobreza, el desempleo y la falta de oportunidades están aumentando en las ciudades, alimentados en parte por la incesante migración rural-urbana que tiene lugar desde los años 70; pero que se ha profundizado con las crisis de los 80 y de principios de los 2000 (Ministerio de Salud y Deporte, 2004). A pesar del logro educativo alcanzado respecto a décadas anteriores, las tasas de desempleo son todavía muy elevadas, así como los niveles de pobreza, lo que incide en la problemática de salud física y mental de los jóvenes.

Según datos oficiales del INE (2001), la migración interna es de alrededor del 15 %; mientras que la Organización Internacional de Migración de Bolivia reporta tasas de migración interna de 35 % y externa de 25 %. El perfil etario de los/las migrantes muestra que este fenómeno obedece principalmente a la búsqueda de oportunidades económicas para desarrollar mejores proyectos de vida, 50 % de los migrantes son jóvenes de 15 a 29 años, que se trasladan principalmente del área rural a centros urbanos. Los datos de 2007 muestran que 64 % de los jóvenes de 12 a 24 años vive en localidades de más de 10,000 habitantes.

Una manifestación de esta dualidad urbana/rural se halla en las diferencias entre las estructuras demográficas de ambas poblaciones. La pirámide de población rural tiene una amplia base de población infantil/juvenil y una pérdida relativa de población económicamente activa, que se explica por la migración de la mano de obra rural a los centros urbanos, alentada por diversas expectativas, incluyendo la posibilidad de conseguir mejores oportunidades de educación y empleo. La pirámide poblacional urbana tiene, más bien, una base de población infantil/juvenil menos amplia y una presencia más significativa de las cohortes de población económicamente activa, dejando a las poblaciones rurales con mayor población adulta mayor o de tercera edad (Jiménez, 2010).

Los jóvenes que migran hacia a los centros urbanos se encuentran entre los grupos con mayores desventajas y vulnerabilidad sociales, y en general enfrentan los efectos negativos de la migración. Al problema de la desintegración familiar y social que implica dejar sus comunidades, se suman aquellos del desempleo, subempleo visible e invisible, trabajo riesgoso, carencia de redes de apoyo familiar, imposibilidad de acceso a redes de apoyo social en parte por la segregación residencial, desprotección social, limitado acceso a servicios especialmente en salud y educación y exposición a riesgos (drogas, alcohol, inseguridad ciudadana, violencia y explotación sexual). Cada uno de este fenómeno, sus combinaciones y su sumatoria constituyen razones de mayor peso para impedir la movilidad vertical de esta y de futuras generaciones de jóvenes. La incidencia de la pobreza es diferenciada de acuerdo al ciclo de vida de las personas (Ministerio de Salud y Deporte, 2004).

Según datos del INE (2004) la pobreza afecta especialmente a la población menor de 25 años, tanto en las áreas urbanas como rurales. En 2004, mientras que 56 % de la población mayor a 25 años vivía en la pobreza, un 68 % de la población joven estaba afectada por este fenómeno. Se estima que en la actualidad medio millón de jóvenes bolivianos de entre 10 y 24 años de edad vive en la pobreza extrema.

El estudio diagnóstico en el documento del Plan nacional para la salud integral de la adolescencia y juventud boliviana 2004 – 2013, indica que la inserción y situación laboral de los adolescentes y jóvenes es difícil y muestra que enfrentan situaciones desventajosas en términos de empleo e ingresos.

En cuanto al género las mujeres pasan de una actividad a otra ocupando gran parte de su tiempo trabajando en condiciones que refuerzan su identidad apegada a los roles domésticos, (Farah y Sánchez, 2010) si bien esto como señalan las autoras, les otorga poder, sobre todo las condiciona a una condición de pobreza por la ocupación de tareas no remuneradas.

A manera de conclusiones

En atención a la revisión hecha sobre la problemática de la adolescencia y la juventud, es importante destacar algunos de los problemas prioritarios con el objetivo de resaltar la importancia de cada una de las categorías de análisis de la investigación consideradas prioritarias por la repercusión social que éstas tienen.

Las migración campo - ciudad está modificando la composición de las familias y de la sociedad; los jóvenes están desarrollando nuevos estilos de vida y esto debe estar protegido por las políticas públicas que dirigen su atención a jóvenes y adolescentes.

La educación como telón de fondo gravita en los problemas de la salud sexual y reproductiva, el embarazo en adolescentes, infecciones de transmisión sexual y VIH /SIDA, el abuso de alcohol y drogas, recreando y radicalizando los ciclos de pobreza en estos grupos.

La importancia de las cuestiones de género se hace evidente porque las mujeres resultan ser las menos favorecidas en temas de salud, educación, empleabilidad con autonomía económica y calidad de vida en general. Las políticas de educación deben orientarse a prevenir el abandono escolar y fomentar formación de nivel superior de calidad en los adolescentes y jóvenes, pues su desatención es la base de problemas de mayor complejidad como ha reflejado esta revisión

Las condiciones en las que se desarrolla la salud de adolescentes y jóvenes tienen una historia familiar que se inicia en el embarazo, modos de crianza en los primeros años e influyen directamente en el desarrollo o no de potencialidades para encarar la vida. El entorno familiar, cultural, socioeconómico y ambiental, incide notablemente en su posterior desarrollo reflejado en cifras que plantean un problema social serio en grupos vulnerables en nuestro país.

Las necesidades y derechos de los adolescentes y jóvenes en materia de salud deben priorizarse desde las agendas estratégicas de salud en la etapa del

ciclo vital que está marcada por la vulnerabilidad biopsicosocial, reduciendo la exposición al riesgo psicosocial y mayor acompañamiento en la familia, fomento a la permanencia escolar y políticas más efectivas contra la violencia a la mujer.

Las características de los servicios, su infraestructura física y organización podrían contribuir al rechazo por parte de los adolescentes y jóvenes, es así que se destaca la localización de los servicios, los horarios en los que se atiende, los procedimientos no accesibles, las actitudes del personal de salud amigable hacia la población que por sus características etarias o culturales deben ser más amigables. La problemática de la orientación biomédica de la prevención y servicios asistenciales debe re-direccionarse hacia la escuela y desarrollarse desde procesos educativos de orientación, promoción y protección de la salud integral con inclusión de la familia y la comunidad con carácter multisectorial

Es importante destacar la necesidad de la difusión de medidas preventivas para reducir el consumo de alcohol, drogas y conductas delictivas en el segmento poblacional menor a 24 años, que está permanente expuesto a medios de comunicación, un mercado irrestricto y falta de control de los padres. Es fundamental que adolescentes y jóvenes recuperen hábitos de ocupación de tiempo libre, ocio y hábitos alimentarios saludables, que deben integrarse en los proyectos socioproductivos y comunitarios desde la escuela-comunidad.

La salud de los adolescentes y jóvenes en el país constituye un elemento clave para el progreso social, económico y político ya que invertir en este grupo etario contribuye al mejoramiento de las condiciones sociales de las generaciones presentes y futuras.

Bibliografía

- Alpizar, L. & Bernal, M. (2003). *La Construcción Social de las Juventudes. Última década*. [online]. vol. (11), n. 19, pp. 105-123. ISSN 0718-2236.
- Centro de Información y Desarrollo de la Mujer CIDEM (2014) Boletín Feminista Digital. . La Paz, Bolivia.
- Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (2014) *Violencia contra las mujeres. A un año de la promulgación de la Ley 348*. La Paz, Bolivia.
- Daza, V. (2006). *Estudio de la educación superior en Bolivia*. Bolivia. Santa Cruz. Recuperado de: http://www.cinda.cl/download/informes_nacionales/bolivia.pdf.2006.
- Defensoría del Pueblo. (2012). *Feminicidio en Bolivia: Informe Defensorial*. Recuperado de: http://www.defensoria.gob.bo/defensor/userfiles/file/RESUMEN_EJEC_FEMINICIDIO_22102012.pdf
- ENDSA. (2008). *Encuesta Nacional de Demografía y salud. Encuesta Nacional de Juventudes*. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/22108642/Encuesta-Nacional-de-Demografia-y-Salud-ENDSA-2008>.
- Farah H. I & Sánchez G. C. (2008). *Perfil de Género Bolivia*. La Paz: Bolivia. CIDES-UMSA. Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales.

- Fuentes J. (2012). *El financiamiento estatal a las universidades públicas autónomas bolivianas. SUMA. Propuesta de un Modelo de Sostenibilidad Financiera. 2012.* Recuperado de: <http://www.usfx.info/proysuma/docs/REVISTA1.pdf>.
- Fuerza Especial de Lucha contra el narcotráfico (2011). Sustancias controladas. En Instituto Nacional de Estadística, *Anuario Estadístico 2010 Bolivia.*
- Fundación de Waal y PreNatal. (Cuarta edición). (2011) *Formación de mediadores. Prevención prenatal de discapacidades Módulo 1 Discapacidad y Prevención.* Ecuador.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2001). *Censo nacional de población y vivienda.* La Paz: Bolivia.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2003). *Encuesta nacional de Demografía y Salud.* La Paz: Bolivia.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2004). *Encuesta continua de hogares 2004-2005.* La Paz: Bolivia.
- *Instituto Nacional de Estadística, Bolivia: Características de Población y Vivienda, Censo Nacional de Población y Vivienda 2012*
- Jiménez, E. (2010) *La economía del cuidado En Bolivia.* La paz, Bolivia. Punto de encuentro.
- Lanza, M. (2006) *Perfil de género Bolivia: Perfil de género.* JICA. La Paz Bolivia.
- Ley de juventudes. Gaceta Oficial de Bolivia. Estado Plurinacional de Bolivia. (2013).
- Ministerio de Salud y Deportes. (2004). *Plan Nacional para la Salud y el Desarrollo Integral de las y los Adolescentes 2004-2008.* La Paz: Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes. Instituto Nacional de Estadística (INE). (2008). *Encuesta nacional de demografía y salud 2008: informe preliminar.* La Paz: Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2010). *Plan nacional para la salud integral de la adolescencia y juventud boliviana 2004 - 2013.* La Paz: Bolivia.
- Ministerio de Educación. (2011). *Sistema de Información Educativa (SIE).* Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes & Servicios legales integrales municipales. (2011) *Anuario del año 2010 del Instituto Nacional de Estadística.* Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2013). Ley (348) Integral para Garantizar una Vida Libre de Violencia a las Mujeres. La Paz, Bolivia.
- Oblitas M. (2009). Asociación de Migrantes de Bolivia a España AMIBE: Migraciones Rompiendo Raíces. *Revista OH.* N° 520.
- Oblitas M. (2010). Defensor Del Pueblo artículo: Discriminación a la boliviana. *Revista OH,* N° 598.
- Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito (2010) *Fortalecimiento de la capacidad de Bolivia para responder a las amenazas de la droga, crimen organizado, el terrorismo, la corrupción y los delitos económicos.* Programa País para Bolivia (2010-2015) La Paz, Bolivia.

- OPS. (2010). *Indicadores Básicos 2009. Situación de Salud en las Américas*.
- PLAN Bolivia INC (2009) *Informe sobre Violencia en la niñez*. La Paz, Bolivia.
- Population Reference Bureau. población y desarrollo económico. cuadro de datos 2012. http://www.prb.org/pdf12/population-economic-development-2012_sp.pdf
- Policía Nacional de Bolivia. (2011). *Reportes de investigación*. Bolivia.
- Registro de Universidad del Sistema Boliviano. (2010). La Paz: Bolivia.
- Rocha C. (2008). *Informe de la evaluación de salud mental en Bolivia usando el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental de la OMS (AISM- OMS)*. La Paz; Bolivia.
- Talleres de PRESENCIA. (2011). En Instituto Nacional de Estadística. *Anuario Estadístico 2010 Bolivia*.
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE). (2005). Índice Municipal de Desarrollo de la Infancia, Niñez y Adolescencia. UNFPA. Recuperado de <http://bolivia.unfpa.org/programa.2008>
- Universidad Mayor Real Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. (2011). *Modelo Académico*. Sucre: Bolivia.
- Universidad Mayor Real Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. (2012) *Cifras*. Sucre: Bolivia.
- Viceministerio de Igualdad de Oportunidades. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2008) *Encuesta nacional adolescencia y juventud*. La Paz, Bolivia.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2016). Estudio sobre el embarazo en la adolescencia en 14 municipios de Bolivia. Informe final. La Paz, Bolivia.

Infancias...

LECCIONES APRENDIDAS DE LA REVISIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN TEMPRANA EN BOLIVIA

**Fernández Cruz, Manuel; Gijón
Puerta, José**

*Facultad de Facultad de Ciencias de la
Educación. Universidad de Granada*

Resumen

En este texto se presenta una revisión de buenas prácticas de Atención Temprana en Bolivia. El objetivo del estudio es identificar servicios relevantes y característicos del país, para ser visitados y revisados en campo, mediante la aplicación de un instrumento de evaluación que incluye aspectos relacionados con sus: prácticas, protocolos, instrumentos y resultados obtenidos. La selección de servicios visitados para la recolección de la información, se ha realizado mediante identificación de 10 Centros o servicios en cada uno de los departamentos de Chuquisaca y Potosí y la identificación de otros 5 casos en las ciudades de El Alto y La Paz. Hemos aprendido que las prácticas que se han revelado más eficaces en la prevención del rezago han sido: (a) el control prenatal, del recién nacido y de los niños y niñas pequeños mediante el uso de escalas de tamizaje para hacer derivación temprana ante posibles riesgos; (b) la orientación educativa integral de los Centros infantiles; (c) la mejora en la alimentación que ayuda al crecimiento y correcto desarrollo de niños y niñas; (d) y la colaboración con hogares para implicar a los padres y cuidadores en la eliminación de riesgos y detección temprana de rezagos.

Palabras clave: Atención Temprana.
Transferencia de buenas prácticas.
Educación infantil.



LECCIONES APRENDIDAS DE LA REVISIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN TEMPRANA EN BOLIVIA

Manuel Fernández Cruz, José Gijón Puerta

Universidad de Granada. Facultad de Ciencias de la Educación. Granada, España

1. Enfoque de Atención Temprana

Es en las tres últimas décadas se ha afianzado el concepto de Atención o Intervención Temprana (Early Childhood Intervention - ECI) a partir de la evolución de conceptos previos como el de Estimulación Precoz, añadiéndole unas connotaciones nuevas y diferenciadoras (Aranda, 2008). En este tiempo la Atención Temprana ha integrado aportaciones de diversas disciplinas y autores, habiendo evolucionando y consolidado de esta forma su estructura conceptual. Así, teorías clásicas de la Psicología y la Educación, antagónicas en cuanto al papel de la genética y la influencia del medio, han sido consideradas en algunos de sus elementos: las teorías relacionadas con el desarrollo infantil y los procesos de aprendizaje; los enfoques evolutivos; el condicionamiento operante; la epistemología genética; las teorías del apego; las teorías de desarrollo social; el modelo transaccional de comunicación; o los modelos evolutivo-ecológico o ecológico sistémico, entre otros.

En Atención Temprana se parte de que la primera infancia (considerada entre el nacimiento y los 6 años) es una etapa con características específicas y enorme importancia en el desarrollo humano. El desarrollo puede ser modificado mediante intervenciones generales o específicas sobre el individuo, su familia y el medio social (Giné, Gràcia, Vilaseca y García-Díe, 2006). Se trata de llevar al máximo las posibilidades intelectuales y básicas de cada niño, a través de una estimulación sistemática y continuada en todas las áreas, sin forzar en ningún caso la lógica madurativa del Sistema Nervioso Central, e integrando toda la intervención en un modelo que incluye los medios familiar y social, sin eliminar u obviar las intervenciones específicas, mediante técnicas o terapias adecuadas en cada individuo, familia y contexto (Gallego y Fernández, 2003).

La Atención Temprana se constituye en una respuesta que debe proporcionarse para: prevenir los rezagos en el desarrollo; evitar en la medida de lo posible las situaciones de riesgo biológico y socioambiental; o para atender a aquellos niños que ya los padecen. Esta característica parte del convencimiento de que es una conjunción e interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales, la que determina el desarrollo de los niños (GAT, 2000). Junto a ello, a partir de la convicción de que la Atención Temprana debe ser global surge la necesidad de recomendar un intervención de carácter interdisciplinar.

Todo este nuevo enfoque ha comenzado a evidenciarse en las prácticas de atención a la primera infancia en la región de América del Sur (UNESCO, 2010; Collins, 2012).

2. Objetivo y diseño del estudio

En este texto se presenta una revisión de buenas prácticas de Atención Temprana en Bolivia. El objetivo del estudio es identificar servicios relevantes y característicos del país, para ser visitados y revisados en campo, mediante la aplicación de un instrumento de evaluación que incluye aspectos relacionados con sus: prácticas, protocolos, instrumentos y resultados obtenidos.

Para recopilar las buenas prácticas se ha acudido a la experiencia de servicios a la infancia de naturaleza organizativa muy diversa como: Centros infantiles; aulas especializadas de Atención Temprana en Centros infantiles; instituciones de atención y cuidado a menores de 6 años de edad; y otros servicios de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que prestan servicio en el país. En total se han seleccionado y visitado 25 servicios de atención a la primera infancia que practican Atención Temprana. La selección de servicios visitados para la recolección de la información, se ha realizado mediante identificación de 10 Centros o servicios en cada uno de los departamentos de Chuquisaca y Potosí y la identificación de otros 5 casos en las ciudades de El Alto y La Paz.

Para el levantamiento de información se empleó la técnica de entrevista narrativa semiestructurada. Además de los datos necesarios de identificación del Centro o servicio, el guión de la entrevista estuvo compuesto por las cuatro dimensiones que son señaladas en nuestro objetivo y en la mayoría de baterías de estándares de atención temprana: Prácticas; Protocolos; Instrumentos; Resultados.

Mediante la dimensión Prácticas se recogió de voz del coordinador, la memoria institucional de la aportación que el servicio ha realizado a la práctica de la Atención Temprana abordando aspectos tan importantes como la colaboración interinstitucional, el conocimiento del entorno y la población infantil de referencia, el conocimiento de las necesidades de intervención y su evolución en el tiempo, su percepción de la prevalencia de rezagos en el desarrollo, así como buenas intervenciones que se han institucionalizado en el servicio, y fortalezas, necesidades, perspectivas y demandas para la mejora. Esta dimensión quiere recorrer de manera global la historia del servicio jalonada por los éxitos logrados y asentados en la práctica diaria, tal y como son percibidos y narrados por su responsable. Se pretende, además, documentar la existencia o no de colaboración real en el equipo profesional hasta llegar a una verdadera multidisciplinariedad entendida como la constitución de

un equipo con profesionales de formación de origen diversa y especializada en distintos campos complementarios, que llega a conformar, a partir de la práctica colaborativa y de la formación permanente -a través de la reflexión sobre la propia práctica y a través de la inclusión en programas formales de Atención Temprana-, un equipo que es capaz de partir de distintas miradas, aportar visiones complementarias, y establecer objetivos de acción comunes. No menos importante es la extensión de esa coordinación profesional y colaboración al ámbito de las familias.

Con las demás dimensiones se intentó comprender, ejemplificar y profundizar, en algunas de las informaciones reveladas, de manera que puedan alcanzar su máximo nivel de transferencia. Para ello se recurre a los documentos de intervención en los que, finalmente, se hace operativo el conocimiento acumulado. Esto es: normas, protocolos, métodos de intervención, procesos de evaluación y colaboración con las familias. Entendemos que las buenas prácticas acumuladas alcanzan su formalización institucional cuando se estructuran en normas y procedimientos protocolizados y documentados.

Se avanza un paso más en la profundización de la sistematización de las buenas prácticas cuando se requiere información sobre instrumentos concretos que se emplean en las distintas fases de intervención, pues, en definitiva, son los instrumentos (su selección, contextualización, adaptación en su aplicación, y lectura de sus resultados) los que median la relación entre profesional, niño, y rezago. Generan la percepción profesional y la autopercepción en el niño de su grado de rezago, de sus avances y progresos y de sus posibilidades de evolución en el tiempo. Los instrumentos elegidos no son neutrales sino que responden a una determinada visión del desarrollo, del rezago, y de la ayuda profesional que debe prestarse, que se evidencia a través de ellos y caracteriza tanto al profesional de la Atención Temprana como al Centro o servicio en el que se integra.

Los estándares de calidad se fijan en los resultados obtenidos como una de las referencias de mayor importancia para conocer la idiosincrasia de un Centro o servicio. Las preguntas sobre resultados se dirigen tanto a aspectos cuantitativos de la extensión del servicio, como al éxito en el tratamiento de niños y niñas, y a los resultados en términos de evaluaciones realizadas sobre los programas y el funcionamiento del propio servicio en términos de eficacia, efectividad, tasas de éxito y de satisfacción de los usuarios, si las hubiere.

Este estudio de sistematización se tipifica como una investigación de corte biográfico-narrativo (Fernández Cruz, 2010), que usa la entrevista semiestructurada para obtener descripciones del entrevistado sobre la experiencia objeto de estudio, además de sus propias percepciones, comprensiones e interpretaciones sobre dicho objeto.

El análisis de los casos de éxito se ha realizado transcribiendo las entrevistas grabadas en audio y procesándolas en el programa ATLAS.ti para facilitar la identificación de citas relevantes y agrupación por categorías. Se han usado como dimensiones o metacategorías las mismas cuestiones que configuran el instrumento de recogida de información.

3. Caracterización de los servicios analizados

Se presenta en la siguiente tabla una caracterización general de los casos seleccionados que permite tener una primera visión de conjunto del tipo de instituciones que se ocupan de la Atención Temprana en Bolivia. Podemos observar que la mayoría son Centros infantiles y junto a ellos se incluyen instituciones dedicadas a la nutrición infantil, la salud y el desarrollo, la rehabilitación física y la atención psicológica. También se incluyen, por su interés en cuanto a la orientación que realizan de la implantación de la Atención Temprana en el país, a una Universidad como representante de los Centros que realizan formación de profesional especializada en el ámbito, y a una ONG como entidad de experiencia internacional que asesora y colabora en el desarrollo de programas de atención temprana. Veinte de los casos son de naturaleza privada y no gubernamental en tanto que cinco de ellos, Centros infantiles, son de titularidad pública municipal o departamental. Tan sólo uno de los casos reconoce una experiencia en Atención Temprana superior a los 30 años, encontrándose la experiencia promedio de las instituciones entre los 14 y los 15 años.

Nos parece paradigmática la coincidencia de las fortalezas reconocidas por las instituciones en torno a los tópicos: clima adecuado de atención al niño; implicación de las familias; trabajo multiprofesional; y calidad del personal. Respecto a la evolución de los servicios, las instituciones reconocen mayoritariamente la necesidad de mejora y ampliación de sus instalaciones, así como su deseo de ampliación de sus programas educativos para cubrir las necesidades de atención educativa de su entorno.

Tabla 1. Descripción de servicios e instituciones de atención infantil				
Servicio	Años de experiencia	Tipo	Fortalezas	Evolución
Caso 1	18	Centro infantil	-Trabajo con padres -Métodos activos	-Conseguir liderazgo en Educación Inicial
Caso 2	4	Centro nutrición	-Trabajo en equipo (profesionales del Centro y padres de familia) -Los espacios que brinda la institución (amplios y confortables) -Los materiales didácticos con que cuenta el Centro	-Promoción y publicidad
Caso 3	12	Red de Centros y programas de atención a la infancia	-La atención personalizada -Generar interés en los padres y que se involucren con los procesos de tratamiento de sus hijos	-Hacer incidencia política para que el Estado se responsabilice de la atención directa de los niños en los Centros infantiles y Centros comunitarios
Caso 4	3	Centro infantil	-La realización de actividades de acuerdo a las edades -Trabajar de manera rigurosa por área -Dar becas a los niños que realmente necesitan apoyo -Implicar cada vez más a las familias	-Infraestructura más amplia -Más niveles de educación
Caso 5	20	Centro infantil	-Calidad de profesionales en la atención -Trabajo interdisciplinario -Espacios y lugares adecuados para la formación	-Gimnasio para incentivar y desarrollar más la inteligencia de los niños -Formación en matemáticas, música, plástica y deporte
Caso 6	10	Red de Centros	-Atención a necesidades básicas, donde entra el servicio de alimentos -Atención médica -Plan de protección infantil PPI	-Estabilizar el PPI para asegurar que los niños logren una atención profesional
Caso 7	12	Rehabilitación física	-Interrelación con el paciente y la familia como base fundamental en el tratamiento	-Abarcar mayor población infantil

Caso 8	20	Centro de salud y desarrollo	-Atender las necesidades del niño favoreciendo su calidad de vida y permitiendo su empoderamiento porque respeta la "Particular manera de Ser y Estar en el mundo" de cada uno de los bebés -Intervención multidisciplinaria	-Capacitación y actualización de profesionales
Caso 9	17	Centro infantil	-Infraestructura -Personal	-Mejora de salarios -Recursos educativos
Caso 10	25	Centro infantil	-Orientación a la mejora de los niños -Clima educativo -Formación del personal en el Centro	-Contar con servicio de psicología -Permanencia de la facilitadora
Caso 11	15	Centro infantil	-La atención a los niños es muy adecuada -Los niños tienen lo suficiente para su alimentación -Trabajo en equipo de las facilitadoras -La importancia que se les brinda a los niños	-Contar con un Centro propio para los niños, educadores y comunidad -Lograr jubilación por ley para educadoras
Caso 12	10	Centro infantil	-Calidad de la enseñanza -Espacio limpio y abierto -Decoración y profesionalidad de personal	-Ampliar el espacio para poder ofrecer el siguiente ciclo escolar educativo
Caso 13	16	Centro infantil	-Ambiente acogedor, confortable, lo que genera en los niños y padres seguridad y confianza -Equipo multidisciplinaria	-Ampliación de aulas
Caso 14	5	Centro infantil	-La institución es reconocida (a nivel del municipio es un Centro modelo) -La infraestructura es adecuada, acorde a los niños -Los docentes son profesionales en sus áreas multidisciplinarias -Existe una relación intensa con los niños y padres -Libro compendio llamado "Artilugio de saberes" que ayuda bastante a las familias de bajos recursos por que los padres no tienen que comprar fuera otros libros	-Que el Centro educativo se convierta en una unidad educativa, porque toda la Atención Temprana que reciben los niños hasta los cinco años es muy buena, pero salen a una realidad diferente

Caso 15	¿?	Centro infantil	-Capacidad de las educadoras que lo constituye en un Centro modelo -El trabajo detallado -Limpieza y orden	-Mayor implicación de los padres -Ampliación de infraestructura
Caso 16	20	Centro infantil	-Orientación al empoderamiento infantil -Clima afectivo	-Replicación del Centro y ampliación del programa
Caso 17	9	Centro infantil	-Buen trato -Asesoramiento -Implementación de reglas y normas	-Centro mejorado, amplio, con comodidad en los ambientes, para dar mayor calidad de atención a los niños -Educadores con mayor nivel de formación
Caso 18	6	Formación universitaria	-Una de las pocas instituciones de educación superior que se dedica a la formación profesional de los estudiantes en el tema de Atención Temprana	
Caso 19	10	Centro infantil	-Implicación individual con los niños -Buen trato hacia los niños	-Transferir metodología experimentada al Estado
Caso 20	18	Centro infantil	-La atención de las educadoras -El cariño y amabilidad de las educadoras con los niños -La atención en la comida, se sirve mucha comida y adecuada	-Contar con personal especializado -Contar con una nueva construcción -El Centro podría convertirse en un Centro de salud
Caso 21	17	Centro infantil	-La ayuda de las hermanas trinitarias -El trabajo en equipo de las educadoras -La enseñanza -El material con que se cuenta para la enseñanza -Las relaciones institucionales	-Acoger a más niños con necesidades diferentes

Caso 22	10	Atención psicológica y Centro infantil	-Trabajar la inteligencia emocional -Personal capacitado	-Conseguir alfabetización emocional y escuela matriz -Conseguir Centro de terapia ocupacional para niños de 8 a 16 años -Conseguir escuela ecológica para niños con trastornos del desarrollo
Caso 23	35	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia	-Enfoque de atención integral	
Caso 24	25	Centro infantil	-Sacar a los niños adelante y que sean buenos alumnos en la Educación Primaria -Equipo multiprofesional	-Ampliación infraestructuras -Capacitación educadoras
Caso 25	20	Centro infantil	-Cualificación profesional -Apoyo de la Iglesia	-Crecer hacia fuera con programas de atención y seguimiento educativo

3. Resultados

3.1. Colaboración con otros servicios

Todos los Centros entrevistados tienen relaciones establecidas con mayor o menor formalidad con otros servicios educativos, sociales y sanitarios, además de los necesarios con entidades superiores de administración y supervisión. En general, parece existir el convencimiento de que la relación con otros Centros y servicios para constituir buenas redes de prevención del rezago en el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) es importante. Muchas veces, esa relación surge de la implantación de programas generales de intervención para ayudar a la vigilancia del correcto desarrollo y la prevención del rezago como comentan en algunos Centros: "Sí existe una relación con Centros de salud más próximos, ellos vienen a visitar el Centro para dar vitamina "A" a los niños(as). (Caso 1)"; "Centros de salud, control de peso, talla de los niños y controles de salud en niños menores de 6 años. Centros educativos cercanos a los Centros de Atención Temprana y Centros comunitarios. (Caso 3)". A veces esta relación es mucho más específica y concreta debido a las características especiales o enfocada en características especiales de la población infantil "El Centro Caso 5 mantiene una relación de colaboración con la población infantil de las cárceles a través de campañas y donaciones que se hacen llegar a dichos niños a fin de año. Siendo que la población infantil que asiste al Centro Caso 5 y el mismo Centro tienen un carácter privado, el Centro no cuenta con otros tipos de colaboración, a pesar de las intenciones de algunos sectores como los estudiantes de odontología que en circunstancias de prácticas ofrecen la fluorización de los dientes de los niños, pero el Centro no acepta, pues para ello se tendría que realizar muchas consultas. (Caso 5)".

En tanto que los Centros infantiles mantienen relaciones bien formalizadas con los Centros de salud "la relación de colaboración más importante del Centro es la que se mantiene con el Centro de salud, éste colabora con el Centro infantil en el control de salud de los niños. Así mismo se cuenta con el apoyo escolar voluntario, y la junta de vecinos que se ocupa de las demandas para la mejora de los Centros. (Caso 9)" los servicios especializados entrevistados son capaces de mantener una red de relaciones, aunque más informal, mucho más amplia: "con Pro Mujer, Coordinación de atención temprana en los niños(as). Dirección General del Régimen Penitenciario, Coordinación para la atención con niños de bajo peso y talla. Universidad Salesiana de Bolivia, Prácticas de estudiantes de la carrera de psicomotricidad. Aldeas SOS, Coordinación para la detección de niños(as) desnutridos. Universidad Pública de el Alto, Prácticas de estudiantes de la carrera de Trabajo. (Caso 2)"; "Especialmente con la carrera de Psicomotricidad de la Universidad Salesiana, los alumnos de último año, realizan sus prácticas en el Centro, interviniendo tanto en el proceso de diagnóstico, intervención y seguimiento de pacientes que requieren de Atención Temprana. Conjuntamente el Centro propicia (conjuntamente con la Universidad Salesiana), evaluaciones del desarrollo psicomotor en bebés y niños de riesgo social y también en área rural. (Caso 8)"

A veces, las relaciones se establecen con profesionales privados que ayudan a la prevención del rezago en el desarrollo: "Se tienen relaciones indirectas de colaboración con profesionales fonoaudiólogos privados y algunos Centros

educativos (escuelas) donde los niños del Centro Caso 16 son admitidos sin pasar ninguna prueba. (Caso 16)”; “se tiene también cooperación de psicólogos 2 días a la semana para atender algunos casos de los niños. (Caso 21)”

En ocasiones, la colaboración se enfoca en la capacitación del personal del Centro o servicio para atender mejor las necesidades infantiles: “con la gobernación, a través de talleres de formación respecto a cómo las educadoras populares deben ayudar en el desarrollo psicosocial del niño. Pero también Contexto le ha dado talleres semanales durante años, sobre la problemática del trato del agua, las situaciones de salud y de la Atención Temprana, en un primer momento en coordinación con el Estado, pero ya desde algún tiempo es la institución la que se encarga de organizarlos e impartirlos. También se tiene colaboración con ASEP (Suiza) y PNV apoyaba con la alimentación complementaria, con la construcción de espacios y en el pago de las educadoras. Esto se acabó y ahora sólo reciben apoyo de PNP y más bajo. Ahora bajo convenio con la alcaldía de Potosí recibirán ayuda para los alimentos y el pago de las educadoras. (Caso 19)”

El caso de Caso 23 es especial en la medida en que no tiene relación directa con niños, sino que ofrece su colaboración a los Centros en los que los niños se atienden: “En los inicios, Caso 23 mantenía una relación directa con los Centros infantiles que tenía el propósito de fortalecer las capacidades a través de asistencia técnica. Caso 23 mantiene relaciones con las organizaciones de base, los Consejos Educativos de Pueblos originarios, las Bartolinas. Actualmente, Caso 23 realiza el apalancamiento de programas formativos de las educadoras, con la finalidad de mejorar el servicio al niño y la mejora de las educadoras. En este marco, se ha definido un mínimo y un máximo de lo que debe ser un Centro infantil. (Caso 23)”

Colaboración con otros servicios
Centros de salud
Profesionales de la salud privados
Instituciones de capacitación
Instituciones dedicadas al DIT

3.2. Implicación de las familias

Aunque algunos Centros informan de la dificultad de la implicación de las familias en el trabajo institucional “Existe mucha negación de la familia, incluso cuando se detecta algún problema en sus hijos(as), los padres niegan la autorización para que sus niños(as) sean evaluados por especialistas (Caso 1)”, e incluso de la existencia de barreras de distinto orden que impiden la correcta comunicación “En el caso del cerro, pues no se le puede explicar bien como va y en qué sentido hay que plantear las actuaciones con sus niños, ni si su niño tiene un problema de aprendizaje, ya que no lo van a entender. Los de Misión Potosí también ayudan para realizar actuaciones con las familias dan créditos para que las madres comiencen a crear su negocio (Caso 6)”; lo cierto es que los Centros y servicios no dejan de trabajar para incrementar la necesaria implicación de las familias en la tarea de apoyo al desarrollo infantil.

Algunos de ellos lo hacen estableciendo la implicación familiar como condición necesaria para la admisión del niño: "Se conversa con los padres al recibirlos en el Centro, si los padres están de acuerdo con las colaboraciones, entonces se puede admitir al niño. Esto supone que se va vaya previendo implicación de los padres. (Caso 9); "La implicación de los padres, está relacionado con la responsabilidad, puntualidad y la limpieza de los niños. Del mismo modo, los padres de familia deben asistir a las reuniones de padres, facilitadora y educadoras cada mes. (Caso 10)".

La mayoría de Centros relatan cómo han ido afianzando en el tiempo el establecimiento de relaciones de colaboración: "Felizmente los padres de familia están bastante implicados en el tratamiento de sus hijos, con la diferencia que unos ponen más interés que otros. (Caso 2)"; "Dentro de los servicios brindados a los niños, se implica a los padres en todos los aspectos, siendo que el grado de implicancia de los padres es alta. (Caso 3)"; "Actualmente se trabaja en equipo junto a los padres para que cooperen en la mejora de sus hijos(as). (Caso 14)"; "La implicancia es permanente, como dije anteriormente uno de los objetivos de la intervención psicomotriz es sostener la función parental, sobre todo cuando el niño porta una patología de base, priorizando el vínculo para la constitución de sujeto psicomotor. De esta manera se lograra el empoderamiento de los padres en relación al desarrollo psicomotor de su niño. Esto sólo se logra cuando el terapeuta ocupa no el lugar del saber (el que enseña), sino el lugar del acompañamiento (que favorece el despliegue de sus potencialidades). (Caso 8)"; "La implicación de las familias es muy buena, se ve que esta evolucionando, pues en un principio la participación era muy poca, pero ahora debido a los talleres y charlas que se realizó constantemente con los padres de familia vimos que fueron respondiendo de manera positiva. (Caso 13)"

Las relaciones de colaboración con las familias se han ido fortaleciendo implicándolas en actividades de información y en actividades de capacitación para el apoyo desde el hogar a la tarea institucional: "En el caso de tratamiento de los niños, es sumamente importante el contacto directo, el contacto cuerpo a cuerpo, pues este puede permitir la mejora de los niños. (Caso 18)"; "En las reuniones se van orientando la importancia que tiene la familia en el desarrollo de los niños y gracias a estas charlas hay papás que se implican para cooperar con sus hijos, pero no es un 100%. No existen normas para la implicación de los padres. (Caso 11)"; "La implicación de las familias en el proceso de tratamiento de los niños varia mucho, en algunos casos esta depende de la formación de los padres, sus experiencias. Por ello, la política del Centro es llevar adelante reuniones con más frecuencia, los modelos de implicación no siempre son los mismos, los familiares se involucra mucho en el caso de los niños con necesidades diferentes. (Caso 5)"; "La implicación de la familia es alta, pues participan de las reuniones mensuales, los padres de familia nombran un representante, que en el caso del Centro la responsabilidad de representación recae en la mamá de la niña Down. Así mismo los padres participan activamente de las reuniones, campeonatos. (Caso 21)"; "Sí hay un mejor nivel de participación, puesto que antes era complicado, existía mucha resistencia por parte de los padres en la inclusión de mejora de sus

hijos. Ante esta situación se tuvo que insistir mucho con charlas, cursos, talleres para hacer reflexionar a los padres. (Caso 25)”.

Por último, hay Centros que informan del diverso grado de implicación de las familias en función de la severidad del rezago: “La implicación de los padres en el proceso de educación de los niños es muy relativa, pues algunos padres de familia se preocupan por el tratamiento de sus hijos, mientras que otros no se interesan por saber por la situación de sus niños. En el caso de los niños con problemas de salud los padres se implican. (Caso 17)”; “El grado de implicación de los padres con sus hijos varía, algunos apoyan el tratamiento de sus hijos, mientras que otros no se preocupan, otros dicen que del Centro se van desordenados a la casa y en este marco algunos padres son desconformes con el servicio del Centro. (Caso 20)”

Implicación familiar
Dificultades comunicación
Condición necesaria para admisión
Establecimiento de relaciones de colaboración
Información y capacitación
Implicación en función de severidad rezago

3.3. Colaboración con el entorno

La colaboración con otras entidades vecinales del entorno forma parte, igualmente, del acervo asistencial de los Centros y servicios visitados “paralelamente se realizan talleres para niños (as) referidos a la lecto-escritura, una vez por semana en los Centros educativos. También se coordina estos talleres con las Organizaciones Territoriales de Base–Otis. (Caso 2)”; “La junta de vecinos colabora, por ejemplo se quedará sin alcantarillado, entonces se utilizará un pasillo junto al Centro de salud, es decir se compartirá la salida con el Centro de salud. (Caso 10)”.

En otras ocasiones, identificamos relaciones entre los propios Centros y servicios entrevistados “Las evaluaciones del desarrollo psicomotor son gratuitas y se basan en contextualizar las pautas de este desarrollo psicomotor a las características sociales y culturales propias de nuestra realidad boliviana. La intervención es Atención Temprana también es realizada en

Centros que atienden a niños en riesgo (Caso 8)”; “Otra de las colaboraciones del Centro infantil es con una ONG, ésta hace seguimiento de las actividades que realiza el Centro, y el cumplimiento del menú y el tallado de los niños. (Caso 15)”.

Si bien hay Centros que reconocen el apoyo vecinal a su labor “gracias a la comunidad se tiene el espacio ya que este fue cedido por la comunidad, por parte de la junta de vecinos. (Caso 19)” en algún caso se pone de manifiesto la falta de colaboración “respecto a las colaboraciones con el entorno, no existe relación con la junta de vecinos como tampoco con las instituciones educativas. No se cuenta con todo el apoyo de la comunidad ni del entorno. (Caso 20)”.

Colaboración con entorno
Entidades vecinales
Otros Centros educativos

3.4. Evolución de las necesidades de intervención en atención temprana

La información facilitada por los Centros y servicios entrevistados sobre la evolución de necesidades de Atención Temprana son bien diversas. Encontramos desde la aparición de nuevas necesidades derivadas de los cambios acaecidos en la dinámica familiar, hasta nuevas necesidades que son detectadas y paliadas gracias al incremento de conocimiento en diagnóstico y tratamiento del rezago.

En el Centro Caso 5 se trata de priorizar la formación de hábitos en los pequeños como ayuda educativa esencial que difícilmente cubre la familia: "Antes, los Centros eran guarderías, es decir que éstas existían para la preservación y el cuidado de los niños, y ellas no tenían el objetivo de formación y educación. En la actualidad se puede decir que las necesidades son mayores que antes, pues los niños en su ciclo de primera infancia necesitan mayor estimulación, trabajo individual, puesto que el entorno familiar ofrece un espacio reducido de motivación y estimulación, lo que exige un mayor trabajo a los padres de familia. De ello resulta que los niños, en esta época no tienen reglas y tampoco hábitos como consecuencia de una reducida o casi nula convivencia social intrafamiliar. A partir de ello, la psicología y la neuropsiquiatría tratan de interpretar los problemas, aunque muchas veces se etiqueta y malinterpreta la situación de los niños de donde resulta que las medicaciones son a temprana edad. Otra de las causas de los problemas de estimulación es que los niños en la actualidad tiene poco movimiento que resulta del excesiva distracción con la TV, esto se ve empeorado por la falta de una reducida estructura familiar, siendo difícil la educación de los niños. Así mismo estos problemas dan lugar a otros tipos de problemas como la obesidad, una forma de alimentación inadecuada, de donde resulta los problemas de aprendizaje y malos diagnósticos. Una de los cambios en cuanto a las necesidades de estimulación es que han cambiado las oportunidades de desarrollo, hoy en día las familias tienden a desintegrarse pronto, así mismo en la actual sociedad actual, los niños no se constituyen en la prioridad. El Centro debe crear valores, hábitos, pues lamentablemente en el momento no existe autoridad de parte de los papás debido al corto tiempo que comparten con los hijos. Entonces, las familias en el actual contexto no puede cubrir en la enseñanza de las normas, de ahí resulta la importancia de los Centros para la enseñanza de las normas. (Caso 5)".

En Caso 3 se muestra muy expresivamente esta evolución "las necesidades de intervención han ido cambiando según los grados de déficit de estimulación que los niños tienen en sus casas y familias, siendo que han ido adecuando los servicios a niveles muy bajos de Atención Temprana. Afrontar casos de extremo descuido de la salud de los niños por parte de los padres, adaptar los cuidados a las necesidades de los niños. Adaptar los servicios según el contexto de origen de los niños, que no se deje de lado la herencia cultural y que los procesos de transición no sean intrusivos ni agresivos, mantener la naturalidad el contexto propio del niño. (Caso 3)".

En tanto que varios Centros infantiles informan del cambio que parece estar operándose en la conducta de los niños en la actualidad “años atrás, el problema mayor de los niños eran que eran más agresivos, más torpes y provenían de familias muy pobres. En la actualidad los niños son más pasivos en su comportamiento. (Caso 9)”; otro Centro nos informa de que los niños parecen ahora más estimulados: “los niños eran menos despiertos, ahora son más. Eran más tímidos ahora hablan más. Los niños prefieren tener sus cosas individualmente. No existe mayor socialización entre niños, los Centros eran poco valorados. (Caso 10)”; “Las necesidades de estimulación si fueron cambiando. Antes los niños presentaban más vacíos emocionales, callados, tímidos rehuían a preguntas que se les hacía aquí en el Centro. También los niños presentaban atención dispersa lo que les dificultaba en el aprendizaje. Actualmente hay niños con hiperactividad, problemas de audición, motricidad y espacialidad; los dos primeros casos deben ser tratados con especialistas (aplican actividades físicas) y los dos últimos casos con la maestra de aula. (Caso 13)”; “A través de los años se ven cambios en los niños, así podemos ver que antes eran más educados y más ordenados: pero ahora son más rebeldes y es por esta razón que se necesita psicólogos al menos una vez al mes. (Caso 20)”; “los niños antes eran más tranquilos y pasivos, mientras que en la actualidad son más despiertos, hacen lo que los padres hacen y existe mucha influencia de la televisión, del Internet y de los celulares. (Caso 21)”; “Actualmente observamos más lo referente a hiperactividad leve y la atención dispersa (Caso 4)”. Todos estas afirmaciones están en la línea de indicar la mayor estimulación que ahora tienen los niños en los hogares, por un lado, y la diferente relación educativa que mantienen con sus familias. Todo ello obliga a introducir cambios en los objetivos de intervención educativa.

Es importante señalar que casi todos los Centros y servicios insisten en los cambios sociales operados y su efecto en el DIT y las necesidades de Atención Temprana “Las necesidades de intervención han cambiado drásticamente con el tiempo. Hace 20 años (cuando me inicié en la Atención Temprana y la terapia psicomotriz), los niños tenían más opciones de movimiento y los padres de familia más tiempo para compartir con sus hijos. Actualmente se evidencian muchas necesidades de intervención en el aspecto vincular entre la triada, sobre todo si el bebe porta alguna patología de base. También se evidencian más necesidades de atención temprana debido a que en algunos sectores de la salud (no en todos), existe mayor conciencia de los profesionales médicos de la necesidad de la intervención temprana, característica que es más evidente en los últimos años. Finalmente el Sistema de Salud determina la necesidad de atención temprana, puesto que ha mejorado el control prenatal y del niño sano (a partir del Bono Juancito Pinto por ejemplo). (Caso 8)”; “Actualmente se puede decir que las necesidades han ido cambiando, pues ahora se comprende mejor que los niños no solamente necesitan de seguridad y de ser guardados como objetos, sino que los niños tienen la necesidad de formación y aprendizajes de forma integral. (Caso 18).”

Hemos señalado que el aumento del conocimiento, la sensibilización hacia la necesidad de la estimulación y las posibilidades de diagnóstico, marcan para algunos Centros y servicios la evolución respecto a la intervención en Atención Temprana: “Existe mucha diferencia de un antes y un ahora. Antes se podía

observar retrasos en el aprendizaje, entonces se trabajaba con el niño(a) para equilibrar la edad cronológica con la edad mental. Actualmente podemos observar que existen dificultades en la conducta, por la ausencia de normas por parte de los padres de familia, también niños(as) que tienen autismo (con desintegración sensorial), hiperactividad y síndrome de Down. Estos casos son tratados con especialistas, en la hiperactividad se recomienda medicación. (Caso 1). "Especificar cada caso implica hacer un enorme listado, pero podemos ver que en un principio se presentaban más casos de educación especial o con capacidades diferentes como: Down, hipoacúsico, hemiplejía, autismo, PCI (parálisis cerebral infantil), hiperactividad (se lo trata con medicación) y retraso en el lenguaje, mientras que actualmente son más de lecto-escritura. También las nuevas intervenciones se relacionan con los problemas de audición y habla, para hacer frente a este problema se los capacita con el lenguaje de señas y de esta forma puedan comunicarse con los demás. (Caso 14)". Valga como resumen de esta idea la percepción que se comunica desde Caso 25 "Antes se tenía menos necesidades de Atención Temprana así también existía menos instrumentos de estimulación, pero actualmente evolucionó y podemos observar que existe más demanda de este tipo de necesidades tanto de Atención Temprana como de desarrollo infantil en todas las edades (neonatos hasta 5 años). (Caso 25)"

Otros Centros insisten en la nueva realidad de la Atención Temprana: "Respecto a la pregunta, antiguamente se presentaban menos casos en los distintos retrasos, por ejemplo en el caso psicomotor que se relaciona con el área de lenguaje. En estos casos se tomaban dos pruebas: Denver y Nelson Ortiz. Las necesidades de intervención también fueron cambiando, es por esta razón que siempre se va capacitando a las enfermeras y a los padres de familia para poder trabajar en equipo. Dentro las nuevas necesidades de intervención se abordan estos temas más a fondo con materiales adecuados, espacio amplio, ejercicios oro facial y fonoaudiólogos que antes no se tomaba muy en cuenta. (Caso 2); "La atención temprana actualmente se realiza como acompañamiento e información a los papás sin transgredir en el desarrollo normal del niño. Antes se pensaba que a mayor estímulo mejores resultados pero actualmente sabemos que no se debe sobre estimular al niño. No compartimos el uso de manuales de estimulación donde se dan como recetas de ejercicios especialmente si son utilizados por personas que no tienen conocimiento sobre las líneas de desarrollo del niño. Adecuar la intervención a la cultura a la cual pertenece el niño, singularizando el desarrollo del niño. (Caso 7)"

Encontramos Centros como Caso 6 que procuran introducir los avances en neuro-didáctica en su acción educativa: "Hasta ahora se sigue trabajando en las cuatro áreas: audición y lenguaje, personal, social y motórica, pero ahora también se está trabajando ahora en inteligencias múltiples, cada educadora tiene su propio programa, también se está trabajando en lo que es el aprestamiento escolar inicial a través de técnicas de segmentación, lectura de cuentos... Todo esto ha ido evolucionando, en un primer lugar trabajábamos en base a inteligencias múltiples, ahora se está comenzando a trabajar por competencias pero en base al proyecto de iniciación de vida. (Caso 6)". Encontramos, igualmente, servicios de intervención que abundan en la evolución del propio concepto y práctica de la Atención Temprana "La

comprensión actual del concepto es la generación de competencias para la vida competitiva y sus exigencias actuales. Hace 20 años la comprensión sobre el concepto de estimulación era algo innecesario que se puede alcanzar por sí sólo. En los últimos 10 años, gracias a los Centros de salud y sus programas, la Atención Temprana ha pasado a verse como una necesidad para corregir destrezas que no se han adquirido. Se plantea pues una estimulación específica para la etapa temprana con instrumentos específicos. (Caso 22)”.

Desde Caso 23 se señalan los cambios operados en la realidad boliviana respecto a las necesidades de intervención en Atención Temprana: “Las necesidades, las oportunidades de desarrollo de los niños cambian en función del contexto, por ejemplo, en el caso de las ciudades se puede decir que en general el desarrollo urbano es perverso con la infancia, ya que las ciudades se desarrollan desde el punto de vista adultocentrista, el eje organizador es el adulto, es decir en función de las necesidades de los adultos, sin considerar la diversidad poblacional que existe en una ciudad. No se puede hablar de necesidades, sino de condiciones de desarrollo, y estas necesidades puedan generalizarse por grupos, así los niños que viven en las ciudades tienen problemas a nivel de desarrollo motriz resultado de la poca experiencia y el contacto el cuerpo con el contexto, además de estar recibiendo otro tipo de estímulos como de la TV, el lenguaje escrito. El nuevo contexto, hace que los niños desarrollen otras capacidades, tales como otras formas de leer las imágenes y el uso de íconos, mientras esto sucede con los niños de la ciudad, los niños del campo tienen problemas a nivel de oportunidades, pues éstos tienen el primer contacto con el libro cuando entran a la escuela, otra de las desventajas de los niños de las comunidades es que mientras en las casas van aprendiendo el idioma originario cuando llegan al Centro infantil deben comunicarse en castellano (Caso 23).”

En conclusión, se puede decir que no puede existir un único programa de Atención Temprana, tiene que haber programas de estimulación adecuados al contexto en base a principios básicos y fundamentales, éstos principios deben ser mensajes claves que tienen que ver con la participación en la vida familiar y las posibilidades de exploración, lo cual no necesariamente tienen que ser con juguetes pueden ser cualquier objeto. Entonces, un programa de estimulación tiene que contemplar ciertos principios rectores, las formas de expresión de los principios deben ser acordes a los contextos, estos principios deben influir en algunas prácticas clave, de tal forma que puedan cambiar y fortalecer prácticas culturales.

Evolución necesidades
Derivadas de cambios sociales que afectan a hogares
Incremento de brecha entre situación urbana y rural
Evolución en la detección de rezagos
Formación de hábitos

3.5. Prácticas e instrumentos de prevención

Casi todos los Centros infantiles coinciden en que una buena práctica de prevención es la comunicación fluida con la familia y la coordinación educativa con los hogares: "Una de las prácticas de prevención, consiste en una mayor comunicación y atención con los niños, pero a su vez es necesaria la comunicación con los padres para informarse sobre los problemas familiares. (Caso 24)". Una variante es el acompañamiento a padres en su función educativa: "Charlas informativas sobre desarrollo y madurez infantil, respetando tiempos de cada niño. Sostener a los padres, acompañarlos con el diagnóstico cuando el niño necesita tiempo de maduración. (Caso 7)"; "El Centro realiza charlas con los padres de familia sobre estos casos, para que ellos estén al pendiente de sus hijos y no descuiden su desarrollo desde bebés, porque una atención inmediata tiene mejores y rápidos resultados positivos; en caso de tratar el problema del niño más tarde suele obtenerse resultados con más demora. (Caso 4)".

Otra buena práctica señalada es garantizar la mejor alimentación: "Promoción de la buena alimentación de los niños, transmisión de conocimientos de Atención Temprana a los padres que aún esperan el nacimiento de los niños, generar la cultura de creación de oportunidades. (Caso 3)".

Se señala como buena práctica preventiva la visión integral del niño y de la acción educativa: "Entre las buenas prácticas de prevención se puede mencionar en principio la visión integral del niño, lo cual debe estar acompañado por un equipo multidisciplinar. Otra de las prácticas importantes es la evaluación del cuerpo, acompañado de una evaluación de sus espacios de movimiento y no simplemente el conocimiento como sucede en muchas instituciones. Muchas veces se piensa que el más inteligente es el que tiene más conocimiento, sin embargo desde este punto de vista se pierde de vista la habilidades sociales, que en definitiva es lo más importante para la vida. (Caso 5)".

Caso 8 resalta la evaluación preventiva que facilita la derivación, como una buena práctica de prevención: "Evaluación preventiva para la derivación: Definitivamente las evaluaciones preventivas del desarrollo psicomotor realizadas a distintos grupos poblacionales son prácticas muy efectivas en la instauración de trastornos del desarrollo infantil, así también como muchas de las acciones preventivas como las que mantenemos en la Radio. Una de las acciones más efectivas son las charlas al personal médico y de salud que está encargado del control del niño sano, acerca del desarrollo infantil, así como de algunos criterios diagnósticos para la detección de la instauración de posibles trastornos. (Caso 8)".

La facilitación de la expresión de sentimientos del niño, como estrategia didáctica dentro del Centro infantil, se destaca como práctica preventiva del rezago: "Otra de las prácticas de prevención tiene que ver con el seguimiento afectivo de los niños a través de un momento de expresión de sentimientos, donde después del saludo diariamente los niños pueden expresar sus sentimientos, relatando todo lo que les pasa. El relato de los niños es importante para conocer los problemas y decantarlos por las actividades de la rutina. El enfoque del trabajo realizado se centra en los derechos de los niños,

ellos son los protagonistas y los sujetos sociales. (Caso 16); "Entre las prácticas de prevención está el buen trato, el asesoramiento y la implementación de reglas y normas. (Caso 17)".

Desde el Caso 18 se advierte de la necesidad de contar con nuevas escalas de evaluación y tamizaje estandarizadas que permitan realizar prevención del rezago en el desarrollo: "Contar con un buen sistema de evaluación de la situación de los niños, contar con estándares más adecuados, pues la actual escala de evaluación no es la más adecuada para el trabajo de prevención. (Caso 18)."

Por último, se señala el control prenatal como una buena práctica preventiva del rezago: "El brindar charlas a las familias sobre lo elemental que es la atención médica durante el embarazo. Porque vimos que es un factor fundamental para que se den estos casos de problemas especiales y problemas del desarrollo en los niños(as) es causada por la ausencia de sus controles prenatales, atención inoportuna en los Centros hospitalarios, (Caso 25)"

Buenas prácticas de prevención
Colaboración con hogares
Mejorar la alimentación
Educación integral del niño
Evaluación preventiva y derivación
Facilitar la expresión de sentimientos del niño
Uso de escalas de tamizaje
Control prenatal

No todos los Centros y servicios entrevistados emplean instrumentos para la prevención del rezago y la detección temprana. Los que lo hacen, informan de una diversidad de pruebas, escalas y test, tanto estandarizados como de construcción propia. Conocemos esta situación a través de sus propias palabras: "La observación, la evaluación y el diagnóstico. Además que se cuenta con un sistema propio elaborado por el Centro (la libreta). Entre otros la prueba psicológica del CAT, la prueba del dibujo de la familia para los de 3 y 4 años y para los más pequeños el juego permite su evaluación. (Caso 1)"; "Los instrumentos habituales que se aplican son: La prueba rápida del desarrollo psicomotor; El test abreviado para el desarrollo psicomotor diferenciado por edades. En algunos casos se junta a los niños de diferentes edades para realizar algún tipo específico de estimulación por ejemplo cuando un niño no quiere o tiene problemas de habla, se lo estimula juntándoles con los niños que tienen un lenguaje mejor articulado. (Caso 2)"; "Se emplea el diagnóstico inicial, y desarrollo de capacidades de cuidado a los niños por parte de padres jóvenes. Se cuenta con instrumentos de tamizaje propios. (Caso 3); "Tenemos instrumentos diseñados de acuerdo al contexto socio cultural en el que trabajamos. Tenemos un protocolo de charlas de prevención de instauración de trastornos del desarrollo, que se realizan en distintas instituciones: en la Radio, en las salas de espera del Hospital Materno Infantil y del CIES. Tenemos protocolos para la evaluación preventiva del desarrollo psicomotor para niños

de área rural, para niños con desnutrición (del Centro de Nutrición Infantil), para niños en riesgo social o abandono y también para niños que asisten a Centros infantiles. (Caso 8)”; “Todo lo hace la enfermera, en cada Centro tenemos balanza,... todo el equipo necesario para ello. Además aquí en la institución también tiene un espacio habilitado para ello. (Caso 6)”; “Instrumentos de prevención: Escalas de desarrollo y cuadernillos. Escala de madurez y prueba de inteligencia emocional: Denver, Raven y test proyectivos. (Caso 22)”; “En este caso es importante el seguimiento nutricional, para ello se debe contar con las cartillas de seguimiento del desarrollo de los niños y de comunicación con los padres, para una evaluación del desarrollo, quizá sea necesario armar una escala entre educación y salud, una escala de verdad y además sea de aplicación a nivel nacional. (Caso 23)”.

Instrumentos de prevención y tamizaje
Pruebas de desarrollo psicomotor
Prueba CAT
Dibujo de la familia
Escalas propias de tamizaje
Medición antropométrica
Denver
Raven
Test proyectivos
Seguimiento nutricional

3.6. Prácticas e instrumentos de diagnóstico

Al señalar buenas prácticas de diagnóstico, los Centros y servicios entrevistados se refieren tanto al uso de instrumentos de observación, evaluación y diagnóstico del desarrollo, como a la capacitación del personal en el uso de instrumentos y al clima relacional en que debe desenvolverse todo el proceso de evaluación: “Para el caso de trastornos del desarrollo infantil en principio se realiza un diagnóstico, paralelamente se les brinda afecto para tener confianza y detectar sus problemas. La confianza con los niños es fundamental para trabajar con los niños(as). Posteriormente se aplica las pruebas de desarrollo psicomotor de acuerdo a los resultados obtenidos. (Caso 2)”; “El uso de herramientas que permitan hacer mediciones a los niños al momento que ingresan y posteriormente otras mediciones para observar el progreso de la mejora del niño según los servicios brindados. (Caso 3)”; “Así mismo un buen diagnóstico requiere un buen acompañamiento psicológico emocional, para ello el Centro realiza una entrevista a los padres, con la finalidad de conocer de manera adecuada las costumbres del medio familiar y así realizar un buen acompañamiento. (Caso 5)”; “En principio, para realizar un diagnóstico, es importante la experiencia que tienen las educadoras. Esta experiencia junto a la observación del comportamiento de los niños nos permite detectar los problemas que ellos sufren. Por otra parte, las educadoras recomendamos a los padres de familia evitar peleas y discusiones en casa. Luego, se puede mencionar que los talleres organizados por el PAN nos permiten realizar los

diagnósticos de forma adecuada. (Caso 9)”; “La constante capacitación, así como afinar el proceso diagnóstico desde una mirada integral, es decir, el diagnóstico no solo debe ser del bebe o del niño, sino del entorno familiar y de sus relaciones vinculares, que permiten evidenciar el lugar de ese niño en la familia. Conjuntamente desde Psicomotricidad el proceso diagnóstico no requiere de escalas de desarrollo específicas exclusivamente, ya que se brinda gran importancia a la observación integral de un niño. Otro aspecto fundamental es que el psicomotricista está preparado corporalmente para poder evidenciar en su propio cuerpo lo que le pasa al Otro, en este caso lo que el niño necesita. (Caso 8)”; “Para realizar un diagnóstico a un niño se aplica la observación, esta estrategia brinda buenos resultados, porque nos permite ver el comportamiento y la conducta del niño, es en este proceso que se detecta problemas de desarrollo. (Caso 4).”

La observación sistemática dentro de la acción educativa diaria se destaca desde diferentes Centros Infantiles como esenciales para realizar un diagnóstico: “La mejor manera para diagnosticar un problema en los niños es la conversación y la interpretación de lo que el niño vaya a decir. Paralelamente se debe poner en práctica la observación sobre el comportamiento de los niños para poder diagnosticar y sacar una conclusión. (Caso 11)”; “Usando el juego simbólico; charlas con los padres siempre con cautela; apoyo al más necesitado; atención individualizada en el caso de déficit de atención y dinamismo en las clases. (Caso 12)”; “En principio se realiza una entrevista con los padres de familia y también con el niño, la observación en este espacio es importante para detectar algún trastorno, finalmente se realiza una evaluación general al niño para detectar algún problema. (Caso 13)”; “Una de las prácticas de diagnóstico es la observación de la actitud y el comportamiento de los niños. Para un buen diagnóstico del estado de los niños, la conversación con ellos es importante. (Caso 15)”; “Una forma de diagnosticar los problemas de los niños, es por medio de la libreta de las evaluaciones, también se puede decir que el diagnóstico de la situación de los niños se lo realiza a través de las entrevistas con los papás en los que se pide el detalle de los antecedentes (anamnesis) tales como el parto, lactancia, alimentación complementaria, establecer la prematurez o no de los niños, las displasias, la relación con la familia, la inquietud de inscribir al niño en el Centro. Otra fuente de diagnóstico es el comportamiento de los niños, los cambios que se suceden en ellos. (Caso 16)”; “Una forma de diagnosticar los problemas de desarrollo infantil es a través de la observación en los juegos, pues esto permite que las educadoras se den cuenta si el niño sufre de algún trastorno o no. (Caso 17)”; “Para realizar un diagnóstico con los niños siempre se empieza por una observación de comportamiento, de la agresividad, de la rebeldía, cuando no quiere comer, la terquedad. También a través de la realización del trabajo que se le proporcione al niño. Por medio de la relación que tiene con sus padres se ve si el niño tiene miedo para hablar. (Caso 20)”; “Para determinar los problemas que atraviesa un niño, generalmente se recurre a la observación del comportamiento de los niños, pues los problemas a nivel psicológico se traducen en que los niños no quieren hacer los deberes o en un carácter violento. (Caso 21).”

La especificidad del trabajo en Psicomotricidad como experiencia a partir de la que se puede realizar el diagnóstico del rezago es señalada, también, como buena práctica: "Otra de las buenas prácticas en el proceso de diagnóstico de los trastornos es el abordaje de la psicomotricidad, así mismo se hace necesario incorporar a los nutricionistas, puesto que en la actualidad muchos niños sufren de intolerancia a los alimentos. Entonces a nivel del diagnóstico es importante establecer qué y cómo se come. (Caso 18)."

Por último se señala la buena práctica de la colaboración inter o multidisciplinar de profesionales para la realización del diagnóstico: "Tomar una prueba con diferentes baterías de observación. El equipo multidisciplinario trabaja en ello como: el psicólogo, psicopedagogo y el psicomotricista. (Caso 1)"; "Diagnósticos tempranos con el equipo interdisciplinario. (Caso 7)"; "La evaluación con el equipo multidisciplinario (fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, psicomotricista, fisioterapeuta y personas especializadas en trabajo social). Este equipo ayuda a los niños(as) a desarrollar las características acorde a la edad en que atraviesan y de esta forma lograr que el niño(a) ascienda de un nivel a otro, (Caso 25)".

Buenas prácticas de diagnóstico
Uso de escalas de observación
Observación sistemática
Buen clima relacional
Capacitación del personal para el diagnóstico
Trabajo multiprofesional en diagnóstico
Diagnóstico basado en psicomotricidad

Normalmente, los Centros infantiles no informan de instrumentos específicos para el diagnóstico. Pero sí lo hacen algunos Centros y los servicios más especializados. Se refieren a estos instrumentos: "Escala de maduración del desarrollo perceptivo (incluye todas las áreas). (Caso 1)"; "El instrumento que se utiliza es el test de Denver que está compuesta por varias preguntas, el cual nos permite diagnosticar que trastorno padece el niño. (Caso 2)"; "La mochila de evaluación SOS y diagnósticos especializados realizados por psicólogos. (Caso 3)"; "La escala de desarrollo Nelson Ortiz actualmente se constituye en el instrumento de diagnóstico y de evaluación de los trastornos del desarrollo utilizado por una mayoría de los Centros infantiles. Sin embargo, éste instrumento resulta no ser muy eficiente por el hecho de que es demasiado genérico y por otro lado no es una escala adecuado al contexto del país. (Caso 18)"; "Escala abreviada del desarrollo adecuada a Latinoamérica. Manual de atención temprana Hospital Garrahan Argentina. (Caso 7)"; Desde Psicomotricidad el proceso diagnóstico y la intervención es pensada para cada niño y están totalmente en función de sus necesidades. Sin embargo los instrumentos de diagnóstico que utilizo (de acuerdo a las características y necesidades del niño) es la Prunape, la Guía de Observación de Parámetros Psicomotores, un formato de Entrevista en Psicomotricidad, la Guía de evolución del tono muscular (para el seguimiento del desarrollo neurológico), la Guía de desarrollo psicomotor de Barbara ZuKunft, la Guía de evaluación

de patrones de movimiento, la Batería Psicomotora de Da Fonseca, la guía de evaluación del apego de Massie-Campbell, el Inventario para la evaluación del Autismo de Rivière, el Balance Psicomotor y sobre todo la Observación Psicomotriz. (Caso 8); "Entre los instrumentos de diagnóstico se tiene la libreta que tiene como base la escala de desarrollo de la OPS y de la de Pierre Vayer. (Caso 16)"; "Tenemos varios, en el caso de los niños, el principal es la Escala abreviada de Nelson Ortiz, luego también tenemos unas planillas que nos facilitan desde el PAN, también hay test psicométricos, depende del área que se quiera evaluar. Siempre evaluamos según el caso, ya que no es lo mismo evaluar a un niño que tenga problemas de escritura, que evaluar a otro niño que tenga trastorno por un abuso sexual o déficit de atención. El referente principal son las educadoras, para ello se les capacita en ello, en una formación acerca de cómo trabajar ante trastornos específicos. (Caso 6)"; "Va de acuerdo a las áreas, pero se puede decir la observación y la entrevista, porque es aquí donde se detectan varios problemas. (Caso 25)".

Instrumentos de diagnóstico
Escalas generales de maduración
Test de Denver
Mochila de diagnóstico SOS
Escala Nelson Ortiz
Escalas abreviadas de desarrollo
Prunape
Guía de Observación de Parámetros Psicomotores
Entrevista en Psicomotricidad
Guía de evolución del tono muscular
Guía de desarrollo psicomotor de Barbara ZuKunft
Guía de evaluación de patrones de movimiento
Batería Psicomotora de Da Fonseca
Guía de evaluación del apego de Massie-Campbell
Inventario para la evaluación del Autismo de Rivière
Balance Psicomotor
Observación Psicomotriz

3.7. Prácticas de intervención y métodos de Atención Temprana

La buena práctica de intervención que se reconoce en mayor medida es la preparación de las familias para que colaboren con la estimulación en el hogar: "La estimulación de acuerdo a las necesidades de cada niño(a). Enseñar a los padres de familia a hacer ejercicios de estimulación en casa. Realizar programas de capacitación y actualización con los profesionales del Centro. (Caso 1)"; "Desde la psicomotricidad favorecemos el empoderamiento de los padres de familia sobre el desarrollo psicomotor de sus bebés y niños. Esto es permitido gracias a que el rol del psicomotricista en la Atención Temprana es el de acompañante del desarrollo, lo que favorece el fortalecimiento de

la función parental. (Caso 8)”; “El trabajo con la familia. Centro Caso 16 de puertas abiertas. El gabinete de psicología, el niño plantea la cita (tutorías) con los padres. La metodología que se utiliza permite un buen tratamiento, los niños muestran los aspectos a trabajar desde lo pedagógico y psicológico. (Caso 16)”, “Trabajar conjuntamente con los padres, con el niño y los educadores. (Caso 22)”.

En algún caso se hace mención de los programas específicos de apoyo curricular como una buena práctica de intervención: “Todos los tratamientos son buenos por que se llegan a aplicar en los niños(as) de acuerdo a sus necesidades. También el personal del Centro está muy capacitado para realizar evaluaciones de diagnóstico para luego elaborar un plan curricular y de alimentación. (Caso 14)”.

La intervención multidisciplinaria y el conjunto de tratamientos específicos proporcionados por especialistas, también se reconoce como buena práctica: “El proceso de tratamiento, requiere de una evaluación fonoaudióloga, psicomotora, psicológica, es decir una mirada integral de los problemas de desarrollo, lo que permite la derivación a terapias, la idea no sólo es orientar a los papás sino llevar adelante un trabajo conjunto con ellos. (Caso 5)”; “Finalmente un aspecto que favorece el tratamiento es el trabajo desde un enfoque multidisciplinario, lo que permite además mirar al niño desde diferentes puntos de vista, pero todos bajo un mismo objetivo. (Caso 8)”; “Atender a los niños(as) de forma independiente y brindarle todo el apoyo integral del equipo multidisciplinario, también de forma paralela brindar el apoyo a las familias. (Caso 25)”.

También, en otro caso, se rescata la idea de potenciar el juego como una buena práctica de estimulación: “Entonces, el juego se traduce en una terapia para aquellos niños que no quieren jugar, pues el niño es motivado a través del juego dándole responsabilidades. (Caso 21)”. En este sentido, cabe destacar, la importancia de todo el ámbito corporal como práctica de tratamiento: “En el caso de tratamientos es importante retornar a los hitos del desarrollo, en tal sentido el cuerpo se constituye en un instrumento de apego, entonces el inicio del tratamiento es cuerpo a cuerpo, es decir es preciso rescatar el vínculo afectivo a través de masajes Shanghái pues este permite el desarrollo integral, tanto en lo afectivo, motor y lenguaje, dejando de lado si se trata de niños en rezago o no. (Caso 18).”

Desde Caso 23 se reconoce que la mejora continua de los protocolos actuación es una buena práctica para la intervención: “En temas de estimulación es necesario trabajar el tema de protocolos, se debe diseñar un sistema de atención; en el tema educativo falta montar este sistema, es decir que a lado del Centro infantil debiera haber un consejo de desarrollo, pero que no sea solo para los niños y a los padres, este trabajo no puede ser de tipo hospitalario, pues el tratamiento tiene que ver con el cariño y fortaleza. (Caso 23)”.

Buenas prácticas intervención
Apoyo a hogares
Apoyo curricular
Intervención multidisciplinar
Metodología basada en el juego y el ámbito de desarrollo corporal
Protocolos de intervención

Todos los Centros y servicios entrevistados insisten en la necesidad de usar métodos específicos en función de las necesidades del niño e implicarlo en actividades propias o adecuadas para su edad de manera que refuerce logros de desarrollo en las distintas áreas. Aún así, se alude a terapias específicas en algunos Centros.

Entre estas terapias específicas está la musicoterapia: "Para realizar la estimulación se cuenta con un manual de atención por edad y de acuerdo al caso. Por ejemplo: el tratamiento con reflejos y musicoterapia es muy usual en todas las edades y en los diferentes trastornos, este tratamiento da buenos resultados con los niños(as). (Caso 2)".

También se informa de otras terapias específicas: "Los trastornos y la metodología aplicada a la terapia Bobath, y basada en Terapia Castillo Morales –Zukunft. (Caso 7)". Se alude a la estimulación a través del juego: "La atención del Centro esta dirigido a niños de entre 6 meses a 4 años, en general la estimulación se la realiza a través de los juegos y juguetes como los rompecabezas, material de escritura, hojas de colores, enseñar a pararse, utilizar las manos y hacer filas de formación. (Caso 10)". Se incorpora, así mismo y entre otras, el masaje y la rehabilitación del lenguaje: "Las estimulaciones pueden ser los masajes, las terapias de lenguaje, el método incluyente, la estimulación familiar, todo esto en base a un plan general que se diseña en base a los diagnósticos realizados. (Caso 14)".

Desde Caso 8 se defiende la Psicomotricidad como principal método de intervención: "En Psicomotricidad no hay un método, la intervención psicomotriz depende de las necesidades del niño, de sus características, del lugar que el niño ocupa en la familia, del lugar que ocupa el síntoma o la patología en la vida del niño y en su familia, de su propia historia social y vincular y definitivamente de su particular manera de ser y estar en el mundo!!, todo esto es leído en el cuerpo del niño, a partir de su tono muscular y de su movimiento y es percibido por el Psicomotricista a través del trabajo corporal. (Caso 8)".

También se establece el diálogo, con niños y con familias, como método de intervención cuando el origen de los rezagos está en el propio hogar: "En el caso de problemas psicológicos que resulta de los problemas en el hogar, el diálogo resulta ser un buen método para sobrellevar éstos problemas, también son métodos muy usuales en el Centro la socialización a través del juego de títeres. (Caso 17)".

Métodos Atención Temprana
Musicoterapia
Terapia Bobath
Terapia Castillo Morales
Terapia Zukunft
Juego
Masaje
Rehabilitación lenguaje
Psicomotricidad
Diálogo

3.8. Protocolos de actuación

La mayoría de los Centros y servicios informa del uso de diversos cuestionarios de observación generales o específicos para las distintas áreas del desarrollo que permiten la derivación, en su caso, a servicios especializados: "En el Centro se realiza un acompañamiento constante para detectar problemas en los pequeños. Siendo así para saber si el niño tiene algún problema se realiza un diagnóstico de observación directa, analizando su forma de comportamiento, si va de acuerdo a la edad y si necesita la ayuda de algún especialista. Para hacer un seguimiento constante con los niños, ellos son visitados por los especialistas una vez a la semana, salvo el caso del fisioterapeuta que realiza su evaluación con los niños bimestralmente. (Caso 13)"; "Para detectar problemas de aprendizaje en los niños(as) directamente se basan en la observación, luego el llenado de un cuestionario para luego derivar los casos especiales. Aquí por ejemplo se detecta: el pie plano, problemas de visión, de audición, motriz y otros. (Caso 1)"; "Se plantean 3 preguntas iniciales a los padres y en base a ellas se observan los indicadores de comportamiento, emocional y social. (Caso 22)"

Otros Centros, han sistematizado más su protocolo de actuación y se apoyan en materiales concretos, escalas específicas y sistemas asociados a terapias de intervención seleccionadas. Entre estos instrumentos y terapias que articulan el protocolo de actuación, encontramos: "Sí pero no son exclusivos porque definitivamente tanto el proceso diagnóstico y la intervención son pensados para cada niño y están totalmente en función de sus necesidades. Sin embargo los protocolos que utilizo (de acuerdo a las características y necesidades del niño) es la Prunape, la Guía de Observación de Parámetros Psicomotores, un formato de Entrevista en Psicomotricidad, la Guía de evolución del tono muscular (para el seguimiento del desarrollo neurológico), la Guía de desarrollo psicomotor de Barbara Zukunft, la Guía de evaluación de patrones de movimiento, la Batería Psicomotora de Da Fonseca, el Balance Psicomotor y sobre todo la Observación Psicomotriz. En el ámbito preventivo un instrumento muy útil es el protocolo de evaluaciones preventivas del desarrollo psicomotor. (Caso 8)"; "Protocolos para determinadas patologías de base, protocolos basados en la terapia Bobath. (Caso 7)"; "En prevención se usa el manual de las Aldeas SOS. En diagnóstico se usa la mochila SOS de evaluación, incluida la escala Nelson Ortiz. En tratamiento se usa la metodología de planificación y compromisos. (Caso 3)"; "El protocolo que se sigue en el Centro es la escala de evaluación

Nelson Ortiz, evaluación que se realiza 5 veces al año, esto para ver que áreas se debe trabajar con el niño. Las áreas de aprendizaje son las de las frutas, oficios, bloques, música, lenguaje y psicomotricidad. (Caso 4)”.

Algunos servicios informan de un proceso más detallado de anamnesis, diagnóstico, planificación, evaluación y seguimiento: “El protocolo que se sigue en Centro Caso 16 es: Contar con la ficha de anamnesis del niño y la familia; Diagnosticar del niño por la edad; Seguimiento trimestral y bimestral. (Caso 16)”; “Lo primero que se hace es un diagnóstico general a cada uno de los niños. Para así saber que problemáticas tiene y mediar y planificar las actuaciones para cada uno. (Caso 6)”; “Primeramente se hace una evaluación mediante la Escala Nelson Ortiz, la versión abreviada, y en función de ello se diseñan y planificación de los métodos (Caso 19)”; “Cada área cuenta con un protocolo de diagnóstico, seguimiento y evaluación. Por ejemplo: el área médica deriva casos a los hospitales (Hospital del Niño, Hospital Corazón o a especialistas como neurología) previo un acuerdo de coordinación para el tema económico. (Caso 25)”

Desde Caso 23 se informa de que muchos de los Centros Infantiles aluden al protocolo general del PAN que se aplica en sus instituciones: “Los Centros infantiles tenían un protocolo, que actualmente se está cumpliendo, el PAN ha generado normas, tales como la exigencia de que los niños que se inscriban en los Centros deben tener su certificado de nacimiento, así también los niños deben ser pesados y tallados, deben contar con sus carnets de vacuna y asistir a control mensual. El protocolo señalado está más relacionado con salud; en el caso de educación el protocolo establece que tienen que realizar actividades educativas, sin embargo la Atención Temprana en este momento se encuentra como una nube, pues se ha intentado realizar programas educativos, pero no se ha logrado asentarlos por el problema de la sobrevaloración de la escuela y la subvaluación de los niños pequeños. (Caso 23)”;

La especificidad del Centro Caso 2 plantea la necesidad de contar con un protocolo específico para la prevención de la malnutrición: “Se cuenta con un protocolo interno de prevención del niño(a) desnutrido. (Caso 2)”.

Protocolos de actuación
Cuestionarios de observación y derivación
Empleo de escalas de evaluación
Anamnesis, diagnóstico, planificación, evaluación y seguimiento
Protocolo general del PAN
Protocolo de prevención del niño desnutrido

3.9. Modelos de evaluación y seguimiento

Una gran mayoría de Centros infantiles entrevistados informan del uso de escalas de evaluación para realizar seguimiento del progreso de las niñas y niños. Destacan, de manera generalizada la escala Nelson Ortiz, sea un versión completa, sea un versión abreviada: “El modelo de evaluación en el que se basa el Centro es la escala de evaluación, esta contempla 4 áreas de aprendizaje

es personal, social, lenguaje, motricidad, esta evaluación se aplica cada tres meses para saber su aprendizaje. La evaluación es la misma para todos. (Caso 9)"; "El seguimiento que se realiza es con la escala de desarrollo de Nelson Ortiz. Este seguimiento dura dos años, con ocho controles mensuales, esto es para niños(as) que no están internados. El Centro cuenta con expedientes individuales para hacerles un seguimiento y también para informar a los padres sobre que deben reforzar en casa con sus hijos(as). También para que el apoyo sea más productivo se los va capacitando a los padres de 5 a 6 sesiones, de estos cursos ellos reciben un certificado, esto motiva a su participación. (Caso 2)"; "Se sigue la escala Nelson Ortiz, y se abren carpetas familiares; se guarda la información de cada niño en carpetas individuales. (Caso 3)"; "El modelo de evaluación que se implementa es la escala de desarrollo, ésta tiene la finalidad de conocer el estado de la motricidad gruesa y fina de los niños. (Caso 10)"; "La evaluación y seguimiento de los niños se los hace en base a la escala abreviada Ortiz, este no da resultados precisos para ver el desarrollo de los niños, lo que se debe trabajar, la alimentación y el peso. Lamentablemente el Centro no cuenta con los archivadores individualizados de los niños. (Caso 11)"; "Para la evaluación se esta trabajando con la Escala Nelson Ortiz, el método integral y la observación. El Centro si tiene archivos individuales para hacer un seguimiento al desarrollo del niño. (Caso 13)"; "El modelo de evaluación y seguimiento de desarrollo de los niños se lo realiza a través de la escala abreviada, ésta es aplicada semestralmente, este modelo de evaluación trata de medir el nivel de desarrollo de los niños y mostrar si éste está en relación a su edad. En tal sentido y como resultado de la evaluación el Centro lleva expedientes individuales de desarrollo. (Caso 15)"; "El modelo de evaluación que se utiliza es la escala abreviada, ésta nos permite realizar una valoración del desarrollo del niño, su motricidad fina y gruesa. En el caso de problemas especiales, la evaluación que se realiza es individual, en general para tener siempre a mano los resultados de las evaluaciones el Centro lleva un registro de cada uno de los niños. (Caso 17)"; "Se realiza un seguimiento al niño en base a la evaluación de escala, valorando las actividades que realiza, las formas de hablar y de actuar. Esta evaluación de lo realiza cada 3 meses, estas son presentadas en oficina. Cada niño tiene su hoja de inscripción, con datos de él y de sus padres. (Caso 20)"; "Para la evaluación se emplea el modelo Nelson Ortiz y se van generando expedientes individuales. Además se mantienen reuniones mensuales con los padres y un seguimiento cada 15 días con los niños. (Caso 22)"; "La escala de Nelson Ortiz se constituye en el modelo de evaluación, el avance de la motricidad, el habla, la socialización. No se tiene archivos en el momento, pero el Centro cuenta con expedientes individuales y fichas familiares, datos de los padres y de los niños. (Caso 24)"; "El modelo de evaluación con el que trabaja el Centro es la escala Nelson Ortiz, como se dijo anteriormente esta evaluación se lo realiza 5 veces durante la gestión. Los niños cuentan con un archivo individual, el cual se envía cada tres meses a casa para que los padres vean el avance. También se cuenta con expedientes individuales con datos personales del niño como también el de sus padres y los resultados de las evaluaciones que se van tomando durante la gestión. (Caso 4)"

La historia clínica es otra forma posible de hacer evaluación y seguimiento: "Historia clínica, escalas de evaluación individuales. (Caso 7)"; "De hecho

cada niño cuenta con un perfil psicomotor, una historia clínica y el informe diagnóstico psicomotor firmado por los papas. Este historial es guardado (tanto físico como en medio digital) y una copia es entregada a cada miembro del equipo, para su revisión y discusión posterior. (Caso 8)”.

Algunos Centros destacan su método de evaluación periódica cualitativa: “El Centro tiene un modelo cualitativo, esta evaluación depende de la edad, en algunos casos los niños son evaluados cada cuatro meses, mientras que en el caso de los niños que prontamente deben asistir a la escuela son evaluados cada tres meses. (Caso 5)”; “Se hace de forma anual y progresiva. Se entrega a las educadoras dos meses antes para que la puedan ir completando antes de finalizar el curso escolar. (Caso 12)”.

Una alternativa para evaluación y seguimiento es el expediente individual: “Sí, se hace un seguimiento constante a través de evaluaciones para ver su evolución. Existen expedientes individuales cada uno con una libreta de informaciones para explicar a los padres el reforzamiento que necesitan en casa. (Caso 14)”; “Se va realizando una evaluación cada dos meses para ver su evolución, esto se lo hace en una libreta registrando las diferentes áreas. Cuenta con expedientes individuales. También se cita a los padres cada bimestre para informar cómo fueron las evaluaciones y en que se los debe apoyar a sus hijos(as). (Caso 1)”; “Tenemos un folders para cada uno de los niños, este lo trata siempre la trabajadora social, y allí se encuentra todo el historial, documentación del niño, actividades que se hacen, si se ha retirado cuando ha vuelto, evaluaciones que se le han aplicado,... Ahora nuevamente estamos llevando desde esta gestión el seguimiento pedagógico individualizado que evalúa tanto cualitativamente como cuantitativamente a cada niño, para saber qué actividades ha realizado durante el mes y como está avanzando. (Caso 6)”; “el equipo multidisciplinario realiza un diagnóstico, una evaluación y posteriormente una planificación de acuerdo a los resultados. Se cuenta con expedientes individuales de los niños(as), para brindar recomendaciones a los padres de familia para su cooperación con la mejora de sus hijos(as). (Caso 25)”.

Modelo de evaluación y seguimiento
Escalas de evaluación
Historia clínica
Evaluación periódica cualitativa
Expediente individual

3.10. Multidisciplinarietà

La mayoría de los Centros destacan la necesidad de trabajo coordinado en equipo para optimizar su tarea: “Existe un equipo que sincroniza las actividades y lo pedagógico. Se realiza reunión periódica del equipo técnico, para realizar la supervisión de la planificación, mantener el contacto directo con las educadoras. (Caso 16)”; “La coordinación del trabajo en el Centro se lo realiza en equipo, esta coordinación en general es conversada y no discutida delante de los niños. El trabajo en equipo es importante para la realización de las tareas. (Caso 9)”; “Se puede decir que el trabajo que se realiza está coordinado,

porque las labores siempre son realizadas de forma conjunta, es decir trabajo en equipo. (Caso 10)”; “En general las educadoras se reúnen para la elaboración del plan de actividades para cada gestión. El trabajo se realiza en equipo, los problemas son sobrellevados de manera coordinada. (Caso 15)”; “Las educadoras realizan una evaluación mensual, solucionan los problemas entre ellas. La planificación general es realizada por todas las educadoras. (Caso 24)”; “El trabajo de las educadoras está distribuido por tareas, la forma o método de trabajo se establece en la reunión de educadoras donde generalmente se realiza una evaluación de las tareas y el trabajo coordinado. Éstas reuniones son cada mes o dos veces al mes de acuerdo a la necesidad. (Caso 21); “Sí, porque también son de diferentes grados, y es necesario porque no todos ellos puedes abordar algunos aspectos de manera individual. Todos trabajan de forma coordinada y conjunta. (Caso 6)”; “Si se realiza una intervención multidisciplinar de aula, porque se realizan planificaciones por aula, estas son mensuales y semanales. (Caso 4)”; “Sí realizan un trabajo multidisciplinar. Esto se ve en las planificaciones de programas que se realiza especialmente en los niños con capacidades diferentes por ejemplo un niño(a) Down recibe la atención del psicólogo, del educador, del médico general también del nutricionista (pueden ser más profesionales, esto depende del nivel o grado en que se encuentre el niño(a)), todos estos profesionales atienden los casos uno por uno para planificar un programa y controlar su evolución del mismo. (Caso 25).”

Algún Centro, apunta la necesidad de colaboración con otros equipos del sector: “Para atender un caso especial de un niño si hay coordinación con las educadoras, el psicólogo y con el personal de salud. Periódicamente las educadoras tienen reuniones con la finalidad de contribuir el trabajo en equipo. (Caso 11)”.

Otros Centros y servicios sí tienen experiencia de colaboración multidisciplinar, bien sea en la fase de diagnóstico, en la fase de tratamiento o en la fase de acompañamiento a la intervención: “Sí se trabaja en equipo, por ejemplo cuando se realiza una intervención multidisciplinar para el diagnóstico y tratamiento de un caso determinado, aquí se evalúa de acuerdo a los resultados y se define el programa que debe seguir el niño(a), posteriormente se aplica la estimulación correspondiente que se debe emplear en su tratamiento. Este estilo de trabajo se sigue en todos los niños(as). (Caso 2); “Sí se realiza una verdadera intervención multidisciplinar; todos realizan el abordaje desde un mismo enfoque y al mismo tiempo realizan todo el mismo trabajo multidisciplinar. (Caso 3)”; “El trabajo coordinado o multidisciplinar se evidencia en el proceso de intervención con los niños, el tipo de acompañamiento que realizan a cada niños. (Caso 5)”; “El enfoque del Centro es multidisciplinario, pero estos lineamientos tienen que ser accionados en aspectos concretos y cotidianos. Por lo tanto la intervención multidisciplinaria se traduce en: Todo niño, generalmente es evaluado primero por neuropediatría y desde ese Servicio se deriva a los profesionales que el niño requiera (según sus necesidades advertidas en la evaluación neuropediátrica). Sin embargo también algunos niños llegan por derivación de otros profesionales directamente a uno de los miembros del equipo. En este caso el niño es evaluado y luego derivado al profesional correspondiente. Sin embargo, todos los niños son evaluados por

Psicomotricidad (por la mirada integral), de la misma manera todos los papas son entrevistados por Psicomotricidad, por la importancia de la historia social y vincular. Las reuniones de equipo se realizan una vez por mes, en las que se revisan los distintos casos e historias familiares, se toman decisiones y se programan nuevas intervenciones. Sin embargo si hay algún tema de urgencia se convoca a una reunión. Conjuntamente a este espacio de supervisión se cuenta con otro espacio de formación, en el que se discuten temas más de orden teórico (también una vez por mes). (Caso 8); "El equipo multidisciplinar desde el uso de los instrumentos se pone en marcha el contacto con los compañeros y se aplican reuniones mensuales de evaluación de los programas implementados. Esto queda evidenciado por los logros de los niños, la satisfacción de los padres (encuestas a principio y al final del curso). (Caso 22)".

Coordinación de profesionales
Coordinación del equipo
Coordinación con otros equipos
Intervención multidisciplinar en diagnóstico
Intervención multidisciplinar en tratamiento
Intervención multidisciplinar en acompañamiento

4. Lecciones aprendidas

Las lecciones aprendidas respecto a las necesidades y posibilidades de transferencia de conocimiento entre Centros y servicios con experiencia en Atención Temprana deben centrarse en buenas prácticas de prevención, tratamiento y evaluación, por un lado, y uso de protocolos e instrumentos de prevención, diagnóstico y evaluación.

Hemos aprendido que las prácticas que se han revelado más eficaces en la prevención del rezago han sido: (a) el control prenatal, del recién nacido y de los niños y niñas pequeños mediante el uso de escalas de tamizaje para hacer derivación temprana ante posibles riesgos; (b) la orientación educativa integral de los Centros infantiles; (c) la mejora en la alimentación que ayuda al crecimiento y correcto desarrollo de niños y niñas; (d) y la colaboración con hogares para implicar a los padres y cuidadores en la eliminación de riesgos y detección temprana de rezagos.

Las prácticas más eficaces de intervención, una vez detectado el rezago, se refieren a: (a) el apoyo a hogares y Centros infantiles para que realicen actividades estimuladoras en su contacto diario con los niños y niñas; (b) el incremento del juego, la comunicación y el movimiento corporal en todas las actividades infantiles; (c) la intervención multidisciplinar de educadores, médicos de atención primaria y psicólogos clínicos en el tratamiento del rezago.

En cuanto a terapias concretas, los Centros y servicios que actúan de antecedente, afirman que se han mostrado eficaces las siguientes: Musicoterapia; Terapia Bobath; Terapia Castillo Morales; Terapia Zukunft; Masaje; Rehabilitación lenguaje.

Los métodos que se han revelado como más eficaces en Atención Temprana son: (a) el uso de protocolos de observación y derivación; (b) el empleo de escalas de evaluación; (c) el uso de protocolos de atención al niño desnutrido; (d) la observación sistemática de niños y niñas;

Son muchos y variados los instrumentos que mencionan los Centros y servicios visitados respecto al uso de instrumentos eficaces en el diagnóstico y la evaluación del rezago. Los más importantes son: Medición antropométrica; Test de Denver; Test de Raven; Test proyectivos; Escala Nelson Ortiz. Además de esos instrumentos, se ha mostrado eficaces en el seguimiento de niños y niñas, los siguientes: ficha de estimulación psicomotora; historia clínica; expediente individual; y programa individual de intervención.

En cuanto a las prácticas de organización profesional eficaces han sido: (a) la coordinación del equipo; (b) la coordinación con otros equipos; (c) la intervención multidisciplinar en diagnóstico; tratamiento y acompañamiento al niño durante el proceso de estimulación; (d) el mantenimiento de una estructura de supervisión y seguimiento de programas, planes y proyectos.

La percepción de éxito de la intervención en Atención Temprana en los Centros y servicios visitados están relacionados con: (a) la percepción del propio rendimiento profesional; (b) la constatación de la mejora emocional y conductual de los menores; (c) la satisfacción de los padres, madres y cuidadores; y (d) las evaluaciones externas recibidas.

Sobre la percepción que los Centros y servicios visitados tienen de la evolución de la naturaleza de su servicio, hemos de señalar que está relacionada con la previsión de evolución de las propias necesidades de estimulación en niños y niñas. En concreto: (a) las referidas a los cambios sociales que afectan a hogares; (b) el incremento de brecha entre la situación urbana y rural; (c) la evolución previsible en la eficacia de la detección de rezagos.

De manera general, encontramos que los elementos de los que pueden extraerse las mejores lecciones que sirvan de antecedente para mejorar los procesos de Atención Temprana, son las siguientes:

(a) La visión integral de la intervención en Atención Temprana que no se centra sólo en el rezago en un área del desarrollo, sino en el crecimiento general de los niños y niñas, tanto físico, como cognitivo, social y emocional.

(b) La atención a las necesidades funcionales y sociales básicas de niños y niñas como objetivo primordial de la intervención.

(c) La experiencia de trabajo profesional en equipo y el mantenimiento de un buen clima de relación profesional entre los agentes que intervienen en la Atención Temprana.

(d) El enfoque multiprofesional para intervenir en Atención Temprana que se realiza en alguno de los servicios visitados.

(e) La implicación de las familias y el trabajo colaborativo con ellas para garantizar el éxito de la intervención en rezago.

(f) La calidad de algunos ambientes, equipamientos y materiales que poseen algunos de los servicios.

Además de estas lecciones aprendidas sobre buenas prácticas, para garantizar la transferencia en el futuro se realicen varias acciones de naturaleza transversal:

(g) El establecimiento de redes de colaboración de cada servicio en su ámbito de influencia geográfico y social.

(h) La creación de una red de servicios de Atención Temprana.

(i) La generación de espacios para la socialización del conocimiento entre el personal de Centros y servicios especializados.

Bibliografía

- Aranda, R.E. (Coord.) (2008). Atención temprana en educación infantil. Madrid: WK Educación.
- Collins, V.K. (2012). Child Care in the American South: Poverty, Costs, and Quality. *Early Childhood Research & Practice*, 14 (1).
- Fernández Cruz, M. (2010). Enfoque (auto)biográfico-narrativo de la investigación educativa. Profesorado. *Revista de currículum y formación de profesorado*, 14 (1), 1-37.
- Gallego Ortega, J.L. y Fernández de Haro, E. (2003). Enciclopedia de educación infantil Vol. I y II. Antequera: Aljibe.
- GAT, Grupo de Atención Temprana (2000). Libro Blanco de Atención Temprana. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R. y García-Díe, M.T. (2006) Repensar la atención temprana: propuestas para un desarrollo futuro, *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 29 (3), 297-31.
- UNESCO (2010). Atención y Educación de la primera Infancia. Informe Regional: América latina y el Caribe.

ESTUDIO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 0-5 AÑOS EN INSTITUCIONES Y CENTROS DE ACOGIDA, SUCRE - BOLIVIA

Ramírez Martínez, Ivonne

*Comité Académica Doctoral, Universidad
de San Francisco Xavier de Chuquisaca*

Apaza, Laura; García, Sharai;

Sorzano, Dayana;

Paredes, Derlis; Sanabria, Eudocia

*Facultad de Ciencias y Tecnologías de
Salud, Universidad de San Francisco
Xavier de Chuquisaca.*

Resumen

El siguiente artículo presenta un estudio dirigido al desarrollo psicomotor en niños de 0 a 5 años que se albergan en las diferentes instituciones Centro de desarrollo Integral Nueva Jerusalén (C.D.I), Hogar Cuna Poconas, Aldeas S.O.S. y el Hogar Tata Juan de Dios de la ciudad de Sucre. El objetivo principal fue identificar el nivel del desarrollo psicomotor de estos niños, y qué áreas psicomotoras se ven más afectadas en su desarrollo. Metodología: Se aplicó la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE), que permite evaluar el desarrollo psicomotor en las áreas, Motor grueso, Motor fino, Lenguaje y Personal Social de forma rápida, sencilla y segura. Haciendo de éste un estudio de tipo descriptivo no experimental, con un enfoque cuali-cuantitativo, positivista dirigido a un grupo de 76 niños y niñas de 0 a 5 años de edad. Los resultados obtenidos muestran rezago del desarrollo psicomotor, principalmente en las áreas de Lenguaje y Personal Social son las más afectadas; en las áreas del desarrollo motor fino y motor grueso los niños necesitan estimulación temprana. Las conclusiones del estudio muestran el bajo nivel de desarrollo psicomotor sobre todo en los niños que se encuentran en las instituciones de acogida por la baja estimulación múltiple temprana que reciben.

Palabras clave: Desarrollo Psicomotor.
Infancia. Riesgo psiconeurosensorial.
PRUNAPE.



ESTUDIO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 0-5 AÑOS EN INSTITUCIONES Y CENTROS DE ACOGIDA, SUCRE - BOLIVIA

Ivonne Ramírez Martínez

Comité Académico Doctoral Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca

Laura Apaza, Sharai Garcia, Dayana Sorzano, Derlis Paredes, Eudocia Sanabria

Facultad de Ciencias y Tecnologías de la Salud

Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca

Introducción

El desarrollo psicomotor es un proceso evolutivo, multidimensional e integral, mediante el cual el individuo va dominando progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas. (1)

El desarrollo psicomotor se puede definir como la progresiva adquisición y organización de habilidades biológicas, sociológicas, en el niño, es la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central, lo que produce cambios secuenciales, progresivos, irreversibles, del individuo en crecimiento. (2)

El niño en su periodo de desarrollo neuronal, en cada etapa de progreso embrionario fetal y neonatal, presenta una serie de evoluciones en relación a sus movimientos, habilidades y destrezas. (3)

El primer año de vida se caracteriza por un explosivo de habilidades motoras y cognitivas, cuya secuencia de momento de aparición son dependientes de factores genéticos, de maduración y estimulantes. La adquisición de nuevas habilidades se basa en un adecuado desarrollo prenatal, el que ejerce una fuerte influencia sobre el curso del desarrollo postnatal, estableciendo bases biológicas para un desarrollo normal. (1)

Diferentes aspectos confluyen para que el primer año de vida tenga una especial importancia desde el punto de vista del desarrollo infantil. En primer lugar el Sistema Nervioso Central, se encuentra en una fase de crecimiento rápido y es aún más vulnerable a las influencias del medio. (4)

Además el establecimiento de vínculos afectivos estables y seguros, sienta la base del desarrollo socio-emocional. (5) Por otra parte nuevas habilidades motoras generan un cambio en la posición referencial el espacio, lo que permite la adquisición de otras habilidades (6) lo cual las habilidades cognitivas y lingüísticas crecientes posibilitan la comprensión y organización progresiva del entorno.

Un medio ambiente favorable puede facilitar un desarrollo normal lo que permitirá al niño explorar su entorno. Por el contrario, un ambiente desfavorable puede rezagar el ritmo de desarrollo, lo cual disminuirá la calidad de interacción del niño con su medio, restringiendo su capacidad de aprendizaje.

Existen factores por las que nuestra población no puede recubrir ni recompensar a los niños de escasos recursos económicos que tienen problemas de desarrollo psicomotor.

La alteración del desarrollo psicomotor, se relaciona con un bajo rendimiento y deserción escolar, trastornos neurológicos, psiquiátricos, emocionales y conductuales. (7)

El humano tiene potencial de desarrollo determinado congénitamente, su expresión final es un resultado de la interacción de la genética con estímulos recibidos desde el entorno familiar, social, y comunitario. Probablemente ese sea el motivo por el cual la intervención temprana tenga un alto impacto en el pronóstico de los niños con déficit del desarrollo psicomotor. (8). Estudios actuales muestran la importancia del seguimiento constante de los niños a partir de pruebas de pesquisa inmediata como la PRUNAPE (9) y los estudios en otros contextos ratifican la importancia de la detección y atención temprana (10, 11) así como la evaluación de los indicadores de desarrollo motor como base de los otros aprendizajes (8,12, 13, 14)

Este estudio está dirigido en el Hogar de Niños Tata Juan De Dios donde, en su minoría, se encuentran niños con diferentes patologías de diversa etiología, que están a cargo de Enfermeras y cuidadoras. En el Hogar Casa Cuna Poconas, en donde se encuentran niños al cuidado de religiosas de la congregación de San José de Tréveris y profesionales en Fisioterapia. El hogar Aldeas Infantiles (S.O.S.), donde asisten niños de bajos recursos económicos, mayormente huérfanos y finalmente la Guardería Centro de desarrollo Integral Nueva Jerusalén (C.D.I.), perteneciente a una comunidad cristiana.

El objetivo principal de este estudio es identificar el nivel del desarrollo psicomotor, determinar qué áreas del desarrollo psicomotor se encuentran con mayor rezago y verificar si los ambientes en los que niños se desarrollan tienen una buena estimulación para que éstos se desenvuelvan sin ningún impedimento.

Se hace una comparación del nivel de atención a los niños que se encuentran en estas instituciones tomando en cuenta que la población, en su mayoría, son niños huérfanos.

Material Y Métodos

Este estudio es de tipo descriptivo, transversal, no experimental, con un enfoque cuali-cuantitativo, positivista, usa un método teórico-empírico, analiza documentos, antecedentes, observa y mide el desarrollo psicomotor de los niños en estudio..

Las técnicas de investigación fueron la aplicación de pruebas y test de evaluación del desarrollo psicomotor a un grupo de 76 niños entre hombres y mujeres de 0 a 5 años de edad.

La distribución de las muestra tomadas son: 31 del Hogar de Niños Tata Juan De Dios, 25 del Hogar de Niños Poconas, 11 de las Aldeas Infantiles SOS y 9 de la Guardería Infantil CDI.

El instrumento aplicado para el efecto fue la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE), (9), instrumento que se utilizó para detectar algún trastorno imperceptible en el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 5 años. Esta prueba se llevó a cabo en una población aparentemente normal, dando un diagnóstico temprano en algún trastorno del DP. Se sometió al niño a pruebas objetivas diseñadas a detectar problemas en su desarrollo, las áreas que se evaluaron son: Área Social, el desarrollo de poder adquirir patrones de conducta que le servirán para su interacción con el medio. Área del Lenguaje, el desarrollo de la utilización del lenguaje para comunicarse (llanto, risas, gestos rabieta, balbuceos) Área Motora, el desarrollo de movimientos en conjunto generalmente bruscos, denominado Motor Grueso, posteriormente la evolución del control Motor Fino, controlando movimientos detallados y finos como el de la mano.

Los resultados se clasifican en tres posibilidades:

- El Niño Pasa la Prueba (P), conforme al cumplimiento de las pautas dadas.
- El Niño No Pasa la Prueba (F), conforme al no cumplimiento de las pautas dadas. En este caso se califica al niño como Sospechoso o en Riesgo.
- El Niño se Rehúsa a la Prueba (R), por lo cual se tomó la prueba después de 15 días.

Resultados

Siguiendo otros estudios (10) se realizó un análisis por áreas. En el gráfico 1. de los 31 niños evaluados, se pueden observar los resultados comparativos entre niños y niñas de 4 meses a 5 años del Hogar Tata Juan de Dios. Vemos que en el área del Motor Grueso, los niños obtuvieron un puntaje de 35,9 sobre 90. En el caso de las niñas el puntaje obtenido alcanzó a 45.3 sobre 90. Con relación al área del Lenguaje, los puntajes obtenidos son 27,7 puntos sobre 90, en el caso de los niños y de 27.4 , en el caso de las niñas.

En el área de Motor Fino los puntajes obtenidos alcanzaron 28,1 sobre 90, en el caso de los niños y 44,9, en el caso de las niñas.

En el área Personal Social, los puntajes obtenidos son de 36,8 sobre 90, en el caso de los niños y de 37.3, en el caso de las niñas.

Como se puede observar en todas las áreas existe retraso en relación a la media esperada; las áreas del lenguaje y social son las que presentan mayor rezago.

La comparación por sexos, muestra a los niños en mayor desventaja en las áreas del lenguaje, seguido del motor fino.



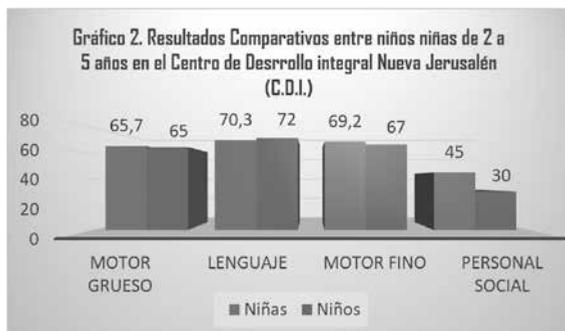
En el gráfico 2. De los 9 niños evaluados, se pueden observar los resultados comparativos entre niños y niñas de 2 a 5 años del Centro de Desarrollo Integral Nueva Jerusalén (CDI). En el área de motor grueso los niños obtuvieron un puntaje de 65 sobre 90. En el caso de las niñas el puntaje obtenido alcanzó a 65.7 sobre 90. Con relación al área del lenguaje el puntaje obtenido fue de 72 sobre 90, en el caso de los niños y de 70.3, en el caso de las niñas.

En el área de motor fino el puntaje obtenido alcanza a 67 sobre 90, en el caso de los niños y a 69.2 en el caso de las niñas.

En el área personal Social el puntaje obtenido alcanza a 30 sobre 90, en el caso de los niños y a 45, en el caso de las niñas.

Como se puede observar en el gráfico el nivel de desarrollo se encuentra en lo normal; sin embargo el área personal social es el que presenta mayor rezago.

En la comparación de sexos los resultados fueron similares, con una leve diferencia en las tres primeras áreas evaluadas; sin embargo, los niños están más rezagados en su desarrollo en el área personal social.



En el gráfico 3., muestra los resultados de los 25 niños evaluados en la Casa Cuna de Poconas. En el área motor grueso los niños obtuvieron un puntaje de 47.7 sobre 90, las niñas alcanzaron el puntaje de 51.8 sobre 90. Con relación al área del lenguaje el puntaje obtenido fue de 41.8 sobre 90, en caso de los niños y de 41.3, en el caso de las niñas.

En el área de motor fino el puntaje obtenido alcanzó a 52 sobre 90, en caso de los niños ya 42, en el caso de las niñas.

En el área personal social el puntaje obtenido alcanzó a 52.4 sobre 90, en el caso de los niños y a 51, en el caso de las niñas.

Como se puede observar en todas las áreas existe un nivel medio de desarrollo; sin embargo, las áreas de lenguaje y motor fino son las que presentan rezago.

En cuanto a la comparación por sexos, se puede decir que las niñas están más rezagadas en su desarrollo, en particular en el área de lenguaje, seguido de motor fino.



En el gráfico 4., de los 11 niños evaluados en las Aldeas Infantiles SOS se encontraron los siguientes resultados. En el área de motor grueso los niños obtuvieron un puntaje de 76.7 sobre 90 que es el puntaje esperado. En el caso de las niñas el puntaje obtenido alcanzó a 67.3 sobre 90, que es el puntaje esperado. Con relación al área del lenguaje, los puntajes obtenidos son de 77.6 puntos sobre 90, en el caso de los niños y de 57,6, en el caso de las niñas.

En el área de motor fino se alcanzó 72,1 sobre 90, en el caso de los niños y de 39,7, en el caso de las niñas.

El área personal social alcanzó un puntaje de 76,1 sobre 90, en el caso de los niños y de 58, en el caso de las niñas.

Como se puede observar en todas las áreas existe una aceptable puntuación en consideración .

La comparación por sexos arroja que las niñas están más rezagadas en su desarrollo, en particular en las áreas motor fino seguido del área personal social.



En el gráfico 5., comparó los resultados entre las instituciones de apoyo infantil, Aldeas infantiles S.O.S y el Centro de desarrollo integral Nueva Jerusalén C.D.I. Dichas instituciones reciben niños de escasos recursos con el objetivo de ayudar a los padres en la alimentación y educación de los niños en el caso de CDI. Por otro lado en Aldeas Infantiles S.O.S, los niños acogidos, en su mayoría, son sin familiares, pero reciben una buena educación y estimulación.

La comparación dio como resultado puntajes similares en las tres primeras áreas evaluadas que es el puntaje esperado; sin embargo, en el área personal social, el centro de desarrollo infantil Nueva Jerusalén, presenta mayor rezago, con un puntaje de 40 sobre 90.



En el gráfico 6. comparó resultados los resultados de los centros de acogida Hogar Tata Juan de Dios y Casa Cuna Poconas. La comparación dio promedios similares con un notable nivel bajo de desarrollo psicomotor. Como se puede observar en todas las áreas existe retraso en relación a la media esperada; sin embargo las áreas del lenguaje y motor fino son las que presentan mayor rezago, principalmente en el Hogar Tata San Juan de Dios.



Discusión

En plena correspondencia con las investigaciones revisadas sobre el primer año de vida, ésta se caracteriza por un explosión de habilidades motoras y cognitivas, donde se afirma que son dependientes a factores genéticos, madurativos, y estimulantes (1)

En un segundo estudio, a pesar de que el ser humano al nacer tiene un potencial de desarrollo determinado congénitamente, sin embargo, su expresión final es resultado de la interacción de la genética con la estimulación recibida desde el entorno familiar, social y comunitario. Probablemente ese sea el motivo por el cual la intervención temprana tiene un alto impacto en el pronóstico de los niños con déficit del desarrollo (7). Se puede corroborar que este estudio muestra las mismas conclusiones y resultados.

Otros estudios mencionan que las nuevas habilidades motoras generan un cambio en la posición referencial en el espacio, lo que permite la adquisición de otras habilidades (4,8). Esta esta investigación mostró elementos coincidentes.

Conclusiones

Al término de esta investigación se puede concluir que el desarrollo psicomotor en los niños estudiados presenta retrasos en sus cuatro áreas, con énfasis en el área del lenguaje.

Se destaca que en los niños albergados en el Hogar Poconas y Hogar Tata Juan de Dios, el desarrollo del área del lenguaje es la más afectada, tanto en niñas como en los niños evaluados.

El estudio también ha demostrado que los factores ambientales son fundamentales para sobrellevar un buen desarrollo psicomotor, al igual que los factores emocionales; el apego y el vínculo familiar determinan el nivel de desarrollo psicomotor que alcanzan los niños.

Los factores identificados, entre otros, como causantes principales del retraso psicomotor son primordialmente la deficiente estimulación temprana, en el caso de los niños iinstitucionalizados.

Otro de los factores asociados son la falta de formación y capacitación continua de los cuidadores y educadores que desconocen metodologías y materiales para aplicar programas personalizados. Se dispone de escaso equipamiento e infraestructura adecuada para los niños, pues su cuidado se resume a atender sus necesidades de alimentación, limpieza y seguridad, como afirmaron otros autores. (8)

Bibliografía

1. Kopp, C.B. & Kaler, S.R. Risk in infancy: origins and implications. *Am. Psychol.*, 44: 224-30, 1989.(1- 4)
2. Alejandra Galvan Reynosa. 2000. Disponible en: [http://www.psicopedagogia.com/definicion/desarrollo/consultado septiembre 10,2011](http://www.psicopedagogia.com/definicion/desarrollo/consultado%20septiembre%2010,2011)
3. Hidalgo J., Mendez M.. Factors affecting psychomotor development in infants from 0 to 24 months. *Garden of Social Pereira Otún beads. Scientia ET Technical.* Año XIII. N° X, Mes de 200X. Universidad Technological de Pereira.
4. Dobbing, J. Vulnerable periods in developing brain. In: Davison, A. N. & Dobbing, J. ed. *Applied neurochemistry.* Oxford, Blackwell, 1968.
5. Sameroff, A.J.; Seifer, R.; barocas, P.B.; Zack, M.; Greenspan, S. IQ scores for 4-year-old children: social environmental risk factors. *Pediatrics*,(79): 343-50, 1987.
6. Pollitt, E. A. developmental view of cognition in the undernourished child. *Nestlé Foundation Annual Report*, p. 88-105. 1994.
7. Subsecretaria de Salud Pública División de Planificación Sanitaria: II Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Chile 2006. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalid>.
8. Ramírez I. *Apuntes de Neuropsicomotricidad. Un enfoque global.* Rayo del Sur. 2015.
9. Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de Pediatría "Prof. Dr Juan P, Garrahan Prueba Nacional de Pesquisa. Fundación Garrahan. Buenos Aires, Argentina.2004.
10. Ramírez I. *Análisis de los procesos de detección y atención del riesgo psiconeurosensorial en menores de cinco años de los centros y puestos de atención primaria.* Surgiendo 4. Tupac Katari. Sucre, Bolivia. 2016.
11. Artigas, J. *Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo".* 2007. *Revista de Neurología.* 44. 31-34.
12. Raimondi P. *Cinesiología y Psicomotricidad.* Barcelona: Paidotribo.1999.
13. Sección de Perinatología de la Asociación Española de Pediatría. *Atención neonatal. Recomendaciones y bases para una adecuada asistencia.* *Anales España Pediatría* 1988. 28, 335-344.
14. Tejerina, M., Soto, J., Delgadillo, M., Flores, O., Pardo, I., Márquez, C. y col. *Norma Nacional de la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios.* Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. La Paz, Bolivia. 2008

PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO PSICONEUROSENSORIAL EN MENORES DE 12 MESES PARA ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN BOLIVIA

Ramírez Martínez, Ivonne

Comité Académico Doctoral, Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca

Pérez De La Cruz, Sagrario

Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería. Almería, España.

Resumen

Introducción. El riesgo psiconeurosensorial en el niño es concepto aún nuevo en Bolivia. El sistema nacional de salud asiste al menor de cinco años mediante los cuadros de procedimientos 24 y 34 del programa público denominado Continuo de la Vida, donde se tienen algunos vacíos en la evaluación. Considerando que existen indicadores sensomotores y psicosociales del desarrollo ideal del menor de doce meses, su evaluación precisa un cribado minucioso en el menor de 12 meses aumentando la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento tempranos.

El objetivo fue validar un protocolo de riesgo psiconeurosensorial para prevenir alteraciones del desarrollo en el menor de doce meses, orientando a un tratamiento temprano.

Metodología. El procedimiento se inició con la explicación del protocolo a 21 profesionales del equipo de salud, médicos y enfermeras de centros de Atención Primaria y recogieron sus criterios aplicando el método Delphy.

Resultados. Los componentes del protocolo propuesto considerados muy adecuados en cuanto a la exploración física, posiblemente porque forman parte de la rutina médica evaluar estos componentes y adecuados en cuanto a la toma de reacciones de enderezamiento, tono y control postural desde el punto de vista cinesiológico. Los indicadores de riesgo sensorial y psicosocial fueron considerados poco adecuados.

Conclusiones. Los procedimientos que aplica el sistema de salud para la evaluación del riesgo psiconeurosensorial en el menor de 12 meses resultan insuficientes para identificar la influencia de la madre o padre como figura vincular o de apego, la familia o el entorno como medio que rodea al niño.

Palabras Clave: Riesgo Psiconeurosensorial. Prevención primaria. Continuo de la vida. Apego



PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO PSICONEUROSENSORIAL EN MENORES DE 12 MESES PARA LOS CENTROS Y PUESTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DEL MODELO DE SALUD EN BOLIVIA

Ivonne Ramírez Martínez

Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Comité Académico Doctoral. Sucre, Bolivia

Sagrario Pérez De La Cruz

Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería. Almería, España.

Introducción

El año 2004, Bolivia tuvo una participación en el Programa de prevención y atención a niños recién nacidos de alto riesgo psiconeurosensorial (NAR, 2005) junto a varios países que comparten la problemática, a objeto de desarrollar acciones conjuntas orientadas a la prevención secundaria para estos niños. Muchos principios importantes del mismo han guiado este estudio, que no han sido incorporados en su totalidad dentro de las actuaciones del nivel de Atención Primaria.

El término de riesgo psiconeurosensorial nace en Inglaterra en 1960 y hace referencia a todo aquel niño que por sus antecedentes pre, peri o postnatales, tiene más probabilidades de presentar en los primeros años de la vida problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento. Éstos pueden ser transitorios o definitivos (NAR, 1980). De ahí la importancia de las acciones en cuanto a la educación de la población expuesta al riesgo (se refieren a la prevención primaria), la detección precoz de los riesgos neurológicos y sensoriales en recién nacidos y el seguimiento sistemático de los mismos hasta los siete años de edad (prevención secundaria), y el tratamiento de estimulación precoz a quienes lo requieren (prevención terciaria).

Para la selección de los recién nacidos en riesgo neurológico, se siguen las pautas dadas en 1982 por el Comité de Perinatología del Plan Nacional de

Prevención de la Subnormalidad, modificadas, posteriormente se plantea una clasificación en tres tipos de riesgo en las siguientes Tablas I-III: (Sección Perinatología Asociación Española, 1988).

<p>Tabla I. Recién nacido de riesgo Neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • R.N. con Peso < P10 para su edad gestacional o con Peso < a 1500 grs o Edad Gestacional < a 32 semanas. • APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos. • RN con ventilación mecánica durante más de 24 horas. • Hiperbilirrubinemia que precise exanguinotransfusión. • Convulsiones neonatales. • Sepsis, Meningitis o Encefalitis neonatal. • Disfunción Neurológica persistente (más de 7 días) • Daño cerebral evidenciado por ECO o TAC. • Malformaciones del Sistema Nervioso Central. • Neuro-Metabopatías. • Cromosopatías y otros Síndromes Dismórficos. • Hijo de madre con Patología Mental y/o Infecciones y/o Drogas que puedan afectar al feto. • RN con hermano con patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia. • Gemelo, si el hermano presenta riesgo neurológico. • Siempre que el Pediatra lo considere oportuno. 	<p>Tabla II. Recién nacido de riesgo sensorial: Visual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilación mecánica prolongada • Gran Prematuridad • RN con Peso < a 1500 grs. • Hidrocefalia • Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central • Patología craneal detectada por ECO/TAC • Síndrome Malformativo con compromiso visual. • Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central • Asfisia severa
<p>Tabla III. Recién nacido de riesgo sensorial: Auditivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión • Gran Prematuridad • RN con peso < a 1500 grs • Infecciones congénitas del Sistema Nervioso Central • Ingesta de aminoglucósidos durante un periodo prolongado o con niveles plasmáticos elevados durante el embarazo • Síndromes Malformativos con compromiso de la audición • Antecedentes familiares de hipoacusia • Infecciones postnatales del Sistema Nervioso Central • Asfisia severa 	<p>Tabla IV. Criterios de riesgo socio-familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deprivación económica • Embarazo accidental traumatizante • Convivencia conflictiva en el núcleo familiar • Padres con bajo CI • Entorno no estimulante • Enfermedades graves/ Exitus • Alcoholismo/ Drogadicción • Prostitución • Delincuencia/ Encarcelamiento • Madres adolescentes • Sospecha de malos tratos • Niños acogidos en hogares infantiles • Familias que no cumplan los controles de salud

Si bien se tienen importantes avances por parte del sistema de salud en cuanto a los tipos de riesgo biológico y sensorial. La Tabla IV expone el riesgo socio-familiar, donde se exponen variables de riesgo que más afecta a la mortalidad perinatal aguda y también a la morbilidad perinatal a largo plazo. (Grupo Atención Temprana, 2000) y que en Bolivia, juega un papel determinante durante el periodo posnatal, en particular por las condiciones de pobreza, analfabetismo, embarazo en adolescentes.

En Bolivia desde el año 2013 se pone en vigencia la Ley 345 que norma las prestaciones de salud a partir del "continuo curso de la vida", denominado así porque cubre la atención en todo el ciclo vital del ser humano y enfatiza en el enfoque biopsicosocial, familiar, comunitario e intercultural.

Miradas e intervenciones

Dentro de las modificaciones que introduce este nuevo modelo de salud en Bolivia, en cuanto a la atención del menor de cinco años, es la cobertura de atención del Programa del Seguro Universal Materno Infantil (Ministerio de Salud y Deportes, 2002) a la atención integrada al continuo curso de la vida (Ministerio de Salud y Deportes, 2013) donde se disponen de dos cuadros de procedimientos N° 24 y 34 que guían la evaluación del desarrollo del niño en los centros de atención primaria.

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 24: EVALUAR EL DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 2 MESES DE EDAD

<p>• Si el niño no tiene una clasificación grave ni tiene algún problema que le cause malestar o irritabilidad, EVALÚE EL DESARROLLO durante la consulta integral</p> <p>• Si no es posible evaluar el desarrollo durante la consulta, cite a la madre para la fecha más próxima posible, cuando el niño/a haya superado el problema</p>		<p>CLASIFICAR</p>		
PREGUNTAR	OBSERVAR, DETERMINAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>• Ausencia o prenatal incompleto</p> <p>• Problemas durante el embarazo parto o nacimiento del niño</p> <p>• Prematuridad</p> <p>• Peso al nacer menor a 2 000 g</p> <p>• Violencia grave</p> <p>• Hospitalización en el periodo neonatal</p> <p>• Enfermedades graves como meningitis, traumatismo de cráneo o convulsiones</p> <p>• Parto precoz entre los padres</p> <p>• Deficiencia mental u otro problema mental en la familia</p> <p>• Factores de riesgo ambiental como ser violencia familiar, depresión materna, drogaje o alcoholismo, sospecha de abuso sexual, abuso físico</p>	<p>• Perímetro cefálico (PC)</p> <p>< 2DS o > 2DS, según la curva de PC de acuerdo al sexo</p> <p>• Presencia de alteraciones fenotípicas</p> <p>• macroglosia palmar o cefica</p> <p>• hipoplasia</p> <p>• Implantación baja de las orejas</p> <p>• Labio leporino</p> <p>• Mandíbula prominente</p> <p>• Cuello corto o largo</p> <p>• Pliegue palmar único</p> <p>• IP: dedo de la mano surto</p> <p>• Hilos del desarrollo (por franjas etarias)</p> <p>de 1 mes</p> <p>• Antepo de surto</p> <p>• Reflejo súbito galopante</p> <p>• Reflejo de evasión</p> <p>• Intake: línea amarilla, blanca y pámila</p> <p>• Marcados, cabeza lateralizada</p> <p>• Manos cerradas</p> <p>• A los 2 meses</p> <p>• Vocaliza o emite sonidos</p> <p>• Movimientos de pámila alterados</p> <p>• Curva Social</p> <p>• Abre las manos</p>	<p>Uno o más de los siguientes:</p> <p>• Perímetro cefálico</p> <p>< 2 DS o > 2 DS, según curva de PC de acuerdo al sexo</p> <p>• Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas o</p> <p>• Ausencia de uno o más hilos para la franja etaria anterior (si revisa de 0 a 1 mes, considerar uno o más marcós de su franja etaria)</p> <p>• Todos los hilos para a su franja etaria están presentes pero existen factores de riesgo</p> <p>• Ausencia de uno o más hilos para a su franja etaria (para la franja etaria de 1 a 2 meses)</p> <p>• Todos los hilos para su franja etaria están presentes</p>	<p>PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO</p> <p>DE SARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO</p> <p>ALERTA PARA EL DESARROLLO</p> <p>DESARROLLO NORMAL</p>	<p>• Referir para evaluación especializada</p> <p>• Orientar a la madre sobre la estimulación de su niño/a, según la Guía de Desarrollo</p> <p>• Indicar que vuelva para una consulta de control del desarrollo en 30 días</p> <p>• Elegir a la madre</p> <p>• Orientar a madre para que continúe estimulando su hijo, según la Guía de Desarrollo</p> <p>• Indicar a la madre que regrese al establecimiento de salud para que el niño/a reciba controles integrales</p>
<p>COMO AYUDA, PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO, EMPLEAR LA HOJA DE ATENCIÓN SISTEMATIZADA: VERIFICAR EL DESARROLLO DEL NIÑO/A MENOR DE 2 MESES DE EDAD</p>				

LUEGO: ➤ DETERMINAR SI TIENE OTROS PROBLEMAS
➤ SI PRESENTA LESIONES O SOSPECHOSAS EVALUAR PROBABLE MALTRATO (CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 33)

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 34: EVALUAR EL DESARROLLO EN NIÑOS DE 2 MESES A MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

<p>• Si el niño no tiene una clasificación grave ni tiene algún problema que le cause malestar o irritabilidad, EVALÚE EL DESARROLLO durante la consulta integral</p> <p>• Si no es posible evaluar el desarrollo durante la consulta, cite a la madre para la fecha más próxima posible, cuando el niño/a haya superado el problema</p> <p>• Es particularmente importante evaluar el desarrollo en niños/as con desnutrición (aguda o crónica)</p>		<p>CLASIFICAR</p>		
PREGUNTAR	OBSERVAR, DETERMINAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>• Ausencia o prenatal incompleto</p> <p>• Problemas durante el embarazo parto o nacimiento del niño</p> <p>• Prematuridad</p> <p>• Peso al nacer menor a 2 000 g</p> <p>• Violencia grave</p> <p>• Hospitalización en el periodo neonatal</p> <p>• Enfermedades graves como meningitis, traumatismo de cráneo o convulsiones</p> <p>• Parto precoz entre los padres</p> <p>• Deficiencia mental u otro problema mental en la familia</p> <p>• Factores de riesgo ambiental como ser violencia familiar, depresión materna, drogaje o alcoholismo, sospecha de abuso sexual, abuso físico</p>	<p>• Perímetro cefálico (PC)</p> <p>< 2DS o > 2DS, de acuerdo a la curva de PC, según edad y sexo</p> <p>• Presencia de alteraciones fenotípicas</p> <p>• macroglosia palmar o cefica</p> <p>• hipoplasia</p> <p>• Implantación baja de las orejas</p> <p>• Labio leporino</p> <p>• Mandíbula prominente</p> <p>• Cuello corto o largo</p> <p>• Pliegue palmar único</p> <p>• IP: dedo de la mano surto</p> <p>• Hilos del desarrollo según franjas etarias (SIGUIENTE PAGINA)</p>	<p>Uno o más de los siguientes:</p> <p>• Perímetro cefálico</p> <p>< 2 DS o > 2 DS, de acuerdo a curva de PC según edad y sexo</p> <p>• Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas</p> <p>• Ausencia de uno o más hilos para la franja etaria anterior</p> <p>• Todos los hilos para a su franja etaria están presentes pero existen factores de riesgo</p> <p>• Ausencia de uno o más hilos para a su franja etaria</p> <p>• Todos los hilos para su franja etaria están presentes</p>	<p>PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO</p> <p>DE SARROLLO NORMAL CON FACTORES DE RIESGO</p> <p>ALERTA PARA EL DESARROLLO</p> <p>DESARROLLO NORMAL</p>	<p>• Referir para evaluación especializada</p> <p>• Orientar a la madre sobre la estimulación de su niño/a (Guía de Desarrollo)</p> <p>• Indicar que vuelva para una consulta de control del desarrollo en 30 días</p> <p>• Elegir a la madre</p> <p>• Orientar a madre para que continúe estimulando su hijo (Guía de Desarrollo)</p> <p>• Indicar a la madre que regrese al establecimiento de salud para la consulta integral (Pág. 148)</p>
<p>PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EMPLEAR LA HOJA DE ATENCIÓN SISTEMATIZADA ESPECÍFICA: VERIFICAR EL DESARROLLO DEL NIÑO DE 2 MESES A MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD (Págs. 209 y 210)</p>				

Adicionalmente a los cuadros de procedimientos N° 24 y 34 se cuenta con una tabla de recomendaciones para evaluación del desarrollo psicomotor en el menor de dos años. (Tabla 2 y Tabla 3 en el documento del Continuo curso de la vida).

RECOMENDACIONES PARA EVALUAR EL DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD

DE 0 A 3 MESES	DE 4 A 6 MESES	DE 7 A 9 MESES	DE 10 A 12 MESES	DE 13 A 18 MESES	DE 19 A 24 MESES
A esta edad el niño debe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Patalear vigorosamente 2. Sobresaltarse con un ruido 3. Seguir con la mirada 4. Levantar la cabeza 5. Buscar sonidos con la mirada 6. Reconocer a su madre 	A esta edad el niño debe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener firme la cabeza cuando se sienta 2. Agarrar objetos voluntariamente 3. Pronunciar 4 o más sonidos diferentes 4. Aceptar y agarrar juguetes. 	A esta edad el niño debe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentarse solo sin ayuda 2. Agarrar un objeto con los dedos 3. Pronunciar palabras 4. Imitar aplausos 	A esta edad el niño debe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gatear 2. Buscar objetos escondidos 3. Negar con la cabeza 4. Tomar una taza solo 	A esta edad el niño debe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Caminar solo 2. Pasar las hojas de un libro 3. Combinar dos palabras 4. Señalar dos partes de su cuerpo 	A esta edad el niño debe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Patear pelota 2. Hacer garabatos 3. Nombrar cinco objetos 4. Controlar su orina en el día

- Para la evaluación del desarrollo, emplee el Carnet de Salud Infantil
- Esta evaluación es muy básica y puede ser realizada solamente preguntando a la madre o cuidadora
- Esta evaluación debe ser realizada a todos los niños menores de 2 años, exceptuando a los niños con clasificaciones graves y que deben ser referidas URGENTEMENTE al Hospital
- Para realizar la evaluación del desarrollo primero identifique el grupo de edad, en meses, que corresponde al niño/a menor de 2 años
- Luego pregunte a la madre o cuidador si el niño/a cumple el hito evaluado y marque, en el CBI, una para cada hito que el niño/a cumple, de acuerdo a su edad
- Si la madre o cuidador/a no es capaz de responder algún hito: solicite a la madre que intente que el niño/a realice el hito
- EN CASO DE QUE EL NIÑO/A NO REALICE UNO O MÁS HITOS DE DESARROLLO, DE ACUERDO A SU EDAD, REFERIRLO/A AL HOSPITAL PARA UNA EVALUACIÓN MAS DETALLADA, DONDE SE DEFINIRÁ LA CONDUCTA POSTERIOR

Determinar hitos de desarrollo según franjas etarias (complemento al Cuadro 34)

2 a 24 meses de edad		2 años a menores de 5 años	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 a 4 meses - Mira el rostro - Sigue a un objeto - Reacciona a un sonido - Eleva la cabeza 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 a 15 meses - Imita gestos (ej. aplaude) - Pinza superior - Produce jerga - Camina con apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 años a 2 años y 6 meses - Se quita la ropa - Construye una torre de tres cubos - Señala dos figuras - Patea una pelota 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 años a 4 años y 6 meses - Iguala colores - Copia un círculo - Habla de manera comprensible - Salta en un solo pie
<ul style="list-style-type: none"> • 4 a 6 meses - Responde al examinador - Agarra objetos - Ermite sonidos (carcajadas) - Sostiene la cabeza 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 a 18 meses - Ejecuta gestos a pedido - Coloca cubos en un recipiente - Dice una palabra - Camina sin apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 años y 6 meses a 3 años - Se viste con supervisión - Construye torre de 6 cubos - Forma frases de dos palabras - Salta con ambos pies 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 años y 6 meses a 5 años - Se viste sin ayuda - Copia una cruz - Comprende 4 órdenes - Se para en cada pie por 3 segundos
<ul style="list-style-type: none"> • 6 a 9 meses - Intenta alcanzar un juguete - Lleva objetos a la boca - Localiza un sonido - Cambia de posición activamente (gira sobre su cuerpo) 	<ul style="list-style-type: none"> • 18 a 24 meses - Identifica dos objetos - Garabatea espontáneamente - Dice tres palabras - Camina para atrás 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 años a 3 años y 6 meses - Dice el nombre de un amigo - Imita una línea vertical - Reconoce dos acciones - Tira la pelota 	
<ul style="list-style-type: none"> • 9 a 12 meses - Juega a taparse y descubrirse - Transfiere objetos entre una mano a la otra - Repite sílabas - Se sienta sin apoyo 		<ul style="list-style-type: none"> • 3 años y 6 meses a 4 años - Se pone una camiseta - Mueve el pulgar con mano cerrada - Comprende dos adjetivos - Se para en cada pie por 1 segundo 	

En Bolivia la problemática del embarazo en adolescentes es compleja. La cifra de adolescentes entre 15 y 19 años que ya son madres o están embarazadas por primera vez, sufrió un incremento de 14% en 1998, a 18% en 2008 (ENDSA, 2008) y entre 2010 y 2011 alcanzó al 25% UNFPA (2016). Las edades de embarazo están entre los 12 y 18 años. Como se puede advertir los embarazos no sólo se incrementan sino que cada vez se dan a edades más tempranas. Si

no es real el impulso que lleva a la mujer a desear tener hijos y ser eslabón de una cadena como señala Basso (2016) no se desarrolla el apego o vínculo con capacidad de respuesta efectiva de la madre, lo que afecta el desarrollo emocional y cognitivo del niño.

La complejidad del desarrollo infantil para la UNICEF (2016) se da como resultado de un proceso de maduración que depende de la interacción del niño con otras personas y que resulta en una evolución ordenada de habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas, socioemocionales y de autorregulación; habilidades que se desarrollan a lo largo de la vida se basan en capacidades básicas adquiridas en la primera infancia. Aquí se destaca la interacción con el medio y las primeras experiencias infantiles

La Sección de Perinatología de la Asociación Española de Pediatría (1988), habla de la importancia del riesgo ambiental en los periodos pre-gestacional, gestacional y perinatal o los riesgos presentados a lo largo del seguimiento, donde los problemas biológicos precoces hacen al niño más vulnerable al ambiente adverso

Según el informe de la UNFPA (2016), el año 2013 se recogió aleatoriamente de las historias clínicas perinatales del Gineco-Obstétrico y San Pedro Claver de Sucre y de 3 puestos de Atención Primaria, información de los datos del tamizaje para recién nacidos, que consiste de una serie de pruebas de laboratorio que sirven para descartar la presencia de enfermedades o condiciones que deben ser identificadas en etapas tempranas de la vida y dar el tratamiento correspondiente.

Como se observa en el cuadro 1, al menos de 8% de los recién nacidos se les realizó alguna de las pruebas de tamizaje. El informe señala que en los municipios de La Paz y Sucre se podría asumir que tienen mejor acceso a insumos en relación al resto del país, aun así el porcentaje es bajo: La Paz 13% y Sucre, 5%. Los resultados positivos mostrados en la última columna muestran la importancia de realizar estos exámenes, aunque las cantidades y los porcentajes parecen pequeños, el diagnóstico de algunas de estas condiciones y su tratamiento pueden cambiar radicalmente la calidad de vida de los niños. UNFPA (2016)

Cuadro 1. Pruebas de tamizaje neonatal realizadas para diagnóstico en hospitales de Bolivia		
Pruebas de tamizaje neonatal realizadas	Frecuencia (N = 2.420) (%)	Resultados positivos (%)
VDRL / Sífilis Congénita	154 (6,3%)	9 (5,8%)
TSH / Deficiencia hormona tiroidea	140 (5,8%)	6 (4,3%)
Chagas / Enfermedad de Chagas	182 (7,5%)	5 (2,7%)
Bilirrubinemia / Para descartar incompatibilidad de la sangre maternal y fetal	115 (4,7%)	4 (3,6%)
Hemoglobinopatía / Enfermedades de hemoglobina / sangre	111 (4,6%)	4 (3,6%)
GM Toxoplasmosis / Toxoplasmosis	111 (4,6%)	7 (3,6%)

Por lo expuesto, la preocupación surge por los casos con diagnóstico médico desfavorable que no recibirán diagnóstico y tratamiento psicomotor tempranos, como de aquellos a quienes no se les practicó ningún tamizaje médico.

En el Libro Blanco (Grupo de Atención Temprana, 2000) se establece que la Atención Temprana debe llegar a todos los niños que presentan cualquier tipo de trastorno o alteración en su desarrollo, sea éste de tipo físico, psíquico o sensorial, o se consideren en situación de riesgo biológico o social. Se señala que no es necesario que exista una confirmación o evidencia sobre un déficit, pues la sola sospecha del mismo, ya constituye una indicación para la intervención, aspecto importante pues se diría que muchos grupos con cierta vulnerabilidad física, psicológica, o social estarían protegidos por este postulado y será posible prevenir o derivar a una atención temprana en estos casos.

Por su parte el resumen ejecutivo del informe The Lancet, UNICEF (2016), señala que el desarrollo empieza en el momento de la concepción. La primera infancia no es solamente el período de mayor vulnerabilidad a los factores de riesgo, sino también una etapa crítica en la que los efectos positivos de las intervenciones tempranas son más marcados y en las que se pueden reducir los efectos de los factores que afectan negativamente al desarrollo.

Las anomalías observadas pueden ser funcionales o transitorias y por contra, en caso de posible normalidad, tampoco se podrá afirmar la normalidad posterior por el propio curso que toma el desarrollo humano y sólo un seguimiento sistemático y prolongado permitirá acompañar el desarrollo del niño y en otros casos enlazar signos mínimos o anomalías con los acontecimientos en el periodo perinatal. Surge así, como dicen Arizcun, Valle (1995); Ramos, Márquez (1997), Fernández (1983) y Artigas (2007) la importancia de desarrollar programas de seguimiento protocolizados en los niños con riesgo psiconeuro-sensorial.

Considerando que los reflejos, el tono, las reacciones de enderezamiento y el control postural (Ramos, Márquez, 1997) y (Fernández 1983); (Zukunft, 1997) y (Raimondi, 1999) como indicadores clave en la evaluación del riesgo psiconeurosensorial. La exploración neurológica, unida a los datos aportados por los exámenes complementarios, permiten orientación diagnóstica señalados por Poo, Campistol, Iriondo (2000) y Ruiz y Robles (1997).

El valor diagnóstico de las alteraciones de la coordinación central ha sido fundamentado en forma suficiente. Zuluaga (2002), Vojta (2011) y actualmente no son considerados en la valoración del niño en riesgo en nuestro medio. Su estudio precisa que el examinador desarrolle experiencia en la observación de los indicadores de respuestas reflejas, reacciones e indicadores de desarrollo motor durante el primer año de vida.

Otros autores como Fernández (1983) y Ramos y Márquez (1997) plantean importantes pautas de las cuales rescatamos aquellas prioritarias con el fin de disponer protocolos basados en instrumentos de examinación y valoración para niños con riesgo psiconeurosensorial que pueden ser integrados en los controles del menor al año de vida.

En el concepto de neurodesarrollo la evaluación implica un análisis profundo de la conducta sensoriomotriz, psicofuncional, cognitiva y social del niño y junto al tratamiento forman un continuo indisoluble, pues ocurre durante cada sesión en el propio tratamiento, que viene a dejar establecido que la evaluación inicial puede ser reflexionada y modificada conforme a las variaciones observadas en la conducta del niño. Los patrones motores del niño se desarrollan acordes a la edad y progresan a través de los estadios inicial, elemental y maduro, en los cuales se generan cambios significativos en las acciones corporales. Austin, Haynes, Miller, (2004).

Estos indicadores, se propone, sean integrados al examen físico habitual en el menor de un año de edad considerando el valor diagnóstico de los reflejos, el tono, reacciones de enderezamiento y el control postural como indicadores clave del riesgo neuromotor y los aspectos sociofamiliares y ambientales que rodean al niño que aportarían a la determinación de riesgo psicosocial.

Ese seguimiento y valoración del crecimiento del niño implica la recolección de evidencias enfatizan sobre la ontogenia de cada niño, pues el contexto y particularmente la familia pueden producir notables diferencias en las manifestaciones, alteraciones, y funciones del niño, lo que determinará a futuro mayores o menores posibilidades de alcanzar su potencial de desarrollo máximo.

En el estudio se analiza la problemática de la detección de las alteraciones del desarrollo psiconeurosensorial en el niño menor de cinco años en Bolivia desde los mecanismos que dispone el Sistema Nacional de Salud a través del "Continuo curso de la vida" y el objetivo es validar un protocolo de riesgo psiconeurosensorial para prevenir alteraciones del desarrollo neuromotor y psicosocial en el menor de doce meses, contribuyendo a orientar hacia un tratamiento integral temprano.

Metodología

El estudio es descriptivo y asume un paradigma crítico. Desde un enfoque cualitativo se aplicó el método de análisis documental de los documentos rectores del programa SUMI (Seguro universal materno infantil) revisando los criterios de evaluación para el control del niño y los cuadros de procedimientos N° 24 y 34 del "Continuo curso de la vida", que se constituyen en el marco normativo procedimental más evidente para la evaluación neuropsicomotora del menor de cinco años.

Para la validación del protocolo el procedimiento metodológico inició con la selección de indicadores de evaluación neuromotora, sensorial y social basados en autores como Zukunft (1997), Zuluaga (2000), Vojta (2011) y Basso (2016) con los cuales se estructuró el protocolo de detección del riesgo psiconeurosensorial. (Cuadro 2 y 3)

Cuadro 2. Reflejos de valor diagnóstico neurológico (Vojta, 2011)			
Reflejos osteotendinosos	Reflejos sensoriales	Mecanismos de desencadenamiento automático	Reflejos de diagnóstico cinesiológico
Reflejo Estiloradial Reflejo Patelar Reflejo Aquiliano Talón de la mano Talón del pie	Reflejo óptico facial Reflejo acústico Facial	Reflejo Búsqueda Reflejo Succión Reflejo Rooting Reflejo Babkin	Reflejos tónicos Reflejo de Galant Marcha automática Extensión primitiva de las piernas Reflejo de Moro Reacción de ascensor Reflejos de prensión Reflejo de ojos de muñeca Reflejos de extensión fásica

Cuadro 3. Resumen de indicadores de desarrollo motor y sensoriales en el primer año de vida		
Reacciones posturales (Vojta, 2011)	Desarrollo motor Vojta(2011)	Desarrollo sensorial
Reacción de tracción Reacción de Landau Reacción a la suspensión axilar ventral Reacción a lateral (Vojta) Reacción suspensión vertical (Peiper Isbert) Reacción suspensión horizontal (Collis) Reacción suspensión vertical (Collis)	Indicadores principales: Toma de contacto con el medio Función de apoyo de la extremidad superior Función de apoyo de la extremidad inferior Prensión manual Garra plantar Volteo Mirada Boca	Respuesta Táctil Respuesta Visual Respuesta Auditiva Respuesta Vestibular

Inicialmente se hizo la presentación oral del protocolo explicando los componentes neuromotor, sensorial y psicosocial, organizando por la importancia de la neuromaduración refleja su importancia para el movimiento voluntario. El proceso se desarrolló en sus puestos de trabajo y cursos de formación de diplomado en psicomotricidad de la Escuela superior de administración y marketing y posteriormente se procedió a entregar los ejemplares del protocolo y una ficha de valoración con indicadores de ordenamiento Likert. (Muy adecuado con un valor equivalente a 3, adecuado 2, poco adecuado 1, inadecuado 0) Una vez culminado el proceso se ha procedido al procesamiento de los datos obtenidos de la evaluación.

Los aspectos a evaluar fueron la exploración física, los indicadores de riesgo neuromotor, los indicadores de riesgo sensorial e indicadores de riesgo psicosociales.

La muestra compuesta por 21 profesionales según lo sugiere el método de consulta a expertos Delphy, de los 21, 11 fueron médicos generales, 3 médicos del sistema de atención familiar comunitaria e intercultural (SAFCI) y 7 enfermeras de los centros de atención primaria, todos servidores del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia en los diferentes centros de primer nivel de Sucre. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes mediante la aplicación del protocolo de ética de la investigación propuesto por la Organización Panamericana de la Salud. Entre los criterios de inclusión se consideró una práctica profesional de dos años en control de menores de

cinco años y entre los criterios de exclusión se definió la no participación de directores de los centros de atención primaria.

Resultados

Inicialmente se presenta el análisis documental del programa SUMI en su acápite del control del niño y el programa de atención temprana en el cuadro 4, de análisis comparativo con los cuadros de procedimientos N° 24 y 34 del continuo de la vida que corresponden al proceso de evaluación del menor de cinco años. Para ello se ha recurrido a los documentos rectores, analizando algunas categorías como la valoración del desarrollo psicomotor y el equipo de salud.

Cuadro 4. Análisis de los programas relacionadas con el desarrollo psiconeurosensorial		
Programa	Valoración	Equipo de salud
Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)	Hitos del desarrollo control (cefálico, giros, sedestación, reptación, gateo marcha) Valoración de 4 áreas: área motora gruesa. Motora fina, social y lenguaje	Médico Enfermera Nutricionista
Desarrollo infantil temprano	Escala abreviada del desarrollo psicomotor EAD (Nelson Ortiz Pinilla/OPS, 1999)	Médico, enfermera, psicólogo, fisioterapeuta
Continuo de la vida	Cuadro de procedimientos 24 y 34	Médico, pediatra, enfermera

Como resultado del análisis se puede decir que en el Programa SUMI no disponía de una normativa suficiente que establezca procesos de evaluación del riesgo psiconeurosensorial, dejando un vacío en la metodología, el personal de salud y los instrumentos de evaluación.

Aunque en el documento referencial del programa SUMI se reconoce la importancia de la Estimulación Temprana, por el análisis de los procedimientos normados para su funcionamiento, se puede advertir la imposibilidad de aplicación de los conceptos de prevención primaria o secundaria los niños en riesgo porque no se tienen establecidos procesos de evaluación de pesquisa mediante instrumentos precisos y personal formado para el efecto. Por ello, el despliegue de acciones para la prevención y/o atención del niño se da en forma muy tardía los que deriva en atención terciaria.

Para validar el protocolo de detección de riesgo psiconeurosensorial integral en el menor de 12 meses, se ha organizado el protocolo en aspectos relacionados con la exploración física, los indicadores para evaluar el riesgo neuromotor, los indicadores de evaluación del riesgo sensorial e indicadores de identificación del riesgo psicosocial .

Los procedimientos de entrevista y primer contacto con la madre y el niño han sido recuperados de la hoja de atención sistematizada, considerando que tiene diferentes etapas que se inician con la observación sistemática y profunda, será el método y la técnica la entrevista a la madre, padre o cuidador

del niño. Ha de ser prolongada y debe ser minuciosa y detallada para ello será necesario tener varias sesiones de evaluación por la complejidad de los sistemas que se evalúan.

En cuanto a la exploración física los indicadores que pusieron a consideración de los 21 profesionales del equipo de salud de los centros de atención primaria son los siguientes:

1. INDICADORES DE EXPLORACIÓN FÍSICA		
a) Aspecto Externo	Funciones Cardiorespiratorias	c) Conductas Funcionales
Elementos esqueléticos corporales	Frecuencia respiratoria (disminución o agitación)	Estado neuroconductual (Nivel de alerta, relajación)
Vientres musculares	Capacidad de expulsar secreciones:	Ritmo vigilia-sueño
Calidad de la piel y pliegues (textura, lunares, vellosidades, elasticidad, trofismo)	Acúmulo de secreciones	Conducta alimentaria
Síntomas neurovegetativos (brillo, sudoración, coloración)	Frecuencia cardiaca	Conducta expresiva, llanto, sosiego
Simetría armonía e intensidad de los movimientos	Coloración (cianosis labio y dedos) edema	Comunicación

En cuanto a la validación de los indicadores de riesgo neuromotor se consultaron reflejos osteotendinosos, de desencadenamiento automático y de diagnóstico cinesiológico, reacciones posturales, tono y control postural hasta los doce meses.

2. INDICADORES DE RIESGO NEUROMOTOR					
Reflejos	Funciones Motrices	CONTROL POSTURAL			
	Intensidad: velocidad, activación, frenado y relajación				
	Simetría: Motilidad global y segmentaria: (aumento o disminución)	DE CUBITO PRONO	Mes	DE CUBITO SUPINO	
Reflejos Osteotendinosos Reflejo Estilordial Reflejo Patelar Reflejo Aquiliano Talón de la mano Talón del pie	Armonía: Movimientos anormales tónicos (rigidez extensora, mov. lentos de enroscamiento)	-Gira la cabeza a ambos lados -Encoge los brazos a los lados con los puños cerrados -Encoge y abre las piernas a los lados	RN	-Reflejo de Moro -Fase holocinetica -Sostiene brevemente centrada la cabeza en el marco de la fase holocinetica	
	Movimientos anormales: clónicos (tremulaciones o mioclonias)	-Gira la cabeza hacia ambos lados -Encoge los brazos junto al cuerpo -Encoge las piernas en cadera y rodillas	1	-Fija y sostiene brevemente centrada la cabeza - Brazos y piernas flexionados - Postura asimétrica	
		-Levanta la cabeza -Se apoya brevemente en los antebrazos -Disminuye la Fx. de piernas	2	-Fase diatónica -Incoordinación -Primeros y vanos intentos de asir	
		-Se apoya sobre codos y pelvis --Levanta y gira la cabeza de forma motivada -La cabeza y las piernas se levantan	3	-Juega con las manos a la vez que encoge las piernas -Mantiene el equilibrio sobre la espalda -Descubre sus manos	
Mecanismos de desencadenamiento automático Reflejo Búsqueda Reflejo Succión Reflejo Babkin Reflejo Rooting		-Mantiene el equilibrio sobre el abdomen -Domina el apoyo Codos-Pelvis -Logra apoyo en un solo Codo-Pelvis -Levanta un brazo apoyándose en otro	4	-Descubre sus manos con la boca -Las manos y los pies agarran -La parte superior del cuerpo yace simétrica (la línea nariz-mandíbula-esternón-ombiligo-pubis es recta).	
Reflejos de diagnóstico cinesiológico Reflejos tónicos Reflejo de Galant Marcha automática Extensión primitiva de las piernas Reflejo de Moro Reacción de ascensor Reflejo de prensión Reflejo de ojos de muñeca Reflejos de extensión fásica	Tono Maniobra de la bufanda Reacción de Galant Maniobra Talón - oreja Maniobra ángulo poplíteo Maniobra Granier Paracaídas anterior	-Extiende los brazos hacia adelante -Desplaza el peso del cuerpo hacia el abdomen -La pelvis y los muslos reposan, las piernas están separadas, las rodillas flexionadas	5	-Manos y pies tratan de asir delante del cuerpo -Aprende a conocer sus piernas (descubre los muslos con las manos). -Yace en posición correcta de sentado, sin sobre cargar la columna	
		-Se apoya con los brazos extendidos y con manos abiertas -Pelvis y los muslos reposan -Patrón natatorio	6	-Descubre los pies con las manos y juega con ellos -Extiende la columna lumbar. -Alza continuamente las piernas delante del cuerpo	
		-Apoyo manos -muslos -Desplaza el peso del cuerpo hacia los muslos -Apoyo una mano- rodilla -Levanta un brazo en apoyo mano- pelvis	7	-Descubre los pies con la boca (juego ojos – boca- manos). -Desplaza el peso de su cuerpo hacia la cabeza	
		-Apoyo manos – rodillas -Gira sobre su propio cuerpo -La mitad inferior extendido, la superior encogido	8	-Juega de costado o postura de enano -Apoya el codo mientras juega con el brazo libre -Mantiene el tronco en equilibrio sobre el costado	
		R E A C C I O N E S POSTURALES Reacción de tracción Reacción de Landau Reacción a la suspensión axilar ventral Reacción a lateral de Vojta Reacción suspensión vertical de Peiper Isbert Reacción suspensión horizontal de Collis Reacción suspensión vertical de Collis	-Repta -Posición de cuatro patas -Se columpia en el sitio e intenta gatear.	9	-Desplazamiento de costado -Sedestación oblicua -Gateo descoordinado
		-Mejora el gateo -Sedestación lateral -Pasa de cúbito dorsal a ventral y viceversa	10	-Apoyo en manos -Peso sobre miembros inferiores -Sedestación lateral	
		-Gatea coordinadamente -Gatea con movimiento cruzados -Espalda erguida	11	-Sedente sin apoyos -Piernas poco flexionadas -Postura sedente erguida	
		-Gatea superando obstáculos y subiendo escalones -Paso del oso: apoyo de manos- pies -Pasa de cucullas a pararse de pie	12	-Gateo constante -Investiga juguetes -Sedente sin apoyos, con espalda erguida	

En los indicadores de evaluación del riesgo sensorial se han considerado aspectos funcionales de los sistemas visual, auditivo, táctil, propioceptivo, vestibular y gustativo- orofacial en el niño en su integración funcional en las distintas etapas del primer año de vida.

Mes	3 INDICADORES DE RIESGO SENSORIAL
RN	<i>Reflejos sensoriales</i> Reflejo óptico facial Reflejo Acústico Facial Respuesta pupilar a la luz de la linterna Respuestas reflejas ante un sonido Reacción al sonido de una campanilla
1	Estado de alerta y la interacción con padres En supino observa objetos y los sigue menos de 90° Está tranquilo al sonar una campana
2	Sonrisa afectiva Emite varias vocalizaciones cuando le hablan. Fijación, convergencia y enfoque. Seguimiento ocular y auditivo
4	Responde con sonrisas y vocalizaciones cuando se le habla. Ríe a carcajadas Interacción con los padres Seguimiento ocular de un objeto hasta 180 °
6	Coge un objeto colocado sobre la mesa ante su vista Sostiene dos objetos, uno en cada mano y mira un tercero Hace gorgoritos
9 a 12	Alarga los brazos para que lo cojan. Extraña a los desconocidos. Hace gestos de "adiós", "aplaudir". Dice una palabra de dos sílabas Muestra atención y alegría ante objetos cada vez más pequeños. Inicia pinza con pulgar e índice Busca objetos ocultos, disfruta golpeándolos y tirándolos Comprende prohibiciones y órdenes sencilla Reconoce su nombre Da y toma juguetes. Repite actos buscando la aprobación o la atención

Sobre los indicadores de riesgo psicosocial, se han considerado los aspectos relacionados con el niño, la familia y el entorno inmediato que influyen en el desarrollo emocional, social y cognitivo.

4. INDICADORES DE RIESGO PSICOSOCIAL		
CON RELACIÓN A LA FAMILIA	CON RELACIÓN AL MENOR	CON RELACIÓN AL ENTORNO
Problemas de salud de los padres (salud física, mental)	Niño sin horarios de alimentación o sueño	Ambiente tóxico (acústico, visual, inhalantes, vibraciones u tros)
Limitaciones físicas o minusvalía	Niño que pasa muchas horas al día solo o sin los padres	Falta de apoyo familiar
Carencia de habilidades parentales (Tocar, hablar, cantar, besar, mecer, mirar a los ojos)	Necesidades básicas de higiene no cubiertas	Consideración social del maltrato (pautas culturales que rigen una comunidad)
Parentalidad inadecuada	Presenta algún déficit físico	Ambiente con conductas delictiva adulta Hermanos con conducta delictiva Reclusión en centro penitenciario
Carencias económicas (ingreso reducido, desempleo)	Presenta algún déficit psíquico	Falta de red familiar extensa, vecinos, amigos
Problemas educativos en uno o ambos progenitores	Presenta algún déficit sensorial	Falta de recursos , juguetes, objetos, estímulos

Familia con muchos hijos	Necesidades básicas de afecto no cubiertas (mirada, contacto, calor, caricias, acunamiento)	Alto índice de violencia, delincuencia o victimización
Antecedentes de malos tratos en la infancia	Nacido de una unión anterior, que es rechazado por la nueva pareja	Entornos sociales que rechazan al niño por sus características culturales o étnicas
Abuso de alcohol u otras drogas	Niño no deseado	Vivienda con déficits en sus condiciones de espacio, luz u otros
Ausencia de algún progenitor	Niño hiperactivo	Vivienda compartida en desventaja para el niño
Acogimiento familiar, social	Niño de llanto continuo	Vivienda en condiciones , hacinamiento
Relación de pareja conflictiva	Niño poco activo, inactivo	Posibilidades poco estimulantes en el ambiente

En cuanto a los resultados de la consulta a 21 expertos se tienen como síntesis el gráfico 1 que expresa el criterio del equipo médico sobre los diferentes indicadores de riesgo neuromotor, sensorial y psicosocial y posteriormente se muestra en el gráfico 2 donde se presenta resultados comparativos por componentes del protocolo de riesgo psineurosensorial.

Gráfico 1. Valoración del protocolo: Exploración física, riesgo neuromotor, sensorial y psicosocial																	
21 expertos	EXPLORACIÓN FÍSICA			RIESGO NEUROMOTOR				RIESGO SENSORIAL					RIESGO PSICOSOCIAL				
	Aspectos externo	Funciones Cardio respiratorias	Conductas funcionales	Reflejos	Reacciones enderezamiento	Tono	Control Postural	Gustativo	Visual	Auditivo	Táctil	Propioceptivo	Vestibular	Gustativo	Niño	Familia	Entorno
Muy adecuado	21	21	17	21	5	7	18	7	10	9	7	6	7	7	7	7	6
Adecuado	0	0	4	0	16	14	3	8	4	7	6	6	8	8	7	7	6
Poco Adecuado	0	0	0	0	0	0	0	6	7	5	8	9	6	6	7	6	7
Inadecuado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2

El gráfico 1 muestra que la validación a los indicadores de la exploración física con tres componentes: el aspecto externo, las funciones cardiorrespiratorias y conductas funcionales. Ha sido calificada por el total de 21 profesionales como "muy adecuada" que hace al (100%) de los consultados manifestó que en sus indicadores de aspecto externo y funciones cardiorrespiratorias y "adecuado" por 17 de los 21 profesionales con respecto a las conductas funcionales, que hace al (81%) de la muestra consultada. 4 de 21, (19%) profesionales consideran que a valoración de las conductas funcionales es "adecuada".

Respecto a la valoración del riesgo motor, en los indicadores del tono 7 de 21 que equivale al (33%) consideran que es "muy adecuado" y 14 de ellos que hace al 67% califican como "adecuada" la importancia de su evaluación. De 5 de 21 profesionales consideran como "muy adecuada" la evaluación de las reacciones de enderezamiento (24%); y 16 profesionales (76%) consideran que resulta "adecuada". En cuanto al control postural 18 de 21 profesionales (86%), consideran que estos indicadores son "muy adecuados" y 3 de 21, (14%) consideran que es "adecuado" porque que en casos en los que la evaluación

de los hitos del desarrollo psicomotor presentan retraso o alarma, deben ser derivados a atención especializada. Considerando que en muchos casos los padres no se desplazan hacia centros de segundo nivel donde se cuenta con servicios de atención especializada, se destaca la importancia de que los centros de atención primaria pongan en práctica los indicadores básicos del neurodesarrollo esperado en los primeros doce meses de vida, tanto por su valor semiológico para un diagnóstico temprano que derive en un tratamiento oportuno.

Los resultados del proceso de validación de los indicadores del riesgo sensorial de tipo gustativo han sido calificados por el equipo médico como "muy adecuado" por 7 de los 21, (33%) de los consultados y 8 de ellos (38%) considera como "adecuado" y 6 de 21 profesionales (28%) consideran poco adecuada porque este tipo de evaluaciones se dan mediante la información que brinda la madre en los consultorios a través de la entrevista y datos que recaba enfermería. En cuanto al riesgo visual 10 de 21 (48%) consideran como "muy adecuada" la importancia de la integración sensorial visual. 4 de 21 (19%) consideran como "adecuado" y 7 (33%) considera como poco adecuada su valoración en atención primaria. En cuanto al riesgo sensorial auditivo 9 de 21, (43%) profesionales han valorado como "muy adecuada", 7 de 21 (33%) considera como "adecuada" la evaluación y 5, (24%) consideran como "poco adecuada". Sobre los criterios respecto de la evaluación del riesgo sensorial de tipo táctil 7 de 21, consideran como "muy adecuado" lo que equivale al 33% de la muestra, 6 de 21, (29%) consideran como "adecuada" y 8 de 21, (38%) consideran como "poco adecuada" ese tipo de evaluaciones en el este nivel de atención. En cuanto a la evaluación propioceptiva 6 de 21 que hace al 29% consideran como "muy adecuada" y otros 6 de los 21, (29%) de la muestra calificaron como adecuada. Finalmente 9 de 21, (43%) consideran que este tipo de evaluaciones son "poco adecuada" ya que corresponden a consulta con el especialista.

En relación a los resultados de la validación de los indicadores del riesgo psicosocial con respecto del niño 7 de 21, (33%) consideran como "muy adecuado" conformado por el grupo de enfermería, los otros 7, (33%) también consideran como "adecuado" y los 7 restantes (33%) consideran como "poco adecuado", éste último grupo sobre todo conformado por médicos generales. En cuanto al riesgo psicosocial con respecto a la familia se advierten diferencias importantes con las respuestas del personal de salud médico y de enfermería, 7 de 21, (33%) consideran como "muy adecuado" conformado por el grupo de enfermería, los otros 7, (33%) también consideran como "adecuado" y los 6 restantes que hace al 21% consideran como poco adecuado, éste último grupo sobre todo conformado por médicos generales también. Sobre la evaluación del riesgo psicosocial en cuanto al entorno 6 de 21, (21%) consideran este apartado como "muy adecuado", otros 6 de los 21 consideran que como "adecuado", 7 de los 21 (33%) como "poco adecuado" y 2 de los 21, (9%) consideran como "inadecuado" porque consideran que este tipo de evaluaciones se evalúan en caso de maltrato; aunque el equipo destaca su importancia en el proceso de evaluación, varios casos son derivados a la defensoría de la niñez para su investigación y se considera que son instancias de trabajo social.

Gráfico 2. Totalizador de los resultados de la Valoración del protocolo: Exploración física, riesgo neuromotor, sensorial y psicosocial		
Tipo de riesgo	%	100%
Exploración física	61.7	63
Riesgo neuromotor	54.8	63
Riesgo sensorial	42.8	63
Riesgo psicosocial	40.3	63

En el gráfico 2 se presentan resultados comparativos porcentuales del protocolo en sus componentes de riesgo motor, sensorial y psicosocial y se observa que son valorados como muy adecuados los indicadores de la exploración física en cuanto a aspecto externo, funciones cardiacas, respiratorias y funcionales califica en un 61,7%. Por debajo de ese valor con 54.8% han sido valorados los indicadores neuromotores de reflejos, tono, reacciones de enderezamiento y control postural.

Los indicadores de riesgo sensorial y psicosocial han sido valorados con 42.8% y 40.3%, lo que indica que son considerados como menos importantes para el equipo médico y de enfermería.

Los indicadores puntuados más altos se refieren a la evaluación clínica y se puede advertir que los indicadores que han puntuado más bajo son los sensoriales y psicosociales posiblemente porque los procesos evaluativos son más funcionales y abarcan una mirada más biopsicosocial.

Discusión

El proceso de evaluación del niño menor de 24 meses de edad, los aspectos a evaluar con mayor atención son aquellos referidos al riesgo neurológico, riesgo sensorial y riesgo ambiental. Sin embargo, este proceso, en caso de probable retraso implica referir a evaluación especializada, para lo cual no se cuenta con un equipo que reciba al niño.

En caso de alerta se solicita que retorne en 30 días, dejando un vacío en la atención durante un periodo valioso por el potencial de neuroplasticidad a esa edad y que ofrece un máximo de oportunidades para estimular al niño.

En cuanto a las recomendaciones para evaluación del menor a 2 años de edad y la Tabla 2 referida a la determinación de hitos del desarrollo según franjas etarias (complemento al Cuadro N° 34) que son las guías con las que cuenta el personal de salud para la evaluación, se puede decir que son muy pobres pues para el seguimiento neuroevolutivo reflejo, motor, y coordinación central se precisan instrumentos más específicos. En ese sentido, será importante además considerar la competencia del personal de salud en el manejo de estas escalas e instrumentos de detección de riesgo neuromotor (Ramírez, 2016)

En cuanto al cuadro de procedimientos N° 34 del Continuo curso de la vida, para evaluar el desarrollo del niño entre las edades de 24 meses a 5 años de edad, no considera variables como la pobreza extrema UINCEF (2016) considerando que ésta se vincula con la carencia estimular de distinta naturaleza será un factor de riesgo importante para el retraso psicomotor (Zuluaga, 2002; Valdés, 2011)

Por otra parte, este cuadro no considera la importancia de la evaluación del riesgo socio-familiar, tomando en cuenta la alta cantidad de familias que habitan en viviendas con ambientes tóxicos y de violencia no se puede ignorar este hecho. Otro aspecto importante que no se observa en el proceso evaluativo es la maternidad en adolescentes, que en el país presenta cifras altas (ENDSA 2008); para 2016 según el informe de UNFPA, no sólo hay incremento de casos sino que en la mayoría de las madres adolescentes asumen solas la maternidad, sin el apoyo de la pareja. Este aspecto será considerado como riesgo psicosocial por el tipo y la calidad del apego que se construye con el niño.

Se considera que el apego se inicia en los primeros días hasta los dos meses de vida con el pre-apego, cuando la madre o figura vincular toca, mira, habla al niño, para que en la fase de formación del apego de los dos a los seis meses de vida y luego el apego mismo, desde los seis meses hasta los tres años donde se consolida este, su importancia para el desarrollo de un apego seguro base de un desempeño cognitivo adecuado y la capacidad de reponerse frente a la adversidad (Basso, 2016)

Muchos de los procedimientos del Programa SUMI que fue creado para cubrir la atención de los menores de cinco años, no se modificaron en gran medida en el continuo de la vida, pues como se evidenció el cuadro de procedimientos N° 24 y 34, donde no se indica el uso instrumentos específicos para la detección del riesgo psiconeurosensorial

Según el último informe de UNFPA (2016) El uso de la información de la histórica clínica puede ayudar al personal de salud a tomar conciencia sobre el escaso número de recién nacidos a los que se les hace el tamizaje neonatal, para proponer acciones que permitan revertir la situación del seguimiento al menor.

Se mantiene el esquema médico del equipo de salud como se observa en el cuadro 3, a pesar de la necesidad evidente de cubrir la atención temprana primaria y estimulación adecuada al niño. El equipo de salud que aplica el continuo de la vida mediante los cuadros de procedimientos 24 y 34 no ha sido formado para pesquisar el riesgo sensorial y psicosocial para el desarrollo de funciones de integración relacionadas con las capacidades cognitivas y sociales. El enfoque es aún biomédico y se extraña el componente psicosocial en los procesos de valoración al menor de 12 meses. La formación de kinesiólogos y psicólogos está orientada no sólo a la valoración del riesgo psiconeurosensorial sino también a dar inicio temprano a la estimulación o terapéutica adecuadas.

El Programa de Desarrollo Infantil Temprano que fue creado en 2012 que se operativiza a partir de las salas de rezago con normativas insuficientes porque no responde al concepto de “desarrollo temprano”, de esta forma se pasa por alto la pesquisa de los indicadores de riesgo psiconeurosensorial que deberían detectarse en los centros de atención primaria como puerta de entrada al sistema de salud.

El proceso de desarrollo de los patrones fundamentales es el resultado de la interacción entre el niño y su medio ambiente y cada habilidad es observable desde distintos planos y diferentes componentes de movimiento, definiendo el estadio del desempeño como inicial, elemental o maduro. Gallahue y Ozmun (2006), expresan que los niños de 6 años de edad deben estar maduros en los niveles de ejecución de los patrones fundamentales y para ello el proceso de adquisición de éstos debe ser cuidadosamente vigilado.

Los niños con alteraciones madurativas que no sean detectados oportunamente en los centros de atención primaria, tendrán menores oportunidades de habilitación o rehabilitación en las instituciones de atención especializada como instituciones de rehabilitación física, institutos psicopedagógico, o institutos de enfermedades de la visión y/o audición que tienen dependencia del Sistema Nacional de Salud. Se entiende por tanto, que no se pueden perder los primeros momentos de pesquisa para una prevención primaria. Por ello, bajo la premisa de “temprano” resulta contradictorio aplicar medidas correctivas cuando se ha establecido el cuadro de retraso alteración del neurodesarrollo. Las intervenciones posteriores resultarán extemporáneas para buscar un desarrollo óptimo ya que se reduce la capacidad de habilitación del niño, sin mencionar el costo elevado que condiciona la aplicación de terapias no accesibles y menos exitosas incrementando la discapacidad en el país.

Considerando la complejidad del desarrollo neurológico es importante valorar el desarrollo del movimiento como una de las categorías más importantes que reflejan la vitalidad de un niño y que expresa desde los primeros meses de vida del niño la integridad del sistema neuromotor es importante señalar que los indicadores de valor neurológico como reflejos osteotendinosos, sensoriales, de desencadenamiento automático y de respuesta cinesiológica, (Vojta, 2011) y sensoriales y psicosociales (Basso, 2016) no han sido incluidos en el proceso evaluativo de los cuadros de procedimientos N° 24 y 34.

El desarrollo motor del niño ha sido objeto de investigación desde hace mucho tiempo, los “patrones motores ideales” descubiertos por Vojta (2011) sirven de base para el análisis de la ontogénesis motora y de las funciones musculares que la sustentan. Dado que los patrones motores ideales, que maduran durante el primer año de vida y son la base del comportamiento motor humano, su estudio en el niño debe ser evaluado con el mayor cuidado desde el punto de vista neuropsicológico, cinesiológico y mecánico, que hacen a las cuestiones motivacionales y sensoriales, las cuestiones de la estabilidad ante variantes motoras y las cuestiones de la postura del cuerpo en el espacio en ese orden correspondiente.

Para Artigas (2007) dentro la práctica sanitaria, intervenir precozmente es un concepto que no se cuestiona, pues, la demora terapéutica siempre se contempla como un fallo del sistema. En todas las situaciones patológicas se tiende a resolver el problema cuanto antes mejor, y se entiende que de este modo no sólo los resultados van a ser mejores, sino que se aliviará la ansiedad derivada de la incertidumbre generada ante cualquier enfermedad. En el caso de los trastornos del neurodesarrollo, esta idea se acentúa todavía más, a pesar de las fuertes objeciones que han sido planteadas sobre la evaluación de la eficacia.

La inclusión de profesionales como fisioterapeutas, kinesiólogos, psicólogos y fonoaudiólogos en el equipo de salud permite que se estudien y evalúen con mayor precisión la detección y atención a este tipo de riesgo que comporta las dimensiones sensoriales, motrices y cognitivas que ya se estudió en otra investigación en centros de atención primaria. (Ramírez, 2016). Resulta importante dinamizar el esquema biomédico (profesionales médicos y enfermeras) si se pretende cumplir con el modelo biopsicosocial y comunitario de la salud, donde la educación a la madre y la familia son fundamentales.

Es importante señalar que la escala abreviada del desarrollo, no tiene el objetivo de detectar el riesgo, sino que es un instrumento de valoración del desarrollo psicomotor y se observa que el mismo en los indicadores de los primeros doce meses de vida no tiene una precisión suficiente para detectar signos de desarrollo sensorial muy importantes como la visión y audición. El instrumento en los primeros seis meses no permite la detección de aspectos del control postural fundamental en el primer año de vida, como tampoco el desarrollo motor que son determinantes en este periodo donde la maduración de la coordinación central se expresa en cada acto motor.

Al no tener definida una batería específica para valoración del riesgo psiconeurosensorial para aplicarse en el control del niño se efectúan valoraciones mensuales de talla, peso, examen físico, desarrollo psicomotor basados en algunos indicadores extractados de escalas como la abreviada del desarrollo de Ortiz (1999) que son las se disponen en la tabla 2 y 3 complementarios a los cuadros de procedimientos N° 24 y 34 del Continuo curso de la vida.

Reflexionar sobre nuestras prácticas en salud va a permitir que los procesos de detección del riesgo de alteraciones neuromotoras o psicosociales donde la participación del personal de salud es muy valiosa por el aporte en los procesos investigativos que contribuirán a un diagnóstico y tratamiento cada vez más tempranos.

Conclusiones

- El protocolo ha sido evaluado como muy adecuado en lo referente a la exploración física, en sus componentes aspecto externo, funciones cardiorrespiratoria y conductas funcionales. Los indicadores de riesgo neuromotor en cuanto a reflejos, reacciones de enderezamiento, tono y control postural fueron considerados adecuados. Desde el punto de vista neuro- kinesiológico es importante fortalecer su práctica en la rutina de evaluación médica.

- Los indicadores de riesgo sensorial e indicadores de riesgo psicosocial han sido evaluados como poco adecuado por ello, resulta importante desarrollar procesos de formación para el diagnóstico e intervención que potencien la mirada biopsicosocial del niño.
- Los indicadores de evaluación del riesgo psicosocial y aspectos socio-familiares y ambientales, deben ser incorporados en el proceso evaluativo pues constituyen medio que rodea al niño y la madre resulta la figura vincular de apego más importante que tiene este en los primeros años de vida por las implicancias en las dimensiones neuromotoras y sensoriales.
- Es importante que las actuaciones para la detección temprana del riesgo psiconeurosensorial considere la globalidad del desarrollo del niño y que el sistema fortalezca su componente educativo, con políticas de mayor involucramiento de los padres, la familia y la comunidad.
- El concepto de prevención primaria en el riesgo psiconeurosensorial plantea aún muchos retos en Bolivia, se tiene poco avance en el tema y las tendencias en la problemática muestran la importancia de aplicar instrumentos diagnósticos en los primeros años de vida incorporando procesos de evaluación más precisos desde una orientación biopsicosocial del modelo que debe expresarse además por la inclusión de profesionales kinesiólogos y psicólogos que contribuyan a un diagnóstico y tratamiento temprano e integral para de esta manera contribuir a reducir la prevalencia de la discapacidad en el país.

Bibliografía

- Artigas J. (2007) Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo". Revista de Neurología. 44. 31-34.
- Arizcun, J., Valle, M. (1999) Prevención de deficienciagalls en el periodo perinatal en curso sobre prevención de deficiencias. ". Madrid: Real.
- Austin B., Haynes J., Miller J. (2004) Using a game sense approach for improving fundamental motor skills paper. Paper presented at Australian Association for Research in Education Conference. Dec; Melbourne, Victoria,; Australia.
- Basso G. (2016) Neurodesarrollo en Neonatología. Intervención ultratemprana en la unidad de cuidados infantiles neonatales. Buenos Aires: Panamericana.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2008). Encuesta Nacional de Juventudes. En: <http://es.scribd.com/doc/22108642/Encuesta-Nacional-de-Demografia-y-Salud-ENDSA-2008>.
- Fernández E. (1983) "El seguimiento del niño de alto riesgo Anuario de Neurología Evolutiva Aspace". Guipúzcoa.
- Fondo de población de las naciones unidas. 2016. Estudio sobre el embarazo en la adolescencia en 14 municipios de Bolivia. Informe final. La Paz; Bolivia.
- Gallahue D., y Ozmun J. (2006) Understanding motor development infants, children, adolescents, adults. MacGraw Hill.

- Grupo de atención temprana (2000) "Libro Blanco de la Atención Temprana". Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.
- Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (2002) Programa del Seguro Universal Materno Infantil. La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (2006) Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en el marco de la meta. Desnutrición Cero. AIEPI – Nut. Dirección General de Salud Unidad de Servicios de Salud y Calidad. La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (2013) Programa de Desarrollo infantil temprano. La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (2013) Atención integrada al continuo del curso de la vida adolescente-mujer en edad fértil-mujer durante el embarazo, parto y puerperio-recién nacido/a-niño/a menor de 5 años. La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (2013) Ley de prestaciones servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Salud. Ley 475. La Paz, Bolivia.
- Organización Panamericana de la Salud (1999) Escala Abreviada del Desarrollo. Nelson Ortiz. Costa Rica.
- Organización Panamericana de la Salud. Programa de subvenciones para la investigación. Guía para escribir un protocolo de Investigación. <http://www.gorgas.gob.pa/wp-content/uploads/2013/11/Gu%C3%ADa-para-Escribir-un-Protocolo-Propuesta-de-Investigaci%C3%B3n-OPS.pdf>
- Patronato de prevención y atención a personas con minusvalía (1995) Documentos 33/92. Madrid, España.
- Poo P., Campistol J., Iriondo M. (2000) Recién nacido de riesgo neurológico en el año 2000. Recomendaciones para el seguimiento, incorporación de nuevos instrumentos. Revista Neurología; 31. 645-652.
- Programa NAR. (2005) Programa de prevención y atención a niños recién nacidos de alto riesgo psiconeurosensorial. Real Patronato sobre discapacidad. Madrid, España.
- Raimondi P. (1999) "Cinesiología y Psicomotricidad". Barcelona: Paidotribo.
- Ramírez I., León R. y Chambi C. (2015) Sin acceso a mi ciudad: la negación simbólica del cuerpo de la discapacidad", Revista Surgiendo 3. Sucre: Tupac Katari.
- Ramírez I. (2016) Revista Surgiendo 4. Análisis de los procesos de detección y atención del riesgo psiconeurosensorial en menores de cinco años de los centros de atención primaria. Sucre: Tupac Katari.
- Ramos I, y Márquez A. (1997) Unidad de seguimiento madurativo de recién nacidos de riesgo psiconeurosensorial" Anales España Pediatría.
- Rosenbaum P., Paneth N., Leviton A., Goldstein M., Bax M., y Damiano D., et al. (2007) A report: The definition and classification of cerebral palsy". April 2006. Rev Med Child Neurol. 109. 8-14.

- Ruiz A., y Robles C. (1997) Prevención, atención y seguimiento de niños en riesgo o con lesiones establecidas. Granada: Comares.
- Sanhueza A. (2006) Psychomotor Development, Environmental Stimulation, and Socioeconomic Level of Preschoolers in Temuco";*Pediatric Physical Therapy*. 18 (2) 141-147.
- Sección de perinatología de la Asociación Española de Pediatría. (. 1988) Atención neonatal. Recomendaciones y bases para una adecuada asistencia". *Anales España Pediatría*. 28. 335-344.
- Tejerina M., Soto J., Delgadillo M., Flores O., Pardo I., Márquez C. y cols. (2008) Norma Nacional de la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios ". Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. La Paz, Bolivia.
- UNICEF(2016). Apoyando el desarrollo en la primera infancia: de la ciencia a la aplicación a gran escala. Un resumen ejecutivo de la serie de The Lancet.
- Valdés M., Spencer R. (2011). Influencia del nivel socioeconómico familiar sobre el desarrollo psicomotor de niños y niñas de 4 a 5 años de edad de la ciudad de Talca – Chile. *Theoria*, 20. (2) 29-43.
- Vojta V., Sheweizer E. (2011). "El descubrimiento de la motricidad ideal". Madrid: Morata.
- Zukunft B. (1997) El desarrollo sano durante el primer año de vida. Guía para observar el correcto desarrollo del bebé a través de sus movimientos naturales", *Guía para padres*, nº 33. Barcelona: Paidós Ibérica S.
- Zuluaga J. (2002) "Neurodesarrollo y estimulación". Colombia: Panamericana.

Infancias...

EXPLORACIÓN NEUROKINESIOLÓGICA

Calvo Arenillas, José Ignacio.

*Escuela de Universitaria de Enfermería y
Fisioterapia, Universidad de Salamanca*

Resumen

Para el diagnóstico precoz es necesario observar al bebé, realizar una serie de reacciones posturales y reflejos, con el fin de conocer su estado de desarrollo psicomotor y posibles alteraciones que indiquen la necesidad o no de tratamiento fisioterapéutico. La observación debe hacerse con el bebe sin ropa, primero en decúbito supino y luego en prono. Con la atención puesta en ocho funciones presentes en todas las etapas de desarrollo que varían conforme se va produciendo la madurez neuromotriz.

Palabras Clave: Neurodesarrollo,
Coordinación central, Reacciones
posturales.



EXPLORACIÓN NEUROKINESIOLÓGICA

José Ignacio Calvo Arenillas

Universidad de Salamanca. Escuela Universitaria de ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

Introducción

Para el diagnóstico precoz de las alteraciones de coordinación central es necesario observar al infante, realizar una serie de reacciones posturales y reflejos, con el fin de conocer su estado de desarrollo psicomotor y posibles alteraciones que indiquen la necesidad o no de tratamiento fisioterapéutico.

La observación debe hacerse con el infante sin ropa, primero en decúbito supino y luego en prono. Con la atención puesta en ocho funciones presentes en todas las etapas de desarrollo que varían conforme se va produciendo la madurez neuromotriz, las infante funciones son:

- 1.- Toma de contacto con el medio.
- 2.- Función de apoyo de la extremidad superior.
- 3.- Función de apoyo de la extremidad inferior.
- 4.- Prensión manual.
- 5.- Garra plantar.
- 6.- Función de volteo.
- 7.- Mirada.
- 8.- Boca.

Todas estas funciones están en concordancia con lo que se espera en el desarrollo ontogénico del infante durante el primer año de vida, dado que el

organismo en interacción con el entorno genera patrones posturales y juegos musculares que originan conductas motoras cada vez más complejas hasta conseguir la locomoción bípeda, la prensión propositiva y la aparición del habla.

Este complejo proceso de maduración neuromotora en los humanos está encaminado a producir la liberación de las extremidades superiores de su función de apoyo para que poco a poco se instaure la función de prensión y liberando a la boca de la función prensil se comiencen a articular sonidos que se conviertan en las palabras. Este proceso está sujeto a determinados principios del desarrollo:

A.- Principio de la progresión del desarrollo: siempre progresa de la cabeza a los pies (céfalo-caudal) y del centro a la periferia (próximo-distal), de tal manera que se controla la cabeza antes que el tronco y funcionalmente se adquiere antes el gateo que la bipedestación. (Ames L 1937) (Gessell A 1954) (Peiper A 1963) (Illingworth 1982).

B.- Principio de progresión del movimiento: siempre desde un movimiento global, indiferenciado se progresa hacia un movimiento específico, diferenciado. El infante recién nacido muestra movimientos globales y poco a poco es capaz de mover su cabeza sin mover el tronco o diferenciar el movimiento de sus cinturas escapular y pélvica (Gessell A 1954).

C.- Principio de progresión del control de lo fundamental a lo accesorio: Es necesario controlar el movimiento del cuello para dirigir la mirada o tiene de producirse retroversión pélvica y la congruencia articular de la cadera para producir un apoyo distal estable (Gessell A 1954).

D.- Principio de la asimetría funcional o de la lateralidad: estamos preparados para asumir funciones diferenciadas en cada una de las mitades de nuestro cuerpo resultantes de la división por un plano sagital, de tal forma que las extremidades derechas (controladas por lo general por el hemisferio cerebral izquierdo) asumen un protagonismo especial en casi el 90% de la población; y, las extremidades izquierdas (controladas por lo general por el hemisferio cerebral derecho) expresan su función de una manera más "torpe", véase la escritura o cualquier juego asimétrico que utilice las extremidades inferiores como el fútbol. (Gessell A 1954).

E.- Principio del entramado recíproco (reciprocal interweaving): de tal manera que ambas mitades (derecha e izquierda) de nuestro cuerpo conocen y reaccionan dependiendo una de la otra, por ejemplo, si estando sentados con las piernas colgando y siendo diestros realizamos círculos en el aire a favor de las agujas del reloj con la pierna derecha y un momento después, manteniendo el movimiento, escribimos en el aire con la mano derecha un 6 probablemente la pierna derecha se detenga y realice los círculos en contra de las agujas del reloj; sin embargo, si la actividad se hace cruzada (círculos en el aire a favor de las agujas del reloj con la pierna izquierda y un momento después, manteniendo el movimiento, escribimos en el aire con la mano derecha un 6), no hay cambio en la dirección de los movimientos. De esta manera se puede afirmar que lo homolateral reacciona de la misma manera y lo bilateral se disocia en el movimiento. (Gessell A 1954) (Sherrington CS 1910).

Para una mejor comprensión y a pesar de que los cambios se producen paulatinamente se pueden diferenciar etapas en el desarrollo ontogénico en el primer año de vida; así se diferencian cuatro de estas etapas que reúnen características que las definen:

1.- Fase de reflejos primitivos. Con una duración de seis semanas, desde el nacimiento hasta el primer mes y medio.¹⁵ En la toma de contacto con el medio el infante solamente responde ante estímulos auditivos, gustativos, ópticos y táctiles. Al final de la etapa comienza el contacto consciente con el medio. Con la extremidad superior no hay ninguna posibilidad de apoyo, los brazos se encuentran pegados al cuerpo, la superficie de apoyo va de la mejilla al ombligo donde se encuentra en centro de masa (donde confluyen los vectores de fuerza) y la cabeza puede apoyarse simétricamente. La extremidad inferior tampoco tiene posibilidad de apoyo en esta etapa observándose un flexo de cadera de 90 o más grados con hiperlordosis lumbar; al final de la etapa comienza la extensión con rotación externa de la cadera¹⁶. La prensión manual se expresa en los movimientos globales (holoquinéticos), tipo reacción de Moro, que se presentan ante estímulos repentinos de suficiente intensidad. La garra plantar se muestra en los pataleos primitivos con movimientos totales (flexión y extensión), colocándose el pie, en la fase de flexión total de la extremidad en dorsiflexión y eversión, con los dedos en flexión, a veces también el antepié¹⁷. En esta etapa no existe posibilidad de volteo. Puede fijar la mirada transitoriamente duran dos o tres segundos y puede observarse el fenómeno de ojos de muñeca¹⁸ después del primer mes se produce una fijación más prolongada de la mirada con contacto con cercanía; entre la cuarta y la sexta semana se produce la orientación espacial con giro de la cabeza y de la mirada simultáneamente. La boca reacciona reflejamente con el reflejo de succión en salvas y el de búsqueda muy vivo en todo el territorio del trigémino; el reflejo "rooting"¹⁹ es muy positivo; a partir del primer mes la búsqueda solamente se desencadena desde la zona perioral.

2.- Fase de desaparición de los reflejos primitivos con una duración de mes y medio desde la 6ª semana del nacimiento hasta el final del tercer mes. En la toma de contacto con el medio el infante nos muestra ya claramente el contacto consciente con el medio a través de la cara y el oído. Con la extremidad superior aparece la elevación transitoria de la cabeza para la orientación óptica y acústica, muestra apoyo transitorio en los antebrazos, comienza el desplazamiento del centro de masa caudalmente hacia la pelvis; al final del tercer mes la cabeza está fuera del plano de apoyo, con extensión simétrica del cuello, giro motivado de la cabeza, se apoya en ambos codos con brazos en flexión de 90º, el centro de masa se sitúa en la pelvis¹². La extremidad inferior en

15 Hay que hacer la salvedad de que la edad de nacimiento se corresponde con las 40 semanas de embarazo, ya que si el nacimiento se produce antes de las 37 semanas hay que corregir la edad, de tal manera que si por ejemplo el infante nació a la 34 semana de embarazo y le exploramos al mes y medio de vida, su desarrollo se encuentra como si fuera un recién nacido.

16 Observación del infante en decúbito prono

17 Observación del infante en decúbito supino

18 Estando en decúbito supino cuando se gira la cabeza hacia uno de los lados, los ojos permanecen mirando hacia el frente para después caer hacia el lado de giro de la cabeza.

19 Reflejo de "rooting": al introducir el dedo en la boca y tocar levemente la mucosa del labio inferior, del superior y en ambas comisuras, la lengua se desvía hacia el lugar que se ha tocado

las dos primeras semanas (hasta el segundo mes) comienza la extensión de la cadera y sitúa las extremidades inferiores en rotación externa; al final de la fase cuando el centro de masa llega a la pelvis sitúa sus extremidades inferiores en extensión separación y rotación externa*. La prensión manual se expresa en los movimientos distónicos con el contacto motor con el medio (fase distónica); desde los dos meses, aparece la coordinación mano-mano; cuando aparecen estos movimientos globales con las manos se produce la elevación (flexión de cadera y rodilla) de ambas extremidades inferiores*. La garra plantar se observa entre la 6ª y 7ª semana la aparición de una posición especial cuando se produce el contacto consciente con el medio, irradiando la motricidad hasta el pie, dicha postura se caracteriza por la rotación de la cabeza con la captura foveal del objeto o persona de su interés, flexionando relajadamente el codo, cadera y rodilla del lado nucal y extendiendo con separación el brazo, el codo, la cadera y la rodilla con flexión plantar e inversión del pie del lado facial (posición del esgrimidor); durante el tercer mes se produce la flexión de caderas y rodillas manteniendo los pies en posición media**. Sigue en esta fase sin posibilidad de volteo. En el tercer mes la mirada se dirige moviendo los ojos lateralmente 30°, lo que permite mirar sin mover la cabeza. También durante el tercer mes en lo que se refiere a la boca, desaparece el reflejo de búsqueda.

3.- Fase de diferenciación de la motricidad grosera con una duración de cuatro meses, o sea, desde el inicio del 4º mes hasta el final del 7º. En la toma de contacto con el medio desde el 4º mes aparece la sonrisa de júbilo y la vocalización modulada; a partir del 5º mes comienza a identificar a las personas y a dar respuestas activas al medio (Murray EA, Mishkin 1983) (Gómez J 1999). La función de apoyo de la extremidad superior aparece con el desplazamiento del centro de masa lateralmente hacia un codo, la cabeza y el otro brazo se colocan fuera del plano de apoyo, la cara mira hacia el brazo libre que puede flexionarse hasta los 120°, lo que propicia alcanzar objetos; a los 6 meses se produce la extensión de los codos y en apoyo simétrico en ambas manos que deben estar abiertas con los dedos desplegados; a los 7 meses se coloca en posición tetrapodal y se balancea craneal y caudalmente durante dos a tres semanas.^{12, 13.}

En la extremidad inferior a los 4 meses y medio, cada vez que mira hacia un lado, se producen apoyos transitorios en la rodilla facial flexionada, con la cadera en flexión y rotación externa; de los 5 a los seis meses aparece un patrón postural típico con el cuello extendido, el tronco incurvado con concavidad de la espada, los hombros rotados externamente con extensión y abducción ligera, codos en flexión mayor de 90° y antebrazos pronados, las extremidades inferiores en extensión de caderas y rodillas con los pies en flexión plantar (patrón del nadador); a los 6 meses se desplaza el centro de masa hacia los muslos, separando la sínfisis del pubis del plano cuando se apoya en ambas manos abiertas con codos extendidos y hombros flexionados; a los 7 meses aparece la sedestación oblicua, de tal manera que cuando rota la cabeza y el cuello hacia un lado el centro de masa se desplaza hacia el otro lado en dirección caudal quedando el infante con apoyo en la mano nucal con codo extendido y en cara externa del muslo nucal ligeramente flexionado lo que propicia el primer enderezamiento del tronco, pudiendo manipular objetos con la mano facial y apoyarse en el pie del lado nucal que mantiene

flexionadas cadera y rodilla*. La prensión manual a los 4 meses se expresa es dirigida hacia un objeto, siendo los primeros movimientos segmentarios aislados del brazo facial, la mano se abre y se cierra desde y hacia el cúbito (prensión ulnar); desde los 4 meses y media a los 6 meses se produce el cruce de la línea media con la mano en garra radial con lo que se desplaza en centro de masa lateralmente, nos indica la mielinización progresiva del cuerpo caloso y la conexión interemisférica (Quintero-Gallego E et al 2003); entre los 5 y los 6 meses aparece la coordinación mano-genitales y mano-muslo, también es capaz de cambiar objetos entre las manos; de los 6 a los 7 meses se produce la coordinación mano-pie-boca-ojo¹³.

La garra plantar a los 4 meses se observa porque es dirigida con inversión de los pies, las caderas se encuentran en abducción y rotación externa; del final del 4º mes al final del 6º aparece la garra plantar asociada al hacer presión dirigida de la mano; entre el 6º y 7º mes se aprecia la coordinación pies-ojos-boca-manos**. Desde los 4 meses aparece la preparación para el volteo de decúbito supino a decúbito prono, al adoptar en el supino una posición inestable por la flexión de caderas y rodillas contra la gravedad y la aproximación de las manos a la línea media; entre los 4 y los 5 meses se desplaza el centro de masa en decúbito supino en dirección lateral y craneal, lo que origina una posición oblicua de la cadera en el plano frontal, diferenciándose las extremidades inferiores, la de arriba hacia la flexión de cadera y rodilla y la de abajo hacia la extensión lo que genera el volteo de supino a decúbito lateral; desde ese decúbito lateral inestable a los 6 meses se completa el volteo coordinado hacia prono; entre los 7 y 8 meses desde el decúbito lateral estable dirige el centro de masa hacia dorsal y ventral de forma alternante, utilizando el codo de abajo como apoyo. El movimiento ocular madura permitiendo la captura foveal permitiendo dirigir la visión.^{12,13}

En todos los planos y ejes, los 4 meses y lo más tardar a los 6 debe de estar siempre presente el reflejo óptico-facial. A partir de los 4 meses se inicia la función de morder; entre los 5 y 6 meses se produce una insalivación masiva con los movimientos de garra palmar y plantar; a los 6 meses debe estar presente la masticación.

4.- Fase de verticalización y de la motricidad fina con una duración de cuatro meses, o sea, desde el inicio del 8º mes hasta el final del 11º, aunque se puede considerar hasta los 13 meses. En la toma de contacto con el medio a partir del 8º mes hay gran riqueza mímica, extraña y juega (Murray EA, Mishkin 1983) (Gómez J 1999); desde los 11 meses se producen sonidos referidos a objetos y a los 12 meses las primeras palabras. La función de apoyo de la extremidad superior se muestra al arrastrarse desde los 8 meses, desde la posición de sedestación oblicua el centro de masa se desplaza en dirección cráneo dorsal facilitando el gateo; de los 8 a los 9 meses es capaz de impulsarse hacia arriba para elevarse hasta la bipedestación, flexionando los brazos por encima de los 120º; entre los 9 y 10 meses aparece el gateo coordinado; desde los 11 a los 13 meses aparecen los pasos laterales cuando está en bipedestación sujetándose con ambas manos. En la función de apoyo de la extremidad inferior de los 8 a los 9 meses se produce la sedestación lateral que cambia cuando quiere a sedestación con las piernas en extensión; entre los 11 meses y medio y los 12

meses y medio, aparece la marcha libre que al principio realiza de isla en isla y poco a poco desaparece la necesidad de un apoyo inmediato con las manos. La prensión manual se aprecia desde los 7 meses y medio hasta los 8 meses en forma de pinza manual que se denomina en ceja, empieza la motricidad fina; en el 8º mes dirige la mano hacia arriba colocando el brazo en flexión de más de 120º; a partir de los 9 meses aparece la pinza en tenaza con oposición del primer dedo. En esta fase ya no utiliza la garra plantar. Entre los 8 y los 9 meses se produce el volteo coordinado de decúbito prono a supino que siempre realiza sobre el lado estable; desplaza el centro de masa desde la zona caudal sobre el lateral hacia la zona craneal lo que le permite llegar a la sedestación oblicua y lateral si quiere.

Una vez observada la motricidad que nos muestra el infante para proseguir en la exploración neurocinesiológica es necesario explorar las respuestas de ajuste postural que se producen cuando se desequilibra al infante en distintas posiciones, a esto le denominamos "reactibilidad postural" ya que todo movimiento empieza en una postura y termina en una postura (von R Magnus 1924) si se observan desajustes en la coordinación de las posturas se podrá saber su influencia sobre el desarrollo normal del movimiento.

Para el estudio de la reactividad postural se realizan siete reacciones posturales que aparecen de distintas maneras según el momento del desarrollo, pudiéndose concluir una vez observadas si son normales, están retrasadas o presentan patrones de respuesta parciales o totales patológicos. Dichas reacciones son las siguientes:

A.- Reacción de tracción (Vojta V 2005):

Partiendo de la posición de decúbito con la cabeza alineada, consiste en traccionar lentamente del niño sujeto por las manos hasta una posición inclinada de unos 45º sobre la horizontal por la flexión de caderas. Durante la presa manual en el niño, se colocará el dedo pulgar del examinador sobre la palma del niño y con el resto de los dedos se sujeta la parte distal del antebrazo sin tocar el dorso de la mano.

Evoluciona en cuatro fases durante el primer año, haciendo la salvedad de que la segunda fase se divide en dos subfases a y b.

Primera fase desde el nacimiento a la 6ª semana (patrones normales): la cabeza cuelga hacia atrás y está algo reclinada. En las caderas y rodillas se produce el fenómeno de la triple flexión simétrica con movimientos tipo Moro hasta la segunda semana, después evoluciona hacia una leve flexión.

Segunda fase (a) desde la 7ª semana al final del 3º mes (patrones normales): la cabeza se sitúa en prolongación de la columna vertebral. En las caderas y rodillas existe una clara flexión.

Segunda fase (b) desde el 4º al final del 6º mes (patrones normales): la cabeza se sitúa en anteflexión. Las caderas y rodillas se encuentran flexionadas hacia el cuerpo.

Tercera fase desde el 7º al final del 8º mes (patrones normales): la cabeza se sitúa en anteflexión y se impulsa hacia adelante apoyado en las nalgas. En las

caderas y rodillas cede la flexión y se produce una extensión media y abducción de las extremidades inferiores.

Cuarta fase desde el 9º al 10º o 12º mes (patrones normales): la cabeza se sitúa en anteflexión y se impulsa hacia adelante apoyado en las nalgas. En las caderas y rodillas se observa una extensión relajada y abducción de las extremidades inferiores.

Con respecto a los patrones anormales pueden aparecer en cualquiera de las fases y en resumen se observa que la cabeza sube en bloque con el ronco o cae flácida en opistótonos. En caderas y rodillas pueden observarse patrones que incluyen hiperabducción del muslo con flexión de rodilla; hiperabducción del muslo con extensión de rodilla; flexión de cadera, extensión de rodilla y pie equino; semiflexión de la extremidad con apoyo de talón; extensión de cadera y rodilla con pie equino; extensión de cadera y rodilla con apoyo en talón; elevación exagerada de las extremidades inferiores, en extensión.

B.- Reacción de Landau (Landau A 1923) (Vojta V 2005):

Consiste en sujetar al niño por el abdomen, manteniéndolo sobre la palma de la mano, en posición horizontal (suspensión ventral horizontal).

Evoluciona en tres fases durante el primer año de vida.

Primera fase desde el nacimiento a la 6ª semana (patrones normales): la cabeza y la columna vertebral está levemente flexionadas. Las extremidades superiores en semiflexión relajada y las inferiores levemente flexionadas en todas las articulaciones con la salvedad de que el ángulo tronco-muslo debe estar en 90º.

Segunda fase desde la 7ª semana al 4º mes (patrones normales): en la cabeza se observa la extensión simétrica del cuello. Las extremidades superiores en semiflexión relajada y en las inferiores las caderas se mantienen en flexión y las rodillas inician la extensión.

Tercera fase desde el 5º mes y se completa a los 6 meses (patrones normales): en la cabeza y columna se observa la extensión simétrica del cuello y columna dorsal, produciéndose con el paso del tiempo la extensión simétrica hasta charnela lumbosacra. En las extremidades superiores las manos deben estar abiertas y los dedos en semiextensión y en las inferiores las caderas están flexionadas y las rodillas semiflexionadas o extendidas.

Con respecto a los patrones anormales pueden aparecer en cualquiera de las fases y en resumen se observa que la cabeza cuelga flácida, que existe una reclinación de la cabeza, tiene el tronco extendido y las extremidades inferiores en flexo (sólo en las primeras 6 semanas); y, en la columna se observa una flexión en zona dorsolumbar, también puede aparecer la posición de opistótonos. Las extremidades superiores: pueden estar en flexión y retracción o en extensión rígida hacia delante o en abducción rígida con retracción o en protracción de hombro con brazo en extensión hacia delante o en abducción con rotación interna o aparecer las manos en puño. Las extremidades inferiores pueden aparecer en extensión rígida con pies equinos y las caderas en leve flexión o bien en extensión rígida de caderas y rodillas.

C.- Reacción a la suspensión axilar (Vojta V 2005):

Consiste en mantener el niño en suspensión vertical, con la cabeza hacia arriba y la espalda hacia el explorador, sin tocar durante la sujeción las escápulas del niño.

Evoluciona en dos fases la primera de ellas dividida en dos subfases a y b.

Primera fase (a) desde el nacimiento al 3er mes (patrones normales): las extremidades inferiores cuelgan en leve flexión.

Primera fase (b) desde 4º mes al 7º mes (patrones normales): las extremidades inferiores en clara flexión (ángulo tronco-muslo menor de 120º).

Segunda fase a partir del 8º mes (patrones normales): en las extremidades inferiores cede la flexión y aparece una extensión relajada y simétrica.

Con respecto a los patrones anormales pueden aparecer en cualquiera de las fases y en resumen se observa que aparezcan las extremidades inferiores en asimetría (stepping), o bien en extensión rígida con abducción rotación interna y equino en los pies; también pueden presentar extensión rígida y equinos con tijera (cruce de las extremidades inferiores).

D.- Reacción a la pérdida de equilibrio lateral de Vojta (Vojta V 2005):

Partiendo de la posición en la que el infante es mantenido verticalmente por el tronco, con la espalda hacia el examinador, se imprime un giro repentino del niño hasta la posición horizontal. Hay que hacer el giro a uno y otro lado evaluando las extremidades que quedan por arriba.

Evoluciona en tres fases y dos transiciones entre la primera y segunda fase; y, entre ésta y la tercera.

Primera fase desde el nacimiento a la 10ª semana (patrones normales): La extremidad superior realiza un movimiento con el patrón tipo de respuesta en la reacción de Moro. (Lehmann RK et al 2011). En la extremidad inferior se aprecia una triple flexión rápida.

Primera transición desde la 11ª a la 20ª semana (patrones normales): La extremidad superior realiza un movimiento con el patrón tipo de respuesta en la reacción de Moro pero solo en abducción. En la extremidad inferior se aprecia una flexión relajada.

Segunda fase desde el 4º/5º mes hasta el 7º mes (patrones normales): La extremidad superior se muestra en flexión relajada y con la mano abierta. En la extremidad inferior se observa flexión relajada (también en la extremidad inferior de abajo).

Segunda transición desde el 7º/8º mes hasta el 9º mes (patrones normales): La extremidad superior se muestra en flexión relajada. En la extremidad inferior se observa flexión relajada en la cadera y se inicia la extensión de rodilla.

Tercera fase desde el 9º o 10º mes (patrones normales): en la extremidad superior la abducción de hombro a 90º con extensión de codo. En la inferior aparece la abducción de cadera con extensión de rodilla y el pie en dorsiflexión.

Con respecto a los patrones anormales pueden aparecer en cualquiera de las fases y en resumen se observa que en la extremidad superior aparece un patrón de Moro semibloqueado o bien una separación rígida con rotación interna de hombro y también la apertura incompleta de manos o las manos en puño, o bien una flexión o extensión rígida de hombro, también flexión con retracción del hombro. En la extremidad inferior se puede observar la flexión de la primera fase retardada o una extensión rígida de cadera y rodilla con rotación interna de cadera. Aunque no es valorable puede aparecer una incurvación del tronco de convexidad en la zona que queda por arriba.

E.- Reacción a la suspensión lateral horizontal de Collis-Vojta (Collis E 1954) (Vojta V 2005):

Consiste en elevar al niño sujetándolo por el brazo y el muslo del mismo lado, solo se evalúan las extremidades que quedan libres, en este caso las que quedan por debajo.

Evoluciona en tres fases, la primera de ellas dividida en dos subfases a y b.

Primera fase (a) desde el nacimiento a la 6ª semana (patrones normales): la extremidad superior que queda por debajo realiza un patrón tipo moro, la mano debe estar abierta; en la extremidad inferior que queda por abajo se aprecia una flexión relajada.

Primera fase (b) desde la 7ª semana al 3^{er} mes (patrones normales): la extremidad superior que queda por debajo se produce una abducción del hombro tipo Moro, una flexión relajada del codo y la mano está cerrada relajada; la extremidad inferior que queda por debajo muestra una abducción del muslo y una flexión relajada de cadera y rodilla.

Segunda fase desde el 4º al final del 6º mes (patrones normales): la extremidad superior que queda por debajo presenta una flexión de hombro, pronación del antebrazo con la apertura de mano desde el 5º dedo y la mano abierta preparada para el apoyo; la extremidad inferior que queda por debajo presenta una flexión relajada en todas grandes articulaciones.

Tercera fase a partir del 8º/9º mes (patrones normales): la extremidad superior que queda por debajo se separa y se extiende el codo para apoyar la mano abierta en el plano; la extremidad inferior que queda por debajo se flexiona en la cadera y la rodilla tiende a la extensión para colocar el pie en un principio con apoyo en borde externo, después se apoya el antepié hasta que termina apoyando toda la planta en el plano.

Con respecto a los patrones anormales pueden aparecer en cualquiera de las fases y en resumen se observa que la cabeza cuelga inerte. La extremidad superior que queda por debajo puede presentar un patrón de Moro bloqueado o bien flexión y retracción de hombro o también extensión rígida con rotación interna de hombro, puede que se produzca una apertura incompleta de mano con inclinación ulnar o con la mano en puño. La extremidad inferior que queda por debajo realiza un movimiento extensión y flexión o bien se produce el apoyo en punta de pie con extensión rígida de la pierna y siempre que se aprecie extensión rígida de cualquier articulación de esta extremidad.

F.-Reacción de suspensión vertical de Peiper-Isbert (Peiper A, Isbert H 1927) (Vojta V 2005):

Partiendo desde el decúbito supino (durante los cuatro o cinco primeros meses) o del decúbito prono (posteriormente), consiste en coger al niño por las rodillas o muslos y levantarlo rápidamente a la vertical con la cabeza hacia abajo.

Evoluciona en cuatro fases, la primera de ellas dividida en dos subfases a y b.

Primera fase (a) desde el nacimiento a la 6ª semana (patrones normales): en la cabeza y la columna cervical se observa una extensión axial y simétrica de cuello desde la nuca; las extremidades superiores muestran un patrón tipo Moro.

Primera fase (b) desde la 7ª semana al 3^{er} mes (patrones normales): en la cabeza y la columna cervical se observa una extensión axial y simétrica de cuello desde la nuca; las extremidades superiores muestran abducción tipo Moro y las manos abiertas.

Segunda fase desde el 4^o/5^o al final del 6^o mes (patrones normales): en la cabeza y columna se aprecia una extensión axial de columna cervical y dorsal; las extremidades superiores presentan abducción/flexión de hombros y las manos abiertas.

Tercera fase desde 7^o al 12^o mes (patrones normales): en la cabeza y columna se aprecia una extensión axial de columna hasta la charnela lumbo-sacra; las extremidades superiores presentan una flexión completa de hombros con las manos abiertas como si quisiera apoyarse en el plano.

Cuarta fase desde el 9^o/10^o al 12/14^o mes (patrones normales): en la cabeza y columna se aprecia flexión voluntaria de tronco; las extremidades superiores se colocan de tal forma que van a como si quisieran agarrarse al examinador, siempre con las manos abiertas.

Con respecto a los patrones anormales pueden aparecer en cualquiera de las fases y en resumen se observa que en la cabeza y la columna puede faltar de extensión de cuello y que la cabeza que cuelgue inerte o bien que exista una reclinación de cabeza o también la posición de opistótonos, puede que la cabeza se muestre rotada o inclinada hacia alguno de los lados, en algunos casos puede presentarse el tronco inclinado hacia alguno de los lados. Las extremidades superiores pueden mostrar una reacción rígida tipo Moro o bien se presente con separación rígida de brazos con rotación interna y retracción de hombros o también con flexión rígida de hombros y extensión de codos o una flexión de codos y retracción de brazos, puede que exista una apertura incompleta de manos o las manos en puño.

G.-Reacción a la suspensión vertical de Collis (Collis E 1954) (Vojta V 2005):

Partiendo del decúbito supino se sujeta al niño por la rodilla o el muslo y se le lleva rápidamente a la vertical, con la cabeza hacia abajo. Solamente se valora la extremidad inferior que queda libre.

Evoluciona básicamente en dos fases.

Primera fase desde el nacimiento hasta el 6º mes (patrones normales): se aprecia en la extremidad inferior libre una triple flexión inmediata o bien un movimiento de extensión y después triple flexión.

Segunda fase a partir del 6º/7º mes (patrones normales): se aprecia en la extremidad inferior libre una flexión de cadera y una extensión relajada de la rodilla.

Con respecto a los patrones anormales pueden aparecer en cualquiera de las fases y en resumen se observa que la extremidad inferior libre cuelga inerte o bien aparece extensión cadera y rodilla después de flexión o también una extensión rígida de la rodilla o una extensión de cadera con rodilla en flexión rígida.

Los reflejos que pueden presentarse en el infante durante el primer año de vida se dividen en: reflejos primitivos; reflejos osteotendinosos; y, reflejos patológicos. Cuando se analicen siempre hay que tener en cuenta su dinámica (tiempos de latencia), la Intensidad y calidad de la respuesta; y, cómo no, su presencia o ausencia.

Los reflejos primitivos se dividen en: reflejos orofaciales, reflejos cutáneos, reflejos extensores que pueden ser tónicos y fásicos.

Reflejos orofaciales: Son programas genéticos que facilitan la supervivencia del niño hasta que aparece la orientación óptica (Schultz, 2013).

Entre ellos se encuentran:

- Reflejo óptico-facial (ROF) debe aparecer a partir 3º mes lo más tardar al 6º mes, se desencadena amenazando con la mano abierta del examinador que se aproxima con cierta velocidad al rostro del infante , deben mantenerse los dedos separados para evitar que en la aproximación se produzca una corriente de aire. La respuesta es el parpadeo de los ojos del niño. Su presencia indica una normalidad de las vías ópticas. La ausencia después del 6º mes indica un fallo en las vías ópticas (el niño no ve) o un defecto cognitivo (al niño no le interesa lo que ve).
- Reflejo acústico-facial (RAF) debe aparecer después del 10º día de vida y mantenerse a lo largo de la vida. Consiste en dar una palmada cerca de cada uno de los oídos y la respuesta es un parpadeo. Su presencia nos indica la normalidad en la vía auditiva. La ausencia muestra un fallo en la transmisión de la señal acústica, ya sea uni o bilateral.
- Reflejo de los 4 puntos cardinales (rooting) aparece desde el nacimiento y puede persistir con intensidad decreciente hasta el 3º mes. Se desencadena estimulando en la mucosa labial en la zona del labio superior, del labio inferior y en ambas comisuras labiales (también puede desencadenarse con un toque sobre la piel de esas zonas). La respuesta es una contracción de la musculatura local de la zona y la dirección de la lengua hacia la zona de contacto. Su persistencia está relacionada con retraso psicomotor o de la esfera cognitiva.
- Reflejo de búsqueda aparece desde el nacimiento y puede persistir con intensidad decreciente hasta el 3º mes. Se desencadena estimulando con un toque la piel de la mejilla (zona del trigémino en el 1º mes) o en la zona perioral. La respuesta es un cabeceo con intento de orientar la boca

hacia la zona estimulada. Su ausencia demuestra una afectación encefálica grave. Su presencia más allá de los 3 meses está relacionada con inmadurez psicomotriz.

- Reflejo de Babkin puede aparecer desde el nacimiento y persistir no más de 4 semanas. Se desencadena realizando presión en ambas palmas de las manos y la respuesta es la apretura inerte de la boca. Está relacionado con la función de prensión con la succión. Su presencia y mantenimiento más allá de las 4 semanas está relacionada con una alteración cognitiva.
- Fenómeno de los ojos de muñeca aparece durante las primeras 4 semanas. Es un automatismo óculo-motor de seguimiento de los ojos al giro de la cabeza. Se desencadena estando en decúbito supino cuando se gira la cabeza hacia uno de los lados, los ojos permanecen mirando hacia el frente para después caer hacia el lado de giro de la cabeza. Desaparece cuando hay control óptico y fijación de la mirada. Su persistencia indica un retraso psicomotor por inmadurez o alteración de estructuras encefálicas.

Reflejos cutáneos: se desencadenan por el contacto cutáneo (estimulación de mecanorreceptores que vía antero-lateral y lemnisco medio llega al núcleo ventro-dorsal del tálamo y de allí a la corteza somato-sensorial por la capsula interna, desde donde se organiza la respuesta por estímulo de las áreas motrices.) (Schultz P 2013).

- Reflejo de prensión de las manos (prensión palmar) aparece en el nacimiento y persiste hasta el 6º mes decreciendo en intensidad hasta que aparece el apoyo en mano abierta (6º mes). Se desencadena sujetando al infante por las muñecas sin tocar el dorso de la mano y colocando el pulgar del investigador en contacto con las cabezas de los metacarpianos, la respuesta es el cierre de la mano en agarre. Tienen un carácter tónico y están presentes hasta que aparece la movilidad distal diferenciada. En el recién nacido aparece sinergia flexora de la extremidad superior a la vez que el agarre. Su ausencia en el periodo anterior a los 6 meses se interpreta como alteración de la respuesta motriz. Su persistencia más allá de los 6 meses debe interpretarse como inmadurez del control motor. Si la alteración es unilateral va unida a problemas del SNC o del SNP.
- Reflejo de prensión de los pies (presión plantar) aparece en el nacimiento y persiste hasta el 9º mes, decreciendo en intensidad hasta que aparece el apoyo en pies. La posición partida es con el infante en decúbito supino con la cabeza en la línea media, se provoca al tocar con el pulgar la cabeza de los metatarsianos, con el pie en posición neutra. La respuesta es una flexión simultánea de los dedos del pie. Su ausencia en el periodo anterior a los 9 meses se interpreta como alteración de la respuesta motriz. Su persistencia más allá de los 9 meses debe interpretarse como inmadurez del control motor. Si la alteración es unilateral va unida a problemas del SNC o del SNP.
- Reflejo de Galant está presente desde el nacimiento hasta los 4 meses y medio de vida. Se relaciona con el movimiento de reptación (anfíbio) con incurvación del tronco en el plano frontal. Se desencadena manteniendo al infante sostenido en decúbito prono y estimulando con un objeto duro y de punta roma desde el ángulo inferior de la escápula hasta la creta iliaca de ese lado en un trayecto paravertebral. La respuesta es una incurvación del tronco en el plano frontal en el lado de la estimulación. Desaparece cuando se inicia la rotación de columna dorsal, aproximadamente a los 4 meses y

medio. Su persistencia indica una dificultad en el control tónico por lo que puede ser el inicio de un síndrome discinético. Su ausencia antes de los 4 meses y medio nos indica la presencia de un síndrome hipotónico.

Reflejos extensores que pueden ser tónicos y fásicos. Son reflejos espinales, que desaparecen al madurar centros superiores. (Schultz, 2013).

Reflejos extensores tónicos

- Reflejo suprapúbico extensor está presente desde el nacimiento hasta las 4 primeras semanas de vida. Se desencadena con el infante en decúbito supino y la cabeza en línea media, se realiza una presión hacia dorsal con el dedo índice en sínfisis del pubis, la respuesta es una extensión tónica de ambas extremidades inferiores con aducción, rotación Interna de cadera y pies en equino donde se separan los dedos. Su persistencia indica la posibilidad de la presencia de espasticidad, aunque hay infantes que presentan el reflejo más allá de los 6 meses y tienen un desarrollo normal. Su ausencia informa sobre síndrome hipotónico.
- Reflejo de extensión cruzada está presente desde el nacimiento hasta las 6 primeras semanas de vida. Se desencadena con el infante en decúbito supino y la cabeza en línea media, se realiza la flexión de una de las extremidades inferiores en cadera y rodilla, posteriormente se produce una rotación interna de la cadera y una presión indirecta sobre el cótilo, la respuesta es la extensión tónica de la otra extremidad inferior, con aducción, rotación Interna de cadera y pies en equino donde se separan los dedos. Hay que desencadenarlo en las dos extremidades inferiores. Puede perdurar hasta los 3 meses de edad. Su persistencia nos indica la probabilidad de aparición de espasticidad y se interpreta como un signo de alteración del control suprasegmentario de los reflejos medulares. Su ausencia puede indicar un síndrome hipotónico.

Reflejos extensores fásicos

- Reflejo del talón palmar aparece desde la 32-34 semana de edad gestacional hasta la 40 semana. Se desencadena con el infante en decúbito supino con la cabeza en la línea media y manteniendo la extremidad superior en flexión media relajada de hombro y de codo, sujetando la muñeca con la mano abierta entre los dedos medio y anular del examinador, se golpea suavemente con el martillo de reflejos en el talón palmar en dirección al codo. La respuesta es una extensión fásica de toda la extremidad superior. Hay que realizarlo en ambas extremidades superiores. Su presencia en el recién nacido a término y posteriormente es siempre patológica. Nos informa de la posibilidad de presencia de alteraciones espásticas graves.
- Reflejo del talón plantar aparece desde el nacimiento y persiste hasta la 4ª semana de vida. Se desencadena con el infante en decúbito supino con la cabeza en la línea media y manteniendo la extremidad inferior en flexión media relajada de cadera y de rodilla, sujetando el tobillo entre los dedos medio y anular del examinador flexionando dorsalmente el tobillo, se golpea suavemente con el martillo de reflejos en el talón plantar en dirección a la rodilla. La respuesta es una extensión fásica de toda la extremidad inferior. Hay que realizarlo en ambas extremidades inferiores. Su presencia en el infante después de los 3 meses es siempre patológica. Nos informa de la posibilidad de presencia de alteraciones espásticas graves. Su persistencia en el tiempo es signo de alteración del circuito de regulación córtico-espinal. Su ausencia puede informar sobre un síndrome hipotónico.

Hay que decir que los reflejos osteotendinosos (rotuliano (L2-L4); aquileo (L5-S2); medioplatar (L5-S2); bicipital (C4-C6); radial (C5-C6); tricipital (C6-C7); etc.) Informan siempre sobre el control segmentario de la musculatura. Dependiendo de su intensidad pueden clasificarse como hiperreflexia o hiporreflexia. Si hay aumento del área reflexógena puede pensarse en una alteración de control suprasegmentario. Su ausencia nos informa de síndrome hipotónico o de lesión en el SNP.

También se necesario mencionar al reflejo de Moro. (Lehman RK et al 2011). Aparece desde el nacimiento hasta la 6ª semana de vida. Se desencadena desde el decúbito supino o manteniendo al infante incorporado sujetándole la cabeza y el tórax por las manos. Bien a través de un estímulo intenso visual o auditivo, bien a través de un cambio postural repentino o la tracción de la sábana, se produce una respuesta global (holoquinética) con abducción simétrica de ambas extremidades superiores, apertura de las manos con oposición de pulgar y flexión/abducción simétrica extremidades inferiores. Su persistencia más allá de los 3 meses nos informa sobre la inmadurez motriz. Su ausencia significa la posible aparición de un síndrome hipotónico.

También hay que decir que la presencia del reflejo de Rossolimo (Schultz P 2013) siempre es patológica. Dicho reflejo se obtiene con el infante en decúbito supino sujetando uno de los pies en una mano del examinador se golpea la cara palmar del pulpejo del segundo o tercer dedo del pie y la respuesta cuando es positivo es la extensión de todas las falanges "como si un gato sacara las uñas". Su presencia indica lesión de las vías córtico-espinales.

Otro de los reflejos patológicos es el tónico cervical, simétrico o asimétrico (Schultz P 2013).

Bibliografía

- Ames L. 1937 The sequential patterning of prone progression in me human infants. Genetic Psychol Monographs. 19: 409-460.
- Collis E. 1954 Some diferencial of cerebral palsy in infancy. Arch Dis Child. 29: 113
- Gesell A. 1954 The ontogeny of infant behavior. En: Carmichael, Leonard (cd.) Manual of Child Psychology. New York: John Wiley & Sons Inc
- Gómez J. 1999 Rehabilitación psicomotriz en la atención precoz del niño. Mira ed. Zaragoza
- Illingworth RS . 1982 El niño normal. Los problemas de los primeros años de vida y su tratamiento. México: El Manual Moderno.
- Landau A. 1923 Über einen tonischen lagerefleix bei älteren Säuglingen. Klin Wschr. 2: 1253
- Lehman RK, Schor NF. 2011 Neurologic Evaluation. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders. chap 584

- Von R. Magnus. 1924 Körperstellung : experimentell-physiologische Untersuchungen über die einzelnen bei der Körperstellung in Tätigkeit tretenden Reflexe, über ihr Zusammenwirken und ihre Störungen /. Mit 263 Abbildungen. Berlin : Julius Springer. Description: xiii, 740 p
- Murray EA, Mishkin M. 1983 Severe tactual memory deficits in Monkeys after combined removal of the amigdala and hippocampus. Brain Research. 270: 340-344
- Peiper A, Isbert H. 1927 Über die körperstellung des Säuglings. Jahresbericht Kinderheilkunde. 115: 158
- Peiper A. 1963 Cerebral function in infancy and childhood. The Internat. Behavioral Sciences Series Consultants Bureau. New York: Joseph Wortis
- Quintero-Gallego E, Manaut E, Rodríguez E, Pérez-Santamaría J, Gómez Carlos M.
- 2003 Desarrollo diferencial del cuerpo calloso en relación con el hemisferio cerebral. Rev Esp Neuropsicol. 5 (1):59-64
- Schultz P, Jakobeit M. 2013 Videokompendum kindeneurologischer Untersuchungen. Ed Thieme. Stuttgart Deutschland
- Sherrington CS. 1910 Flexion-reflex of the limb, crossed extension reflex and reflex stepping and standing. J. Physiology. 40: 28-121
- Vojta V. 2005 Capítulo 4: Las reacciones posturales en la cinesiología del desarrollo. En Vojta V: Alteraciones motoras cerebrales infantiles. Diagnóstico y tratamiento precoz (2ªedición). Ed Morata SL. Madrid. 49-62.

Infancias...

DESCRIPCIÓN DE LAS CADENAS CINÉTICAS DE LA REPTACIÓN REFLEJA DE VOJTA EN ADULTOS MEDIANTE ANÁLISIS ELECTROMIOGRÁFICO

**Calvo Arenillas, José Ignacio;
Sánchez González, Juan Luis;
Rodríguez Armendáriz, Ekaine;
Loaiciga Espeleta, Catalina;
Sánchez Sánchez, Carmen**

*Escuela Universitaria de Enfermería y
Fisioterapia, Universidad de Salamanca.*

Resumen

Objetivo: Comparar la activación del gastrocnemio medial y bíceps femoral estimulando el punto del calcáneo descrito por Vojta con respecto a la activación de dicha musculatura a través de un punto no descrito. **Material y métodos:** Es un estudio transversal. Para la realización de este objetivo hemos utilizado una muestra de 20 sujetos sin patología neurológica. Todos ellos partieron de la posición inicial de la reptación refleja y se estimularon dos puntos (uno descrito por Vojta y otro no). Se emplea el equipo EMG Brainquiry Personal Efficiency Trainer para recoger las contracciones de la musculatura. **Resultados:** Los resultados nos informan que las medias obtenidas de la actividad muscular del gastrocnemio medial (gemelo interno), y la actividad muscular del bíceps femoral, son mayores en la condición de estimulación del punto calcáneo en ambos grupos musculares, en relación a la condición de no estímulo. El contraste t permite afirmar que la diferencia es estadísticamente significativa en el gastrocnemio medial (gemelo interno) [$t=2,315(19)$; $p=,032$] y bíceps femoral [$t=2,241(19)$; $p=,037$]. **Conclusiones:** Concluimos que la condición del estímulo de Vojta activa la contracción muscular con respecto a la estimulación del otro punto, verificando la teoría descrita por Vojta.

Palabras Clave: Terapia Vojta. Electromiografía de superficie. Actividad muscular.



DESCRIPCIÓN DE LAS CADENAS CINÉTICAS DE LA REPTACIÓN REFLEJA DE VOJTA EN ADULTOS MEDIANTE ANÁLISIS ELECTROMIOGRÁFICO

José Ignacio Calvo Arenillas, Juan Luis Sánchez González, Ekaine Rodríguez Armendáriz, Catalina Loaiciga Espeleta, Carmen Sánchez Sánchez.

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca.

Introducción

En los últimos años, se han observado grandes avances en las ciencias de la salud; las tasas de mortalidad a consecuencia de los accidentes cerebro vasculares (ACV) han disminuido, sin embargo, la supervivencia de personas que han sufrido este tipo de patologías, se acompaña de múltiples secuelas en el control motor, originando ciertas limitaciones para las actividades de la vida diaria. Esta situación demanda de los fisioterapeutas adecuadas estrategias de intervención que permitan ofrecer un buen panorama rehabilitador, como es el caso del método Vojta o locomoción refleja (Ruiz y Contreras, 2009).

Vojta definió dos complejos innatos de coordinación: la reptación refleja (RR) y el volteo reflejo (VR). Los patrones de la reptación refleja y del volteo reflejo se empezaron a utilizar en 1959 en la rehabilitación de niños con trastornos motores. Posteriormente en el 1960 se empezó a utilizar éste método en lactantes con amenaza de sufrir alteraciones motoras. Además, no solo es empleable éste método en infantes, sino que en los últimos años esta terapia también se ha empleado en adultos con distintos tipos patologías, como en la esclerosis múltiple.

Los complejos de locomoción de la reptación refleja son patrones globales debido a que con ellos se activa la musculatura estriada de todo el cuerpo siguiendo una determinada coordinación, desde los niveles más bajos a los niveles más altos (Vojta, 2000).

Según Vojta (2000), la secuencia temporal de la locomoción refleja depende de:

- La postura
- La elección de las zonas
- La sensibilidad actual de las zonas
- La intensidad de la contracción
- La velocidad de propagación de los juegos musculares.

La activación de los dos complejos innatos de coordinación se lleva a cabo mediante la estimulación de una serie de puntos descritos por Vojta; 9 puntos de estimulación para la reptación refleja y 1 para el volteo³. Sin embargo, los mecanismos neurofisiológicos que explican por qué, desde estos puntos podemos desencadenar los dos complejos no están del todo descritos⁴. Además, estos puntos los podemos estimular de formar aislada o combinada (Vojta, 2000).

En este trabajo nos centraremos en el complejo innato de coordinación de la reptación refleja de Vojta. Al inicio de este estudio nos marcamos el objetivo de comparar la estimulación en el calcáneo (punto descrito por Vojta) con respecto a la estimulación en el maléolo (punto no descrito por Vojta) mediante electromiografía de superficie. Nos planteamos, ante la ausencia de trabajos de investigación en relación a este tipo de estimulación del calcáneo para la activación de la cadena muscular posterior en sujetos sanos, la obtención de datos normativos para la comparación de los resultados obtenidos en sujetos con patología.

Material Y Métodos

La muestra estaba formada por un total de 20 sujetos de ambos sexos (11 hombres y 9 mujeres) estudiantes de Fisioterapia, con una edad media de de 20,95 años (Dt .0945) (Ic 20-23). El peso medio de los sujetos de la muestra, se situaba en los 67,35 kilos (Dt 8.499) (Ic 67,35-86). En relación a la estatura, los sujetos presentaban una talla media de 172,10 centímetros (Dt 6,464) (Ic 161-183). (Tabla 1)

Los 20 sujetos firmaron el consentimiento informado expuesto en el anexo 1 de este trabajo. La totalidad de la muestra cumplieron los criterios de inclusión: ser mayor de edad y no tener diagnosticada patología neurológica. Todas las sesiones se realizaron con la supervisión del tutor de este trabajo. La variable de resultado principal es la contracción muscular medida en microvoltios sobre los músculos gastronemio interno y bíceps femoral colocando los electrodos siguiendo los criterios de la Surface Electromyography for the Non Invasy Assesment Muscles (SENIAM) (Merletti y Hermens, 2000)

Los datos descriptivos se reflejan en la Tabla 1.

Tabla 1: Datos descriptivos de la muestra

N = 20	Edad	Peso	Talla
Media	20,95	67,35	172,10
Mediana	21,00	66,00	174,00
Desviación típica	,945	8,499	6,464

En la Tabla 2 se muestran los porcentajes de los sujetos en relación al género.

Tabla 2: Porcentajes de la muestra en relación al género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Hombres	11	55,0%	55,0%	55,0%
Mujeres	9	45,0%	45,0%	100,0%

Protocolo de intervención

El procedimiento seguido para la realización de este estudio ha sido el siguiente. El examinador fue el mismo, para evitar la influencia de determinadas variables personales que pudieran repercutir en los resultados.

El espacio físico de aplicación, ha sido siempre el mismo, manteniéndose las mismas condiciones en todos los casos.

La toma de datos se hizo a lo largo de varias tardes. La metodología fue para todos los pacientes la misma:

- Posición de la reptación refleja descrita por Vojta (Vojta, 2000)
- Estimulación del punto del calcáneo (descrito por Vojta): empezamos estimulando durante 1 minuto pero sin recoger los datos y luego posteriormente estimulamos durante 3 recogiendo los datos con el EMG
- Estimulación del punto del maléolo externo (no descrito por Vojta): siguiendo los mismos pasos que el punto anterior.
- Reposo entre estímulos.
- Posteriormente se pasaron los datos del programa Bioreview a Excell y de éste a SPSS 19.

Estímulos

Se ejecutan por el autor siendo de naturaleza propioceptiva y táctil siguiendo la localización y dirección vectorial descrita por Vojta (2005) la zona del calcáneo se estimula con una dirección resultante craneal, medial y ventral

Recogida de datos

Se emplea el equipo EMG Brainquiry Personal Efficiency Trainer para recoger las contracciones de los músculos gastronemio medial y bíceps femoral. Los datos proporcionados por el equipo se encontraban en nanovoltios (n) o microvoltios (v). Para la toma de datos se empleó el programa Bioexplorer mientras que para poder visualizarlos cuantitativamente se usó el programa Bioreview.

Análisis de datos

El análisis estadístico se ha realizado mediante el paquete estadístico IBM SPSS STATISTICS versión 19.

Se calcularon las medias y desviaciones típicas de la actividad muscular, con estimulación del calcáneo y con estimulación del maléolo, de los grupos musculares descritos en el procedimiento. Asimismo se contrastó la significancia de las diferencias de medias obtenidas, mediante el estadístico t de Student para muestras relacionadas.

Resultados

Los resultados se reflejan en la Tabla 3, en la cual se observa que las medias obtenidas en la actividad muscular del gastrocnemio medial (gemelo interno), y la actividad muscular del bíceps femoral, son mayores en la condición de estimulación en ambos grupos musculares, en relación a la condición de no estímulo.

Tabla 3: Medias, desviación típica y correlación de la actividad muscular con y sin Estimulación

Estadístico	Gemelo estimulado en calcáneo	Gemelo estimulado en maléolo	Biceps estimulado en calcáneo	Biceps estimulado en maléolo
Puntuación Media	,079831 μV	,028532 μV	2,263847 μV	,922455 μV
Desviación Típica	,1397506	,0455479	2,9404300	1,2616044
Correlación con y sin estimulación	,926(**)		,414(**)	

** Significativo ($p < .01$); μV : Microvoltio

El contraste t (Tabla 4), permite afirmar que la diferencia es estadísticamente significativa en el gastrocnemio interno (gemelo interno) [$t=2,315(19)$; $p=,032$] y bíceps femoral [$t=2,241(19)$; $p=,037$].

Tabla 4: Contraste t de muestras relacionadas

	Puntuación Media	Desviación Típica	t	Grados de Libertad	Significación
Gastrocnemio interno	.0512	.09909	2.315	19	.032*
Bíceps femoral	1.3413	2.6764	2.241	19	.037*

* Significativo ($p < .01$)

Discusión

En relación al objetivo principal de este trabajo, los resultados muestran que la estimulación del calcáneo constituye una mayor contracción muscular que la zona del maléolo apoyando la teoría descrita por Vojta (2000) en el que se produce un movimiento de extensión de la pierna con rotación externa del muslo facilitando así la marcha humana.

Como ya comentamos anteriormente en el apartado de objetivos, la literatura científica a cerca de la estimulación del punto del calcáneo es escasa, por lo que nos resulta complicado comparar nuestra experiencia con la de otros autores. No obstante, hay diversas investigaciones sobre la metodología Vojta, tanto en pacientes sanos como en pacientes con daño neurológico, estimulando diversos puntos del cuerpo. Al realizarse este estudio en población sana, sus resultados no se pueden inferir a la población con patología.

En relación a los resultados en sujetos sin patología están surgiendo investigaciones que demuestran que hay más puntos de los que describió Vojta para la estimulación de la musculatura corporal, es el caso de Perales-

López (2013) que demuestra a través de una experiencia con 32 sujetos adultos sin patología, mediante electromiografía de superficie, que el pisiforme es una nueva zona de desencadenamiento segmental de la mano. Nuestros resultados se sitúan en la misma línea que los obtenidos por este autor cumpliéndose la metodología de Vojta a pesar de utilizar otro punto de estimulación; estos hallazgos nos permiten afirmar que, en ambos puntos de estimulación se verifica la teoría Vojta.

En cuanto a los resultados publicados sobre metodología Vojta en pacientes con patología, autores como Sánchez de Muniain (1992) concluye que la aplicación de dicha metodología en niños con parálisis cerebral mejora la prensión de ambas manos.

Autores como Laufens et al (1991) midieron el efecto de la contracción muscular en pacientes con esclerosis múltiple estimulando el punto del calcáneo, midiéndose una contracción muscular entre 10 y 20 microvoltios con un electromiógrafo de superficie.

Para terminar esta discusión, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, creemos que la zona de estimulación del calcáneo es una herramienta muy útil en la metodología Vojta pues con ella somos capaces de estimular la musculatura que un paciente con patología neurológica no podría activar por sí solo. Entendemos que la utilización de esta técnica puede ayudar a potenciar los efectos de otros procedimientos terapéuticos centrados en la rehabilitación funcional.

Estos resultados nos permiten programar futuras investigaciones en la utilización de este tipo de técnicas en pacientes con daño cerebral secundario a patología vascular con secuelas que incapaciten la posibilidad de realizar actividades de la vida diaria.

Conclusiones

La condición de estímulo en el calcáneo aumenta la actividad muscular de ambos grupos musculares verificando la teoría descrita por Vojta.

La contracción de las cadenas musculares sigue la misma direccionalidad que los puntos de apoyo, de tal manera que, cuando cambia el punto de apoyo cambia la dirección de la contracción.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de los pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

- Ruiz MCU, Contreras DY. (2009). Efectos sobre la función motora de la auto-estimulación por medio de la técnica Vojta en el paciente con secuelas de ACV crónico. *Umbral Científico*, (14), 55-65.
- Vojta V. (2000). *El principio Vojta*. Springer Science & Business Media, 212.
- Merletti R, Hermens H. (2000). Introduction to the special issue on the SENIAM European Concerted Action. *J Electromyography Kinesiol*, 10, 283-6
- Vojta V. (2005). *Alteraciones motoras cerebrales infantiles: diagnóstico y tratamiento precoz*. (2º ed) Madrid: Ediciones Morata, 306.
- Perales-López L. (2013). El pisiforme, una nueva zona de desencadenamiento segmental de los contenidos cinesiológicos de la mano en la terapia Vojta. *Aplicaciones en rehabilitación. Fisioterapia*, 35 (5), 189-96.
- Sánchez de Muniain P. (1992). *Rehabilitación de la parálisis cerebral mediante la locomoción refleja. Su efecto sobre la función de prensión manual*. Madrid: Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Medicina, Universidad Complutense.
- Laufens G, Jugelt E, Poltz W, Reimann CG. *Ablauf und Erfolg einer*. (1991). *Vojta physiotherapie an ausgewählten MS-Patienten. Verhandlungen der deutschen gesellschaft für neurologie*, 6, 230-1.

SÍNDROME DE TURNER Y REHABILITACIÓN.

Calvo Arenillas, José Ignacio

*Escuela Universitaria de Enfermería y
Fisioterapia, Universidad de Salamanca.*

Resumen

En el camino de realizar un diagnóstico precoz del desarrollo motor se muestran los hitos más importantes que han de tenerse en cuenta de cara a detectar un desarrollo motor retardado o alterado que propicie la intervención más temprana posible para evitar la fijación de patologías o el retraso en el control de la postura y movimiento. Así mismo, se plantean los problemas ortopédicos más frecuentes en el Síndrome de Turner y el enfoque rehabilitador para paliar dichos problemas desde la fisioterapia, la terapia ocupacional o los productos de apoyo. Todo ello enfocado a la calidad de vida.

Palabras clave: Síndrome de Turner.
Diagnóstico precoz. Desarrollo motor.



SÍNDROME DE TURNER Y REHABILITACIÓN

José Ignacio Calvo Arenillas

*UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA Y
FISIOTERAPIA*

Introducción

Para un diagnóstico precoz en el síndrome de Turner se muestran los hitos más importantes que han de tenerse en cuenta de cara a detectar un desarrollo motor retardado o alterado que propicie la intervención más temprana posible para evitar la fijación de patologías o el retraso en el control de la postura y movimiento.

En esta revisión se plantean los problemas ortopédicos más frecuentes en el Síndrome de Turner y el enfoque rehabilitador para paliar dichos problemas desde la fisioterapia, la terapia ocupacional o los productos de apoyo con el fin de optimizar la calidad de vida.

Se señala que lo importante con las niñas Turner (U.S. National Library of Medicine 2016) es el diagnóstico precoz, no sólo por las consecuencias del Síndrome en sí, sino por conocer el estadio de desarrollo psicomotor, para que se pueda iniciar una estimulación psicomotriz encaminada a normalizar las etapas de desarrollo.

Exploración neurocinesiológica

Es necesario observar a la bebé y consultar con el especialista en neurología o rehabilitación si tiene alguno de estos signos descritos por Vojta (2011), a partir de los siguientes indicadores por edad.

- Si tiene dos meses y no fija la mirada en nosotros o sus ojos se mueven sin control.
- Cuando tenga dos meses cumplidos debemos ver que junta las manos en el centro cuando está boca arriba.
- Si tiene tres meses y colocada boca abajo no es capaz de levantar la cabeza extendiendo el cuello y no gira el cuello a los lados cuando se le llama o se le enseña un juguete.
- Hay que observar que a partir de los tres meses cuando la niña estando relajada y boca arriba manipula algo con las manos o junta sus manos para llevarlas a la boca, las piernas se flexionan sobre el abdomen.
- A los tres meses también, colocada boca abajo lleva sus bracitos hacia adelante flexionando los hombros y apoyando en sus antebrazos. Los brazos a esta edad en esa postura prona no deben quedarse pegados al cuerpo.
- A partir de los cuatro meses debe mostrar sonrisa de júbilo y vocalización modulada cuando está con nosotros y a partir de los cinco meses debe conocer a los papás, abuelos, etc., y extrañar a los desconocidos.
- Cuando de cuatro meses y medio a cinco, estando boca abajo, le mostramos un objeto a un lado, debe intentar cogerlo con la mano de ese lado para ello lo mirará, apoyará el codo contrario a donde está el objeto, lanzará la mano del lado del objeto para agarrarlo a la vez que flexiona la pierna de ese lado y se apoya en la rodilla.
- De los cuatro a los seis meses, si está boca arriba y le interesa algún objeto que está situado en la mesa a un lado y más alejado de su mano, será capaz de lanzar la otra mano cruzando la línea media del cuerpo, flexionando la pierna del mismo lado y volteando para quedar boca abajo. También debe iniciar la masticación, primero mordiendo y luego masticando.
- A los seis meses se deben ver las dos manos abiertas cuando estando boca abajo y se apoya para elevar la cabeza y el tronco.
- Entre los seis y los siete meses, boca arriba, debe llegar con sus manos a los pies y agarrarlos flexionando las piernas hacia el abdomen, a veces los llegan a chupar metiéndolos en la boca.
- De los siete a los ocho meses debe ponerse a cuatro patas, quedándose en la posición sin avanzar, el avance lo hará arrastrándose. Es probable que eleve la cabeza y el tronco apoyándose en las manos y cuando quiere avanzar hacia adelante el impulso le lleve a arrastrarse hacia atrás.
- De los ocho a los nueve meses llegará por sí misma a la posición de sentada y utilizará la postura para jugar con las manos libres. Podremos observar que es capaz de agarrar objetos pequeños haciendo la pinza digital entre el pulgar y el índice.
- Entre los nueve y los diez meses comenzará a gatear de forma coordinada primero un brazo luego la pierna contraria, después el brazo contrario y al final del ciclo la otra pierna. Poco a poco irá perfeccionando el gateo hasta hacerlo rápida y coordinadamente. Si el gateo lo hace como los conejitos, primero las dos extremidades superiores y luego las dos inferiores a la vez, hay que consultar.

- A esta edad de desarrollo puede realizar la puesta en pie agarrándose a objetos grandes (silla, sofá, borde de la cuna, parque, etc.) e impulsándose hacia arriba quedarse de pie agarrada.
- De los once a los trece meses debe empezar a formar sonidos referidos a objetos. A los doce meses pronunciará las primeras palabras. Comenzará a dar pasos laterales agarrada a una silla, el sofá o cualquier otro mueble que quede a su altura. Es probable que en un momento dado suelte una de las manos para ir hacia otro mueble y de algún paso antes de agarrarse de nuevo.
- Antes de los dieciocho meses debe caminar sola.
- En todo el desarrollo debemos observar la simetría en el manejo de las extremidades y en la alineación de la cabeza y el tronco.

Casos en los cuales intervenir en el síndrome de Turner

Si el desarrollo psicomotor no siguiera esta secuencia, insisto, se debe consultar, debido a que las causas de que no se alcance el nivel de desarrollo adecuado están relacionadas con algún pequeño problema en el embarazo o el parto, o por la incidencia de la patología más frecuente en estas niñas, así (López 2011).

Entre las complicaciones más descritas están:

- Presentación de displasia de caderas, lo que antes se denominaba luxación congénita de caderas, con una incidencia entre el 4,36% y el 7,43%. El pediatra o el traumatólogo infantil identifican este problema ortopédico con fáciles pruebas diagnósticas, (maniobras de Hortolani y Barlou, signo de Galeacci, ecografía y radiografía). Existe tratamiento con arneses y con fisioterapia que en la mayor parte de los casos se resolverá positivamente.
- La subluxación de rótula unida al "genu valgo", tiene una incidencia del 1,20%. Lo más probable es que pase desapercibida hasta que la niña comienza a caminar. Si no es grave solo precisa vigilancia, fisioterapia y productos de apoyo (férulas mantenedoras o correctoras); en los casos graves puede ser necesaria la intervención al finalizar el crecimiento.
- La deformidad de Madelung anomalía ortopédica de la muñeca, caracterizada por un acortamiento y arqueamiento de radio y cúbito, con una dislocación dorsal del cúbito distal lo que limita la movilidad de la muñeca y de la mano. La incidencia es de un 8% y puede tratarse la mayoría de las veces con algún producto de apoyo (férulas) que puedan corregir la deformidad, en los casos muy graves se puede emplear la cirugía correctora. La fisioterapia funcional para el manejo correcto de la mano puede ayudar a mejorar las limitaciones de movilidad. También los metacarpianos cortos pueden asociarse con una insuficiencia funcional de la mano al realizar todo tipo de prensiones (de conjunto, esférica, cilíndrica, de gancho, término lateral y término terminal); los terapeutas ocupacionales pueden ayudar con sus terapias a paliar dicha limitación de la función.

- El cúbito valgo (ángulo entre el brazo y antebrazo superior a 15°) es otra de las malformaciones ortopédicas que con una incidencia algo superior al 40% aparecen en este tipo de niñas. Aunque muy frecuente suele tener poca incidencia en la funcionalidad. Puede mantenerse con una correcta actividad física desde la guardería, tratando de que la bebé ejercite sus extremidades superiores y evitando la carga excesiva de peso con dichas extremidades en extensión de codos, me refiero a hacer "el clavo", soportando todo el peso en las manos, cabeza abajo.
- Lo más característico del síndrome, la talla corta. Hoy día con las terapias hormonales se consiguen unos resultados muy buenos, pero en un porcentaje cercano al 30% puede desarrollarse una escoliosis, o sea una deformidad de la columna que se curva una o dos veces en el plano frontal y sus vértebras rotan y se deforman, disminuyendo aun más la talla y favoreciendo la aparición de dolores y, en algunos casos, deformaciones torácicas sobre añadidas a el pecho en escudo que presentan, o cifosis exageradas que pueden incidir en insuficiencias respiratorias restrictivas. Es muy importante vigilar el crecimiento y tratar con fisioterapia (estiramientos y ejercicios de distintos tipos) si aparece la escoliosis. La actividad física tipo natación está muy indicada en todos los casos para prevenir esta complicación. Los deportes asimétricos (fútbol, tenis, bádminton, baloncesto, voleibol, etc.), están contraindicados en este caso. Existe la corrección con productos de apoyo de la escoliosis (distintos tipos de corsé, según sea el tipo de escoliosis).
- El linfedema presente en el 80% de los casos puede ser tratado con fisioterapia evacuadora, a través de masaje por drenaje linfático manual (método de Vodder) y también con presoterapia. Siempre hay que tener en cuenta que se debe combinar del drenaje linfático manual con la presoterapia, siempre empezando con el masaje linfático manual, ya que si utilizamos la presoterapia en un primer momento, no podrán evacuarse correctamente al torrente circulatorio las proteínas de alto peso molecular, haciendo inútil el procedimiento.
- También está descrita como consecuencia del síndrome de Turner la aparición de baja densidad mineral ósea que puede desembocar en osteoporosis. En general, será el reumatólogo o el endocrino quién trate su aparición. No obstante, está descrito que puede aumentarse la formación ósea y disminuirse la resorción con una actividad física moderada, con ejercicios aeróbicos al 70-80% de la frecuencia cardiaca máxima aeróbica calculada restado a 220 la edad cronológica, sobre la cifra resultante se calcula con una regla de tres el porcentaje antes mencionado y la cifra que dé será la frecuencia cardiaca a la que hay que trabajar en una sesión de actividad física. Pueden hacerse tres sesiones por semana que incluyan ejercicios de estiramiento, de carrera, de fuerza, de resistencia, de equilibrio, de agilidad y de coordinación; suele incluirse una etapa de "enfriamiento" con relajación progresiva consciente. La sesión puede durar de 45 a 55 minutos y hay que hidratarse durante su realización.

- Este tipo de sesiones también ayudan en los incrementos del índice de masa corporal (IMC), pues estas niñas tienden a la obesidad. Pueden comenzar a practicar estas sesiones de actividad física cuando comience la pubertad. En nuestra experiencia hemos observado que las poblaciones de jóvenes no entrenados con afecciones neurológicas que no limitan gravemente el movimiento, después de nueve meses de entrenamiento con tres sesiones semanales de 50 minutos de duración, aumenta su IMC y disminuye el porcentaje de grasa corporal, o sea, cambian la grasa por agua; en consecuencia es un procedimiento útil de control de la obesidad.
- Está descrito que en un 55% puede afectarse su sistema cardiovascular. También, cuando son jóvenes puede ayudar al fortalecimiento de la víscera cardíaca el trabajo aeróbico de las sesiones descritas, pero en este caso es necesario un diagnóstico y orientación precisa por el médico correspondiente, pues sin control podría agravarse cualquier problema de esta índole.
- Con respecto a otras anomalías como el característico pterigium colii, poco o nada puede hacer la rehabilitación, excepto ayudar en la recuperación postquirúrgica si se produjera.

Conclusiones

- Hay que tener en cuenta que con productos de apoyo pueden mantenerse y mejorarse las deformidades ortopédicas; qué con fisioterapia de estimulación puede normalizarse el desarrollo psicomotor; qué con terapia ocupacional se facilita la utilización correcta de las manos y se habilita para las actividades de la vida diaria.
- Con el apoyo de la fisioterapia se pueden mejorar los edemas linfáticos, prevenir y tratar bien las escoliosis, las displasias de cadera y cualquier proceso que afecte a la biomecánica neuromusculoesquelética aunque no sea propio del síndrome (contracturas, molestias, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias, etc.)
- La recuperación postquirúrgica de posible cirugía por alargamiento óseo o cualquier otro tipo de cirugía. La actividad física de baja-media intensidad con trabajo aeróbico va a mejorar los problemas de osteoporosis, obesidad y afecciones cardiovasculares.
- Con todo ello es probable que las niñas con síndrome de Turner tengan una buena calidad de vida, puesto que desde los procedimientos descritos se actúa sobre las condiciones de vida, concretamente las relacionadas con la salud, facilitando el funcionamiento en todo tipo de actividades que proporcionan la participación normalizada en los entornos sociales. Como consecuencia el nivel de satisfacción personal se incrementa, posibilitando una vida plena, saludable y gozosa.

Bibliografía

- López JP. Preguntas y respuestas sobre el Síndrome de Turner. Madrid: Novo Nordisk; 2011.
- U.S. National Library of Medicine [Internet]. 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S.: Department of Health and Human Services National Institutes of Health.; 2016 [consulta el 10 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/turnersyndrome.html>
- Vojta V, Schweizer E. El descubrimiento de la motricidad ideal. Madrid: Morata; 2011.

PROGRAMA DE TERAPIA ACUÁTICA EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL: A PROPOSITO DE UN CASO

Pérez De La Cruz, Sagrario

*Departamento de Enfermería,
Fisioterapia y Medicina. Universidad
de Almería.
Almería, España.*

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo afrontar un caso clínico, mediante el diseño de un programa específico de rehabilitación acuática. El caso propuesto es el de una niña de 5 años de edad, diagnosticada de Parálisis Cerebral Infantil del tipo tetraparesia espástica distónica, valorada como Nivel V mediante la escala GMFCS (The Gross Motor Function Classification System). El caso se desarrolla a través del Concepto Halliwick. Teniendo en cuenta los documentos basados en la evidencia, se recomienda la práctica de Fisioterapia Acuática en los programas de rehabilitación, para los pacientes con PCI y patologías similares puedan ver un aumento exponencial de sus capacidades físicas y funcionales.

Palabras clave: Parálisis Cerebral Infantil. Rehabilitación Acuática. Motricidad gruesa



PROGRAMA DE TERAPIA ACUÁTICA EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sagrario Pérez De La Cruz

*Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería.
Almería, España.*

Introducción

La fisioterapia acuática (FA) se define como la práctica especial de fisioterapia dirigida a la rehabilitación, que se sirve de las múltiples posibilidades que ofrece el medio acuático, para lograr objetivos físicos y funcionales. Dentro de la FA, la rehabilitación neurológica y pediátrica desempeña un rol trascendental.

Este trabajo tiene como objetivo afrontar un caso clínico, mediante el diseño de un programa específico de rehabilitación acuática. El caso propuesto es el de una niña de 5 años de edad, diagnosticada de Parálisis Cerebral Infantil del tipo tetraparesia espástica distónica, valorada como Nivel V mediante la escala GMFCS (The Gross Motor Function Classification System). El caso se desarrolla a través del Concepto Halliwick. Se programan diez sesiones individuales de 45 minutos de duración cada una, en las que se trabaja con el "Programa de los Diez puntos" para adquirir objetivos terapéuticos, no siendo la finalidad de este tratamiento el aprendizaje de la natación.

Teniendo en cuenta los documentos basados en la evidencia, se recomienda la práctica de Fisioterapia Acuática en los programas de rehabilitación, para los pacientes con PCI y patologías similares puedan ver un aumento exponencial de sus capacidades físicas y funcionales.

La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es un término que describe una encefalopatía o lesión del Sistema Nervioso Central (SNC) no progresiva, en un cerebro inmaduro, que puede ser causado en cualquiera de las etapas prenatal,

perinatal o postnatal. Este desorden es permanente e inmutable, por lo que es irreversible y no aumenta ni disminuye.^{1,2} La PCI es, en la actualidad, la causa más frecuente de discapacidades motoras en los niños, afecta a personas de cualquier raza y condición social. En España, la incidencia está alrededor del 2,1 0/00 de la población, y de 2 cada 1000 nacidos en Europa.³

Como resultado inmediato de la fisiopatología o consecuencias indirectas para compensar los trastornos, se producen alteraciones de los sistemas neuromusculares, musculoesqueléticos y sensoriales. Todo ello supone una amplia variedad de trastornos del tono, postura y movimiento con limitación de habilidades motoras gruesas y finas, que se hacen evidentes ya en la primera infancia. Con el crecimiento parece que los síntomas sean progresivos, porque la disfunción afecta a un organismo que está cambiando. El SNC intenta interactuar con el resto de sistemas que maduran y crear compensaciones, por lo que a medida que el niño se desarrolla se aprecian cambios en la manifestación del trastorno y discapacidad.^{1,4}

La PCI tiene una sintomatología muy variada, que permite clasificarla según los síntomas. La PCI espástica es la más común, pero existen otras como la forma atetoide, atáxica, hipotónica o mixta. En función de las regiones corporales afectadas se definen como tetraparesia (cuatro extremidades), diparesia (miembros inferiores), hemiparesia (un hemicuerpo). Cada tipo de PCI tiene unas características propias que las diferencia del resto, e incluso dentro de pacientes con un mismo tipo de PCI se hayan diferencias. También puede estar asociada a múltiples trastornos como: deficiencia mental, dificultades de aprendizaje, crisis convulsivas, alteraciones del lenguaje, problemas de visión, audición, deglución, alteraciones de la sensibilidad, la cognición, la comunicación, la percepción, comportamiento, etc. El grado de discapacidad es muy variable, desde los casos más leves hasta casos de plurideficiencia. No existe en la actualidad tratamiento curativo, aunque ciertas manifestaciones clínicas o consecuencias pueden ser susceptibles de mejora mediante tratamiento fisioterapéutico.³

Entre las herramientas con las que cuenta un fisioterapeuta para el tratamiento rehabilitador de estos pacientes tiene la hidroterapia. La palabra hidroterapia, etimológicamente, deriva de los términos griegos *hydor*, agua y *therapeia*, terapia. Por ello entendemos hidroterapia como el empleo tópico o externo del agua con fines terapéuticos (uso de sus características mecánicas y térmicas).⁵ El concepto hidroterapia es bastante genérico y abarca una gran variedad de especialidades, una de ellas la "Fisioterapia acuática" (FA).

La fisioterapia acuática se refiere a la práctica especial de fisioterapia con intención terapéutica, dirigida a la rehabilitación o el logro de objetivos específicos físicos y funcionales de las personas en el medio acuático⁶. Los programas de FA son desarrollados a través de la comprensión de los principios fundamentales de la hidrodinámica y la aplicación de esos principios a la fisiología humana. Aprovecha las propiedades térmicas y mecánicas del agua. Dentro de estas formas de trabajo existen diversos métodos, como el Concepto Halliwick, Baz-Ragaz, Ai Chi, etc.

El Concepto Halliwick fue desarrollado en la década de los 50, en Inglaterra, por James McMillan. Este método acuático se basa en la creencia en los beneficios que se pueden derivar de las actividades en el agua y establece los fundamentos necesarios para su aprendizaje. Estos beneficios incluyen aspectos físicos, personales, sociales, recreativos y terapéuticos, constituyendo un método psico-sensorial-motor.^{5,7}

Este método holístico está cimentado sobre los principios físicos de la Mecánica de fluidos y las rotaciones del cuerpo humano en el agua para desarrollar la independencia acuática. Consigue un equilibrio y control postural a través de desestabilizaciones progresivas, avanzando hacia una serie de movimientos que requieran un control rotatorio mayor para enseñar a controlar el movimiento; es decir permite enseñar nuevas habilidades motoras usando otros más primitivos. La combinación de los distintos factores hidrodinámicos (como flotación o ingravidez), el efecto metacéntrico, la inercia y reflejos primitivos convierten al método Halliwick en una efectiva terapia.⁷⁻⁹

Este método se basa en tres componentes básicos del aprendizaje motor: ajuste mental, control del equilibrio y movimiento. Estos componentes son esenciales en la independencia del individuo en el agua, ya que suponen control cefálico, de la respiración, coordinación, percepción (visual, auditiva y táctil) y el equilibrio el control rotacional.⁵ Por consiguiente son requisito previo para la participación en actividades acuáticas terapéuticas. El método está dividido en cuatro fases, que conforman el conocido como "Programa de los Diez Puntos". Estas fases están programadas en el siguiente orden^{5,7,10,11}:

Fase 1. ADAPTACIÓN MENTAL: Durante esta fase, el paciente pasa a estar cómodo y sentirse independiente en el agua. Está compuesta por los puntos:

- I. **Ajuste mental:** como seres terrestres, las personas están acostumbradas a la gravedad, se deben proponer actividades para que el paciente identifique, asimile y se ajuste las distintas propiedades hidrodinámicas y otras fuerzas, como la inercia, viscosidad... El control de la respiración forma parte de la preparación básica, el paciente debe aprender a expulsar el aire despacio cuando se sumerja. Puede ser ayudado por soporte físico del instructor si es necesario.
- II. **Distanciamiento o separación:** el objetivo es eliminar cualquier soporte físico. Esta fase comienza con las manos del instructor en los hombros o en las caderas del niño, cara a cara, manteniendo el contacto visual; cuando el paciente se siente cómodo el instructor rompe el contacto visual y se coloca detrás con toma en caderas. Una vez que están cómodos en el agua están listos para la siguiente fase.

Fase II. RESTAURACIÓN DEL EQUILIBRIO: El paciente aprende a controlar las distintas rotaciones, establecer el control postural y dominar la flotación. Incluye los puntos:

- III. **Rotación sagital:** consiste desde una posición vertical hacer movimientos que transfieran el peso de izquierda a derecha.

- IV. **Rotación vertical:** consiste en hacer movimientos alrededor del eje axial, desde la verticalidad hasta la posición supina.
- V. **Rotación lateral:** consiste en hacer un giro de 360° respecto a la horizontal, en torno a la columna, es decir en torno al eje que atraviesa de la cabeza a los pies.
- VI. **Rotación combinada:** la combinación enseña el concepto de "rotar sin problema".

Fase III. INHIBICION: En términos terapéuticos inhibición es la capacidad de controlar movimientos no deseados. Abarca los puntos:

- VII. **Inversión mental (inmersión-empuje):** El paciente aprende que la flotación es el empuje que saca a la superficie a objetos y personas y toma conciencia que flotará en lugar de hundirse. Aprenderá a sumergirse sirviéndose de un patrón rotatorio que le permita respirar cómodamente.
- VIII. **Balance estático (Equilibrio en la quietud):** practica el control postural y el equilibrio, asume diversas posiciones estáticas, flotando, con el instructor generando turbulencias desestabilizar. El resultado es un cuerpo flotando inmóvil y relajado en el agua. Esto depende del equilibrio mental y físico.

Fase IV. FACILITACIÓN: En términos terapéuticos facilitar es la habilidad para iniciar movimientos útiles. En estos términos es la fase final e incluye una simple progresión de movimientos básicos de natación. Incluye los puntos:

- IX. **Movimientos turbulentos:** el paciente no realiza movimientos de propulsión pero controla movimientos rotacionales no deseados, mientras es guiado por un instructor aunque sin contacto físico entre ambos.
- X. **Progresión simple y estilos básicos de natación:** el paciente realiza movimientos de propulsión simples, como pataleo o remo. Una vez superado esto el niño está preparado para seguir aprendiendo movimientos básicos de natación.

El ambiente lúdico y el juego adecuado a edad, capacidad y gustos del paciente favorecen el desarrollo del método, porque incrementan la confianza y permite la repetición de un ejercicio sin caer en la monotonía, suponiendo incluso una oportunidad de refuerzo académico.¹⁰ Aunque en un principio el método se usase específicamente para problemas neurológicos, en la actualidad tiene una gran extensión, siendo usado en muchas discapacidades ya sean neurológicas, ortopédicas, pediátricas, geriátricas y salud mental.

Objetivos

- Adquirir conocimiento acerca de Fisioterapia Acuática y su relación con la patología neurológica infantil.
- Desarrollar un programa específico que posteriormente pueda ser llevado a la práctica clínica, con niños con patología neurológica o con características similares a las planteadas a continuación.

- Favorecer la capacidad de afrontar diferentes situaciones clínicas, que pudieran entrañar mayor dificultad.

Metodología

Este trabajo se centra en el diseño de un programa específico de rehabilitación acuática para afrontar un caso clínico. Se propone una niña de 5 años de edad diagnosticada con PCI del tipo tetraparesia espástica distónica. Para valorar y conocer con mayor exactitud las habilidades motóricas, niveles de funcionalidad e independencia de la paciente, se propone su estudio mediante la escala GMFCS (The Gross Motor Function Classification System), estando la paciente clasificada en el Nivel V (“personas con muy limitada auto-movilidad que requiere altos niveles de apoyo”).

Entre las características de la paciente encontramos:

- Control cefálico inadecuado.
- Es capaz de seguir objetos con la mirada.
- Mayor afectación del hemicuerpo derecho.
- Patrones totales de flexión/extensión en MMII.
- Patrón combinado de rotación interna/pronación en MMSS cuando se le pide una acción.
- Es capaz de tocar objetos al frente y al lado izquierdo.
- No existe disociación entre las cinturas escapular y pélvica.
- Las manos permanecen cerradas, el agarre muchas veces no es conseguido.
- Pies equinos.
- Limitación respiratoria de tipo restrictivo.
- Déficit visual: miopía.
- Comprensión de las órdenes.
- Dificultad de comunicación.

Se desarrolla a continuación, un programa acuático adaptado e individualizado a las características personales de la paciente, teniendo en cuenta su edad, nivel cognitivo, síntomas, preferencias y gustos. Se ha escogido el Concepto Halliwick como método de trabajo para el desarrollo del tratamiento y por consiguiente del cumplimiento de los distintos objetivos terapéuticos.

La finalidad de este tratamiento no es seguir el Programa de los Diez Puntos como una guía progresiva para aprender a nadar, como se ha venido haciendo anteriormente en otros estudios sino porque es una interesante alternativa para lograr establecer y adquirir objetivos terapéuticos relacionados con la vida diaria y que son adecuados a este caso. Los *objetivos generales* del tratamiento son los siguientes:

- Adaptación al medio acuático.
- Normalización general del tono.

- Incrementar la confianza del paciente en sí mismo.
- Facilitar el control de la postura, reacciones de enderezamiento y equilibrio.
- Estimulación a través del entorno.

El programa está constituido por un total de diez sesiones individuales, cada una de 45 minutos de duración, siendo una sesión por semana. El horario debe ser aquel en el que haya el menor número posible personas dentro del agua, siendo óptimo cuando sólo se encuentran fisioterapeuta y paciente.

Las sesiones deben realizarse en unas instalaciones con las siguientes características:

- Una piscina cubierta de mediana dimensión, en la que la forma es indistinta, que permita el acceso a través de escaleras de obra.
- La profundidad de la piscina debe oscilar entre 100 cm desde la entrada por las escaleras hasta 140 cm al final de la piscina, aproximadamente.
- La temperatura del agua debe ser de 30-33 ° C.
- El material necesario es: aros, pelotas de tamaño mediano y pequeño de distintos colores, juguetes que floten.
- No serán necesarios dispositivos de flotación ya que la falsa sensación de seguridad genera dependencia, pueden aparecer movimientos indeseados, mantener la cara fuera del agua supone que el ajuste mental no termine de dominarse, algunos puntos no pueden aprenderse y pueden dar la vuelta accidentalmente.

Las dos primeras sesiones son una toma de contacto con el entorno y el fisioterapeuta. Estos son los objetivos planteados para estas sesiones:

- Superar ideas preconcebidas sobre el agua.
- Aceptar el contacto físico con personas extrañas (fisioterapeuta).
- Explorar el entorno.
- Adaptación al medio acuático.
- Trabajar control cefálico.
- Iniciar el control de la respiración.

En estas sesiones se trabajaría únicamente con el punto uno (ajuste mental), porque la paciente está acostumbrada a la gravedad, pero la flotación puede suponer una situación confusa y es primordial que tanto la paciente como el fisioterapeuta sepan qué se puede esperar. La posición de partida es la presa frontal. El fisioterapeuta en bipedestación, pies totalmente apoyados en el suelo, flexión de cadera y rodilla, espalda recta. El agua debe cubrir a la altura de los hombros. Con sus manos realiza unas presas en zona la zona intercostal lateral del paciente. El paciente está situado frente al fisioterapeuta con la misma posición.

Al trabajar este punto hay que proponer actividades para que la paciente identifique, asimile y se ajuste las distintas propiedades hidrodinámicas y otras fuerzas, como la inercia, viscosidad... El control de la respiración es

un prerequisite del control cefálico, debe aprender a expulsarlo cuando se sumerja, por ello las actividades propuestas para esta sesión son:

- En posición estática, contarle un cuento es una forma de obligarle a mantener la atención y que mantenga la cabeza correctamente.
- En posición estática, soplar sobre el agua para ver ondas en la superficie.
- Hacer burbujas, con la boca o con la nariz. Comenzar los dos a la vez. Después el fisioterapeuta dando las órdenes y por último da las órdenes al paciente. Utilizar distintos comandos de voz: ya, ahora, 1, 2... y esperar al 3, que de una palmada en el agua, etc.

En la tercera sesión se continuaría trabajando para lograr los objetivos de las primeras sesiones, y además se incluirían como objetivos:

- Reforzar las habilidades cognitivas y educativas del paciente: colores y números.
- Comenzar a trabajar la rotación sagital.
- Ensayar transferencias de peso.
- Flexión lateral de tronco.
- Hacer ejercicios isométricos, isocinéticos e isotónicos en la musculatura debilitada del tronco.
- Trabajar flexión de hombro y movimiento que rompa el patrón de pronación-rotación interna de brazo para alcanzar objetos.

Se continuaría trabajando con el punto uno para lograr los mismos objetivos y además se empezaría con el punto dos, separación o distanciamiento. Consistiría en aumentar la distancia en la presa frontal o incluso sustituirla por la presa lateral, en la que la paciente puede o no estar apoyada en la pared de la piscina y el fisioterapeuta lateral a ella, en la misma posición, controlando las piernas de la paciente entre las suyas.

Se puede continuar con algunas de las actividades propuestas en las sesiones anteriores. Las nuevas propuestas son:

- Ofrecerle dos pelotas pequeñas de distinto color, preguntarle por los colores y con cuál prefiere trabajar, una vez que responda hacer una carrera que consista en soplar la pelota sobre la superficie hasta llegar al borde de la piscina.
- Desde el frente, le proponemos ponerse una pulsera. Para ello le pedimos que levante el brazo derecho y lo lleve a derecha para introducir el brazo en un aro pequeño, y después repetimos el proceso con el brazo izquierdo.

En esta sesión también trabajamos con el tercer punto (rotación sagital), que consiste en realizar movimientos que transfieran el peso de izquierda a derecha, desde una posición vertical. El fisioterapeuta se colocará frente a la paciente y hará una toma a nivel de sus caderas. Le propondrá actividades tales como:

- Simular un baile, desplazando su peso suavemente de izquierda a derecha.
- Pedirle que toque objetos situándoselos a la derecha o a la izquierda.

- La cuarta sesión guarda gran parecido con la anterior, los objetivos serían los mismos que en las sesiones anteriores, pero además:
- Aprender reacciones de enderezamiento cuando pasa de flexión lateral a posición vertical.
- Trabajar musculatura lateral de tronco y abdominales.
- Control de la cintura escapular: movilización.

Por ello en esta sesión cobra mayor importancia el tercer punto, en el que se harán las mismas actividades. Otras formas de trabajar este punto serían:

- Solicitarle que pase de vertical a decúbito lateral derecho para enseñarle al fisioterapeuta el pie izquierdo, y repetir con el lado izquierdo.
- Solicitarle que pase de vertical a decúbito lateral derecho para escuchar dentro del agua, y repetir con el lado izquierdo.
- Una vez en decúbito lateral, situarle un juguete al frente y pedirle que lo alcance con el brazo que está sumergido, trabajando de manera asistida la flexión de hombro. Repetir sobre el lado contrario.

En la quinta sesión los nuevos objetivos son:

- Apertura de la mano bajo el agua.
- Iniciar agarre de objetos pequeños.
- Comenzar a trabajar la rotación en el eje frontal-transversal (verticalidad).
- Realizar flexión anterior y extensión de tronco.
- Realizar movimiento de disociación en MMII.
- Las actividades propuestas serían:
- Con el primer punto, ajuste mental, mirarse las manos y pedirle que las abra como las "ranitas", es decir que pase del puño cerrado a extensión y apertura de dedos.
- Con el tercer punto, rotación sagital, en decúbito lateral sobre un lado situarle un objeto al frente y pedirle que lo coja y vuelva a la posición de partida con él. Preguntarle por el color. Repetir sobre el lado contrario.

Para el cuarto punto, rotación vertical, se le proponen las siguientes actividades:

- Desde posición vertical a flotación ventral: pedir un abrazo
- Desde la posición vertical a flotación dorsal: pedirle que nos enseñe los pies para contar los dedos, estirarse si tuviera sueño e irse a dormir.

En la sexta sesión se continúan con los mismos objetivos de tratamiento, pero se buscan nuevas formas de trabajo

En la séptima y la octava, sin dejar de lado ni los objetivos ni los puntos anteriores, se comenzaría a trabajar el quinto punto, la rotación lateral. La rotación lateral puede trabajarse en el plano vertical u horizontal. Ejemplos de cómo trabajarlo sería:

Miradas e intervenciones

- Desde la posición de partida, con presa frontal dar una vuelta en dos tiempos. Pedirle a la paciente que dé media vuelta para quedarse de espaldas al fisioterapeuta, con la excusa de ver su gorro o bañador, ahora pedirle que dé la vuelta para ver de qué color es el gorro del fisioterapeuta.
- Desde la misma posición, pedir una vuelta de 360° sobre la vertical.
- Jugar a “Busca tesoros”, teniendo que girar sobre sí misma para encontrar los distintos juguetes flotantes que hay sueltos por la superficie, parar cuando lo encuentre y señalar mientras dice “Ahí está”.

Es importante observar hacia dónde realiza la paciente los giros, pues siempre tenderá a hacerlo sobre el lado que le resulte menos difícil, por eso se debe procurar que trabaje de forma simétrica ambos lados.

Una vez que la paciente haya integrado todas las actividades anteriores, para la novena y décima sesiones lo ideal es dejar de lado las actividades más simples y continuar trabajando con las actividades que combinaban varios puntos, así como iniciar otros puntos de mayor complicación. Los objetivos serían:

- Inhibir los movimientos de rotación no deseados.
- Realizar patrones de rotación de forma combinada, en un solo movimiento.
- Integrar el concepto: cara dentro del agua.

Para ello se trabaja a través del sexto y el séptimo puntos, rotación combinada e inmersión.

A partir de patrones rotacionales combinados la paciente puede disminuir su espasticidad y ganar movilidad, una forma de trabajar sería con el juego del “Paseo en barco”; desde la posición inicial de partida y presa frontal, solicitamos que apoye la cabeza en el hombro del fisioterapeuta debiendo quedar en flotación dorsal, de esta forma combina verticalidad-flotación ventral con paso de flotación ventral a dorsal. La inmersión puede trabajarse de una primera parte, con el juego del “Submarino”. Desde la toma frontal, se recuerda el control de la respiración y una vez nos hemos asegurado que realiza la respiración adecuada, de manera pasiva bajando a la paciente hasta que el agua le cubra a distintas alturas del rostro, como la barbilla, nariz, cubrir orejas y finalmente el pelo.

TABLA 1. RESUMEN 10 SESIONES DE TRATAMIENTO			
Sesión	Objetivos	Punto	Actividades
1-2	<ul style="list-style-type: none"> • Superar ideas preconcebidas sobre el agua. • Superar el contacto físico con el fisioterapeuta. • Explorar el entorno. • Adaptación al medio acuático. • Trabajar control cefálico. • Control de la respiración. 	AM	<ul style="list-style-type: none"> • El corro de la patata. • En posición estática, contarle un cuento. • En posición estática, soplar sobre el agua para ver ondas en la superficie. • Jugar al "escondite" para sumergir la cabeza hasta la nariz. • Hacer burbujas, con la boca o con la nariz.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las habilidades cognitivas y educativas: colores. • Comenzar a trabajar la rotación sagital. • Ensayar transferencias de peso. • Flexión lateral de tronco. • Trabajo isométrico, isocinético e isotónico del tronco. • Trabajar flexión de hombro. 	AM S RS	<ul style="list-style-type: none"> • Carrera soplando la pelota sobre la superficie del agua. • Ponerse "una pulsera" con aros. • Un baile. • Tocar objetos a ambos lados (derecha o izquierda).
4	<ul style="list-style-type: none"> • R. Enderezamiento. • Trabajar musculatura lateral de tronco y abdominales. • Control de la cintura escapular: movilización. • Mismos objetivos de sesiones anteriores. 	RS	<ul style="list-style-type: none"> • DL para enseñar el pie contrario. • Escuchar dentro del agua. • En DL, pedirle que alcance un juguete con el brazo sumergido.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura de la mano bajo el agua. • Iniciar agarre de objetos pequeños. • Comenzar a trabajar la rotación en el eje frontal-transversal. • Realizar flexión anterior y extensión de tronco. • Realizar movimiento de disociación en MMII. • Mismos objetivos de sesiones anteriores. 	AM RV	<ul style="list-style-type: none"> • Mirarse las manos y abrirlas como las "ranitas". • En DL coger un objeto al frente y volver a la posición de partida con él. Preguntarle por el color. • Pedir un abrazo. • Contar los dedos de los pies. • Estirarse como si tuviera sueño e irse a dormir.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Mismos objetivos de sesiones anteriores. • Aplicar dos puntos en la misma actividad. 	AM + S AM + RV	<ul style="list-style-type: none"> • Conversación. • La mecedora. • "El pez", DP + burbuja. • Alcanzar una pelota a un lado, y guardarla en un canasto al frente.
7-8	<ul style="list-style-type: none"> • Dar una vuelta en dos tiempos. • Dar una vuelta de 360° en un solo movimiento. • Localizar objetos. • Mismos objetivos de sesiones anteriores. 	RL	<ul style="list-style-type: none"> • "¿De qué color es el gorro?" • "Vuelta de bailarina" • "Busca tesoros" • "La peonza" • "La Croqueta"
9-10	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibir los movimientos no deseados. • Patrones de rotación combinada, en un solo movimiento. • Integrar: cara dentro del agua. • Aumentar la dificultad. 	RC I	<p>"Paseo en barco"</p> <p>"Submarino"</p>

AM (Ajuste mental); S (Separación); RS (Rot. Sagital); RV (Rot. Vertical); RL (Rot. Lateral); RC (Rot. Combinada); I (Inmersión); DL (Decúbito lateral); DP (Decúbito prono).

Discusión

En lo referente a la bibliografía hallada, se consideraron como aceptables veintiún artículos (revisiones sistemáticas, tesis, ensayos aleatorizados y no aleatorizados), procedentes de distintas bases de datos electrónicas, publicados entre 2002 y 2015, así como diferentes manuales que hablan acerca de Tratamiento acuático y Concepto Halliwick. Tras la lectura de la información seleccionada, se puede hacer un análisis que trate sobre la evolución de la Fisioterapia Acuática, su situación actual en distintos ámbitos y concretamente en la PCI, qué se ha conseguido hasta el momento, qué no se ha investigado lo suficiente, qué incorpora este trabajo y hacia dónde se debe avanzar.

La Fisioterapia Acuática ha ido evolucionando gradualmente a lo largo de la historia de la rehabilitación. En las últimas décadas se han publicado un gran número de estudios sobre las propiedades terapéuticas del agua y cuáles son sus beneficios en relación a flexibilidad, función respiratoria, fuerza muscular, marcha y función motora gruesa ^{1,5,12}.

Kelly y Darrah¹² concluyeron en su revisión, que todavía el material era escaso acerca de los beneficios y nada se había investigado sobre el efecto potencialmente negativo de ejercicios acuáticos en niveles de fatiga de los niños con PCI.

Posteriormente, se llevaron a cabo distintos ensayos aleatorios, en los que se encontraron mejorías significativas en los test de evaluación de capacidades funcionales antes y después de aplicarse el tratamiento.

De un lado, Fragala-Pinkham M.,¹³ donde el objetivo de su estudio era evaluar la eficacia y seguridad de un programa de ejercicio acuático aeróbico para niños con discapacidad que ven limitada su resistencia cardiorrespiratoria, fuerza y motricidad, entre los que se incluían niños con autismo, parálisis cerebral y mielomeningocele. Observó mejoría en el desarrollo motor de los niños con parálisis cerebral después de diez semanas.

De otro lado, Chrysagis N.⁵ y su grupo de trabajo, con la intención de examinar el efecto de un programa acuático de diez semanas (veinte sesiones en total) en la función motora, el rango del movimiento y la espasticidad en niños con PCI del tipo tetraparesia espástica. Los resultados fueron significativos, obteniendo una mejoría en la puntuación global de la escala GMFM en marcha, carrera y salto, por lo que se concluyó que un programa acuático puede tener un efecto positivo en los tres aspectos estudiados. Sin embargo, los resultados hallados en el estudio de Mackinnon⁵ en un programa Halliwick en un niño con diplejía espástica dieron mayor puntuación y mejores resultados en rangos activos y pasivos de movimiento de hombro y rodilla.

Poco después, en 2010 el Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Asociación Valenciana de Parálisis Cerebral⁴ desarrolló un estudio piloto para determinar los efectos de un programa combinado de ejercicio físico y el Método Halliwick sobre la hipertonia del músculo sóleo de personas adultas con lesión cerebral, en el que participaron siete sujetos. Pero hasta el momento

no se ha publicado ningún otro estudio sobre el efecto de la combinación en un programa conjunto fisioterapia en seco y acuática.

Respecto a la temperatura del agua, Seo Sam-Kin^{4,14} investigó la relación de la temperatura con el aumento o tono de la espasticidad. Concluyó que el tono aumenta cuando la temperatura es inferior a 29 ° C y disminuye cuando se encuentra entre 32 ° C y 35 ° C, pero por encima de 35 ° C aparece fatiga con gran rapidez, por eso 32 ° C se considera la temperatura óptima para los niños con espasticidad.

En la última revisión sobre terapia acuática en niños y adolescentes con PCI, Gortel J.W., y Curriel S.J.³, se trata una de las principales lagunas por estudiar en este campo y es el siguiente: la mayoría de los estudios se hicieron a partir de muestras de niños y adolescentes con PCI espástica de los tipos hemiplejía y diplejía, clasificados bajo niveles I, II y III de la escala GMFCS; habiéndose realizado un solo estudio con un participante de nivel IV de la escala GMFCS. Además, en lo referente al Concepto Halliwick la mayoría de los estudios lo han utilizado como una guía de aprendizaje de natación para niños de mayor nivel funcional, pero no se han aplicado en niños con plurideficiencia. Esto implica que se desconocen los resultados de una amplia muestra, que quizá sería la que más se beneficiase de la Fisioterapia Acuática.

Con este trabajo se pretende responder a algunas de estas lagunas, mediante la programación de diez sesiones con el Concepto Halliwick para una niña con PCI del tipo tetraparesia espástica distónica Nivel V de la escala GMFCS. La realidad es que realizar un programa de ejercicios para estos niños puede tener mayor dificultad por las barreras personales y ambientales, pero es que los objetivos de tratamiento son muy diferentes a los de un niño funcional, y no deben centrarse sólo al ámbito motor, sino expandirse al sensorial. En la literatura hallamos evidencia científica para otros objetivos de tratamiento. Dorval⁵ indicó que los programas en el agua mejoran la autoestima y la independencia funcional; Hutzel⁵ señaló que se mejora la capacidad vital, habilidades de orientación y función respiratoria; y Ozer⁵ demostró que hay mejoría significativa en la conciencia corporal. En los últimos años se ha estado trabajando conjuntamente el Concepto Halliwick con salas Snoezelen, que pueden ser muy beneficiosas en niños con déficits cognitivos, visuales, autismo...

Cuesta-Vargas, A.I.¹⁵, señala en su trabajo, publicado en 2012, que en la actualidad la Fisioterapia Acuática en el área de rehabilitación neurológica del niño y del adulto es el segundo área de interés en Reino Unido. No obstante, aún presenta limitaciones debido a la dificultad para encontrar grupos de casos homogéneos e intervenciones reproducibles para desarrollar ensayos clínicos.

Además la participación activa del niño favorece el desarrollo del SNC y la prevención de padecer problemas de salud, como obesidad o riesgo cardiovascular. Si bien es una prioridad que la prescripción de la Fisioterapia Acuática sea específica, debe ser desarrollada por un profesional que comprenda la relación existente entre las leyes mecánicas y físicas y su consecuencia terapéutica. Este profesional debe planificar todas las actividades,

previa valoración y considerando el diagnóstico de manera individualizada, identificando los principales problemas para que el niño adquiera la mayor ventaja de forma física y psíquica.

El Concepto Halliwick es una alternativa excelente para niños con PCI y pacientes de características similares, independientemente del grado de discapacidad, que ya ha demostrado su evidencia científica en múltiples estudios.

No obstante, se considera necesaria la apertura de nuevas vías de investigación que cubran las necesidades actuales; entre las que se proponen:

- Incluir en los estudios a grupos formados por niños con niveles IV y V.
- No limitar los programas de Halliwick a niños con PCI, sino incluir a otros que podrían beneficiarse como por ejemplo Síndrome de Rett, Distrofias, etc.
- Realizar programas conjuntos de tratamiento de Fisioterapia en sala y en piscina, resultando muy interesante la combinación Bobath-Halliwick.
- Realizar programas en los que se combine Halliwick con Watsu o salas Snoezelen.

Conclusiones

A la vista de lo expuesto anteriormente, se puede concluir diciendo que las características del medio acuático lo convierten en un adecuado entorno para la rehabilitación de múltiples patologías, ya sean neurológicas, ortopédicas, traumatológicas... y es por ello que la Fisioterapia Acuática cada día cobra mayor relevancia. Aunque ya han sido muchos los estudios realizados hasta la fecha, quedan abiertos muchos campos de investigación.

En lo referente a la Parálisis Cerebral Infantil, la bibliografía evidencia que este colectivo puede beneficiarse de este medio.

Debiera ser una prioridad que los niños con PCI, independientemente del grado de discapacidad, acudiesen regularmente a piscina, pues el medio acuático presenta una serie de ventajas frente al terrestre; a nivel físico es una actividad de bajo impacto, es seguro, mejora su resistencia cardiorrespiratoria, disminuye la espasticidad, da la oportunidad al cuerpo de sentirse libre de las restricciones que experimenta contra la gravedad, favorece la función motora gruesa... Sin olvidar la repercusión psicológica: es un entorno a explorar, tiene carácter lúdico, estimula los sentidos, disminuye las influencias negativas de la falta de equilibrio y el mal control postural por lo que incrementa su confianza, se sienten capaz de hacer cosas que hasta ahora no eran posibles

Bibliografía

- Martínez Gramage J., Sebastián Mengod A., Amer Cuenca J.J., Barcia González J. (Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Asociación Valenciana de Parálisis Cerebral). Efectos de un programa combinado de ejercicio físico y Halliwick sobre la hipertonia en personas adultas con lesión cerebral. *Fisioterapia*; 2010; 32(3): 139-144.
- Chrysagis N., Douka A., Nikopoulos M., Apostolopoulou F., Koutsouki D. Effects of an aquatic program on gross motor function of children with spastic cerebral palsy. *Biology of exercise* 2009, 5.2: 14-25.
- Gorter J.W., Currie S.J. Review Article. Aquatic Exercise Programs for Children and Adolescents with Cerebral Palsy: What do we know and where do we go? *International Journal of Pediatrics*, 2011: 7.
- Maes J.P.; Gresswell A. The Halliwick Concept for clients with cerebral palsy or similar conditions". *BABBT Newsletter Issue*. 2010; 62: 2-6.
- Rodríguez Fuentes G., Iglesias Santos R. Bases físicas de la hidroterapia. *Fisioterapia* 2002; 24 (monográfico): 14-21.
- Sanz M.L. Efectividad de la terapia acuática basada en la evidencia (tesis). Universidad Interamericana abierta; 2012.
- Stanat F., Lambeck J. The Halliwick Method. *AKWA. ATRI THERAPY FOCUS*. 2001.
- Hasting P. The Halliwick Concept: Developing the teaching of swimming to disabled people. 2001.
- International Halliwick Association (IHA) Education and Research Committee 2010. The Halliwick Concept 2010.
- Stanat F., Lambeck J. *AKWA. The Halliwick Method: Therapeutic Application. ATRI THERAPY FOCUS*. 2001.
- García Giralda M.L, El Concepto Halliwick como base de la hidroterapia infantil. *Fisioterapia* 2002; 24(3): 160-164.
- Kelly M., Darrah J., Review. Aquatic exercise for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2005, 45: 838-842.
- Fragala Pinkham M., Haley S.M., O'Neil M.E. Group aquatic aerobic exercise for children with disabilities. *Development medicine & Child Neurology* 2008, 50: 822-827.
- Halliwick Therapy – State of the Art. Lambeck J. *EWAC workshop (diapositiva)*. Djeddha; 2012. 51 diapositivas.
- Cuesta Vargas A.I. La fisioterapia acuática, un ejemplo de crecimiento en la evidencia y la práctica clínica centrada en el paciente. *Fisioterapia* 2012; 34(6): 237-238.
- Espejo Antúnez L., García Guisado C.I., Martínez Fuentes M.T. Efectividad de la hidroterapia en atención temprana. *Fisioterapia*. 2012; 34(2): 79-86.

- Getz M. Effects of aquatic interventions in children with neuromotor impairments. *Clinical Rehabilitation*; 2006; 20 (11): 927-936.
- Lambeck J., Halliwick in 1986, the realities of movement in water. The Netherland; 1990.
- McMillan J. The rol of water in rehabilitation. *Fysioterapeuten* 1978; 45: 87-90.
- Martin J. The Halliwick Story By the late Phyl McMillan MBE (1915 -2003). AST. 2005.
- Halliwick. Johan Lambeck. Vídeo de la terapia específica en el agua. Disponible en: <http://www.halliwick.net>
- International Halliwick Association. Halliwick 10 point programme.2011. Disponible en: <http://vimeo.com/channels/halliwick>
- Pazos Rosales J.M., González Represas A. Técnicas de hidroterapia. *Hidrocinesiterapia. Fisioterapia*; 2002; 24(2): 34-42.
- Rogers A., Furler B., Darrah J. A systematic review of the effectiveness of aerobic exercise interventions for children with cerebral palsy: an AACPDm evidence report. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2008, 50: 808–814.
- Kamioka H. Et al; Effectiveness of Aquatic Exercise and Balneotherapy: A Summary of Systematic Reviews Based on Randomized Controlled Trials of Water Immersion Therapies; *J Epidemiol* 2010; 20(1): 2-12.

Infancias...

¿VA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONA EL CUESTIONARIO M-CHAT-R MÁS ALLÁ DE LAS IMPRESIONES DE LA PEDIATRÍA?

**Rodríguez Armendáriz, Ekaine;
Calvo Arenillas, José Ignacio**

*Escuela Universitaria de Enfermería y
Fisioterapia, Universidad de Salamanca.*

Resumen

Los pediatras pertenecientes al Sistema Nacional de Salud (SNS) Español son los únicos profesionales que mantienen contacto directo con los niños desde su nacimiento hasta los 3 años de edad. Es por ello importante valorar si sus impresiones profesionales coinciden o no con las herramientas de cribado de las que se dispone para las diferentes alteraciones del desarrollo respecto a la imitación, lenguaje y rigidez conductual y si se relacionan con los resultados que los niños consiguen en el cuestionario Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R), herramienta de cribado validada para la detección de problemas relacionados con los Trastornos del Espectro Autista (TEA), Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL) y retrasos madurativos o del desarrollo e incluye preguntas susceptibles de reconocer estas alteraciones en niños de entre 16 y 30 meses. Los resultados obtenidos muestran que las impresiones de los profesionales y los resultados del cuestionario difieren en determinados aspectos, destacando el carácter complementario y no excluyente de la información obtenida de estas dos fuentes.

Palabras Clave: M-CHAT-R, TEA. Autismo. TEL. Retrasos del desarrollo. Diagnóstico precoz.



¿VA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONA EL CUESTIONARIO M-CHAT-R MÁS ALLÁ DE LAS IMPRESIONES DE LA PEDIATRÍA?

Ekaine Rodríguez Armendáriz, José Ignacio Calvo Arenillas.

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca

Introducción

Los niños de corta edad pasan sus primeros meses y años de vida de modos muy diversos. Algunos están con sus padres, otros a cargo de un familiar o cuidador, incluso hay un grupo de ellos que acuden a guarderías o escuelas de Educación Infantil. Algo que sí hacen todos estos niños es acudir regularmente al sistema de salud para reconocimientos y revisiones, incluso si se encuentran bien de salud. Es por ello que además de la familia, actualmente el sistema de salud tiene un papel importante en el desarrollo inicial de las niñas y niños.

España posee un Sistema Nacional de Salud (SNS) que cubre a la totalidad de su población. A cada familia se le asigna un consultorio de salud cerca de su domicilio y de este modo cada niño es asignado a un pediatra, profesional que se encargará de la salud del niño desde los 0 a los 14 años de edad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Los pediatras pertenecientes a Atención Primaria (AP) son los únicos profesionales que mantienen contacto directo con los menores de 3 años, (García Primo et al., 2014; Ministerio de Educación y Ciencia, 2007) y es por esta razón que los pediatras son los responsables de identificar las dificultades que presentan los niños en sus primeros años de vida. Dichas dificultades son tan variadas como las evaluaciones existentes para identificarlas. Esta es la razón por la que se necesitan herramientas de cribado validadas, que además de tener un alto grado de fiabilidad sean de aplicación sencilla y bajo coste.

Dentro de la AP en pediatría existe el *Programa de Control del Niño Sano (PCNS)*, en el que los niños acuden de forma regular al pediatra para realizar exámenes estandarizados en los que se recogen datos sobre los hitos del desarrollo de cada niño (Canal-Bedia et al., 2011). Las niñas y niños acuden a estas visitas de manera sistemática, por ello el PCNS proporciona a los pediatras un espacio y oportunidad idónea para evaluar el desarrollo que muestran, sobre todo en sus primeros 2 años de vida que es cuando la programación de las visitas a pediatría es más frecuente.

Tradicionalmente la detección de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) ha sido poco abordada desde los servicios asistenciales, siendo las familias las que han tenido que movilizarse en busca de información y respuestas a los síntomas iniciales (Forteza Sevilla et al., 2013). La recomendación de la detección precoz está asumida por sociedades científicas y profesionales, además de por la administración pública. La Academia Americana de Pediatría recomienda que los pediatras pregunten a los padres sobre el desarrollo comunicativo y social de los niños en cada visita rutinaria, así como realizar un cribado específico de TGD al menos en 2 ocasiones antes de los 2 años de edad (García Primo et al., 2014).

En respuesta a estas recomendaciones y dentro del PCNS en las provincias de Zamora y Salamanca, se incluye el *Programa de Detección Precoz de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)* (García Primo et al., 2014). En este programa se valoran los niños de 18 y 24 meses mediante el cuestionario *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R)* (Canal-Bedia et al., 2011) en busca de problemas relacionados con Trastornos del Espectro Autista (TEA), Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL) y retrasos madurativos o del desarrollo (Robins et al., 2001).

Teniendo en cuenta la sintomatología que presentan los diferentes TGD, quizás el TEA sea una de las condiciones que más pueden limitar el desarrollo y funcionamiento de los niños en su día a día (Rogers and Pennington, 1991; Russell, 1997). Los TEA son alteraciones del desarrollo neurológico que se caracterizan por tres síntomas de base o tríada de déficits que incluye las disfunciones en la reciprocidad social y la comunicación o el lenguaje, así como un repertorio de intereses y actividades restringido y repetitivo (American Psychiatric Association, 2013). En el manual publicado en el año 2013 por la *American Psychiatric Association* se utiliza el término "trastorno del espectro autista" haciendo referencia al trastorno autista o autismo clásico, el síndrome de Asperger, al trastorno desintegrativo infantil y a los trastornos generalizados del desarrollo no especificados.

A los niños de corta edad con TEA les resulta difícil aprender gestos de comunicación social, expresiones faciales y acciones de índole cultural que implican el uso de objetos. Todo esto limita su funcionamiento y desarrollo adecuados. Es por ello que las estrategias de intervención temprana centradas en promover y mejorar la comunicación social y las habilidades del lenguaje, combinadas con el apoyo social para las familias, tienen un impacto positivo en el desarrollo de los niños con autismo y en sus familias, ya que disminuirán las dificultades secundarias como la depresión y ansiedad familiar (Canal-Bedia et al., 2011; Howlin et al., 2000; Rogers and Vismara, 2008; Tonge et al., 2006).

Tal y como se ha mencionado en las líneas superiores, los niños acuden de manera sistemática a las visitas de pediatría a diferentes edades (Domingo Álvarez, 1992). Durante las visitas de los 18 y 24 meses programadas en el PCNS es cuando el Programa de Detección precoz de TGD lleva a cabo la prueba específica del cuestionario M-CHAT-R (García Primo et al., 2014). Pese a que el cuestionario es de carácter voluntario los pediatras insisten a las familias en la importancia de participar en el programa y de valorar de una manera estandarizada el desarrollo relacionado con los TGD en sus hijas e hijos. Se debe tener en cuenta que el comportamiento de los niños en el consultorio del pediatra puede no representar su conducta típica y, por lo tanto, un profesional puede encontrar dificultades para decidir en el breve tiempo del que dispone si el comportamiento de un niño indica sospecha en TGD o no (Canal-Bedia et al., 2011). Debemos brindar a estos profesionales la oportunidad de contrastar sus opiniones médicas con datos obtenidos a través de herramientas de cribado validadas, de fácil utilización y bajo coste, como es el caso del M-CHAT-R.

Por todo ello, y gracias al Programa de Detección de TGD, los niños tanto de 18 como de 24 meses de edad que hayan obtenido un resultado positivo en el cuestionario M-CHAT-R son incluidos en el protocolo de entrevista y evaluación específica para su diagnóstico final (Canal-Bedia et al., 2011; García Primo et al., 2014). De este modo, el cuestionario M-CHAT-R y el posterior protocolo proporcionan a las familias un diagnóstico rápido y una posterior derivación a los programas de Atención Temprana (AT) que permiten un abordaje precoz de las dificultades que puedan presentar sus hijas e hijos.

Metodología

El estudio que se presenta cuenta con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Salamanca, entendiéndose que se ajusta a las normas éticas y de buena práctica clínica necesaria para este tipo de proyectos de investigación. Teniendo en cuenta que los sujetos participantes en este estudio son niños y niñas menores de edad, todos los padres, madres o representantes legales que acudieron como acompañantes a las consultas de pediatría fueron informados sobre el estudio, sus objetivos y metodología. Del mismo modo, cada acompañante completó el Consentimiento Informado del Representante Legal.

De acuerdo con la clasificación que Argimón y Jiménez publicaron en el año 2000 el estudio que se presenta es un estudio con finalidad analítica, secuencia temporal transversal, control de la asignación de los factores de estudio observacional e inicio del estudio prospectivo en relación con la cronología de los hechos (Argimón Pallás and Jiménez, 2013). Este trabajo pretende analizar la utilidad y el valor del cuestionario M-CHAT-R y de las impresiones de pediatría en relación al cribado de niños de 18 y 24 meses de edad con posibles alteraciones del desarrollo, TEA o TEL.

Durante la realización de este estudio se han evaluado 72 niños/as de 18 y 24 meses de edad. El grupo de 18 meses, de 39 sujetos, lo componen 20 niñas y 19 niños. Por otro lado, el grupo de 24 meses, de 33 sujetos, está compuesto por 16 niñas y 17 niños. Todos ellos son niños/as pertenecientes a diferentes consultas de Pediatría del Servicio de Salud de la Provincia de Salamanca.

Concretamente, estas consultas de Sanidad de Castilla y León (Sacyl) son el Consultorio Médico de Carbajosa de la Sagrada, el Centro de Salud de Santa Marta de Tormes y los Centros de Salud de Pizarrales, Miguel Armijo Moreno y Garrido Sur de Salamanca.

A todos los niños/as que acudieron, dentro del Programa de Control del Niño Sano (PCNS), a la consulta pediátrica para la vacuna de los 18 meses o la revisión del niño sano de los 24 meses se les ofreció la oportunidad de participar en este estudio. En caso de querer participar en el proyecto de investigación tras las consultas pediátricas los padres o tutores completaban el cuestionario M-CHAT-R y los profesionales de pediatría exponían sus impresiones clínicas relacionadas con el lenguaje, la imitación y la rigidez conductual.

Modified Checklist For Autism In Toddlers, Revised (M-Chat-R)

El M-CHAT-R es una herramienta de cribado validada para la detección de problemas relacionados con los TEA, TEL y retrasos madurativos o del desarrollo (Canal-Bedia et al., 2011; Robins et al., 2001). Este cuestionario es completado por los padres, madres o tutores de los niños de 18 y 24 meses de edad en las visitas programadas a pediatría dentro del PCNS (García Primo et al., 2014). El tiempo de realización es de unos 15 minutos y se puede corregir en menos de dos minutos (Robins et al., 2001, 2014). El M-CHAT-R está planteado para ser utilizado con niñas y niños de entre 16 y 30 meses de edad (Robins et al., 2001).

El cuestionario está compuesto por 20 ítems, en el que cada ítem es una pregunta que puede responderse con el binomio "Sí" o "No" (Tabla 1). Los ítems están diseñados de modo que responden a preguntas relacionadas con o que se consideran precursores de anomalías sensoriales, anomalías motoras, intercambio social, atención conjunta y lenguaje y comunicación temprana verbal y no-verbal (Robins et al., 2001, 2014).

El objetivo principal del M-CHAT-R es lograr la máxima sensibilidad, es decir, detectar el mayor número de casos de TEA, TEL o retrasos madurativos y del desarrollo que sean posibles (Robins et al., 2001). Por esta razón, existe una alta tasa de falsos positivos, lo que significa que no todos los niños que obtengan una calificación de riesgo serán diagnosticados. Para solucionar este problema se han desarrollado las preguntas de seguimiento o *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F)* (Robins et al., 2014). Los profesionales encargados de recibir y corregir los cuestionarios realizan entrevistas con las madres, padres o tutores que hayan completado el cuestionario para verificar los positivos obtenidos y de este modo cerciorarse de que los niños que han obtenido un resultado de riesgo en el cuestionario de cribado y en la entrevista de seguimiento sean incluidos en el protocolo de diagnóstico diseñado dentro del Programa de Detección Precoz de los TGD (Canal Bedia et al., 2006). Los usuarios deben ser conscientes de que incluso con el seguimiento, un número significativo de niños están en alto riesgo de tener otros trastornos del desarrollo o retraso, y por lo tanto, se está garantizando la evolución para cualquier niño con un resultado positivo.

Para la realización de este cuestionario no es necesario ningún material ni preparación más allá de las indicaciones básicas que se presentan en el propio cuestionario, por lo que su realización es muy sencilla. Además, puede

realizarse en la consulta de pediatría, en la sala de espera o en casa, lo que resulta muy cómodo tanto para las familias como para los profesionales, ya que no consume tiempo de las consultas (Canal Bedia et al., 2006; García Primo et al., 2014).

Tal y como se acaba de describir, el M-CHAT-R es un instrumento de cribado sencillo, rápido, económico y que requiere poco tiempo tanto para realizarlo como para corregirlo.

1.	Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO ¿Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)
2.	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?
3.	¿Su hijo/a juega a juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO ¿hace como que bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,...?)
4.	¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO ¿a una silla, escaleras, o tobogán,...?)
5.	¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual)
6.	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO ¿señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)
7.	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO ¿señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle?)
8.	¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO ¿mira con atención a otros niños, les sonríe o se les acerca?)
9.	¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no parapedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO ¿le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete?)
10.	¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO ¿se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)
11.	¿Cuándo usted sonríe a su hijo/a, él o ella también le sonríe?
12.	¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO ¿la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)
13.	¿Su hijo/a camina solo?
14.	¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?
15.	¿Su hijo/a imita sus movimientos?(POR EJEMPLO ¿decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)
16.	Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?
17.	¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO ¿busca que usted le haga un cumplido, o le dice “mira” o “mírame”)
18.	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO ¿si usted no hace gestos, su hijo/a entiende “pon el libro encima de la silla” o “tráeme la manta”?)
19.	Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POREJEMPLO ¿si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, se gira a ver su cara?)
20.	¿Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO le gusta que le balancee, o que le haga “el caballito” sentándole en sus rodillas)

Tabla1. Ítems del cuestionario M-CHAT-R(Canal-Bedia et al., 2011; Robins et al., 2014).

Impresiones de pediatría

Como dato complementario al cuestionario M-CHAT-R se ha preguntado al o la pediatra de cada sujeto acerca de su percepción profesional sobre las habilidades lingüísticas, imitativas y de rigidez conductual de cada niña y niño.

En relación a las habilidades lingüísticas de los participantes se pide al pediatra de cada sujeto que valore el lenguaje del niño en una de las cuatro categorías que se le proporcionan. Las categorías son: "No Valorable", "No Lenguaje", "Lenguaje Pobre" y "Buen Lenguaje". Los criterios para que un sujeto esté en una u otra categoría se relacionan con dos aspectos principales del lenguaje. Por un lado, el idioma materno de cada niño. Dado que en este estudio participan niñas y niños que tienen como lenguaje materno una lengua diferente al castellano se ha considerado como "No Valorable" la habilidad lingüística de estos participantes. Por otra parte se considera el número de palabras que poseen en su repertorio lingüístico y el uso simple o combinado que hacen de ellas.

En cuanto a las habilidades imitativas de los participantes, se pide al pediatra de cada sujeto que valore la imitación del niño en una de las tres categorías que se le proporcionan. Las categorías son: "No valorable", "No" y "Sí". Los criterios para que un sujeto esté en una u otra categoría se relacionan principalmente con aspectos atencionales y de ejecución imitativa. Se consideran "No Valorable" los niños que por dificultades atencionales no prestan atención al ejemplo imitativo, y por consiguiente no pueden llevar a cabo la tarea de imitación. El resto de casos se clasifican en "Sí" o "No" en función de los criterios propios del pediatra en cuanto a ejecución imitativa.

Para el caso de la rigidez conductual se pide al pediatra de cada sujeto que valore la rigidez del niño en una de las tres categorías que se le proporcionan. Las categorías son: "No valorable", "No" y "Sí". Los criterios para incluir a un sujeto en una u otra categoría se basan en aspectos clásicos relacionados con la rigidez (Baron-Cohen et al., 1996; Rogers, 1999; Russell, 1997; Vanvuchelen et al., 2011; Williams et al., 2004). A modo general estos criterios se relacionan con intereses restringidos, presencia de rituales, movimientos corporales estereotipados, limitaciones en las habilidades de juego y preferencia por rutinas fijas. La clasificación en las categorías "Sí" y "No" es bastante intuitiva y no presenta dificultad alguna para los profesionales de pediatría. En cambio, la categoría "No Valorable" puede resultar algo más confusa de identificar, por lo que se considera incluir en ella a los participantes que no puedan ser valorados por la falta de colaboración o por el desconocimiento de la información requerida por parte del acompañante que está con la niña o niño en la consulta.

Tras recoger todos los datos se ha pasado a realizar los oportunos análisis estadísticos. Concretamente se han realizado varias tablas de contingencia para registrar y analizar las variables de lenguaje, imitación y rigidez conductual

descritas por los pediatras, las cuales se han asociado con variables obtenidas a partir del cuestionario M-CHAT-R cumplimentado por los padres en sus respectivas consultas de pediatría. Todas las tablas de contingencia han sido sometidas a la prueba de Chi cuadrado de Pearson para observar si existen o no diferencias estadísticamente significativas entre las variables de cada tabla. De este modo, se han obtenido los resultados que dirigen las interpretaciones de los datos hacia la aclaración de la hipótesis y objetivos de trabajo marcados para este estudio.

Resultados

En referencia a la población, se han evaluado un total de 72 sujetos; 39 para el grupo de 18 meses de edad y 33 para el grupo de 24 meses de edad. Los valores descriptivos de sexo y edad correspondientes a estos sujetos se describen en la Figura 1.

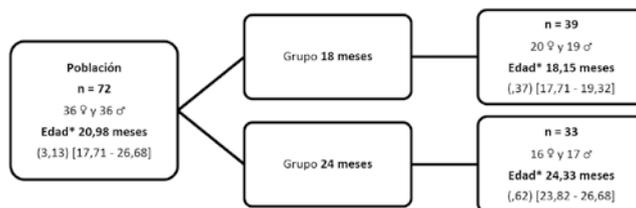


Figura 1. Número de sujetos y valores descriptivos de sexo y edad para el total de la muestra y para los grupos de 18 meses y 24 meses.*Edad media (Desviación típica) [Edad mínima – Edad máxima].

Para el grupo de 18 meses se observa que la muestra de 39 sujetos está compuesta por 20 niños y 19 niñas que tienen una edad media de 18,15 meses (desviación típica ,37). Para el conjunto de la muestra la edad mínima es de 17,71 meses y la edad máxima 19,32 meses. El intervalo de confianza para la media al 95% tiene un límite inferior de 18,03 y un límite superior de 18,27 meses de edad.

En el caso del grupo de 24 meses de edad, la muestra de 33 sujetos se compone de 16 niños y 17 niñas que tienen una edad media de 24,33 meses (desviación típica ,62). La edad mínima de esta muestra está en 23,82 meses y la edad máxima en 26,68 meses. El intervalo de confianza para la media se encuentra entre 24,11 y 24,59 meses de edad con una confianza del 95%.

Previamente al análisis de las tablas de contingencia se ha realizado un análisis descriptivo de la frecuencia de errores en los ítems del cuestionario M-CHAT-R. En dicho análisis se ha observado que la mayor prevalencia de error se distribuye de diferente modo en el grupo de 18 meses y en el de 24 meses.

Para el grupo de 18 meses los ítems 5 y 12 son los que presentan mayor frecuencia de error (Figura 2), seguidos de los ítems 2, 7, 16, 17 y 19. El

ítem 5 pregunta a los padres o tutores del participante si "¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos?", mientras que el ítem 12 quiere saber si "¿Le molestan a su hijo/a los ruidos cotidianos?". El resto de ítems preguntan lo siguiente; ítem 2 "¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo es sordo/a?", ítem 7 "¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención?", ítem 16 "Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?", ítem 17 "¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención?" e ítem 19 "Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto?".

Para el grupo de 24 meses, el ítem 12 es el que presenta mayor frecuencia de error (Figura 3), seguido del ítem 4. Siendo el ítem 12 la pregunta "¿Le molestan a su hijo/a los ruidos cotidianos?" y el ítem 4 la pregunta "¿A su hijo le gusta subirse a cosas?".

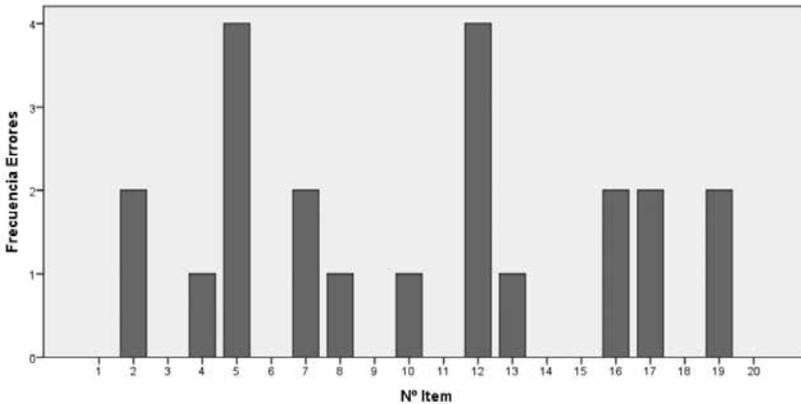


Figura 2. Gráfico de representación de la frecuencia de errores descrita por ítems para el grupo de 18 meses.

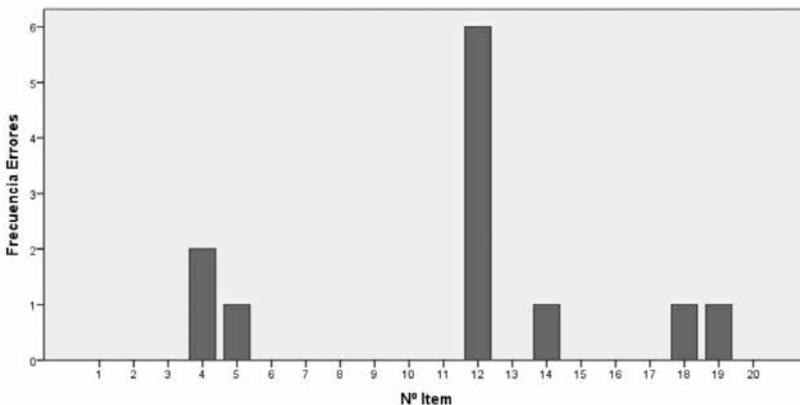


Figura 3. Gráfico de representación de la frecuencia de errores descrita por ítems para el grupo de 24 meses.

Tras este pequeño análisis descriptivo, se presentan las tablas de contingencia. En este grupo de tablas e imágenes se describe la relación entre la interpretación de los resultados obtenidos a partir del cuestionario M-CHAT-R, completado por los padres o tutores de cada participante en la consulta de pediatría, y la percepción que el o la pediatra de este mismo sujeto tiene sobre sus habilidades lingüísticas, imitativas y de rigidez conductual.

En este primer apartado dedicado al lenguaje observamos el modo en que se distribuye el riesgo percibido del cuestionario y las habilidades lingüísticas de los niños de 18 y 24 meses de edad (Tabla 2 e Figura 4).

		Lenguaje		
		No Valorable	Lenguaje Pobre	Buen Lenguaje
18 MESES	Bajo Riesgo	3	6	24
	Riesgo Medio	0	0	2
24 MESES	Bajo Riesgo	3	2	22
	Riesgo Medio	0	0	2

Tabla 2. Tabla de Contingencia para las habilidades de lenguaje y el riesgo derivado del cuestionario M-CHAT-R para el grupo de 18 y 24 meses.

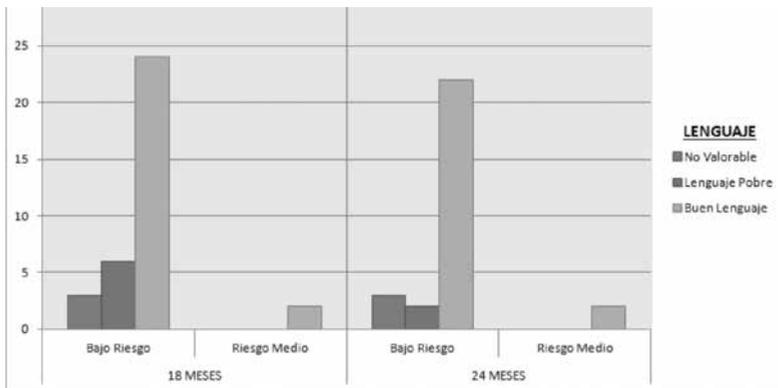


Figura 4. Gráfico de representación de las habilidades de lenguaje y el riesgo derivado del cuestionario M-CHAT-R para el grupo de 18 y 24 meses.

La prueba de Chi-cuadrado de Pearson (Tabla 3) no muestra diferencias estadísticamente significativas para las habilidades de lenguaje y el riesgo derivado del cuestionario M-CHAT-R para ninguno de los dos grupos de estudio. Los mismos datos muestran que los sujetos con riesgo medio en el cuestionario son, a su vez, sujetos en los que los pediatras perciben un buen desarrollo lingüístico y de los que no existe sospecha de posibles alteraciones. Sin embargo, todos los participantes considerados como sujetos con lenguaje pobre se encuentran en el grupo de participantes de bajo riesgo.

Pruebas de Chi-cuadrado de Pearson				
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
18 MESES	Lenguaje	,734	2	,693
24 MESES	Lenguaje	,448	2	,800

Tabla 3. Prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las habilidades de lenguaje y el riesgo derivado del cuestionario M-CHAT-R para el grupo de 18 y 24 meses.

El segundo apartado describe la sospecha de problemas imitativos y el riesgo percibido del cuestionario M-CHAT-R para los dos grupos de estudio (Tabla 4 y Figura 5).

		Sospecha en Problemas de Imitación		
		No Valorable	No	Si
18 MESES	Bajo Riesgo	2	27	4
	Riesgo Medio	0	2	0
24 MESES	Bajo Riesgo	-	24	3
	Riesgo Medio	-	2	0

Tabla 4. Tabla de Contingencia para las habilidades imitativas y el riesgo derivado del cuestionario M-CHAT-R para el grupo de 18 y 24 meses.

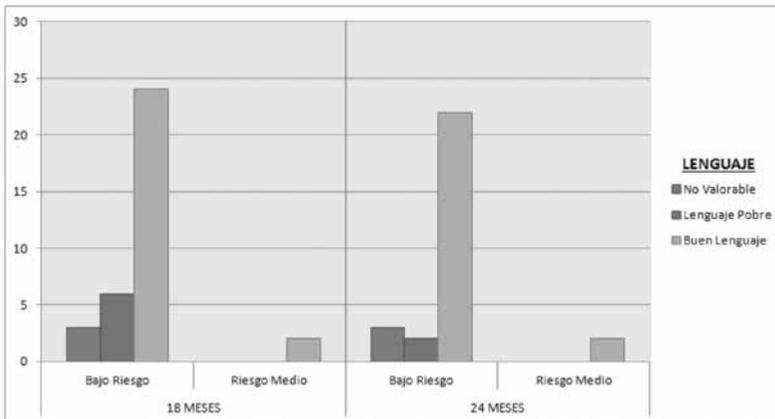


Figura 5. Gráfico de representación de las habilidades imitativas y el riesgo derivado del cuestionario M-CHAT-R para el grupo de 18 y 24 meses.

Al igual que en el apartado de lenguaje tampoco existen diferencias significativas entre la sospecha de problemas imitativos y los resultados obtenidos a partir del cuestionario M-CHAT-R (Tabla 5). Del mismo modo, todos los sujetos que desde pediatría han sido considerados con problemas de imitación se encuentran en el grupo de bajo riesgo.

Pruebas de Chi-cuadrado de Pearson				
		Valor	gl.	Sig. asintótica (bilateral)
18 MESES	Sospecha en Problemas de Imitación	,439	2	,803
24 MESES	Sospecha en Problemas de Imitación	,248	1	,619

Tabla 5. Prueba de Chi-cuadrado de Pearson para las habilidades imitativas y el riesgo derivado del cuestionario M-CHAT-R para el grupo de 18 y 24 meses.

En la siguiente tabla de contingencia se describe la percepción de rigidez conductual de los sujetos con el riesgo descrito por las respuestas en el cuestionario M-CHAT-R (Tabla 6 y Figura 6).

Los datos muestran que los participantes con sospecha de rigidez conductual consiguen resultados que los sitúan en el grupo de bajo riesgo en el cuestionario. Mientras que el grupo de riesgo medio está compuesto íntegramente por sujetos que inicialmente no levantan sospechas de rigidez conductual en pediatría.

		Rigidez Conductual		
		No Valorable	No	Si
18 MESES	Bajo Riesgo	2	27	4
	Riesgo Medio	0	2	0
24 MESES	Bajo Riesgo	-	24	3
	Riesgo Medio	-	2	0

Tabla 6. Tabla de Contingencia para la rigidez conductual y el riesgo derivado del cuestionario M-CHAT-R para el grupo de 18 y 24 meses.

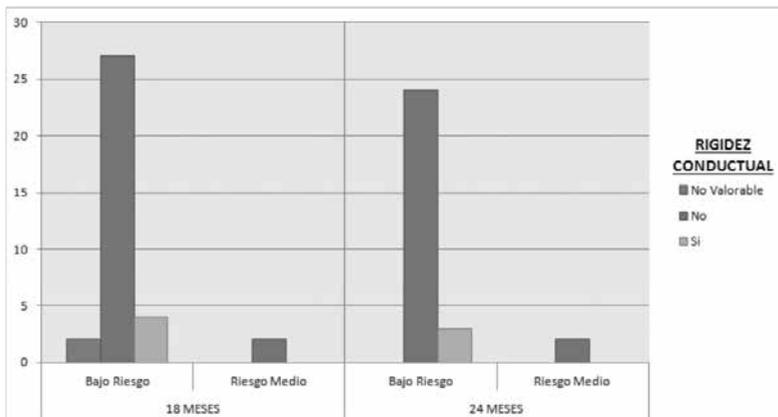


Figura 6. Gráfico de representación de la rigidez conductual y el riesgo derivado del cuestionario M-CHAT-R para el grupo de 18 y 24 meses.

Respecto al análisis estadístico realizado en este apartado no existen diferencias estadísticamente significativas para la rigidez conductual y el riesgo derivado del cuestionario M-CHAT-R (Tabla 7).

Pruebas de Chi-cuadrado de Pearson				
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
18 MESES	Rigidez Conductual	,439	2	,803
24 MESES	Rigidez Conductual	,248	1	,619

Tabla 7. Prueba de Chi-cuadrado de Pearson para la rigidez conductual y el riesgo derivado del cuestionario M-CHAT-R para el grupo de 18 y 24 meses.

Recapitulando, en este apartado dedicado a los resultados se han realizado los análisis estadísticos necesarios para comprender de qué modo los datos obtenidos en el presente estudio permiten responder a la hipótesis y los objetivos de trabajo marcados.

Los análisis también dejan ver que la percepción del profesional sanitario y la visión de la familia no siempre se complementan. Tal y como muestran los resultados en ocasiones una herramienta de cribado y un profesional sanitario no coinciden en la interpretación que cada uno presenta sobre una habilidad concreta en un mismo individuo.

Discusión

La comunidad científica y los profesionales que se dedican al tratamiento de las diferentes alteraciones en el desarrollo de los individuos coinciden en que un tratamiento temprano dirigido a dichas alteraciones es más beneficioso, y se obtienen de él mayores avances terapéuticos en los sujetos que lo reciben cuanto menor es su edad (Gil, 2003; Gómez Tolón, 1999; Grupo de Atención Temprana, 2001). Es aceptado que el tratamiento temprano de las personas con alteraciones de desarrollo es preferible a un tratamiento más tardío. Siendo esto así es necesario preguntarse por qué herramientas de cribado como el M-CHAT-R no están incluidas de manera sistemática en los PCNS de la totalidad del SNS al que acuden las niñas y niños en sus primeros años de vida.

Se estima que la prevalencia de TGD en la infancia es de unos 6-7 casos por cada 1000 habitantes (Fombonne, 2009). La frecuencia de casos de TEA es aún mayor. Concretamente la tasa observada por Canal-Bedia y sus compañeros en el año 2010 en un estudio realizado en España es de 1/108 niños (Canal-Bedia et al., 2011). Otros estudios de M-CHAT muestran mayores tasas de prevalencia, por ejemplo, 1/33 (Kleinman et al., 2008) ó 1/50 (Pandey et al., 2008). A pesar de conocer estos datos de prevalencia y el valor de un abordaje temprano, la edad media de diagnóstico se encuentra a partir de los 4 años de edad (Baio, 2012), y es incluso mayor para los niños de bajo nivel socioeconómico o pertenecientes a minorías (Mandell et al., 2002). Existen estudios que sugieren que muchos padres no expresan preocupación por el desarrollo de sus hijos hasta el segundo año de vida, y los niños no suelen acudir a profesionales que puedan darles un diagnóstico formal hasta varios meses después (Coonrod

and Stone, 2004; Young et al., 2003). Por otro lado, la preocupación expresada por los padres a los pediatras no implica necesariamente una derivación para el diagnóstico (Sices et al., 2004).

Sabemos que el M-CHAT-R es una herramienta eficaz para la detección de TEA en muestras pediátricas de bajo riesgo. La integración de esta estrategia de cribado y vigilancia reduce la edad de diagnóstico a 2 años, facilitando la intervención temprana y el pronóstico a largo plazo (Robins et al., 2014). Del mismo modo, se ha comprobado que las familias de los pacientes detectados perciben más calidad de vida y bienestar familiar que las de pacientes no detectados a estas edades (Canal et al., 2012).

La AT se basa en la premisa de que la detección precoz es de gran valor tanto para los casos con diagnóstico positivo de TGD como para sus familias, y por ello diferentes autores han considerado estudiar los posibles indicadores de TGD a edades tempranas (Baron-Cohen et al., 1996; Canal Bedia et al., 2006; García Primo et al., 2014; Pandey et al., 2008; Robins et al., 2001, 2014). De este modo, si se identifica un niño que se aleje del desarrollo típico éste podrá ser incluido precozmente en los programas de AT para así identificar si existe o no una alteración, cuál es ésta y poder comenzar un tratamiento en el menor tiempo posible.

El estudio que García Primo y otros compañeros realizaron en 2014 es el primero que muestra cómo en España es viable realizar un programa de cribado de TGD de base poblacional dentro del SNS. Según este grupo de autores la formación sobre los problemas del desarrollo comunicativo y social y la difusión de las señales de alerta entre los pediatras, además de la utilización del M-CHAT, es fundamental para el avance en la detección temprana de estos trastornos (García Primo et al., 2014).

Poner la responsabilidad del cribado de los diferentes TGD sobre los hombros de los pediatras no es justo, sobre todo sabiendo que el comportamiento de los niños en el consultorio del pediatra puede no representar su conducta típica y, por lo tanto, un profesional puede encontrar dificultades para decidir si dicho comportamiento es un indicio o no de sospecha (Canal-Bedia et al., 2011). Observemos, tal y como se ve en este estudio, que incluso los profesionales entrenados (Canal-Bedia et al., 2011) tienen dificultades para que sus percepciones profesionales coincidan con los resultados que las herramientas de cribado nos proporcionan. El análisis retrospectivo de videos grabados por padres de niños que son diagnosticados con TEA ha demostrado la presencia de marcadores tempranos durante el primer año de vida (Baranek, 1999; Maestro et al., 2005; Osterling and Dawson, 1994), mostrando que en casa también es posible contar con información necesaria para contribuir al cribado diagnóstico de los pequeños. Por todo ello, una vez más hay que resaltar la importancia de las herramientas de cribado tales como el M-CHAT-R, que son de fácil aplicación y bajo coste.

La revisión de la literatura sugiere que los niños incluidos en programas de intervención temprana muestran mejoras significativas en el desarrollo a los 3 años de edad (Harris and Handleman, 2000; Rogers, 1996). Concretamente, es probable que los niños con TEA que desarrollen lenguaje y juego simbólico antes de los 5 años de edad tengan más probabilidades de acudir a educación ordinaria y mejorar notablemente su desarrollo comunicativo y habilidades de lenguaje (Dawson and Osterling, 1997; Robins, 2008; Stone et al., 2000; Woods and Wetherby, 2003), en relación a niños que no son verbales a los 5 años de edad. Además, la intervención temprana atenúa la gravedad de los déficits asociados al TEA, como la comunicación alterada o las habilidades sociales, que interfieren en el desarrollo de los pequeños (Bryson et al., 2003; Mundy and Crowson, 1997).

Los resultados e interpretaciones obtenidas de este estudio parecen claras, y nos muestran que las herramientas de cribado para los TGD son tan necesarias como viables. Existen limitaciones y fortalezas en este estudio, como por ejemplo su carácter cuasi-experimental al no haber escogido los sujetos al azar. Lo ideal para estudios como éste sería poder conseguir una muestra aleatoria de todos los sujetos que cumplen los criterios de inclusión en el estudio y, a partir de ahí, utilizar una muestra representativa del grupo poblacional que se pretende estudiar (Argimon Pallás and Jiménez, 2013). Dado que éste no es el caso, es importante que los datos recogidos, los resultados obtenidos y las conclusiones derivadas de todos ellos sean interpretados teniendo en cuenta que la muestra de la que parte el estudio está compuesta por voluntarios que tras una invitación han accedido a participar. Del mismo modo, se ha considerado aumentar la muestra total de participantes con intención de fortalecer los aspectos relacionados con la muestra en sí misma, de tal manera que la población no suponga un criterio tan limitante para la generalización y contribución de los resultados y conclusiones obtenidas.

Conclusiones

Analizados e interpretados los resultados obtenidos en esta investigación se puede afirmar que la percepción de las y los pediatras respecto a las habilidades lingüísticas, las habilidades imitativas y la rigidez conductual de las niñas y niños de 18 y 24 meses de edad no son un criterio válido que pueda relacionarse con los resultados derivados del cuestionario de cribado M-CHAT-R. Por todo ello, es importante plantear la inclusión de herramientas de cribado para los TGD en el SNS y reducir la carga diagnóstica en los profesionales sanitarios.

Agradecimientos

Es un placer agradecer la participación a cada una de las familias incluidas en este estudio. También, a los profesionales de pediatría que además de ejercer su práctica profesional con dedicación y pasión se han animado a colaborar en este estudio con la mejor de sus sonrisas.

Bibliografía

- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5a Edición. ed. American Psychiatric Publications, Virginia, EE.UU.
- Argimon Pallás, J.M., Jiménez, J., 2013. Métodos de investigación clínica y epidemiológica, 4a Edición. ed. Elsevier España, Madrid.
- Baio, J., 2012. Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008. Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries. Volume 61, Number 3. Cent. Dis. Control Prev.
- Baranek, G.T., 1999. Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9–12 months of age. *J. Autism Dev. Disord.* 29, 213–224.
- Baron-Cohen, S., Cox, A., Baird, G., Swettenham, J., Nightingale, N., Morgan, K., Drew, A., Charman, T., 1996. Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *Br. J. Psychiatry* 168, 158–163.
- Bryson, S.E., Rogers, S.J., Fombonne, E., 2003. Autism spectrum disorders: early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. *Can. J. Psychiatry* 48, 506–516.
- Canal Bedia, R., García Primo, P., Touriño Aguilera, E., Martín Cilleros, M.V., Ferrari, M., Martínez Velarte, M., Guisuraga Fernández, Z., Boada Muñoz, L., Franco Martín, M., Fuentes Biggi, J., 2006. La detección precoz del autismo. *Interv. Psicosoc.* 15, 29–47.
- Canal, R., Herráez, M., Guisuraga, Z., Sánchez, M.C., García, P., Martín, M.V., 2012. El diagnóstico temprano de niños con autismo y el impacto en la calidad de vida de las familias. *Apl. N Paradig. Calid. Vida Interv.-Ción Con Pers. Con Discapac. Desde Una Perspect. Integral Salamanca Univ. Salamanca INICO.*
- Canal-Bedia, R., García-Primo, P., Martín-Cilleros, M.V., Santos-Borbujo, J., Guisuraga-Fernández, Z., Herráez-García, L., del Mar Herráez-García, M., Boada-Muñoz, L., Fuentes-Biggi, J., Posada-de La Paz, M., 2011. Modified checklist for autism in toddlers: Cross-cultural adaptation and validation in Spain. *J. Autism Dev. Disord.* 41, 1342–1351.
- Oonrod, E.E., Stone, W.L., 2004. Screening for autism in young children. *Handb. Autism Pervasive Dev. Disord. Vol. 2 Third Ed.* 707–729.
- Dawson, G., Osterling, J., 1997. Early intervention in autism: Effectiveness and common elements of current approaches. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention: Second generation research* (pp. 307-326). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publ. Co. Dobrez Sasso AL Holl J Shalowitz M Leon Budetti P2001 Estim. Cost Dev. Behav. Screen. Presch. Child. Gen. Pediatr. Pract. Pediatr. 108, 913-922.

- Domingo Álvarez, J., 1992. Criterios mínimos en prevención y promoción de la salud materno-infantil. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. Madrid.
- Fombonne, E., 2009. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr. Res.* 65, 591–598.
- Fortea Sevilla, M., Escandell Bermúdez, M., Castro Sánchez, J.J., 2013. Detección temprana del autismo: profesionales implicados. *Rev. Esp. Salud Pública* 87, 191–199.
- García Primo, P., Santos Borbujo, J., Martín Cilleros, M.V., Martínez Velarte, M., Lleras Muñoz, S., Posada de la Paz, M., Canal Bedia, R., 2014. Programa de detección precoz de trastornos generalizados del desarrollo en las áreas de salud de Salamanca y Zamora, in: *Anales de Pediatría*. Elsevier, pp. 285–292.
- Gil, I.C., 2003. Aspectos generales de la atención temprana, in: *Atención Temprana: Niños Con Síndrome de down Y Otros Problemas Del Desarrollo*. FEISD. Federación Española del Síndrome de Down, Madrid, pp. 7–17.
- Gómez Tolón, J., 1999. Rehabilitación psicomotriz en la atención precoz del niño. Mira Editores, Zaragoza.
- Grupo de Atención Temprana, 2001. Libro blanco de la atención temprana. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Harris, S.L., Handleman, J.S., 2000. Age and IQ at intake as predictors of placement for young children with autism: A four-to six-year follow-up. *J. Autism Dev. Disord.* 30, 137–142.
- Howlin, P., Mawhood, L., Rutter, M., 2000. Autism and developmental receptive language disorder—A follow-up comparison in early adult life. II: Social, behavioural, and psychiatric outcomes. *J. Child Psychol. Psychiatry* 41, 561–578.
- Kleinman, J.M., Robins, D.L., Ventola, P.E., Pandey, J., Boorstein, H.C., Esser, E.L., Wilson, L.B., Rosenthal, M.A., Sutera, S., Verbalis, A.D., 2008. The modified checklist for autism in toddlers: a follow-up study investigating the early detection of autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.* 38, 827–839.
- Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, M.C., Pecini, C., Cesari, A., Paziente, A., Stern, D., Golse, B., Palacio-Espasa, F., 2005. How young children treat objects and people: an empirical study of the first year of life in autism. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 35, 383–396.
- Mandell, D.S., Listerud, J., Levy, S.E., Pinto-Martin, J.A., 2002. Race differences in the age at diagnosis among Medicaid-eligible children with autism. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 41, 1447–1453.
- Ministerio de Educación y Ciencia, 2007. Real Decreto 1630/2006, BOE-A-2007-185.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Agencia de Calidad del SNS, Madrid.

- Mundy, P., Crowson, M., 1997. Joint attention and early social communication: Implications for research on intervention with autism. *J. Autism Dev. Disord.* 27, 653–676.
- Osterling, J., Dawson, G., 1994. Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. *J. Autism Dev. Disord.* 24, 247–257.
- Pandey, J., Verbalis, A., Robins, D.L., Boorstein, H., Klin, A., Babitz, T., Chawarska, K., Volkmar, F., Green, J., Barton, M., 2008. Screening for autism in older and younger toddlers with the Modified Checklist for Autism in Toddlers. *Autism* 12, 513–535.
- Robins, D.L., 2008. Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. *Autism* 12, 537–556.
- Robins, D.L., Casagrande, K., Barton, M., Chen, C.-M.A., Dumont-Mathieu, T., Fein, D., 2014. Validation of the modified checklist for autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics* 133, 37–45.
- Robins, D.L., Fein, D., Barton, M.L., Green, J.A., 2001. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J. Autism Dev. Disord.* 31, 131–144.
- Rogers, S.J., 1999. An examination of the imitation deficit in autism., in: *Imitation in Infancy*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 255–283.
- Rogers, S.J., 1996. Brief report: Early intervention in autism. *J. Autism Dev. Disord.* 26, 243–246.
- Rogers, S.J., Pennington, B.F., 1991. A theoretical approach to the deficits in infantile autism. *Dev. Psychopathol.* 3, 137–162.
- Rogers, S.J., Vismara, L.A., 2008. Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 37, 8–38.
- Russell, J.E., 1997. *Autism as an executive disorder*. Oxford University Press.
- Sices, L., Feudtner, C., McLaughlin, J., Drotar, D., Williams, M., 2004. How do primary care physicians manage children with possible developmental delays? A national survey with an experimental design. *Pediatrics* 113, 274–282.
- Stone, W.L., Coonrod, E.E., Ousley, O.Y., 2000. Brief report: screening tool for autism in two-year-olds (STAT): development and preliminary data. *J. Autism Dev. Disord.* 30, 607–612.
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., King, N., Rinehart, N., 2006. Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 45, 561–569.
- Vanvuchelen, M., Roeyers, H., De Weerd, W., 2011. Imitation assessment and its utility to the diagnosis of autism: evidence from consecutive clinical preschool referrals for suspected autism. *J. Autism Dev. Disord.* 41, 484–496.
- Williams, J.H., Whiten, A., Singh, T., 2004. A systematic review of action imitation in autistic spectrum disorder. *J. Autism Dev. Disord.* 34, 285–299.

- Woods, J.J., Wetherby, A.M., 2003. Early identification of and intervention for infants and toddlers who are at risk for autism spectrum disorder. *Lang. Speech Hear. Serv. Sch.* 34, 180–193.
- Young, R.L., Brewer, N., Pattison, C., 2003. Parental identification of early behavioural abnormalities in children with autistic disorder. *Autism* 7, 125–143

CUANDO LO INESPARADO ROMPE LA CONSTRUCCIÓN DE LA CUNA SIMBÓLICA

Ramírez Martínez, Ivonne

*Comité Académico Doctoral, Universidad
de San Francisco Xavier de Chuquisaca.*

Resumen

Pensar en el nacimiento de un hijo, pasa por un cúmulo de emociones, de alegría, ilusión y muchas esperanzas de los padres para un futuro pleno y exitoso y, menos veces se tienen temores e inseguridades sobre la no sanidad del recién nacido. El objetivo del estudio es analizar los mecanismos del sistema de salud para aplicar los procesos de diagnóstico, tratamiento, educación y apoyo a los padres con niños que padecen alteraciones del neurodesarrollo u otros síndromes con compromiso neurológico, en pro de una atención temprana de mayor calidad y calidez. La metodología aplicada se centró en entrevistas en profundidad a 14 madres de familia en centros de atención y rehabilitación en el sur de Bolivia, recogiendo el análisis de contenido sobre categorías como el recibimiento del diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Resultados: El acontecimiento de algún trastorno en el desarrollo del niño es un proceso de mucho dolor, incertidumbre y desinformación por el que atraviesan los padres. Muchos sentimientos se generan producto de este duelo que la familia deberá enfrentar; el cómo lo hagan será determinante para la salud integral del niño y su familia; por ello, el sistema de salud debe seguir optimizando sus procesos.

Palabras Clave: Duelo. Discapacidad.
Atención Temprana. Calidad. Calidez



CUANDO LO INESPERADO ROMPE LA CONSTRUCCIÓN DE LA CUNA SIMBÓLICA

Ivonne Fabiana Ramírez Martínez

Comité Académico Doctoral. Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca

Introducción

La investigación forma parte de estudios relacionados con la discapacidad y en esta oportunidad en forma más específica, el estudio se refiere al proceso de atención temprana en alteraciones del neurodesarrollo u otros síndromes con compromiso neurológico en la infancia, no dirigido sólo a éste sino a la madre y la familia, buscando comprender la importancia del proceso de comunicación y apoyo que reciben para el diagnóstico, la terapia y el seguimiento integral en este tipo de situaciones.

La atención temprana no sólo hace referencia a la atención oportuna y adecuada al niño, sino al entorno en general, por ello haremos referencia al entorno de la familia y la madre en particular, dado que por nuestra experiencia como terapeuta de niños con alteraciones del neurodesarrollo u otros síndromes con compromiso neurológico observamos que la madre es la principal protagonista del proceso de habilitación o rehabilitación del niño.

En ese entendido resulta importante señalar que las experiencias durante los primeros años de vida influyen significativamente en el establecimiento de relaciones íntimas y emocionalmente saludables, estas relaciones se entienden como apego y las características del tipo de vínculo que se forma entre madre-infante o cuidador primario-infante, están asociadas en la infancia y niñez temprana, dependen de una relación emocional perdurable con una persona específica, esa relación produce seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer y la pérdida o la amenaza de pérdida de la persona, evoca una intensa ansiedad en caso de separación o pérdida.

El vínculo se consolida por el acto de alzar al bebé, mecerlo, cantarle, alimentarlo, mirarlo hablarle, besarlo y otras conductas que se dan durante el cuidado de infantes y niños pequeños, como experiencias de vinculación que incluyen la calidad y la cantidad. Recordando que no sólo está presente durante la lactancia o los primeros años, sino que sirve de base a todas las relaciones afectivas en la vida futura.

Los investigadores de la conducta infantil como Bowlby (1986) entienden como apego la relación madre-infante, describen que esta relación ofrece el andamiaje funcional para todas las relaciones subsecuentes que el niño desarrollará en su vida.

Una relación sólida y saludable con la madre o cuidador primario, se asocia con una alta probabilidad de crear relaciones saludables con otros, mientras que un pobre apego parece estar asociado con problemas emocionales y conductuales a lo largo de la vida y está compuesto de tendencias conductuales y emocionales diseñadas para mantener a los niños en cercanía física de su madre o cuidadores (Bowlby, 1998).

La teoría del apego en un enfoque actual nos permite asegurar que un apego seguro con un cuidador estable y continuo, puede asegurar un adecuado desarrollo cognitivo y mental del niño que llegará a ser adulto, influenciado por la calidad de apego en la niñez. Más aún, los vínculos primarios pasan a ser de primera importancia en esta etapa y también en condiciones de impedimento o incapacidad física o mental a cualquier edad. Se dan por supuestas ciertas características de nuestra biología, en la cual buscamos apegos en tiempos de crisis, penas o necesidades (Moneta, 2003).

La relación madre-hijo debe tener sintonía, equilibrio y coherencia. Bowlby, ya en 1958, definió tres patrones importantes de apego y las condiciones familiares que las promueven:

- Los niños con estilos de apego seguro son capaces de usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Ellos tienen cuidadores que son sensibles a sus necesidades, por eso, tienen confianza de que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad. En el dominio interpersonal, las personas con apego seguro tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias; y en el dominio intrapersonal tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismas.
- Los niños con estilos de apego evasivo exhiben un aparente desinterés y desapego a la presencia de sus cuidadores durante períodos de angustia. Estos niños tienen poca confianza en que serán ayudados, poseen inseguridad hacia los demás, miedo a la intimidad y prefieren mantenerse distanciados de los otros.
- Los niños con estilos de apego ansioso-ambivalente responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores.

De estos dos últimos es importante analizar la importancia que juega la angustia y la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores que por las circunstancias analizadas desde un duelo no resuelto por parte de la madre y la familia que ocasionan evasión y ambivalencia, como el caso de no te acepto completamente porque eres diferente a lo que esperaba.

En 1988, Bowlby afirmaba que la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes que ocurren en el niño es influenciada por el patrón de apego o el vínculo que los individuos desarrollan durante el primer año de vida con el cuidador, generalmente la madre. En casos de abandono a temprana edad, el niño experimenta una pérdida de confianza en la figura vincular y aún puede tener miedo de ésta (Cicchetti, 2002)

Ese sentimiento de abandono o pérdida de la confianza, a veces, se da porque el duelo de la madre y la familia pasa por distintas etapas (a veces la familia resuelve este, antes que la madre, en particular hacemos referencia a abuelos, quienes, en más de los casos, toman la custodia del niño, pues aceptan con más naturalidad las diferentes etapas previas a la negociación).

Para autores como (Moneta, 2014), los pediatras a menudo tan ocupados con la salud de los niños, suelen dejar de lado aspectos tan importantes como la actitud materna hacia el niño y su influencia en la sanación del éste.

Esta autora señala que pequeñas modificaciones en la conducta maternal pueden hacer grandes diferencias en el vínculo primario, pero es necesario observar las conductas de interacción de la díada madre-niño y el tipo de apego que se desarrolle, de ahí la importancia de analizar entre otros aspectos las repercusiones del diagnóstico y tratamiento confiables para que las figuras vinculares establezcan un tipo de apego seguro para el niño que para el caso que se estudia deberá enfrentar muchos desafíos en su vida futura.

Cuando la etapa del diagnóstico o del tratamiento se constituyen en ambiguas y poco confiables, las madres tienden a sufrir una serie de cambios emocionales y se desatan sentimientos ambivalentes o de indiferencia como señaló Bastidas y cols. (2013) frente al hecho que denota muchas veces desesperanza, además perturbando de esta manera el progreso que se espera de sus hijos.

La importancia de la investigación se entiende por las altas cifras de discapacidad en Bolivia, las que alcanzan al 3.80% de la población total, de ésta el 14,4% es de tipo mental, el 29% es de tipo motora y el 56,6% de tipo sensorial visual o fonoaudiológica (INE, 2012). Frente a esta realidad es importante estudiar los procesos por los cuales atraviesan las familias cuando nace un niño con algún tipo de alteración del neurodesarrollo u otros síndromes con compromiso neurológico, que rompen con la construcción de una cuna simbólica ideal con el objetivo de optimizar el acompañamiento y el tratamiento.

La construcción de la cuna simbólica hace referencia a una construcción subjetiva, singular, producto de una red de sentires de parte de los padres, desde el momento de concebir la idea de tener al hijo y que expresa el ideal de lo que se espera de él. Para Basso (2016), el apego hacia la madre comienza en el útero, esta autora habla no sólo de la importancia de las primeras experiencias de la madre, sino de las emociones que esto genera en el niño, y será la madre

quien seis primeros meses quien construya un tipo de apego y antes de los tres años defina el tipo de apego que brinde como base de la seguridad cognitiva y emocional del niño.

En las familias la espera y el nacimiento de un hijo pasa por un cúmulo de sueños y emociones como la alegría, la ilusión y muchas esperanzas de los padres para un futuro pleno y exitoso, y menos veces se tienen pensamientos, temores e inseguridades sobre un futuro triste e incierto. Los padres no se preparan para el duelo.

Se concibe el duelo como reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. También se refiere a la reacción en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. El duelo visto desde cualquier teoría de la psicología ha de ser una experiencia traumática, vista más o en algunos casos menos fuerte, teniendo en cuenta o no la vivencia psicológica del sujeto y la familia.

En el caso de los hijos este proceso será experimentado con mayor dolor aún y puede deberse a varios factores como es el caso de grupos donde el encuentro con la enfermedad y la muerte son menos frecuentes, presencia de hijos poco numerosos, acceso a asistencia médica y auxilio más seguros y otros como son las formas diferentes de construir culturalmente estos eventos.

El duelo desde la mirada de Kubler-Ross (1970) implica el paso por cinco etapas que no se interiorizan de manera lineal, sino que pueden ser recursivas o presentarse solapamientos y son las siguientes:

1. Negación: En esta etapa es probable que las personas se sientan culpables porque no sienten nada; se apodera de ellas un estado de entumecimiento e incredulidad
2. Enojo o ira: se puede expresar externamente. El enojo puede proyectarse hacia otras personas o interiormente expresarse en forma de depresión, culpar a otro es una forma de evitar el dolor, aflicciones y desesperación personales de tener que aceptar el hecho de que la vida deberá continuar con la presencia de un hijo que llegó para romper el ideal.
3. Negociación: se da en nuestra mente para ganar tiempo antes de aceptar la verdad de la situación, retrasa la responsabilidad necesaria para liberar emocionalmente las pérdidas
4. Depresión: es el enojo dirigido hacia adentro, incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia
5. Aceptación: se da cuando después de la pérdida se puede vivir en el presente, sin adherirse al pasado.

Las causas implicadas en duelos que se analizarán no tienen como causa la muerte, sino la enfermedad, el trastorno, la "anorma", porque que se pierde al hijo sano, al hijo "norma", y por ende se pierden las ilusiones de un imaginario ideal de éste como una proyección futura de sanidad, éxito y bienestar de él y de los padres.

Como antecedentes revisados, se tiene el estudio realizado por Bastidas y cols. (2013) quienes vieron que en la fase de anhelo o búsqueda de la persona perdida, la madre y la familia empiezan a entender la realidad del hijo, aunque de alguna manera pueden experimentar incertidumbre y duda, y a veces las madres alcanzan a sentirse indiferentes ante las necesidades del hijo.

El duelo de los padres empieza cuando un hijo nace con algún tipo de alteración del neurodesarrollo o síndromes con compromiso neurológico que es lo que estudiamos; esto va más allá del plano personal. La construcción histórica implica, además, aspectos de cambio en la dinámica familiar, económica y social, y de acuerdo a cómo se concibe la posibilidad de discapacidad, los aspectos culturales y del control social determinarán los pensamientos, los sentimientos y las conductas frente a este.

Los estudios realizados sobre la búsqueda y recibimiento del diagnóstico desde Tammentie y cols (2004), concluyen señalando que las madres perciben el diagnóstico de forma tardía, inadecuada e insuficiente, lo que genera sentimientos de negación, tristeza, ira, adaptación y reorganización.

En casos de trastornos del espectro autista acudimos a Frith, (2004) y a Martínez y cols (2008). Para llegar al diagnóstico, los padres han pasado por un verdadero calvario, un ir y venir de consulta en consulta, de especialista en especialista, desplazándose a veces de ciudad en ciudad y hasta de país en país. La sospecha de que algo ocurre es confirmada por diversos profesionales, pero no existe el acuerdo respecto a lo que verdaderamente está ocurriendo. Otro factor que describe Frith (op. cit.) es el tiempo que tardaron en diagnosticar a su hijo después de recurrir a la ayuda profesional.

Otro estudio (Machín, 2009) encontró que las madres narran cómo la tristeza que empieza con la noticia las lleva a una aflicción intensa que se prolongó durante meses. Inicialmente las madres guardan la esperanza de que el cariotipo resulte normal, tal como lo refieren otras investigaciones acerca de la expectativa materna. Esta esperanza les ayuda a sobrellevar la situación. Mientras tanto, la convivencia con su hijo va fortaleciendo el apego, fundamental para que la madre se convierta en protectora y cuidadora afectiva del niño.

Como refieren los autores citados y apoyados por Skotko (2005) y Tammentie y cols (2004), el diagnóstico posparto desencadena tensión, angustia y estrés, junto con shock, ira, e incluso miedo; situaciones que deben ser abordadas con fundamento teórico que provenga de la psicología con carácter social, contextual e histórico.

Bastidas Alcaraz (2011) concluye señalando que ciertos profesionales de la salud, según las madres entrevistadas, no están preparadas para apoyarlas a afrontar la condición, al contrario se convierten en personas maltratantes y que poco contribuyen a la elaboración del duelo. Por ello resulta importante considerar que no en todas las sociedades el diagnóstico se acepta de la misma forma y el momento en que éste se dictamina resulta muy importante dicen los estudios referidos al tema.

En el caso de estudio del síndrome de Down, se dice que la notificación del diagnóstico a los padres según Contreras y cols. (2014) se cumple en la mayoría de los casos con las condiciones ideales descritas en la literatura. Se debe promover el diagnóstico prenatal en aquellas embarazadas con riesgo de tener hijos con síndrome de Down, para que se promueva una aceptación temprana y lograr el apoyo familiar y médico adecuados. Posiblemente esto se haya optimizado debido a que este tipo de síndrome permite anticipar y preparar a los padres para la comunicación previa al parto.

Sin embargo en los casos donde los estudios de sonografía y otros no se realizan, no se propicia el tiempo suficiente para lo que este mismo autor sostiene, es decir, que la información debe ser transmitida de forma comprensible, así como mostrarse abiertos a cualquier interrogante de los padres ante el proceso de notificación del diagnóstico (Contreras y cols., 2014)

Para Skotko (2005) y otros autores como Tammentie y cols (2004) el procedimiento más adecuado en el duelo que se analiza es dar la noticia lo más pronto posible. En el caso de nuestro estudio y de acuerdo al estado de arte revisado, nos preguntamos ¿quién da la noticia, dónde se lo hace, cómo se dice? Esto, al parecer, se constituye en algunos de los factores determinantes para un proceso posterior más exitoso para el niño, su familia y posteriormente la comunidad.

Apoyando este punto, Hedov y cols (2002) señalan que es fundamental emplear un lenguaje adecuado al momento de impartir alguna información y respetar las etapas por las cuales atraviesan los padres, cuando su niño nace visiblemente distinto de los demás.

Por otra parte, el estado de salud del niño, puede alterar este importante período, por lo que el equipo de salud perinatal debe elaborar anticipadamente las estrategias que faciliten y refuercen, al momento del diagnóstico, el apego y la vinculación afectiva, especialmente luego del parto (Hedov y cols., 2002).

Torres (2009) investigó la percepción de las madres referente al contenido de la información del diagnóstico de Síndrome de Down; a través de un cuestionario semi-estructural se encontró que 90% de las madres recibieron el diagnóstico después del parto y fueron comunicados por el médico pediatra en un 75%, mostrando la importancia de la conducta futura ante este proceso oportuno.

En el mismo tipo de síndrome, Contreras y cols. (2014) en un estudio sobre la evaluación de las circunstancias de notificación del diagnóstico del síndrome de Down, precisando las actitudes, reacciones, conocimiento y preocupaciones de los padres, en relación a la condición de su hijo, aplicó una encuesta y encontró que el diagnóstico de síndrome de Down se realizó en etapa postnatal en el 93% de los casos. Se identificó la importancia de cuándo se da la noticia y el apoyo de la pareja y grupo familiar para una mejor aceptación.

El diagnóstico anticipado al nacimiento en nuestro medio demora muchos meses o años después del nacimiento y generalmente las condiciones resultan menos tomadas en cuenta, razón por la cual, como explican los estudios citados, ocasiona que los mecanismos de afrontamiento sean más pobres y menos favorables para emprender un tratamiento temprano y lo más exitoso posible.

Sobre el tratamiento y el acompañamiento a los padres, los antecedentes concluyen que el duelo es un periodo de crisis que puede dar lugar a manifestaciones psiquiátricas y a alteraciones y enfermedades físicas en uno de los progenitores, lo que agrava la situación que vive la familia (García y cols., 2014).

Hedov y cols (2002) consideran que cuando una familia recibe la información de que el niño que espera o al momento de nacer presenta el síndrome de Down, se puede afectar la estabilidad de la pareja, como el de su entorno familiar

Para otros autores Bastidas y cols. (2013), la familia en este aspecto desempeña un papel fundamental, la mayoría de las familias logra fortalecerse, aunque unas pocas no pudieron mantenerse unidas y se desintegraron. Las reacciones que tienen las madres frente a la pérdida de ese hijo ideal y soñado, corresponde al duelo. Para las madres de esta investigación, las primeras reacciones son de incredulidad, seguidas de tristeza. Sin embargo, ellas mantienen la duda en relación al diagnóstico, con la esperanza y deseos de que el cariotipo les reporte que 'no tiene el Síndrome', y luego con el resultado se enfrentan a una realidad (Bastidas y cols., 2013).

Las madres del estudio emprenden la crianza como una experiencia dolorosa y triste, tratan de encontrar una explicación a dicho nacimiento en lo humano y hasta en lo divino; sin embargo surge un vínculo afectivo que hace posible sobrepasar la tristeza.

Otra revisión sobre la problemática de la no orientación proviene de García y cols (2014), quienes señalan que en unos casos puede tratarse de trastornos que aparecen o se agravan, que surgen como descompensación de una enfermedad crónica previa; en tanto en otras ocasiones, las enfermedades se deberían a conductas de riesgo que se incrementan (alcohol, tabaco, medicamentos...)

Las madres del estudio de Bastidas y cols. (2013) consideran que la crianza de sus hijos está surcada por alegrías y tristezas y que un acompañamiento adecuado en los diferentes entornos hace que esta experiencia sea positiva, tanto para sus hijos con Síndrome de Down como para las familias.

Para Alcaraz (2011), las madres se ven en la necesidad de expresar los sentimientos que están experimentando, hecho que las ayuda a tramitar su dolor. Sin embargo, varias de las entrevistadas advirtieron la crítica de familiares por el hecho de hacer visible su tristeza, pues la sociedad le exige que se muestre feliz después de un parto y es valorada por su participación y éxito en su función de crianza.

Algunas madres en el estudio Bastidas y cols. (2013) buscaban en sus recuerdos cómo se relacionaron con estos niños en el pasado y a veces sintieron culpa por haberse burlado de alguien en estas circunstancias, o por tenerles miedo, quizás por haber mirado a uno de ellos con curiosidad.

Para Stern (1997) la reorganización psíquica que sufre la madre tras el nacimiento de un hijo que hace referencia al valor que la cultura le da al papel maternal, pues se espera que la madre ame al hijo y en el proceso inicial del

duelo, no sólo pueda negarse la enfermedad, sino también al hijo y con ella se instaura la culpa frente al legado de la cultura a la que hace mención este autor. Como se advierte la culpa puede acompañar a la madre y extenderse a la familia y será ésta la que experimente sentimientos de ambivalencia por el rechazo o la sobreprotección que el entorno censura y critica.

Para Hanson (2004) otro aspecto a afrontar se refiere a las burlas y los desprecios que pueden venir de la propia familia, de forma más frecuente de vecinos, compañeros y aún más de desconocidos. Tales momentos inquietan, hacen brotar en las madres tristeza. Muchas de las entrevistadas en nuestro estudio reportaron la crítica proveniente de la propia familia como uno de los hechos que marcan la necesidad de pensar en la formación de redes de apoyo para padres y hermanos de niños con alteraciones del neurodesarrollo y otros síndromes con compromiso neurológico.

Los estudios respecto de la problemática que atravesarán las familias documentan, según Martínez y cols. (2008) que de manera indiscutible muchas familias con hijos con trastornos del espectro autista presentan niveles de estrés crónico, significativamente superiores a los que presentan las familias con hijos con otras discapacidades. Esta diferenciación se debe muchas veces a las incertidumbres que plantean la evolución disarmónica de los niños, donde el diagnóstico y tratamiento son inciertos y la convivencia en el hogar de un niño con autismo suele ser muy compleja y las familias se ven sometidas desde el principio a modificaciones severas de su régimen de vida habitual con limitaciones desmedidas de su independencia.

Para hacer frente al estrés que supone tener un hijo con autismo y mantener un clima familiar aceptable, cada familia dispone de unos recursos que pueden ser muy distintos en cada caso. Estos recursos pueden referirse a las características de personalidad, motivaciones y valores de los componentes de la familia y de la forma de relacionarse entre ellos; de la unidad familiar y de la atmósfera que reina en el hogar; y/o también de los apoyos externos que proporcione la comunidad (Doménech, 1997)

Autores como García y cols. (2014) sostienen que cada vez son más los estudios que ponen de manifiesto que los dolientes tienen elevada morbimortalidad. Se ha reportado que los médicos de atención primaria ven dichas situaciones con frecuencia vinculadas a problemas de salud, lo que apunta a un proceso de salud pública semi-oculto que se debe abordar.

Lo que ya se conoce es que la búsqueda de una explicación desde lo divino o por el destino mismo, acompañando a la tristeza, se convierte en un mecanismo de afrontamiento, que según Bowlby (2006) es otra forma de expresar la necesidad de buscar y encontrar a la persona perdida. La tercera fase del duelo o de desesperanza citada por este autor, se caracteriza por la aparición de una sensación de pérdida real, en la cual la tristeza pasa a depresión y apatía, esta última como consecuencia de las anteriores.

Estos referentes teóricos sostienen este estudio y se analizan de qué manera los procedimientos para las etapas del diagnóstico, el tratamiento y el acompañamiento a la familia resultan importantes desde las instancias primarias en salud, a fin de conseguir que los grupos familiares sean agentes

proactivos en los desarrollos que se espera para los niños con algún tipo de alteración del neurodesarrollo u otros síndromes con compromiso neurológico.

En el caso boliviano el sistema de salud desde la ley 475, **de Prestaciones de servicios de salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, tiene algunos** principios como los numerales 4 y 5 que rigen la Ley, **donde en el capítulo 1, artículo 2** se señala lo siguiente:

4. Calidad en Salud centrada en la persona y la comunidad. Responsabiliza y compromete a las organizaciones e instituciones de salud para aplicar los conocimientos y tecnologías disponibles, garantizando el buen trato y la capacidad resolutive adecuada a las necesidades y expectativas de las y los usuarios.

5. Oportunidad. Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesiten, obteniendo el máximo beneficio sin postergaciones que pudiesen generar perjuicios, complicaciones o daños.

Estos principios se expresan en el documento operativo de la Ley 475 como es el Continuo de Atención al Curso de la Vida: atención integrada al continuo del curso de la vida adolescente-mujer en edad fértil, mujer durante el embarazo, parto y puerperio recién nacido/a- niño/a menor de 5 años- niño/a de 5 años a menor de 12 años de edad- personas adultas mayores.

Revisamos los cuadros de procedimientos Intervenciones Clave del 'continuo de atención' al curso de la vida y encontramos en el recuadro referido al puerperio, el control de esta fase y detallados los aspectos como: complicaciones, secuelas y discapacidades, cuidados apropiados en el hogar y el plan de emergencia del postnatal (Ley 475, 2013); sin embargo, como se puede advertir, son indicaciones muy generales para que el equipo de salud guíe sus acciones y sean estos pasos protocolizados para encaminar tanto el diagnóstico como el tratamiento y el seguimiento posteriores, que en el caso de niños con alteraciones del neurodesarrollo, a coordinación central o síndromes de tipo genéticos requerirán del concurso pleno de todo el equipo de salud para atravesar con éxito las distintas etapas del duelo hasta la negociación que plantea Kubler- Ross (1970) y la inclusión de los niños al sistema educativo y a las familias hacia una convivencia plena y armónica con su entorno.

En ese entendido resulta importante estudiar los procesos que hacen a la mejora continua de procedimientos del sistema de salud y la atención integrada en la etapa del puerperio y en muchos casos, inclusive antes, tratándose de aquellos casos de síndromes que se identifican desde el embarazo.

En la problemática del duelo no resuelto, los terapeutas podemos advertir, cuando los padres llegan a los centros de atención y rehabilitación de discapacidades psiconeurosensoriales, en una etapa en la cual la elaboración del duelo de los padres y la familia resulta muy importante para enfrentar nuevas etapas que lleven al niño hacia mayores desarrollos que vayan más allá de la terapia.

La madre como figura de contención del niño, desde edades tempranas no sólo desarrolla el vínculo y apego tempranos, sino que comunica una serie de emociones y formas de comunicación con el mundo (Ramírez, 2010); y en ese entendido la importancia de que el duelo sea elaborado con la contención que brinda una orientación, comunicación y apoyo seguros resultan fundamentales para la estabilidad del vínculo madre-niño-familia y comunidad.

Numerosos estudios de autores como Ramírez (2015) y Vera y cols. (1998) han reportado la importancia de la seguridad, la estabilidad y educación de la madre y la familia serán determinantes tanto para enfrentar a la problemática de la elaboración del duelo como para su aporte a la construcción de una sociedad más inclusiva.

El enfoque biopsicosocial nos plantea muchos desafíos, entre ellos dejar la mirada clínica de intervención para pensar en procesos de inclusión educativa y comunitarias; y así evitar el confinamiento del niño y su familia a su entorno inmediato, sin lograr el disfrute de una vida armónica y plena (Ramírez, 2015). En esta inclusión colaboran los padres, la familia, los especialistas, la sociedad y la cultura.

El objetivo del estudio es analizar los mecanismos del sistema de salud para aplicar los procesos de diagnóstico, tratamiento, educación y apoyo a los padres mediante redes de padres que acompañen este proceso en pro de una atención temprana de mayor calidad y calidez, de modo que la elaboración del duelo y el apego resulten armónicos.

Metodología

La metodología aplicada es cualitativa, de tipo descriptiva, aborda el tema desde una perspectiva interpretativa. El recojo de datos se hizo a partir de entrevistas abiertas y el tratamiento de los datos se realizó mediante la técnica del análisis de contenido de los discursos de madres, con poca participación de padres de familia, por el rol preponderante de cuidadora principal en la crianza de los niños. La muestra la conformaron 14 mujeres, madres de niños que tenían afectaciones como síndrome de Down, parálisis cerebral en diversos tipos, autismo y retraso mental. Las madres entrevistadas oscilan entre las edades de 20 a 45 años.

El procedimiento de recojo de datos fue a partir de entrevistas en profundidad durante las consultas y espacios terapéuticos en centros privados de las ciudades de Sucre, Tarija y Potosí. Las conversaciones han permitido un diálogo amplio, con relatos de eventos desde el recibimiento del diagnóstico, la búsqueda de tratamiento y el seguimiento al niño hasta la escolaridad en algunos casos.

La categoría duelo fue descompuesta en las unidades de análisis de quién, dónde, cómo y cuándo se dan los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento que realiza el personal de salud. Las unidades de sentido han sido tomadas desde la organización que proponen (Delgado y Gutiérrez, 1999) en los niveles textual, semántico y práctico, haciendo una recuperación reconstitutiva del discurso de la madres entrevistadas.

Resultados

La recuperación restitutiva del discurso de fragmentos de algunas entrevistas a las madres se documentan a continuación; en ellas se describe el nivel textual y se interpretan los planos simbólico y conductual en los tres momentos: diagnóstico donde se evidencia mayor duelo, de negación, enojo, depresión por ser la etapa más dura para los padres; las madres relatan con mayor experiencia vivida y emocionalidad este momento.

La categoría: diagnóstico

En cuanto a la comunicación, el que comunica por lo general es el médico, aunque simbólicamente confirma el hecho, la sospecha de las dificultades que presenta el niño en cuanto a rezago, retraso o trastorno ya fue comentada por las enfermeras y terapeutas. El cómo se da en un marco cada vez menos frío, pero no alcanza la calidez que el sistema de salud proclama. Acerca del cuándo quizás es uno de las mayores debilidades a enfrentar y tiene que ver con los escasos mecanismos que dispone el sistema en exámenes laboratoriales, de imagen, o clínicos que no permiten confirmar los posibles problemas de neurodesarrollo u otros síndromes con compromiso neurológico que presente el niño. Muchos de estos aspectos están asociados a que falta mayor empatía en el personal de salud según perciben los padres. Los niveles textuales del discurso permiten advertir cómo la simbolización de la negligencia o la indiferencia, la culpa y frialdad del sistema son percibidos por los padres a través de las conductas que observan en el personal.

- Varias veces les preguntábamos a los médicos, ni nos miraban para responder, parece que no les importa ... por detrás de él salíamos para ver qué tenía la guagua y él decía que ya se iba a saber, que nos iba a avisar mañana y mañana y así, hasta que la enfermera nomás dijo algo de que no respiró bien al nacer que estaba moradito... eso no se quería avisar.... (H.N)
- Después del problema que tuvo mi hijo, saliendo de la cirugía el médico me dijo que no espere nada, que él no iba a recuperarse y que me resigne a que se quede como un vegetal, no pensé que ahora estaría así, ha mejorado muchísimo (S.Y)
- Ninguno de nosotros pensaba que iba a ser así, hasta que con el tiempo nos hemos dado cuenta que mi hijito no podía parar ni su cabecita, no hablaba como otros, y se tiraba hacia atrás nomás ... una señora me dijo que su nieto así nació, que le lleve a otro lado para que le atiendan bien..(A.E)
- Nadie te dice nada, todos se pasan, ni te miran, los jóvenes y los doctorcitos los únicos a veces ni las enfermeras te oyen, te culpan, diciendo qué habrás hecho pues, habrás tomado o para qué te aguantas debías venir antes. (L.R)
- ... Cuando mi guagua se puso mal, me dijo la enfermera, si ya sentías que estabas así por qué no te avisaste pues, acaso es tu primer hijo, ni que no supieras ya eso, el doctor ya se ha ido, ya no le voy a llamar ahora, se va a enojar...., y mi hijito estaba sueltito, ya no respiraba bien (S.R)
- Así que no dijeron, no sabía qué hacer, quería escapar corriendo No pensaba, ni me imaginaba nada de lo que vendría después. (N.E)

- Es muy difícil, lloré mucho, no me imaginaba, no quise ver a mi bebé tres meses después de que supe lo que tenía, no quería ver a nadie, para qué el mundo se me vino abajo, nunca he pensado que iba a pasarme esto (A.E)
- De un lado a otro fuimos, nadie nos decía nada, averiguamos aquí, en Cochabamba, fuimos a La Paz, después a la Argentina, allá recién una médica nos habló de lo que era ... (P.E)
- Hasta ahora no sabemos lo que es claramente unos dicen autismo, otros dicen que no es ... pero ya estamos más tranquilos, cuando se presentó el problema, no sabíamos dónde ir, nadie decía nada claro. (N.N)
- Sería importante que nos den más información, yo he realizado algunos cursos de diplomado en manejo del niño con problemas psicomotores y veo que eso me ha permitido entender mejor cómo puedo ayudar a mi hijo. (E.A.)
- Mi marido se enfermó, yo sólo lloraba y no sabíamos ni cómo atender a la guagua, ni quien nos diga qué hacer, no podía tomar ni su leche, lloraba todo el día y la noche Fue muy difícil ... (D.R.)
- Me asusté mucho, no podía ni llorar, no quería ni verlo, después pensar en qué iba a ser de su vida, quién le iba a ver cuándo yo no esté, dónde me lo iban a curar, quien me lo miraría... (Z.V)
- Nadie me dijo nada de lo que estaba pasando, sólo dijeron que más tarde me lo entregaban pero todos estaban nerviosos, yo ya me di cuenta que mi beba tenía algo malo, luego supe... fue muy doloroso... (A.R.)
- Me dijo la enfermera que lo agarre, yo no quise verlo durante 3 meses Me deprimí muchísimo pues yo no quería tener aún hijos.... y encima eso me pasa... (E.F.)

Sobre la orientación para buscar un diagnóstico que permita a la familia iniciar el proceso de elaboración del duelo, los padres y madres se sienten desorientados, pues el quién luego del diagnóstico médico se constituye en un personaje difuso y poco accesible, a veces la trabajadora social que pone en contacto a los padres con centros locales de confirmación de diagnóstico y posibilidades de tratamiento. De manera que las primeras etapas del duelo que sufren las familias son muy tristes, pues la negación, la ira y la depresión, por lo general, están contenidas por el personal de enfermería, en muchos casos internos o estudiantes de último año o internos de medicina. En hospitales o postas donde hay presencia de religiosas, serán ellas las que a través de la espiritualidad tomen a su cargo este proceso. Pero en forma casi general no se tiene personal de psicología para trabajar este proceso de información, contención y seguridad que requiere la familia para iniciar un largo camino plagado de incertidumbres, miedos y dolor de haber perdido al hijo cierto, sano y "normal". La conducta de los padres devela los niveles del discurso plagado de desesperanzas. La incomunicación, la falta de un protocolo de tratamiento, la negación y la falta de especialistas que ayuden a sobrellevar y a orientar estos momentos agudizan el problema del duelo.

La categoría: tratamiento

Sobre el tratamiento las madres y padres que fueron parte del estudio señalan que es una de las etapas más complicadas por la accesibilidad, información de servicios profesionales públicos y aún de los servicios privados, que no

siempre disponen de información sobre las aplicaciones terapéuticas que realizan; utilizan muy poco los medios de difusión del tipo de terapia que se ofrece. Sobre el quién realiza, por lo general se refiere a que son fisioterapeutas, menos veces psicólogos u otros terapeutas del lenguaje o psicopedagogos.

Cómo se brinda el tratamiento, no existen terapias identificadas en forma clara a través de protocolos o modelos que se apliquen de manera más o menos generalizada, cada centro o terapeuta privado maneja diferentes alternativas terapéuticas, hecho que desorienta a los padres, pues no se brinda información suficiente para conocer los tipos de terapia más recomendadas para cada caso.

Por otra parte el componente informativo y de difusión de los servicios ofertados en centros públicos y privados es muy pobre, los padres no conocen de las diversas propuestas terapéuticas que un niño con alteraciones o trastornos de desarrollo puede recibir. La única fuente de información son las entrevistas con el personal médico, pues no se han producido materiales locales que los padres puedan consultar; y más adelante veremos que los espacios entre pares no están siendo completamente explotados de forma que aseguren una información completa y cierta para los padres que llevan a terapia a sus niños.

Cómo se hace el tratamiento, el análisis del discurso muestra que preocupa también a los padres la credibilidad y calidad de servicios que ofrecen los profesionales desde el sistema público, se considera que el servicio privado es más confiable en cuanto a su eficacia, donde la limitante es el costo que implica. Las actitudes de los padres no son positivas ante estos servicios a la primera toma de contacto, generalmente mejora o empeora su impresión a partir de los referentes que dan otros padres.

Reciben la terapia sobre los centros dependientes de la orden de San Juan de Dios, según los entrevistados son los que más prestan este tipo de servicio, pero refieren que atienden demasiados niños. Se disponen de servicios de atención y rehabilitación neurológica, motriz, sensorial y cognitiva, pues muchas veces no alcanzan a las fichas de atención, y los padres perciben que son pocos los profesionales que atienden a los niños con calidad y calidez.

Cómo es el tratamiento. Respecto a esta unidad de análisis, los padres sienten gran incertidumbre de dónde sus hijos pueden recibir mejor atención, ésta es una constante en cada uno de los entrevistados, por ello, que esta etapa, además la transversal en la vida de la familia, deja mucho miedo de no estar haciendo lo mejor por sus hijos y que posiblemente existan mejores alternativas que no conocen y que mejorarían las capacidades de sus hijos. Al ser trastornos neurológicos la evolución es muy variable dependiendo no sólo del tipo de tratamiento aplicado, sino de otras variables como la severidad o no del cuadro, la plasticidad del niño, estimulación en el hogar, la nutrición, el apego y muchos otros factores sobre lo que los padres no siempre están informados. Las ofertas privadas podrían parecer más efectivas, pero en muchos casos los costos hacen insostenible la terapia a largo plazo.

Las conductas que se interpretan de los análisis de contenido de la culpa, la resignación y otros repercuten en la inasistencia al tratamiento o abandono de tratamiento y la crisis del núcleo familiar que recae en el bajo interés por

continuar la terapia en la casa y poco apoyo a la madre, quien resulta en muchos casos la única responsable del niño.

Los discursos emergentes revelan un cúmulo de emociones negativas que afectan los tipos de apego que deben fortalecerse en los primeros meses de vida del niño y que será muy valioso para lograr una buena base de seguridad.

Para que den con su tratamiento hemos andado por todo lado, preguntando a unos a otros... y cuando le llevábamos a su control nos decían que no había mucho para mejorar, así que nos bajoneaba el doctor. (P.E)

A veces no alcanzo a tomar la ficha, y no recibe atención, hay muchos niños y no podemos venir más temprano.... (N.N)

Una señora que estaba en el centro me dijo... a parte de esto yo le llevo a su doctorita que es particular, allá le hacen con más interés, y utiliza varias cosas para su tratamiento, aquí casi no tienen nada.... (S.R)

En el instituto no saben cómo tratarlo, hay algunos terapeutas formados, los padres sabemos más cómo hacer que él nos entienda, muchas de esas cosas hemos aprendido en el proyecto. (Y.S.)

Por mis estudios no puedo traerle todos los días y no sé si también será este tratamiento bueno para él, el otro día me han dicho que arriba por el barrio libertador es mejor, sólo que yo no tengo para pagar, no trabajo, todo me dan mis tíos. (A.E.)

Me dijeron que había una doctora que había en Cochabamba era muy buena, pero no sabía ni dónde buscarle, tuve que ir a CERECO, ahí recién me dieron datos, ahí también le hice valoraciones, luego la busqué para ver que decía la otra doctora para su tratamiento. (L.F.)

Dicen que es mejor atenderle en privado, ahí te lo ven mejor, aquí son también los internos que atienden y casi no le hacen nada, lo mismo nomás está(D.R.)

Ha mejorado harto de lo que era, no caminaba, pero dice que ahora hacen otras operaciones, que hay que llevarle a La Paz, cómo será pues, no conozco tampoco.. el doctor me ha dicho ... llévale pues, ya no quiero decirle, se enoja (Z.V.)

Mi familia no sabe nada, no les quisimos ni contar, sólo sabe mi hija y yo, son muy chismosas, seguramente contarían a la familia de mi marido con quienes no me llevo bien. (E.A.)

Para que encuentre quien le entienda y sepa cómo atenderle con su terapia, hemos caminado harto... fuimos a todo lado, desde el psicopedagógico, luego arriba también a ese centro, luego mi cuñada nos ha llevado a Cochabamba a otro centro de niños, ahí me han explicado mejor y así....luego ya aquí les estamos haciendo su tratamiento en el psico.... (A.T)

El médico dijo que sólo es un retraso que algún rato caminará , pero no sabemos cómo irá a ser ... cómo hacer para que mejore, se rehabilite , si será lo que necesita, aquí casi no saben cómo tratar su enfermedad (L.R.)

Sus terapias en el centro eran sólo dos veces a la semana, luego busqué otra fisioterapeuta que me lo atendía, pero al final no pudimos hacer los dos porque era muy caro, no trabajaba yo, así que tal vez eso también hubiera sido bueno para que camine, después ya un doctor me dijo no debías suspender su terapia, va a costar que camine... (H.N)

A veces le llevaba a su tratamiento a veces no porque no veía resultados, luego me sentía culpable de no insistir y otra vez trataba de ser fuerte pues era muy difícil para mí, hubiera preferido que me pase a mí todo esto, ponerme en lugar de mi hija... (E.F)

Hasta conseguir quién le entienda pasó mucho tiempo, no se sabía dónde llevarle, qué hacer , sin ayuda de mi familia, ni orientación de un médico amigo... si era lo que ella necesitaba o no... muchas dudas, hasta ahora... (A.R.)

La categoría: seguimiento

En cuanto al apoyo que reciben las familias, si bien como se explicó la terapia para los niños es gratuita, se recoge de los relatos la inseguridad, los temores y la incertidumbre que los padres tienen respecto de lo que los niños reciben en cuanto a una terapia efectiva , pero también en cuanto a su preocupación sobre su futuro. El desconocimiento de qué es lo cierto y bueno para el hijo es lo que denota que hay necesidad de trabajar con este tema. Los procedimientos sólo siembran más dudas, además de que no parece haber coherencia en los tratamientos.

No se piensa en el más allá, es decir que los discursos son sobre el presente, y a los padres les preocupa el futuro, es decir la escuela y más allá la temida dependencia para su sobrevivencia.

La separación del núcleo social, la soledad, a veces el rechazo o la sobreprotección, serán las conductas que acompañen a esta fase. La despersonalización, desrealización son algunas de las conductas que se interpretan desde los discursos recogidos.

A ver veremos más adelante depende de ustedes que le den apoyo ustedes tienen que dar lo máximo que puedan nos decían, pero nosotros ni sabíamos que hacer... cómo ayudarle, apenas ... ni entendemos bien lo que tiene... (D.R.)

Hemos ido aprendiendo qué hacer con nuestro hijo, he hecho un diplomado y cursos de terapias para entender cómo manejarlo, ha mejorado, pero seguimos insistiendo con que mejore más aún ... (P.E)

Así es esta enfermedad dicen, como si no les importara y yo veo como madre cómo sigue mejorando, a veces me daba ganas de dejarlo así, me rendí varias veces, lloraba, me daban ganas de llevármelo lejos y ya Lloraba solita, me reñían en mi casa ... nuevamente empezaba otro mes a llevarle y así he seguido sumando fuerzas cada vez y sufriendo mucho... (N.N)

No hay apoyo, es caro afuera, total decía que se quede nomás en la casa, ahí le vamos a cuidar como podamos. (A.E.)

No sabemos qué será más adelante, si irá a la escuela o no, aquí dice que también hay escuela, pero en otros lados sería mejor, para que juegue con otras guaguas también.... en su terapia, me decían si quieres le traen al centro, sino le haces también su terapia en la casa, mucho ya no ha de mejorar.... Hasta perdí la esperanza y ya no hacía nada por ella... de ahí otra vez hemos retomado este año (A.R.)

A veces en la calle las personas nos miran y se incomodan con la presencia de nuestro hijo, eso es triste... debería haber más información sobre estas enfermedades, no sabemos cómo reaccionar, eso nos pone muy tristes , que la gente se aparte que nos mire raro... (A.V.)

En la escuela no quisieron recibirle, dijeron que no tienen suficiente personal y que no saben cómo trabajar con él.... (L.R.)

Nos reunimos con los padres de familia y ahí hablamos de los problemas de nuestros hijos compartimos lo que nos pasa y también se reúnen sus hermanos, eso dejó como positivo el proyecto. (Y.S.)

La gente es intolerante, a veces alejan a sus hijos de los nuestros, la gente los mira raro, no permiten que sus niños jueguen con mi hija ... y eso afecta a toda la familia, a su hermanito sobre todo. (E.F.)

Necesitamos ayuda de los hospitales de los psicólogos, nos ha costado aceptar y más bien no hemos acabado separados, nos cansamos echándonos la culpa uno al otro, mi marido me decía que fue por mi culpa, apenas hemos podido entendernos luego de tantas peleas de todo y de nada... (S.R.)

No podía avanzar en su independencia, mi esposo le sobreprotegía mucho, y me decía que yo era quien no la quería, que no me importaba, que debía apoyarle más, pero yo veía que eso no le hacía bien, tuvimos muchos desencuentros, al final recién ha comprendido cuando la psicóloga le ha explicado que hay que trabajar sobre su autonomía (Z.V)

Ahora va a la escuela, esperamos que vaya avanzando, es buena la escuela del ETI, pero no sabemos qué será más allá, a ver hasta dónde le entienden sus profesores y también los otros niños, porque él no puede pues ir a una escuela normal entiende bien, pero no se hace entender con otros, y los mayores, no todos tienen paciencia, a veces se cansan de ayudarle a salir, a entrar, darle su refrigerio, me lo dejan solo... (L.F)

En la casa ahora le hacen hacer tareas sus hermanos, no tengo quien le lleve, y llevarle también era para que le dejen así, no le atendían... se cansan, ahora en el centro de las gringuitas está mejor, pero por mi zona no hay, así que no siempre se le puede traer. (Y.S)

Las unidades de sentido se derivaron de las respuestas del cuestionario aplicado como se observa en la tabla 1.

Miradas e intervenciones

Categoría de análisis	Unidades	Nivel del discurso		
		Nivel textual	Nivel simbólico	Nivel conductual
Duelo	Diagnóstico	<p>Quién: El diagnóstico es dado por el médico y la enfermera</p> <p>Dónde: En consultorio o en pasillos y no siempre es privado</p> <p>Cuándo: en muchos casos luego de 1 a dos años cuando el niño no camina y en otros cuando el niño debe ingresar a la escuela o presenta dificultades de aprendizaje o conducta.</p> <p>Cómo: Formas no cálidas y empáticas</p>	<p>A n s i e d a d</p> <p>Incertidumbre</p> <p>Desesperación</p> <p>Culpa</p>	<p>Consultas reiteradas</p> <p>Desinformación</p> <p>Comunicación con personal no calificado</p> <p>Conflictos de pareja y familiares</p>
	Tratamiento	<p>Quién: Fisioterapeutas, menos veces psicólogos y terapeutas del lenguaje</p> <p>Cómo: No se tienen ningún proceso estandarizado o protocolizado, muchas opiniones y métodos</p> <p>Dónde: Centros privados y menos veces centros públicos o universitarios.</p> <p>Cuando: Tardíamente, tras presentación de signos</p>	<p>Inseguridad</p> <p>Frustración</p> <p>Desinterés</p> <p>Bajo confianza en el tratamiento</p> <p>Culpa</p> <p>Resignación</p>	<p>Inasistencia al tratamiento</p> <p>Abandono de tratamiento</p> <p>Tratamiento que no continua en la casa</p> <p>Crisis familiar</p>
	Seguimiento Y orientación	<p>Quién: en forma privada se hace poco en cuanto a seguimiento y orientación y en el caso de instancias públicas no se cuenta con este apoyo para toma de decisiones futuras con el niño</p> <p>Cómo: No se tienen ningún proceso establecido de parte de centros o instituciones públicas.</p> <p>Dónde: Muy pocas organizaciones de padres de familia e iniciativas de la iglesia u otros..</p>	<p>Desesperanza</p> <p>Soledad</p> <p>Falta de apoyo</p> <p>Desinformación</p> <p>Tristeza</p>	<p>Despersonalización</p> <p>Desrealización</p> <p>Crisis de pareja y de familia</p> <p>Apegos patológicos</p> <p>Rechazo</p> <p>Sobreprotección</p> <p>Depresión</p> <p>Indiferencia</p> <p>Desintegración del núcleo familiar</p>

Discusión

El diagnóstico tardío implica un pronóstico negativo, por ende es importante destacar lo que García y cols. (2014), señalan cuando dicen, que el duelo y el proceso salud-enfermedad en la atención primaria de salud como escenario para su atención es un campo importante para la medicina preventiva, que implica seguimiento y un soporte activo a los dolientes. Pide la participación de toda la comunidad.

Se mantiene posteriormente ante la ausencia de un diagnóstico y pronóstico claros y aumenta considerablemente como consecuencia de los múltiples efectos negativos en el ámbito familiar (Martínez y cols., 2008), pues en muchos casos eso demora el proceso de tratamiento que debe recibir el niño y la orientación a la familia. Ramírez (2016)

Se puntualiza la realización del diagnóstico lo más precoz posible que beneficia el afrontamiento positivo de los padres y favorece la atención médica pertinente para cada caso (Contreras y cols., 2014).

Los resultados sobre las deficiencias en el acompañamiento a las familias y el manejo terapéutico del duelo exige, como señala García y cols. (2014) y de los profesionales preparación técnica, ética y una gran responsabilidad y autocuidado permanente, situación que este estudio muestra en los casos analizados. Apoyando lo señalado por Bastidas, Alcaraz (2011) quienes hablan inclusive de situaciones de maltrato que pudieran revelar desgaste del profesional o conductas poco cálidas de parte del personal de salud.

Por otras parte en otras investigaciones, se muestra que la persona con discapacidad se muestra como poco válido, es decir que no resulta productivo en términos de capital simbólico (Ramírez, 2015) ni real.

Apoyamos con los resultados de las entrevistas la importancia de la comunicación del diagnóstico donde el cómo, el dónde y el quién comunica apoya lo señalado por Hedov y cols. (2002), para quienes es fundamental emplear un lenguaje adecuado respetando las etapas de duelo, ya que ello influye en la capacidad de integración en la familia y en la sociedad.

Esta afirmación realizada por (Contreras y cols., 2014) en el síndrome de Down acerca de la manera cómo se imparta esta noticia y el afrontamiento por parte de los padres pueden definir la aceptación del niño con esta condición, en nuestra investigación revela los sentimientos de indefensión o desesperanza que marcarán a la madre y a la familia.

Este mismo autor señala la importancia del escenario de comunicación del diagnóstico en un ambiente tranquilo y privado, con participación de las madres, con el niño en brazos y destaca el valor del apoyo de la pareja y el grupo familiar, situación que para el caso de estudio no se planifica ni se aplican protocolos establecidos de procedimiento ante estas situaciones.

Los actuales procedimientos que impiden un diagnóstico oportuno como señala Tammentie y cols (2004) previenen los sentimientos de negación, tristeza e ira, incertidumbre y desesperanza, como señalan Frith (2004), Martínez y cols (2008) y (Machín, 2009) pueden desencadenar procesos depresivos que

no coadyuvan al desarrollo de apego seguro con el niño, reduciendo con ello las posibilidades de contar con la certeza del apoyo de la figura vincular del niño.

Skotko (2005) y Tammentie y cols (2004) hablarán de la ira, sentimiento que no contribuye a la elaboración del duelo saludable, como se observa en el estudio, este tipo de experiencias por las que atraviesan las madres son las desencadenantes de conductas de ambivalencia con el niño, te quiero, pero no te acepto no sano.

De ahí que como señaló Hedov y cols (2002) la notificación del diagnóstico y las alternativas de tratamiento aseguran un apego y vinculación afectiva favorables.

En cuanto a las redes de padres, hermanos y familiares de niños con alteraciones del neurodesarrollo u otros síndromes con compromiso neurológico, Contreras y cols. (2014) destacan el valor del apoyo de la pareja y el grupo familiar, lo que podría dar pie a revalorizar la importancia de las redes de abuelos, padres y hermanos con trastornos similares.

Los estudios anteriormente citados de Stern (1997), (Doménech, 1997), (Hanson, 2004), Martínez y cols (2008), Alcaraz (2011), Bastidas y cols. (2013), García y cols (2014)

refuerzan los hallazgos sobre la afectación biopsicosocial de la familia que atraviesa por un cúmulo de afectaciones de la salud física y mental y en muchos casos rompe con la dinámica de la familia a la que se necesita fortalecida para enfrentar este viaje; por ende son varias las evidencias empíricas que demandan la importancia de este aspecto y el rol del sistema de salud en este proceso.

Conclusiones

La llegada de un hijo con cualquier tipo de alteraciones en el neurodesarrollo u otros síndromes con compromiso neurológico es un proceso por el que atraviesan los padres con mucho dolor, con incertidumbre y desinformación en nuestro medio, no sólo porque el proceso diagnóstico es complejo, sino porque en el camino y las perspectivas para el tratamiento son desconocidas e inciertas.

El duelo es un proceso que la familia vive sin asistencia del sistema de salud, además de que no se tienen incluidos profesionales formados para el efecto dentro del modelo de salud biopsicosocial. Las distintas etapas se atraviesan con muchos sentimientos negativos que dificultan la resolución oportuna hacia la negociación apoyados por una información clara y terapia efectiva. De manera que las etapas pueden hacerse recursivas o ser vivenciadas en forma no favorable para el desarrollo del niño y la familia.

Las emociones negativas que se generan alrededor del recibimiento del diagnóstico puede afectar el apego seguro que deben desarrollar la madre y el hijo en las primeras etapas infantiles, lo que será determinante para las experiencias futuras de ambos.

Los niveles del discurso en este estudio muestran la incertidumbre que viven las familias, la vergüenza por la baja información que brinda el sistema de

salud y los deficientes niveles de educación de la sociedad hacen que éstas atraviesen procesos de despersonalización, desesperanza o indefensión. La misma sociedad no está preparada para aceptar, por lo que estará menos propensa a colaborar y a integrar.

Los procesos de orientación y acompañamiento son precarios, requieren ser mejorados en cada una de sus etapas, este trabajo nos invita a la reflexión para que todos los involucrados contribuyamos a construir un modelo más cálido frente a la problemática del duelo que experimentan las familias que atraviesan el camino desde la negación hasta la aceptación y resolución del mismo, lo que apoyará al hijo en su crecimiento y desarrollo.

Por otra parte pocas familias forman e integran redes de apoyo conformadas por los centros hospitalarios y de asistencia pública. Son escasas las organizaciones de padres con niños con alteraciones del neurodesarrollo u otros síndromes con compromiso neurológico que han sido promovidas por iniciativas particulares como es el caso de las asociaciones de padres de niños con síndrome de Down y trastorno del espectro autista; son agrupaciones locales que no reciben apoyo de instancias públicas de salud o de educación. El apoyo y empatía por parte de sus pares y otros familiares que hayan atravesado ya ese tránsito no están visibilizadas.

Los mecanismos de los que dispone el sistema de salud o educación no han conformado redes de padres o familiares que brinden apoyo a los padres y empatía en los hermanos, puesto que la dinámica familiar a pesar de ser distinta, tiene ciertas similitudes porque viven problemáticas de las cuales deben aprender a salir fortalecidos. De esta forma se crean modelos estratégicos para un afrontamiento exitoso por parte de las familias en sus hogares y la escuela.

La sociedad en su conjunto requiere de mayores procesos educativos orientados hacia el desarrollo de actitudes más inclusivas, para ello los profesionales del área de salud y educación deben sensibilizar y educar a la sociedad desde etapas tempranas, de manera que la inclusión sea un concepto clave que aporte en el crecimiento mutuo de las personas y la familia.

Las políticas públicas de salud requieren aplicar el enfoque de complejidad del niño, la familia y la comunidad y ofrecer sistemas de atención más integral así como mecanismos de protocolización de cada una de las etapas estudiadas, pues queda claro que un diagnóstico oportuno, un tratamiento y acompañamiento que garanticen la estabilidad de la familia permitirán garantizar un apego seguro, transitar por un duelo más saludable y lograr la inclusión comunitaria más exitosa.

Bibliografía

- Basso G. (2016) Neurodesarrollo en Neonatología. Intervención ultratemprana en la unidad de cuidados infantiles neonatales. Buenos Aires: Panamericana.
- Bastidas M., Alcaraz G. (2011) Comunicación de la noticia del nacimiento de un niño o niña con Síndrome de Down: el efecto de una predicción desalentadora. *Rev Fac Nac Salud Pública*; 29(1):18-24
- Bastidas M., Ariza M., Zuliani L. (2013). Síndrome de Down: Experiencia maternal de crianza: Entre alergias y tristezas. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 76(4), 151-158.
- Bowlby J. (1986). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata.
- Bowlby J. (1998). El apego y la pérdida. Barcelona: Paidós.
- Cichetti D. The impact of social experience on neurobiological system: illustration from a constructivist view of child maltreatment. *Cognitive Development* 2002; 17: 1407-28.
- Contreras A., Luna A., Vega M., Lacruz M.A, Calderón J., Cammarata F. (2014). Reacción de los padres ante la comunicación del diagnóstico de un hijo con síndrome de down. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*. 77(2) 70-74.
- Delgado J.M. Gutiérrez J. (1999). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid-Barcelona: Síntesis Psicológica.
- Doménech E. (1997). El estrés de los padres y el clima familiar del niño autista. Navarra: Rialp.
- Estado Plurinacional de Bolivia. Ley 475. De prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia. (2013) La Paz; Bolivia.
- García C., Grau J., Pedreira I. (2014). Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 121-131.
- Frith U. (1994). Autismo. Madrid: Alianza.
- Hanson M. (2004) Veinticinco años de intervención temprana: un seguimiento a niños con Síndrome de Down y sus familias. *Rev Syndr Down*. 21:42-53.
- Kübler-Ross E. (2006) La Rueda de la Vida. Barcelona: Ed. Grupo Zeta.
- Machín M., Purón E, Castillo J.A. Reflexiones sobre la Intervención Temprana en Niños con Síndrome de Down considerando la Familia y la Comunidad. (2009) *Rev Haban Cienc Méd* 8(1): En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100002 & lng=es
- Martínez M. Á., Bilbao M. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 215-230.

- Moneta ME. (2003) El Apego: aspectos clínicos y psicobiológicos de la diada madre-hijo. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Moneta ME. Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Rev Chil Pediatr 2014; 85 (3): 265-268.
- Ramírez I. (2010) Componentes psicomotores del uso del chumpi y el aguayo. Sucre, Tupak Katari.
- Ramírez O. (2013). El estrés de crianza en madres de hijos con la condición de autismo severo (CAS) revista multidisciplinaria dialógica. 10 (1) 66-93.
- Ramírez I. (2015). Sin Acceso a mi ciudad. Sucre, Tupak Katari.
- Ramírez I. (2016) Revista Surgiendo 4. Análisis de los procesos de detección y atención del riesgo psiconeurosensorial en menores de cinco años de los centros de atención primaria. Sucre: Tupac Katari.
- Stern D. (1997) La constelación maternal. En: La constelación maternal: Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Barcelona: Paidós.
- Hedov G., Wikblad K., Annerén G. (2002) First information and support provided to parents of children with Down syndrome in Sweden: clinical goals and parental experiences. Acta Paediatrica 91(12)1344- 1349.
- Torres L, Maia E. (2009) Percepción de las madres acerca del contenido de la información del diagnóstico de síndrome de Down. Rev. Chile Pediatría. 80(1) 39-47.
- Skotko B. (2005) Mothers of children with Down syndrome reflect on their postnatal support. Pediatrics.115(1)64-77.
- Tammentie T., Paavilainen E., Astedt-Kurki P., Tarkka MT. (2004) Family dynamics of postnatally depressed mothers – discrepancy between expectations and reality. J Clin Nurs. 13(1) 65-74.
- Vera J., Domínguez S., Vera C. y Jiménez K. (1998). Apoyo Percibido y Estrés Maternos, Estimulación del Niño en el Hogar y Desarrollo Cognitivo-Motor. Revista Sonorense de Psicología, 12(2) 78-84.

DETECCIÓN Y ABORDAJE TERAPÉUTICO EN NIÑOS VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL CON DIFICULTAD DE APEGO EN SU DESARROLLO.

Maldonado, Carolina

*Facultad de Ciencias y Tecnologías de
Salud, Universidad de San Francisco
Xavier de Chuquisaca.*

Resumen

A través del presente artículo se realiza una observación clínica al desarrollo del apego desde un enfoque socio afectivo en el hecho de violencia sexual infantil, tanto en las repercusiones que se presentan en el niño víctima, como en el caso de que este niño se convierta en un adulto victimador. Se presenta también el Método de la Situación Extraña de Ainsworth, como instrumento útil en la determinación del tipo de apego predominante en el niños entre 1 a 3 años de edad, tiempo en el que se establece y consolida el tipo de apego. Se sintetiza también algunos indicadores específicos de la presencia de abuso sexual que pueden presentarse en los dibujos de test proyectivos (HTP- DFH) y que pueden clarificar el proceso diagnóstico (estos indicadores deben corroborarse con la entrevista especializada en este problema, el motivo de consulta y otros instrumentos que cuenten con un sustento estadístico demostrado). Finalmente se plantean lineamientos terapéuticos en el abordaje de casos de abuso sexual infantil, previniendo la posibilidad de que estos niños se conviertan en posteriores abusadores.

Palabras clave: abuso sexual, apego inseguro, abusador, niño abusado, figura de apego.



DETECCIÓN Y ABORDAJE TERAPÉUTICO EN NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL CON DIFICULTAD DE APEGO EN SU DESARROLLO

Carolina Maldonado Araujo.

Facultad de Ciencias y Tecnologías de la Salud Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca.

Introducción

El abuso sexual es estudiado desde diferentes enfoques, si bien se conoce del mismo, la información que se puede recabar por lo general es básica, y dirigida principalmente al hecho de abuso sexual, sin evidenciar causas del mismo de largo alcance y abordaje de las secuelas en la dinámica familiar generacional.

En estudios minuciosos con respecto al trastorno de apego reactivo se evidencio que los niños que han tenido una niñez con traumas o separaciones abruptas, abandono de sus padres, situación de institucionalización muy temprana o que han sido víctimas de violencia intrafamiliar presentan frecuentemente comportamientos anormales que interfieren en su habilidad para ser aceptados en las relaciones sociales, y acelera la tendencia general de que la comunidad los rechace. Estos comportamientos anormales se dan porque estos niños suelen ser víctimas de abusos a una edad muy temprana abriendo posibilidades a que ellos también se conviertan en abusadores sexuales (Rygaard, 2008, pág. 251).

La definición de abuso sexual que asumiremos en el presente artículo tomado de Langford (2015) refiere que el abuso sexual “incluye la exposición de genitales del adulto o del niño, acariciar genitales, estimulación manual u oral de los genitales, coito vaginal o anal e inclusión del niño en la pornografía o la prostitución”. En un amplio abordaje que ha realizado Langford (2015) desde el acompañamiento y consejería a víctimas de abuso sexual, enfatiza como el abuso sexual al contrario del maltrato físico rara vez deja signos o traumas físicos. Sin embargo existen secuelas importantes que aparecen al llegar a la adultez

tales como disfunciones sexuales, alteraciones en el funcionamiento personal y emocional como depresión, ansiedad y baja autoestima (Langford, 2015).

Se conocen pocas referencias dirigidas a la presencia de abuso sexual en población infantil. Con datos de prevalencia preocupantes en el entorno nacional en el que de cada diez personas, siete han atravesado alguna situación de abuso; y conociendo que a nivel mundial Bolivia se encuentra dentro de los primeros doce países en prevalencia de abuso sexual (Langford, 2015), se puede enfatizar la relevancia de profundizar en el conocimiento de este tema, y dirigir la atención y acciones necesarias a una población tan susceptible de ser víctima de este tipo de violencia como es la niñez; es necesario plantearnos la necesidad de indagar en el asunto. Y aún más allá, ofrecer lineamientos terapéuticos que vayan a incidir en este problema de índole social en nuestro país. La relación que se presenta en la presencia de abuso sexual en población infantil se ve mediada en su totalidad por el tipo de apego que se configura en los primeros años en estos niños, situación por la cual, el presente estudio incide en estos tres factores: abuso sexual, niñez en situación de riesgo y el tipo de apego inseguro que se configura como resultante de todo ello.

Por todo lo mencionado con anterioridad es que el objetivo que persigue esta investigación es recopilar conocimientos clínicos relevantes para fundamentar un adecuado proceso de detección y abordaje terapéutico en niños víctimas de abuso sexual con trastornos de apego en su desarrollo; para lo cual se procedió a realizar una revisión y compilación bibliográfica de libros, manuales, artículos, conferencias, instrumentos referidos al abuso sexual, el desarrollo infantil y la configuración del apego.

Apego

El apego es el vínculo que se establece entre el niño y sus progenitores a través de un proceso relacional que para el bebé es primeramente sensorial durante la vida intrauterina, pero que apenas ocurrido el nacimiento, rápidamente se impregna según la reacción afectiva del adulto. Barudy y Dantagman (2010) señalan que:

El apego temprano (0-3 años) es un comportamiento innato en los seres humanos, que se desarrolla con el objetivo de aumentar las posibilidades de protección y supervivencia de los lactantes. Esta protección está basada esencialmente en la proximidad física y en el contacto entre la madre y el bebé durante los primeros tres años. De este modo el sistema se activa por la separación y parece estabilizarse hacia finales del primer año. La existencia de relaciones sanas entre padres e hijos depende en buena parte de cómo se produjeron los procesos de apego.(p.166)

El sano desarrollo del apego se manifiesta a través de un *Apego Seguro*; que se caracteriza siguiendo a Barudy y Dantagman (2010) por:

La tendencia a mantener una proximidad física que provee de seguridad, para que discrimine a las figuras conocidas de los desconocidos, y que represente internamente a sus figuras de apego como disponibles; evoca sentimientos de pertenencia a una relación donde el niño se siente aceptado y en confianza.(p. 166)

Sin embargo cuando estas condiciones de bienestar no se presentan en los primeros años de vida se puede llegar a desarrollar un apego inseguro que se manifiesta de las siguientes formas:

1. Apego Temeroso- Evitativo

Se caracteriza por conductas en las que el niño busca autoprotgerse ya sea inhibiendo sus necesidades y demandas de cuidado y protección, o evitando la proximidad afectiva con su figura de apego debido a que cuando se acerca no percibe una base segura que satisfaga sus necesidades afectivas, sino que además puede llegar a recibir una respuesta del adulto que le genere estrés, angustia y/o dolor. Por lo cual trata de darse seguridad a si mismo con estas reacciones de alejamiento o evitación inhibiendo sus conductas de apego que le resultan en una vivencia de pseudoseguridad (Barudy y Dantagman, 2010)

2. Apego Ansioso – Ambivalente

Barudy (2010) al señalar la incidencia de los malos tratos en la infancia con la configuración del tipo de apego que se desarrolla caracteriza el apego inseguro de tipo ansioso ambivalente de la siguiente forma:

Se caracteriza por la vivencia de una ansiedad profunda de ser amado y de ser lo suficientemente valioso, así como una preocupación por el interés o desinterés y en la disponibilidad emocional que muestran los otros hacia él niño. El niño desarrollará sentimientos de ambivalencia ante las figuras de apego debido a sus necesidades afectivas insatisfechas. Por lo tanto, la estrategia de pseudoseguridad será incrementar las conductas de apego como un modo de mantener la proximidad de la figura de apego. (p, 179)

3. Apego Desorganizado

Main y Solomon (1990) citado por Barudy y Dantagman (2010) fueron los primeros en reconocer y caracterizar este tipo de apego que no se encontraba clasificado dentro de la clasificación tradicional de Ainsworth (1978) y que se presenta en entornos familiares con padres que ejercen un estilo parental altamente incompetente y patológico.

Tanto los niños con apego evitativo, como ansioso-ambivalente organizan su forma de comportarse con el fin de obtener una vivencia de cercanía con su figura de apego, inhibiéndose o reactivándose. Pero los niños con apego desorganizado, tienen experiencias relacionales tan dolorosas que ni siquiera pueden organizarse en responder de una forma regular y característica en su relación con sus cuidadores. Sus estrategias defensivas colapsan. Este estilo de apego es de alto riesgo para los niños ya que se genera en ambientes familiares con padres que han ejercido estilos de relaciones parentales altamente incompetentes y patológicas como consecuencia de haber sufrido experiencias severamente traumáticas y/o pérdidas múltiples no elaboradas en su propia infancia. (p. 190)

Para identificar el tipo de apego establecido en la diada madre niño, es de gran utilidad manejar el procedimiento de la Situación Extraña de Ainsworth, aplicable a partir de los doce meses de vida del niño, este método consta de 8 episodios que son:

Número de episodio	Personas presentes	Duración	Breve descripción de la acción
1	Madre, bebé y observador	3 minutos	El observador introduce a la madre y al bebé en la sala experimental, y sale.
2	Madre y bebé	3 minutos	La madre no participa mientras el bebé explora. Si es necesario, se estimula el juego pasados dos minutos
3	Desconocido, madre y bebé	3 minutos	Entra el desconocido. 1º minuto: el desconocido permanece en silencio. 2º minuto: el desconocido conversa con la madre. 3º minuto: el desconocido se aproxima al bebé. Después de tres minutos la madre sale discretamente
4	Desconocido, y bebé	3 minutos o menos	1º Episodio de separación. la conducta del desconocido se coordina con el bebé
5	Madre y bebé o más	3 minutos	Primer episodio de reencuentro. La madre entra, saluda, y reconforta al bebé. Después intenta que vuelva a jugar. la madre sale entonces despidiéndose
6	El bebé solo	3 minutos o menos	2º Episodio de separación
7	Desconocido y bebé	3 minutos o menos	Continúa la segunda separación. El desconocido entra y coordina su conducta con la del bebé. Intenta interactuar con él.
8	Madre y bebé	3 minutos	2º Episodio de reencuentro. La madre entra, saluda al bebé, y le coge en brazos. Mientras tanto, el desconocido sale discretamente.

Con respecto a la valoración del tipo de apego a través del Procedimiento de la Situación Extraña de Ainsworth; esta se elaboró con población infantil de Uganda (Ainsworth, cols 1978). Actualmente en el entorno latinoamericano se ha validado una escala de apego para niños argentinos entre 12 y 36 meses de edad. Para ello se realizó una adaptación y sistematización del Procedimiento de la Situación Extraña. Dicho método es una escala observacional donde interactúan la madre, el niño y una persona extraña en una cámara Gesell (Rodríguez & Oiberman, 2012); dicho instrumento se torna en referencia de consulta útil en el proceso diagnóstico del desarrollo emocional, socioafectivo, relacional de población infantil.

Abuso Sexual Infantil y Apego Inseguro

Existen ciertos tipos de comportamientos sexuales que se constituyen en abusos sexuales hacia los niños que son referidos por Intebi (2012) y que pueden darse mediados sin la presencia de contacto físico como comentarios sexualizados hacia el niño (frente al niño, por teléfono, mensajes) exhibición de genitales o masturbación frente al niño; voyeurismo; exposición de pornografía frente al niño; inducción a que el niño se desnude delante del abusador. O con comportamientos con contacto sexual como toques, frotamientos en las partes privadas, penetración digital o con objetos. (Intebi, 2012, p. 17).

Profundizando en la repercusión del abuso sexual en niños que han tenido configuración de tipos de apego altamente inseguros como el desorganizado por ejemplo; niños que han tenido una niñez con traumas o separaciones abruptas, abandono de sus padres, situación de institucionalización muy temprana o que han sido víctimas de violencia intrafamiliar presentan frecuentemente comportamientos anormales que interfieren en su habilidad para ser aceptados en las relaciones sociales, y acelera la tendencia general

de que la comunidad los rechace. En la base de este tipo de interacciones se pueden evidenciar la prevalencia generacional de apegos de tipo inseguro. Estos comportamientos anormales se dan porque estos niños suelen ser víctimas de abuso a una edad muy temprana y frecuentemente ellos también se vuelven abusadores (Rygaard, 2008).

El abuso se define por diversos factores y sus consecuencias en el desarrollo del niño aumentan en proporción al número de factores que se presentan en la situación de abuso; Rygaard (2008) señala los siguientes factores:

1. **La edad en el momento del abuso:** mientras más baja más grave en su desarrollo psicosocial y físico
2. **El grado de violencia y de intimidación física:** puede ser intimidación verbal, roces cuando son en genitales afecta gravemente la programación neuronal del apego y el más grave la penetración oral o anal que provoca trastornos de personalidad en el niño
3. **El número de incidentes:** abusos repetidos tienen efectos globales en el desarrollo del niño.
4. **El grado de proximidad entre el niño y el abusador:** el apego paradójico se intensifica cuando el niño fue cuidado por el abusador, el abuso parental es lo más difícil de enfrentar para el niño.
5. **El grado de proximidad entre el abusador y el progenitor:** el abusador aísla a su víctima ganando la confianza de sus padres por eso aumenta el riesgo de que el niño confíe en sus padres.
6. **El grado de negación, disimulación y estigmatización:** la familia o comunidad puede negar el hecho o responsabilizar al niño
7. **El grado de identificación con el agresor:** el niño puede asumir que ha sido él quien ha iniciado o disfrutado el abuso evitando ser culpable asume la forma de comportarse del abusador, aumentando la probabilidad de que se convierta en abusador.(Rygaard, 2008, p. 262-264)

Se conocen datos importantes referidos por Rygaard (2008) con respecto a los antecedentes del desarrollo de la sexualidad en la niñez y adolescencia actual que inciden con el problema de abuso sexual relacionado con trastornos de apego:

- La edad de inicio de la conducta sexual ha disminuido y puede deberse a la tendencia a separar a los niños de sus madres a edades más tempranas.
- Los niños de padres cansados por un trabajo excesivo forman sus propias "comunidades" respondiendo al abandono de sus padres tratando de hacerse adultos más rápido, ya que en la sociedad actual, la vida no tiene objetivo hasta llegar a la edad adulta.
- La separación y el abandono aceleran la velocidad del desarrollo físico en los niños, como un mecanismo natural de supervivencia, el precio de esta maduración precoz es la falta de profundidad en los estadios del desarrollo. (Rygaard, 2008, p. 252,253)

DetECCIÓN

Muchos informes psicológicos no llegan a ser validos porque se realizan mucho tiempo después del hecho del abuso dando la posibilidad de que el abusador induzca cambios que afecten las respuestas por ejemplo usar el sentimiento de culpa y posterior negación. Autores como Echeburua y Corral (2006) al referirse a las secuelas emocionales que deja el abuso sexual infantil mencionan que aproximadamente un tercera parte de los abusos repetidos ya no son recordados en la edad adulta. Los interrogados le dan otro sentido a la palabra abuso porque siguen negando haber sido abusados (Echeburua y Corral, 2006, p. 5) (Corral, 2006). Es probable que cientos de niños abusados reciban otros diagnósticos cuando los padres desconocen del abuso perpetrado (hiperactividad, trastornos de la personalidad, trastornos de la alimentación etc.)

Rygaard (2008) en su libro El Niño Abandonado evidencia que los niños víctimas de abuso sexual presentan una tendencia paradójica de apego, aunque antes del abuso hayan tenido un apego normal, por eso rechazan o evitan el afecto de los demás, volviéndose inabordables. Se observa generalmente un comportamiento hiperactivo y de evitación de contactos, estrés postraumático, retraerse de sus emociones y parecer calmado pero su cuerpo esta alerta y tenso pudiendo hiperreaccionar al contacto.

Signos de alerta por posible abuso sexual en el niño y adolescente (Barudy y Dantagman, 2010; Intebi, 2012; Langford, 2015; Echeburua y Corral, 2006; Negron, 2013; Rygaard, 2008)				
Edad	Social	Afectiva	Sexual	Física
3 a 5 años	Rechaza la proximidad física tiene temores, se muestra huido.	Se lastima, es agresivo o tiende al aislamiento.	Comportamiento sexual que no concuerda con la edad y entendimiento del niño. Intento de conducta sexual con otros niños o un adulto.	Puede regresionar en hitos de su desarrollo. Dolores de cabeza o estomago recurrentes, dolor de garganta con nauseas.
7-11 años	Mancha las paredes u objetos con sus propias heces. Hostilidad y desconfianza hacia los adultos. Acumula alimentos y objetos, mintiendo, robando o asaltando. Crueldad hacia los animales. Comportamiento matón hacia los más pequeños	Baja autoestima, muy sensible a la crítica Presenta una conducta perfeccionista, se adjudica la culpa por todo	Masturbación compulsiva o en lugares públicos	Dolor irritación, inflamación en los genitales Se queja de una incomodidad física obvia o no puede explicar su presencia
12 a 18 años	Bajo rendimiento académico en el colegio. Autocritica excesiva, reacciona en forma exagerada a cualquier crítica. Falta de empatía Pocos o ningún amigo, todos superficiales	Las niñas pueden llegar a buscar el afecto de adultos mayores. Conductas autodestructivas, intentos de suicidio. Depresión o señales de aislamiento	Conducta asexual o sexualmente provocativa	Trastornos de la alimentación, uso de laxantes, bulimia, anorexia. Descuido de la higiene personal básica Infecciones vaginales o rectales

Los niños que han atravesado situaciones de abuso sexual representan uno de los retos de evaluación más difíciles. Ya que muchas víctimas en edad preescolar y en los primeros años de la infancia no tienen las habilidades de lenguaje necesarias para verbalizar sus experiencias. La presencia de ansiedad excesiva y la comprensión limitada que el niño tiene acerca de sus circunstancias suelen combinarse con las dificultades de evaluación.

Finkelhor y Browne (1986) citado por Buck (1995) identificaron en los niños que sufrieron de abuso sexual cuatro componentes generales a los que se refieren como dinámicas traumagénicas, explicadas en detalle en la Técnica del Dibujo proyectivo HTP de John Buck (1995) que las señala de la siguiente forma :

1. **Sexualización traumática:** que es la introducción a experiencias sexuales inapropiadas desde el punto de vista del desarrollo.
2. **Traición:** que incluye la pérdida de confianza y seguridad
3. **Impotencia:** abarca la ansiedad, el miedo y el desamparo que siente el niño cuando es incapaz de alejar o frenar la violencia.
4. **Estigmatización:** lleva a una autoestima escasa y un sentimiento de estar arruinado para siempre (p. 131)

Estas dinámicas pueden proporcionar un modelo para comprender la psicodinámica del niño que ha sufrido abuso sexual. (Buck, 1995)

Indicadores de posible presencia de abuso sexual en dibujos proyectivos infantiles

Algunos indicadores específicos del niño que atravesó situación de abuso sexual que pueden aparecer en los dibujos del test del Dibujo de la Figura Humana e incluyen según su autora Elizabeth Koppitz (1978):

- Indicadores sexualmente inapropiados y agresivos
- Pérdida del sentido de seguridad, incapacidad para confiar
- Ansiedad, miedo, desamparo (impotencia)
- Baja autoestima
- Depresión
- Conflictos familiares
- Ideación suicida
- Agresión, enojo
- Sentimientos de culpa vergüenza
- Incomodidad en las relaciones interpersonales cercanas
- Sobreapego a los adultos.

Características del dibujo como piernas juntas, manos grandes, indicadores de ansiedad (sombreado excesivo del rostro, cuello, extremidades, manos; omisión de los ojos, o presencia de nubes) se han evidenciado con frecuencia en los DFH de niños que han atravesado abuso. Si bien se conoce que puede

presentarse el dibujo de genitales, sin embargo, la presencia de este indicador no es prueba fehaciente de abuso, así como la ausencia de este indicador tampoco excluye la posibilidad de abuso. Koppitz (1978) señala que en niños que fueron víctimas de incesto se evidenciaron las siguientes dimensiones: sexualización de la figura, el grado de dependencia, la calidad de las defensas del yo y la adecuación del control de impulsos, ya que estaba peor desarrollado y su estructura defensiva enfatizaba en la regresión. (Koppitz, 1978)

Por otra parte John Buck (1995) también señala ciertos indicadores en la técnica del dibujo proyectivo de la Casa, el Arbol y la Persona que se según su análisis se han presentado en los dibujos de niños que atravesaron por abuso sexual:

- Nubes en cualquier dibujo
- Genitales dibujados en la persona
- Manos demasiado grandes
- Ojos enfatizados, grandes
- Ojos pequeños u omitidos
- Piernas juntas
- Árbol fálico
- Sombreado de la cara, cuerpo, extremidades, manos o cuello de la persona
- Formas triangulares acentuadas en los dibujos de la persona.
- Énfasis vertical en el dibujo de la casa (p.132)

Dichos indicadores coincidentes con los referidos por Koppitz, presentan un gran apoyo al momento de valorar los dibujos infantiles en el ambiente terapéutico ante la sospecha de una situación de abuso sexual.

Secuelas de abuso sexual de la infancia en el adulto abusador (Barudy y Dantagman, 2010; Intebi, 2012; Langford, 2015; Echeburrua y Corral, 2006; Negrón, 2013; Rygaard, 2008)		
Social	Afectiva	Sexual
<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento y alienación • Relaciones negativas con los padres y otros responsables después del abuso • Ideas negativas sobre las demás personas 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de ansiedad • Temor • Concepto negativo de sí mismo (fantasía suicida, toxicomanía, alcoholismo) • Autoreproches y sentimientos de culpa • Vivencia de vergüenza y humillación 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por temas en relación a la homosexualidad • Inseguridad de su identidad sexual.

Lineamientos de abordaje terapéutico

Con todo lo referido hasta este punto, cabe preguntarnos como ayudar al niño traumatizado en su niñez y abusado a no volverse un abusador.

El niño con trastornos de apego inseguro que en sus primeros años de vida ha sufrido abuso sexual, es un posible abusador desde muy temprana edad debido a que le cuesta ser sensible a los límites y necesidades de los demás, puede imitar cualquier comportamiento sea bueno o malo y ser impulsivo en sus relaciones. Muchos de estos niños no logran desarrollar límites normales

con referencia a su comportamiento sexual. Por eso el objetivo del trabajo con estos niños es protegerlos de posibles abusos y proteger a los demás niños de ser abusados por estos niños, sin embargo el problema más grave al que se enfrentan los profesionales que trabajan con estos niños es que se encuentran con el niño mucho tiempo después de que el abuso ha comenzado y ya se ha introducido en el estilo de vida del niño.

Los objetivos más importantes cuando se aborda este tipo de problemática con niños, afirma Rygaard (2008) son:

- Prevenir las posibilidades de abuso sexual.- no se debe repetir el abuso pero es difícil porque el niño abusado puede buscar el contacto con el abusador y tratar de abusar de otros niños cuando se le presente la ocasión.
- Ayudar al equipo a hacer frente a los problemas del abuso.- a veces el personal involucrado en el abordaje del niño abusado con problemas o trastornos de apego inseguro, toma una distancia de protección a sí mismos excesiva perjudicando la relación con el niño. Por eso deben estar presentes al menos dos adultos responsables al trabajar o abordar al niño.
- Ser más fuerte que el abusador ante los ojos del niño.- el lazo negativo en el que el niño teme a su figura de apego lastimosamente es muy fuerte y el único tratamiento con un niño vinculado con su abusador es ser más fuerte, y tener más control que el abusador por lo tanto se le ofrecería un refugio seguro.
- Poner límites al comportamiento: ¿Qué se puede hacer y dónde?.- es necesario dar normas claras y precisas al niño abusado y posible abusador de lo que está y lo que no es permitido hacer con otros niños en el área sexual.
- Terapia de integración sensorial.- ayuda a restablecer un contacto positivo y desarrollar la consciencia física, solo cuando el niño pueda sentir tranquilidad y placer con un contacto físico normal consigo mismo, sus cuidadores y otros niños se alcanzara el éxito.
- “Biofeedback” una posibilidad.- ejercitar el control físico en estos niños es favorable a través de ejercicios de control intencional de las pulsaciones, de las frecuencias respiratorias ayudan a que salga de su estado crónico de alerta y estrés y controlarse ante nuevas situaciones estresantes. Luego se introducen diálogos sobre lo que les sucede a los niños traumatizados y como pueden aprender a controlar sus reacciones.
- Ayudar al niño a reconocer las situaciones de violencia.- explicar a los niños que es un abuso y que es un contacto normal, se les indica cuales son los indicadores de abuso en niños y se les pregunta si han pasado por eso alguna vez. Siempre se debe responsabilizar y culpabilizar al adulto abusador, se utilizan fotos, dibujos para reconocer entre un contacto normal y la estrategia del abusador. (p.267-271)

Bibliografía

- Buck, J. (1995). *Manual y Guía de Interpretación de la Técnica de dibujo proyectivo*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Corral, E. y. (enero - abril de 2006). Secuelas Emocionales en Víctimas de Abuso Sexual en la Infancia. *Mi Sielo*.
- Dantagnan, M. (2010). los trastornos del apego: elementos diagnósticos y terapéuticos . En J. Barudi, & M. Dantagnan, *Los Buenos Tratos a la Infancia* (págs. 165-213). Barcelona: Gedisa.
- Echeburúa E, G. C. (17 de Junio de 2011). Tratamiento Psicológico de las Víctimas de Abuso Sexual Infantil: Un Enfoque Integrador. *Psicología Conductual*, 19(2), 469-486.
- Intebi, I. (2012). *Estrategias y Modalidades de Intervención en Abuso Sexual infantil Intrafamiliar*. Cantabria: Instituto Cantabro de Servicios Sociales.
- Koppitz, E. M. (1978). *El Dibujo de la Figura Humana en los Niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Langford, J. (2015). Cuando el Abuso Sexual Toca tu vida. *El Abuso, Un Problema*. Sucre: Asociación El Alfarero.
- Lorena Méndez Tapia, L. G. (2002). Descripción de patrones de apego en menores institucionalizados con problemas conductuales. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Vol. XI(N° 2), 75-92.
- Negrón, L. F. (2013). *Abuso Sexual Infantil Nunca Más*. Sucre: Proyecto Exodo.
- Rodríguez, G., & Oiberman, A. (2012). Escala de Apego para infantes. *JOLLAS (Journal of Latin American Studies)*, 34.
- Rygaard, N. P. (2008). Trastorno de apego reactivo, problemas de comportamiento sexual y abuso sexual. En N. P. Rygaard, *El Niño Abandonado, Guía para el Tratamiento de los Trastornos del Apego* (págs. 251- 271). Barcelona: Gedisa.

AUTOIMAGEN DEL ADOLESCENTE VINCULADA A LOS TRANSTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

**Asebey Morales, Ana María del
Rosario.**

*Facultad de Psicología, Universidad
Autónoma de Querétaro*

Resumen

Desde un enfoque psicoanalítico se propone un breve abordaje sobre los trastornos de la alimentación, así como la funcionalidad intrapsíquica e interaccional de la autoimagen y su disociación en la obesidad, anorexia y bulimia. También se sugiere que estos trastornos de la alimentación, se desencadenan con frecuencia en el proceso adolescente.

Palabras clave: Autoimagen. Adolescencia. Síntoma.



AUTOIMAGEN DEL ADOLESCENTE VINCULADA A LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Ana María del Rosario Asebey Morales

Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Psicología. Docente emérita

Introducción

El objetivo de este trabajo es destacar los aspectos más significativos que han confluído en la gestación y condicionamiento de la autoimagen del adolescente con trastornos de alimentación. Para esto, considero necesario puntualizar en primera instancia el concepto de autoimagen, componente incuestionable y sello de la personalidad, tan necesaria como el afecto o el alimento, centro de gravedad y piedra angular de la personalidad, que remite a la identidad y responde a la pregunta ¿quién soy yo?. Centrándome para ello en el vínculo afectivo temprano entre el infante humano y su madre o quien la sustituya.

Más adelante, expondré algunos aspectos significativos referentes a las vicisitudes biopsicosociales presentes universalmente en el proceso adolescente, lo cual permitirá comprender la compleja dinámica subjetiva de la obesidad, la anorexia y la bulimia, síndromes que se presentan, sobre todo, en esta etapa del desarrollo humano y se vinculan a perturbaciones o alteraciones tempranas de la autoimagen.

Vínculo afectivo y autoimagen

Recordemos que el individuo, como ser social que es y por su situación de indefensión al nacer, no puede subsistir solo, necesita de los demás para satisfacer sus necesidades básicas, tanto fisiológicas como afectivas. De ahí que la madre o quien la sustituya, funciona como un yo auxiliar (Freud, 1921/1979), como un acompañante organizador (Spitz, 1981), como la instancia tutelar (Dolto, 1990), o como la pareja simbiótica (Mahler, 1975, 1984) del infante ; función vincular que ayuda a estructurar su psiquismo e integrar su autoimagen, en la medida que la madre o sustituta, prodiga cuidados con su calor afectivo y su capacidad de continencia, a lo que Winnicott (1975) denominó *sostenimiento o holding*, caracterizado por palabras, abrazos y acciones que le devuelve a su hijo, en un diálogo perceptual, motor, sensorial, afectivo y cognoscitivo, al entender y responder a las necesidades fisiológicas y afectivas que se suscitan en éste.

Békei (1992) afirma que "se establece un proceso circular, reflejo y afectivo, de correspondencia mutua entre madre e hijo" (p. 40), al introyectar el infante los estados afectivos más sutiles de la madre a través del contacto corporal, del lenguaje preverbal y más tarde verbal, que se instala en la comunicación primaria de esta relación diádica madre-infante y permite que el infante adquiriera autonomía psíquica, consistente en el logro de la significación de sus propias sensaciones y necesidades, en la diferenciación corporal con la madre y en la adecuada configuración de su autoimagen. Es decir, que la relación vincular faculta al infante el paso gradual del estado de no integración, que caracteriza al recién nacido, al de posterior integración de sus funciones psíquicas, habilita su capacidad de diferenciar el mundo exterior (no yo) y la subjetividad (yo), y le concede una representación de sí mismo, única y diferente a la de los otros seres humanos.

Derivado de esto, se define a la autoimagen como la integración unificada de la percepción del esquema corporal y de la representación que tiene el sujeto de sí mismo. Como señalé anteriormente, esta unificación se gesta en la relación vincular con la madre, en los tempranos intercambios humanizadores, flexibles y satisfactorios, o frustrantes y rígidos, derivados de la historia del sujeto por la influencia de los vínculos del individuo en su interacción social; en un juego proyectivo de identificaciones con figuras significativas, un juego que se configura en una gestalt en constante proceso de evolución, se organiza a través del aprendizaje de experiencias perceptuales, sensoriales, cognoscitivas y afectivas, y extiende su influencia reguladora sobre el pensamiento y la conducta.

La autoimagen engloba dialécticamente las dimensiones cuerpo, mente y mundo social, lo que implica que debe ser considerada desde una perspectiva biopsicosocial; en la que el cuerpo, denominado por Schilder (1983) y Doltó (1990) esquema corporal, actúa como mediador organizado entre el sujeto y el mundo, es el intérprete activo o pasivo de la autoimagen en el sentido que, permite objetivar la intersubjetividad de una relación con los otros fundada en el contacto a través de la comunicación no verbal y verbal. "Es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto con el mundo físico" (Dolto, 1990 p. 18).

Mientras que la representación de sí mismo “es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales, interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones arcaicas o actuales” (Dolto, 1990 p. 21). Es decir, que está entrelazada a los sentimientos que han marcado el curso de la historia del sujeto en su relación de dependencia con el otro, implica alcanzar autonomía, seguridad, capacidad, confianza, fortaleza, aceptación e identificación con el cuerpo físico, establecimiento del criterio de realidad y control de impulsos, sustentados en una autovaloración y flexibilidad, que a su vez constituyen los cimientos de las relaciones interpersonales en los diferentes ámbitos contextuales grupales o institucionales en los que el sujeto se inserta a lo largo de su vida: familia, escuela, grupos informales, comunidad, instituciones laborales.

Por consiguiente, la autoimagen en sus versiones objetiva y subjetiva surge, deviene, se desarrolla y se transforma en el proceso de las relaciones sociales del individuo, lo que implica que si bien se gesta en los primeros años de vida, su fortalecimiento o inconsistencia, se da a través de cada una de las etapas vitales del desarrollo humano, desde la infancia hasta la adultez, atravesando por la adolescencia, en un proceso de ajuste y aprendizaje que puede ser modificado, en tanto que no es un proceso terminado ni estático, sino más bien dinámico.

Adolescencia

Es en la etapa adolescente donde la autoimagen adquiere gran relevancia debido a que su funcionalidad intrapsíquica e interaccional, al servicio de la consolidación de la personalidad y de la identidad, se desestabiliza temporalmente. De acuerdo a Blos (1992, 1962), Aberastury y Knobel (1997) la adolescencia se caracteriza en esencia por ser un segundo proceso de separación e individuación, pleno de profundas re-significaciones cualitativas y cuantitativas, que giran en torno a movimientos progresivos y regresivos, tanto afectivos como cognoscitivos, para producir un reordenamiento de estructuras psíquicas, al enfrentarse el adolescente al descubrimiento de su cuerpo nuevo, a la definición de su rol en la sociedad y a la adquisición de su nueva identidad.

El movimiento regresivo, se da en un proceso de separación consistente en un aflojamiento de los vínculos parentales o relaciones tempranas, acompañado de sentimientos ambivalentes y encrucijadas emocionales confusas, así como actitudes y comportamientos que chocan con la incomprensión del mundo adulto. Winnicott (1981), sugiere que las nuevas formas de pensamiento del adolescente, son utilizadas como *objetos transicionales* para elaborar el duelo por su crecimiento, lograr el desprendimiento familiar y así poder manejar lo nuevo desconocido. Mientras que el movimiento progresivo es el logro de la individuación que apunta a un grado creciente de confianza en sí mismo, a un dominio del contexto y a la estabilidad de éste, aproximándose a la concreción de los deseos y aspiraciones. Ambos procesos constituyen elementos inherentes al fenómeno adolescente, se presentan gradualmente desde una etapa de absoluta dependencia a una de independencia relativa, cuyo éxito se evidencia más adelante en la capacidad creativa e imaginativa, esenciales en el ser humano para desenvolverse en su contexto social.

La individuación adolescente es un reflejo de los vaivenes sensoriales, perceptuales y cognitivos que acompañan la desvinculación o separación emocional de las figuras infantiles interiorizadas durante su infancia. Esto significa que hasta antes de la adolescencia, el niño consideraba a sus padres o a quienes lo criaron, como una legítima extensión de sí mismo; condición inherente a la dependencia infantil al servicio del control de la angustia y de la regulación de la autoimagen, y ahora se enfrenta al fenómeno de desidealización, al percatarse de que sus padres o sustitutos, no son lo que él creía que eran hasta entonces, ni lo que ellos (padres) decían que eran.

Esto significa que, el adolescente se separa de las figuras incorporadas como modelos de identificación en su infancia, al descubrir un mundo nuevo y entra en un momento de indiferenciación con el mundo exterior al que requiere aprender a conocerlo, vincularse, admirar y amar otras figuras extrafamiliares, para alcanzar su independencia y con ella su identidad, como plantea Erikson (1984), de manera que otros modelos de identificación adquieren gran importancia para él.

El adolescente se encuentra entre su pasado y su futuro, entre su infancia y su edad adulta; como el niño pequeño lo estaba entre las relaciones simbiótica y autónoma. Desde este punto de vista, se entiende que en la adolescencia normal, formulada por Knobel (1997), la mayoría de las conductas de los adolescentes, están ligadas a los avatares de los procesos de separación individuación, a la lucha por la independencia psíquica que se refleja en una tendencia pasajera a preservar los privilegios de la infancia y a gozar a la vez de las prerrogativas de la madurez.

Lo que en términos de Lewin (referido por Muuss, 1997), significa que el adolescente queda sin grupo etario de pertenencia o integrado entre ambos grupos, por consiguiente este autor considera a la adolescencia como un período de transición entre la infancia y la adultez, en el que el adolescente se encuentra en un estado de *locomoción social* donde los campos social y psicológico en que se mueve no están estructurados, porque el adolescente no posee clara comprensión ni de su estatus ni de sus obligaciones sociales, esta inseguridad se refleja en su conducta.

Por eso Remus (1985) plantea que esta etapa del desarrollo humano, representa el intento mutativo de la humanidad, por ser el momento de oscilaciones biopsicosociales, que se efectúan dentro de un espacio y tiempo, lo que lleva a los jóvenes a una nueva relación con sus padres, con los otros adultos y con el mundo en general. Así por ejemplo, se establecen nuevas relaciones de grupo, principalmente de amigos, adquiriendo conceptos diferentes de la amistad, familia, escuela y contexto en general, el adolescente empieza a tener una percepción distinta de la sociedad en la que vive y del mundo en general. ¿Qué tan nuevos son? Eso dependerá de cada adolescente, según el contexto histórico en el que vive, las influencias sociales y culturales que recibe. Todo este conjunto de influencias genera los patrones de conducta de los adolescentes. Estos patrones parecen ser especialmente visibles en aquellos lugares en los cuales, la población joven está en proceso acelerado de modernización con un consecuente grado de heterogeneidad, diversidad y multiculturalidad.

Lo cierto es que la rapidez y ambigüedad de los avatares que se operan en el adolescente y las relaciones interpersonales de la infancia, a las que deberá abandonar, producen inestabilidad, incertidumbre y vulnerabilidad emocional, que exigen nuevas pautas de convivencia y se expresan en una lucha por la autonomía, que suele resolverse en la emancipación de la dependencia familiar.

La intensidad y gravedad de estas contradicciones, están condicionadas por la concatenación de la calidad del proceso de maduración y crecimiento de los primeros años de vida, la estabilidad en los afectos, el logro de una autonomía gracias a la adquisición de una individuación temprana, donde cada individuo aprende a manejar el monto de frustración y el grado de tolerancia con las que enfrentará más tarde las exigencias de la vida social.

Sin embargo, no solamente los adolescentes presentan contradicciones en su largo y complejo proceso, sino que estos también se presentan en los padres o quienes los sustituyan, quienes deben desprenderse del hijo niño y evolucionar hacia una relación con el futuro adulto, lo que impone muchas renunciaciones de su parte, "ya que al separarse para siempre del cuerpo de su hijo niño, se ven enfrentados con la aceptación del devenir, del envejecimiento y de la muerte" (Aberastury, 1997, p. 21).

Los padres o sustitutos, deben abandonar la imagen idealizada de sí mismos, que han creado en sus niños y que hasta entonces este hijo los conservaba en su mente como los únicos, perfectos y mejores; rompiéndose ahora, parcial o totalmente esta idealización. De tal manera que los padres dejan de funcionar como líderes o ídolos, para poder aceptar una relación diferente, que generalmente se expresa en las dificultades para admitir el crecimiento de su hijo, y la intolerancia a las críticas de éste, que están a la orden del día.

Dicha situación denominada *conflicto generacional* por Barriguete (1974), puede intensificarse por las relaciones antagónicas entre adolescentes y adultos, donde el primero entra en contradicción con el mundo adulto que, por una parte, le exige que se comporte como adulto pero no le permite determinadas actitudes adultas y, por otra parte, limita su independencia pero no acepta ciertas conductas infantiles. Al respecto afirma Aberastury (1997) que "La severidad y la violencia con que a veces el mundo adulto pretende reprimir a los jóvenes, solo engendran un distanciamiento mayor y una agravación de los conflictos" (p. 13); ya que es habitual que el sistema familiar y/o institucional, con sus miedos y temores, expresados en ambigüedades, no puedan acompañar al adolescente en su dolorosa y lenta labor, que necesita realizar en esta etapa, sobre tres grandes duelos, especificados por esta misma autora:

- El duelo por el cuerpo infantil, asistiendo como espectador impotente a las variaciones para aceptar uno nuevo.
- El duelo por la identidad infantil, que da paso a una inestable identidad convulsionada por los procesos adolescentes.
- El duelo por los padres de la infancia, éstos, a su vez, en duelo por la pérdida del niño/infante que se aleja cada vez más de ellos en el inicio de su camino al mundo adulto.

Siguiendo esta misma línea, Grimberg & Grimberg (1993) plantean que los conflictos temporales y circunstanciales por estas pérdidas, al ser propios del proceso de maduración adolescente, se rectifican por la propia experiencia. Las imágenes paternas buenas, incorporadas por aquellos adolescentes en sus interacciones tempranas, cuyo crecimiento se dio en un clima emocional armónico y agradable, ayudan a elaborar estos duelos, al aceptar sus vicisitudes y permitirles enfrentar el mundo o realidad externa.

Mientras que para Peniche (1985), las vivencias tempranas dolorosas de aquellos adolescentes, en cuyos contextos interaccionales predominaron figuras de identificación totalmente desvalorizadas, ausentes, severas, frustrantes, rígidas, y prevalecieron carencias afectivas, violencia, autoritarismo, temor, amenazas y persecuciones; condicionan que los movimientos biopsicosociales del proceso adolescente, reactiven o intensifiquen el desequilibrio intrapsíquico e interaccional, es decir que, su funcionalidad ya venía alterada desde etapas tempranas. Como repercusión, la comunicación, medio básico de expresión, pierde su valor instrumental para el adolescente y es sustituido por comportamientos disfuncionales o alteraciones psicósomáticas que ponen en grave riesgo su desarrollo y evitan que continúe su proceso saludable de madurez psicossocial.

Vale decir que en este período de segunda individuación, el adolescente se enfrenta con una compleja problemática subjetiva por resolver que desestabiliza la funcionalidad de su autoimagen, reactiva e intensifica su desequilibrio condicionado en etapas tempranas. Desequilibrio reflejado, entre otras tantas formas, en un severo trastorno alimenticio como obesidad, anorexia y bulimia, que responden a un fracaso en la emancipación de los vínculos tempranos y una derrota en la adquisición de la independencia psíquica, lo cual afecta en gran medida al cuerpo y se entrecruza con interacciones familiares y culturales, cuya psicodinámica trataré de explicar a continuación.

Obesidad

Condición corporal caracterizada por el almacenamiento de una cantidad excesiva de grasa en el tejido adiposo subcutáneo y en el interior de ciertos órganos como el músculo del individuo (Porra, s/f, párr. 2)

La obesidad es considerada como una alteración psicósomática por el conjunto de factores sociales, afectivos y biológicos que intervienen de forma inseparable tanto en la psique como en el soma, donde la sensación de saciedad de la ingesta está dañada a consecuencia de un mal aprendizaje de los patrones alimenticios del infante en la relación temprana con su madre o sustituta, quien se caracteriza fundamentalmente por su narcisismo al no responder con empatía al pedido de su infante. "Una madre que por sus propias ansiedades experimenta alivio cuando el niño come" (Ramírez, 1975, p. 59), lo alimenta según sus propios deseos, sin registrar las señales de las necesidades de su infante.

Al principio el infante se resiste y rechaza la comida impuesta o la vomita, ante la insistencia materna, resignado y sometido, acepta la comida que la madre le impone, paulatinamente suprime la percepción o reconocimiento de sus propias sensaciones internas de necesidad o satisfacción, lo que impide que

desarrolle la capacidad de reconocer los sentimientos originados en sí mismo para generar acciones adecuadas en situaciones interpersonales. Esto conlleva a que el infante sea incapaz de discernir si tiene hambre, si está saciado o si siente otro malestar o necesidad, acata pasivamente las exigencias maternas, sin ninguna posibilidad de aprender a pensar, ya que es la madre la que piensa y decide por él.

Békei (1992) advierte que esta actitud impuesta, dictada por la intensa agresividad encubierta o inconsciente de la madre:

Sienta las bases de la futura obesidad del hijo mediante un doble mecanismo: 1) por sobrecarga alimentaria provoca hiperplasia del tejido adiposo en el organismo joven, modificación celular que ya no va a desaparecer; 2) interfiere el aprendizaje del reconocimiento de la saciedad al bloquear la percepción introceptiva de la plenitud de su estómago, del que depende la regulación fisiológica del peso (p. 188).

Estas funciones dañadas, interfieren en las dimensiones biológica, emocional y social, lo que explica la alteración de la autoimagen del obeso, reflejada en una identidad o representación confusa de sí mismo y en una autoagresión a su cuerpo, que se expresa en la deformación que adquiere, debido a que la autopercepción que incorpora gradualmente de su esquema corporal se da bajo la influencia de los estímulos alentadores que recibe de la madre para comer, al recibir caricias y sonrisas sólo cuando come sin parar.

Vale decir que la agresividad materna no es manifiesta con su hijo, sino más bien está encubierta por un falso y exagerado amor ambivalente que tiende a frustrar su actividad motora y muscular y a sobreproteger la situación alimenticia. Su fórmula de relación es "niño come, pero no te muevas, estate quieto, come pero sin moverte" (Ramírez, 1975, p. 60). La ambivalencia materna, facilita que el niño dirija sus tensiones hacia los alimentos, esta forma de reacción se condiciona como una actitud básica tendiente a conservarse durante el resto de su ciclo vital.

Así la madre sobreprotectora en los aspectos alimenticios, fomenta la inactividad, frustra los niveles de expresión motora y produce somática y psíquicamente hijos obesos, quienes introyectan una imagen de sí mismos falsa e irreal frente a un cuerpo voluminoso e hinchado, que viene a darles un sentimiento de pseudo seguridad interna, que de otra manera no tendría.

La comida constituye así el lazo de unión primordial entre madre e hijo los primeros meses, es el elemento que mantiene la vida y el vehículo principal de la transmisión de amor y de comunicación de esta diáda madre-infante. Posteriormente la comida se vuelve un elemento que sirve para premiar y/o castigar, y se convierte en el motor principal que rige las relaciones familiares.

Békei (1992) afirma que en la familia del obeso, la comida tiene un lugar privilegiado, la dinámica familiar gira en torno a la buena mesa, representante del calor hogareño. La comida tiene un valor emocional peculiar que adquiere cada vez más importancia, al grado de que puede convertirse en una actividad compulsiva de devorar y por consiguiente en una adicción. Esta misma psicoanalista denuncia que comúnmente el padre del obeso, es una figura emocionalmente débil, sin recursos emocionales para apoyar a su hijo, para

transmitirle otros valores, para incitarle a participar en actividades físicas y para servirle como objeto de identificación varonil.

En la adolescencia, la obesidad representa una forma de pseudo seguridad para no enfrentar situaciones o compromisos, la obesidad le sirve al adolescente como defensa frente a la sexualidad que se inicia en ese período vital, asegura su cercanía o simbiosis patológica con la madre y su papel asexual convirtiéndose en objeto de rechazo y burlas de sus compañeros; se inicia entonces un círculo vicioso entre angustia-comida-parálisis.

Suele suceder que en este periodo, el exceso de dominio por parte de la familia se intensifique hacia el adolescente, con un autoritarismo intrínseco. Posición que satisface a los padres porque están tranquilos, tienen al hijo bajo su vigilancia. No hay respeto a los espacios del hijo ni se aceptan sus límites, éstos son impuestos por los adultos bajo la paradoja de autoritarismo y sobreprotección, y al adolescente no le queda otra salida que someterse, ser obediente y complaciente en una actitud automática y con toda la carga de frustración que ello implica. Rebelarse, puede conllevarle a ser mentiroso y agresivo.

Los rasgos psicológicos característicos del obeso son el retraimiento, aburrimiento, soledad, amargura, poca tolerancia a la frustración, sensación de impotencia, desvalimiento, incapacidad de percibir correctamente sensaciones o impulsos corporales, pasividad, falta de voluntad; carencia de perseverancia, negación de su compulsión a la comida; sensaciones que desembocan en una absorción de alimentos. Lo que motiva que el obeso ante cualquier situación de tensión, angustia, depresión, rechazo, conflicto o privación de afecto; recurre al alimento como forma específica de reacción o búsqueda de compensación y seguridad.

Considerando que la adolescencia es en esencia el segundo proceso de separación e individuación, autores freudianos y posfreudianos afirman que este ciclo vital es la última oportunidad que el desarrollo evolutivo le ofrece al obeso para poder independizarse del atrapamiento simbiótico de la madre, (quien muchas veces, también es obesa), para poder librarse del sometimiento materno, romper los lazos simbióticos con ella y así poder lograr asumir su propio deseo.

Anorexia

La anorexia no es una alteración nueva en la cultura, Bekei (1992) confiere la primera comunicación de este trastorno al médico italiano Simón Porta en el año 1500, quien reportó como anoréxicas a varias religiosas canonizadas en años posteriores También Freud (1893-95/1980) habló de la anorexia como un problema alimenticio característico de la adolescencia y la asociaba a la melancolía. En las últimas décadas la magnitud de este síndrome se ha incrementado de forma alarmante, con el alicento de los medios de comunicación que ofrecen como modelos de identificación, figuras sumamente delgadas.

La anorexia es una alteración característica de la adolescencia, en su comienzo puberal pleno de transformaciones biológicas y fisiológicas, contradicciones y resignificaciones emocionales y afectivas. Se registra casi exclusivamente en mujeres, los síntomas primordiales son reducción de la ingesta, negación a las

sensaciones de hambre y fatiga, alarmante disminución de peso, obsesión por las dietas y ejercicios extenuantes, acompañados de amenorrea, constipación y desnutrición. La anoréxica centra su mundo y su vida en estas vivencias, restringe su vida social y afectiva, refleja dificultades en la asunción de la genitalidad y de lo femenino.

La característica obsesión por la delgadez extrema asociada a la preocupación por la imagen, es una defensa para controlar la angustia suscitada por los desórdenes del cuerpo, la hiperactividad le sirve para contrarrestar su autoimagen desvalorizada de ineficiente e incapaz, predominando rigidez extrema y encierro narcisista en esa problemática.

El funcionamiento psíquico de la autoimagen de la anoréxica sufre una disociación, la percepción de su esquema corporal no corresponde a la representación que tiene de sí misma, su cuerpo es percibido de manera distorsionada, por eso atenta contra éste. Es decir, que aunque el cuerpo esté íntegro y se vea muy bien, la imagen corporal introyectada está afectada con una sensación de ineficiencia paralizante. Siente a su cuerpo como un objeto muerto en un mundo hostil. Morir de hambre es dejar morir al propio cuerpo como una forma de aliviar el dolor psíquico que inicia con la hostilidad para pasar a la auto-destrucción y quedar en una rebeldía que no es escuchada ni entendida por los otros y se expresa en una inversión de su comportamiento al expresar arrogancia, irritabilidad, exigencia, obstinación; comportamientos que sustituyen el perfil inicial de hija perfecta, obediente, responsable, excelente estudiante, inteligente, disciplinada, perfeccionista, con un fuerte autocontrol y una preocupación intensa por agradar a los demás

Esta alteración de la autoimagen es gestada por vivencias tempranas catastróficas de privación, rechazo o exigencia, sin el apoyo de la función materna como yo auxiliar. Momento que fue vivido como amenazador y genera una angustia de aniquilamiento, perturba el gradual proceso unificador de la autoimagen, imposibilita el establecimiento de una adecuada representación o concepto de sí mismo. Al igual que en el obeso, incorpora en su lugar una percepción distorsionada de su imagen corporal que se intensifica con las permutas corporales de la pubertad, no reconocidas ni asumidas por la anoréxica, en cambio se constituyen en fuente de malestar, en una sensación de extrañamiento respecto a su cuerpo, cuya madurez no puede aceptar ni la adquisición de rasgos sexuales, por una herida narcisista que afecta su estructura y desencadena en ese momento una fragilidad de su identidad que se traduce en una fragmentación y despersonalización.

En consecuencia, la anorexia es una forma de enfrentarse a través del síntoma a factores desencadenantes como separaciones y pérdidas para los que la anoréxica no está preparada, y a imposiciones familiares que no permiten la expresión de emociones y menos aún la agresividad y la protesta. El síntoma constituye una actitud defensiva y simultáneamente una amenaza a la integridad, toda vez que la anoréxica intenta desesperada y auto agresivamente su autonomía no alcanzada en su momento, por lo cual puede manifestar una desorganización psicótica acompañada de alucinaciones o delirios, preocupaciones hipocondríacas y una desnutrición que puede llegar a producir trastornos neurológicos y endocrinos.

El síntoma es una sublevación, una protesta frente al sometimiento de una madre que impone sus propias pautas y obstruye sus deseos, fantasías, aspiraciones y en cambio le exige plegarse al ideal narcisista materno con la complacencia de una figura paterna ausente, aunque éste exista físicamente, sin marcar los límites para romper esa simbiosis diádica conflictiva entre madre e hija. Dicho de otra manera, la renuencia a comer es una lucha a muerte por pretender su independencia psíquica, por intentar separarse de la relación intensa y simbiótica con la madre que tiene internalizada como figura atrapadora -que en ese momento puede ya estar ausente- es una rebeldía inscripta en el cuerpo frente a la angustia de separación-individuación vivida con culpa por alejarse de la madre y temor al castigo de ésta. La anoréxica siente que su madre se ha apropiado de su cuerpo, y la única forma de liberarse de esa tiranía angustiada, que persiste ejerciendo su dominio desde la subjetividad de la anoréxica, es destruir su propio cuerpo, exigirse a sí misma, evocando al suicidio, intento que fracasa y más bien se refuerza la dependencia y se intensifica la relación ambivalente madre-hija.

Su miedo aterrador a la gordura, que no se reduce a medida que se pierde peso, encubre su temor a perder el dominio sobre sus funciones corporales, que en su infancia respondían únicamente a las rígidas exigencias de sus vínculos primarios. La preocupación por el peso y el logro del dominio sobre el cuerpo, encubren el intenso miedo a enfrentarse con las complicaciones sociales y sexuales de la vida adulta.

Lacan alude (referido por Tuber, 2001), que en la anorexia:

Lo que está en juego fundamentalmente, es el deseo de hacer reconocer su propio deseo...la anoréxica sacrifica la necesidad, la autoconservación, para afirmarse como sujeto de deseo más allá de su corporalidad. Esto es precisamente lo que no puede enunciar verbalmente, por lo que emerge bajo la forma de síntoma, es decir, a través de una formación de compromiso. Logra así hacer presente su deseo su condición de sujeto y no de mero objeto del deseo del otro, pero sólo de una manera regresiva que sustituye el deseo por el goce autoerótico y la autocontemplación narcisista (párr., 58).

Bulimia

La bulimia es un síndrome que generalmente empieza también en la adolescencia o en la vida adulta temprana y es mucho más común en las mujeres que en los hombres, con frecuencia se asocia a la anorexia, y puede ser un síndrome previo a la anorexia. El cincuenta por ciento de anoréxicas desarrollan una previa bulimia. Este síndrome se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de alimentos seguidos por vómitos inducidos, ayunos, uso de laxantes y diuréticos, además, ejercicios excesivos para prevenir el aumento de peso. Las bulímicas están habitualmente cerca del peso normal empero tienen miedo de ganar peso. A diferencia de las anoréxicas, carecen de un sentimiento de gobierno sobre el atiborramiento de comida, son incapaces de tolerar la frustración e intentan aliviar su sensación de vacío emocional con el *llenado* y el *purgado*.

Una de las principales características psicológicas es el sentimiento de culpa, debido a esto, el ciclo de atracones y vómitos se hace en absoluto secreto, por

el fuerte temor a no parar de ingerir voluntariamente y tener escasa capacidad de controlar este impulso. El curso puede ser crónico o intermitente durante muchos años, generalmente los rituales compulsivos de comer se alternan con períodos de comer normales o con períodos de ayunos. En los casos graves puede haber alternaciones de atiborramientos de comida y ayunos sin períodos de comer normales. El cuerpo presenta una versatilidad física que fluctúa entre el aumento de peso y la pérdida de varios kilos, asociados a una autodevaluación que incluye deshidratación, irregularidades menstruales, desajuste de electrolitos, glándulas parótidas hinchadas o caries dentales severas.

Mientras que la anoréxica gira siempre alrededor del alimento, la bulímica gira alrededor de ella misma. La ambivalencia de idealización-hostilidad y la insatisfacción crónica con la madre deja un vacío emocional por la imposibilidad de ser reconocida. La bulímica entonces, al ingerir alimentos, procura incorporar inconscientemente esa figura idealizada que cree haber tenido y perdido, y crea una fuerte excitación interna, aplacada por la expulsión del alimento, que se asocia a sentimientos de carencia, desamparo y depresión por el fracaso parcial de internalización. Por la vergüenza de no poder controlar su apremiante conducta elimina el alimento antes de que sea absorbido por el cuerpo. Simbólicamente devora a la madre frustrante y tirana, la tritura al mascar el alimento, vomitándola inmediatamente por haberla incorporado.

El síntoma bulímico es una automutilación para afirmarse como sujeto y ser reconocido como tal, es un grito de auxilio para decir que existe, que siente, que le falta algo, que se concibe incapaz de responder a las exigencias externas, de donde se derivan serios componentes depresivos y tendencias al aislamiento.

Conclusiones

La compleja etiología de estos desórdenes alimenticios, exigen un enfoque multidisciplinario, como método efectivo para el tratamiento, que haga posible abarcar las dimensiones biológica, psicológica, familiar y sociocultural y que incluye psicoterapia individual y familiar, cuidados nutricionales y atención médica. Con la explicación dinámica de la naturaleza de la enfermedad, se pasa poco a poco desde la atención y discusión centrada en la comida y el peso, a los problemas más profundos: inseguridad, sensación de falta de control, inadecuación social, necesidad continua de ser aceptados por los demás, compulsiones, depresión, culpa inconsciente, etc.

Lamentablemente el tratamiento de estos trastornos alimenticios, se abocan a reducir o eliminar el síntoma, consistente en la ingesta o rechazo a los alimentos. Sobre estos tratamientos, Ramírez (1975) expone que en el obseso:

De nada servirá que el médico imponga dietas, restricciones alimenticias o ejercicios si su conducta se impone a las pautas impuestas por la madre; el paciente una y otra vez pasará por encima de sus prescripciones, dado que seguirlas implica básica y sustancialmente perder el aprecio de la madre, ahora ya no presente en el exterior, como cuando niño, sino internada e incorporada en su interioridad inconsciente (pp. 60-61).

No se trata de suprimir el síntoma, sino de escuchar y entender el mensaje del síntoma como sustituto de aquello que no se puede poner en palabras. Siendo

así, es imprescindible ofrecer al paciente la posibilidad de hablar, de poner en palabras su propia subjetividad, buscando su significado en cada caso para crear y fortalecer un nuevo sistema de ideales, que le permita liberarse del atrapamiento mortal con la figura materna que ha internalizado y así lograr unificar la disociación de su autoimagen. Precisamente en la anorexia y bulimia, el sujeto y su palabra están sustituidos por los actos, si el médico se concentra únicamente en hacer desaparecer estos actos compulsivos de comer que caracterizan al obeso, la abstinencia total de alimentos por parte de la anoréxica y las apremiantes y agresivas ingestas-vómitos-purgas de las bulímicas, excluyendo o minimizando la problemática subjetiva que estos pacientes comunican simbólicamente, estará contribuyendo consciente o inconscientemente a perpetuar el síntoma.

Los objetivos más importantes en el tratamiento de estas alteraciones alimenticias adolescentes, son: la resolución de las disfunciones psíquicas del paciente adolescente y su familia, dada las implicaciones individuales, familiares y sociales del síndrome, fortaleciéndose así la autoimagen disociada del paciente y modificando la dinámica familiar.

El tratamiento de estos pacientes es prolongado y muchas veces frustrante. Un claro ejemplo de esto es el obseso, quien emprende múltiples tratamientos sin concluir ninguno. En una negación de su falta de voluntad y constancia, proyecta su devaluación a la incapacidad del médico, psicólogo, nutriólogo, etc.

Concluyo este trabajo con una interesante reflexión de una psicoanalista sobre las etiquetas que alienan al sujeto y le invalidan como ser único y diferente:

Ser "anoréxica" o "bulímica" constituye una respuesta a la pregunta por la propia identidad -problema existencial, especialmente angustiante en la adolescencia-, lo que explica la tenacidad con que las pacientes parecen aferrarse a estas etiquetas diagnósticas. Se trata de una pseudo-respuesta que aliena al sujeto; de ahí la necesidad de ir más allá del síntoma tanto en el proceso diagnóstico como en el terapéutico: las etiquetas sólo sirven para confirmar la falsa identidad. En este sentido, es probable que los servicios destinados exclusivamente al tratamiento de estos trastornos tengan efectos iatrogénicos, reforzando aquello que pretenden curar al incluir a las pacientes en una categoría diagnóstica que, a pesar de estar fundada en una comunidad inexistente entre ellas (excepto en lo que respecta al síntoma), tiene efectos performativos; fundamentalmente, la producción de una identidad colectiva imaginaria que anula la posibilidad de reconocimiento de la diversidad y la singularidad de la problemática subjetiva (Tuber, 2001, párr., 67).

Bibliografía

- Aberastury, A. (1997). El adolescente y la libertad. En A. Aberastury & M. Knobel, *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico* (pp. 15-34). Argentina: Paidós.
- Barriguete, A. (1974). La adolescencia: su importancia en el conflicto de generaciones. En *Sexo, Violencia y Drogas*. México: Samo.
- Békei, M. (1992). Psicopatología de las enfermedades psicosomáticas. En *Trastornos Psicosomáticos en la Niñez y Adolescencia* (73-286). Argentina: Nueva Visión.
- Blos, P. (1996). *La transición adolescente*. Argentina: Amorrortu.
- Blos, P. (1969). *Los comienzos de la adolescencia*. Argentina: Amorrortu.
- Dolto, F. (1990). Esquema corporal e imagen del cuerpo. En *La imagen inconsciente del cuerpo* (pp. 9-52). España: Paidós.
- Erikson, E. (1984). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.
- Freud, S. (1979). Psicología de las masas y análisis del yo. En J. Strachey (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 63-136). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1921).
- Freud, S. (1980). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar (Breuer y Freud). En J. Strachey (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 27-309). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1893-95).
- Knobel, M. (1997). El síndrome de la adolescencia normal. En A. Aberastury & M. Knobel, *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico* (pp. 35-109). Argentina: Paidós.
- Grimberg, L. & Grimberg, R (1993). *Identidad y cambio*. México: Paidós
- Muuss, R. E. (1997). *Teorías de la adolescencia*. México. Paidós
- Mahler, M. (1984). *Escritos 2: separación, individuación*. Argentina: Paidós.
- Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación*. Argentina: Marymar
- Peniche, B. W. (1985). Familias con falla en el establecimiento de los límites: conductas disfuncionales de los hijos, características de los padres. *Revista Alétheia*, 1(6), 21-28
- Porra, C. J. M. (s/f). *La obesidad, un problema de salud mental*. Disponible en <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/obesidad.pdf>
- Ramírez, S. (1975). Endocrinología y medicina psicosomática. En *Infancia es destino*, (pp. 56-67). México: Siglo XXI.
- Remus, A. J. (1985). Identificación y cambio social. *Revista Alétheia*, 1(6), 47-57
- Schilder, P. (1983). *Imagen y apariencia el cuerpo humano*. España: Paidós.
- Spitz, R. (1981). *El primer año de vida del niño*. México: F.C.E.

- Tuber, S. (2001). Anorexia. Una perspectiva psicoanalítica. *Revista electrónica Psicoanálisis, Estudios Feministas y Género*. Disponible en <http://www.psiconet.com/foros/genero/tubert2.htm>
- Winnicott, D. W. (1981). Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posesión "No yo". En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 313-330). Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1975). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia.

LAS FALENCIAS DE LA MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA COMO SÍNTOMA DE MALESTAR A LA VISTA DEL TRATAMIENTO CLÍNICO DE NIÑOS Y PREADOLECENTES.

Benedict de Bellot, Paula
Santa Cruz, Bolivia

Resumen

La memoria autobiográfica se constituye en el anclaje cognitivo en donde se organizan todas las memorias, para dar como resultado un Yo integrado en las dimensiones temporales, dotándolo de habilidades para procesar aprendizajes que permitirán la construcción histórica y significativa de la persona. El fraccionamiento, la ausencia de sentido narrativo y la falta de valoración emocional de los contenidos biográficos afectan notablemente la regulación de las conductas impulsivas, entorpecen el reconocimiento de la propia valía personal e interfieren en el logro de los aprendizajes y el dominio del conocimiento.

Palabras clave: Memoria autobiográfica.
Niños. Adolescentes. Sentido narrativo.



LAS FALENCIAS DE LA MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA COMO SÍNTOMA DE MALESTAR A LA VISTA DEL TRATAMIENTO CLÍNICO DE NIÑOS Y PREADOLESCENTES

Paula Benedict Bellot

Santa Cruz, Bolivia

Introducción

Al momento de elegir un tema de escritura sobre Psicología Infantil, devino en significativo un problema de presentación recurrente en mi consulta clínica y que hace años se ha convertido en foco de atención; siendo que el camino a su solución es uno de los objetivos terapéuticos durante el tratamiento de pacientes niños y preadolescentes: nos referimos a la ausencia o fallas notables de la memoria autobiográfica (escasos recuerdos, registros de vivencias parciales y fraccionados, olvidos, etc.), así como una casi imposibilidad de enunciarla en la mayor parte se los consultantes. Tomamos en cuenta a niños mayores de ocho años, preadolescentes y adolescentes tempranos; cuyos registros de recuerdos significativos son llamativamente escasos e inconexos, incluso sobre acontecimientos o vivencias de su historia reciente.

Paralelamente a esta dificultad de las memorias personales solo ocasionalmente, estos niños y jóvenes, poseen algunas estampas difuminadas de la historia familiar; al extremo que muchas veces desconocen en qué trabajan sus padres o cómo se conocieron y formaron pareja, u otros detalles sencillos de la vida en familia. Así mismo poco o nada saben, ni recuerdan sobre sus abuelos y otros familiares, ni siquiera de forma anecdótica aunque ellos estén vivos aún e interactúen con cierta frecuencia.

Ante un poco de insistencia durante las sesiones, logran reconstruir memorias de algún cumpleaños, un viaje o algún evento familiar, de forma bastante

borrosa, carente de vivencias anecdóticas y con nexos emocionales débiles. Tal es así, que también se ve afectada la percepción de los diferentes estados emocionales ligados a las experiencias cotidianas del pasado inmediato y aún más si esos retazos de memoria son lejanos en el tiempo.

Esta dificultad se convierte en un problema y en una barrera para el proceso terapéutico, puesto que si bien se elaboran contenidos emocionales y preocupaciones por medio de la técnica del juego con los más pequeños, se requieren de las memorias personales y de su enunciado, para poder integrar al sujeto en la red emocional con sus seres significativos, así como para lograr la desarticulación del malestar que lo llevó a consulta.

Mencionaremos en este escrito, tres tipos generales de motivos de consulta donde este indicador; la ausencia o las fallas de la memoria autobiográfica resultan notables: 1.- los problemas de conducta disruptiva o agresiva, 2.- las dificultades de integración social por timidez y baja autoestima 3.- problemas de aprendizaje, bajo rendimiento escolar y problemas de atención. Situaciones que suelen presentarse combinadas con frecuencia.

Por lo que compete a éste ensayo, se analizará la disfuncionalidad de los procesos de la memoria autobiográfica como un indicador o síntoma específico pero no único, de las dificultades cognitivas o emocionales que presentan dichos pacientes. Habremos de entender que se abordan también durante la intervención, otros factores participantes como, la estructura del grupo familiar, las relaciones primarias del sujeto con sus figuras paterna y materna (o sus sustitutos), la construcción del yo y de sus rasgos de identidad personal, los procesos de maduración psicosexual, la relación con los pares y las habilidades de integración y socialización secundaria.

En el curso de este razonamiento trataremos de comprender por qué resulta importante el tomar en cuenta dicho proceso cognitivo en particular; pues simplemente sin memoria no hay nada, dejamos de existir, dejamos de ser. Como enuncia Karina Solcoff (2016) en su bello libro dedicado a la memoria cuando indica al lector que haga el ejercicio de no tener memoria dice: "En un mundo sin memoria el pasado ha sido borrado y el futuro es una dimensión vacía, desde el momento que nada puede proyectarse. No es posible entonces concebir un plan, o una secuencia de acciones encadenadas, o mantener intenciones de acción: en el acto mismo de concebir el primer paso, ya lo hemos olvidado." (p.24)

En la consideración de los casos tratados, no es que estos niños y jovencitos carezcan totalmente de las memorias personales, pero si se denotan obturaciones notables que impiden la adecuada configuración de la memoria autobiográfica acorde a cada edad y como consecuencia una frágil noción del propio yo. La historia individual para ellos, no arroja un registro de valoración y significado, a la vez que carece de sentido práctico o relevancia en el afán de vivir un presente que ofrezca gratificaciones o soluciones instantáneas. El estilo de razonamiento evidenciado en estos casos esta signado por las vivencias inmediatas y preocupaciones del día a día, siendo el interés por el pasado y por el futuro una cuestión incomprensible y de escasa utilidad para ellos.

En la recopilación de información y en la reconstrucción del entorno emocional y vivencial de cada paciente, comprobamos que la función de los padres en la

configuración de la memoria personal, posee un estilo práctico y rutinario, en donde sus papeles como cuidadores y proveedores son los que definen el tipo de relación con sus hijos; siendo evidente la debilidad en la interacción con los hijos, la cual se caracteriza por: el escaso o inexistente juego compartido, poco dialogo conducido por los padres, negligencia en la participación significativa y conversada sobre la vida familiar o la ausencia de reflexión sobre los diversos estados emocionales surgidos de la interacción humana dentro de la familia. Estas falencias van definiendo la condición de un pensamiento autobiográfico no narrativo que se expresa escuetamente durante las sesiones en forma de recuerdos aislados y desprovistos de tono emocional.

En los dos párrafos anteriores señalamos las disfunciones en la edificación de la memoria autobiográfica, lo cual a nuestro entender afecta directamente el funcionamiento de los otros procesos de la memoria, de la conducta y de las emociones. Por ello entendemos que; la provisión de vivencias significativas y valorizadas gracias a las emociones, al discurso y al lenguaje emocional, aportarían al ejercicio de los procesos cognitivos, incluyendo la memoria a corto plazo así como la de largo plazo, en especial de la memoria episódica narrativa e incluso a la memoria procedimental. Las memorias conforman un sistema interconectado e interdependiente en el que cada proceso se alimenta o provee contenidos a los otros. La memoria narrativa autobiográfica nos hace esencialmente humanos y diríamos que se encarga de articular la funcionalidad de las memorias atesoradas en nuestro bagaje genético.

La emergencia de la memoria autobiográfica es gradual y se encuentra asociada a herramientas culturales tales como el lenguaje y la narrativa, lo cual está ligado directamente a los intercambios conversacionales entre padres e hijos durante los cuales se habla y se aprende a hablar del pasado, a la vez que se promueven grados de complejidad de la memoria autobiográfica. (Santamaría y Montoya 2014, p. 338) Por tanto esta memoria se nutre de las experiencias con significado y de las palabras de los padres en torno a las mismas; el lenguaje, la capacidad de narrar y de reproducir experiencias compartidas en el pasado, construyen desde la temprana infancia el continuo temporal de la historia personal y sus inserciones en la historia circundante de la sociedad en que se vive. Las acciones, los eventos, los tiempos compartidos, los acuerdos de convivencia; requieren de la mediación de la palabra para cobrar significado y para poderse archivar en la memoria. La colección de imágenes o de experiencias que no han sido investidas de valor y de las respectivas tonalidades emocionales se desgranarán inevitablemente en el olvido.

La potencialidad humana para percibir su entorno y a los otros, crea innumerables ramificaciones y conexiones con el mundo afectivo, de ahí que la provisión y acopio de experiencias donde se juegue la calidad afectiva y el lenguaje con intención de narrar o comunicar significativamente, incrementará exponencialmente la activación de los procesos cognitivos y de las habilidades para el aprendizaje en general. La identidad personal, las conexiones emocionales con los demás, la inserción en la sociedad, así como la resolución exitosa de las actividades de aprendizaje y las de tipo escolar; usan continuamente el trayecto y todas las interconexiones de las memorias

para poder manifestarse. Incluso se debe contar con la memoria pre verbal de los primeros meses de vida signada por la relación del bebe con su madre; aunque esos contenidos no ingresan literalmente en la memoria episódica ni narrativa; mas por su fuerza dejan la impronta del afecto de ese presente para constituirse en modelo primario de relacionamiento en el futuro. Así es que las memorias se convierten en la herramienta por excelencia para apropiarse del mundo, para comprenderlo, a la par que han de viabilizar la noción de sí mismo.

El desarrollo de las memorias, cada una en su dimensión, serán de alto impacto en la definición de la persona; el entendimiento del yo narrativo que empieza a configurarse entre los tres y seis años, donde el niño toma conciencia de que posee una historia propia, aunque a veces confunde sus experiencias con otras que le han sido relatadas. Luego entre los cinco y siete años el niño puede alcanzar niveles más complejos de comprensión de su yo gracias a los intercambios conversacionales que ocurren dentro del seno familiar (Santamaría y Montoya 2014, p. 340). Al momento que los niños pueden compartir sus vivencias lingüísticamente, el yo toma consistencia dentro de las coordenadas temporales; la noción de identidad, la interacción en la sociedad y el aprendizaje en todas sus formas, se asienta sobre el funcionamiento articulado y secuencial de las memorias (operacional, corto plazo, a largo plazo, de trabajo, semántica, episódica narrativa y episódica autobiográfica)

En esta reflexión de ninguna manera se tiene la expectativa de que la memoria autobiográfica se equipare a la de "Funes el Memorioso", un cuento de Jorge Luis Borges, y cuyo personaje adolecía de la imposibilidad de olvidar. El olvido natural es un mecanismo normal que ha de permitir deshacernos de información sobreaundante o incluso de reprimir contenidos angustiantes, pero muy distinta es nuestra preocupación cuando observamos las limitaciones reales en la narración de la propia historia de los consultantes niños y jovencitos. Durante el trabajo terapéutico a fuerza de preguntar y repreguntar o de asignar algunas tareas de recopilación de datos dentro de la familia, se logra que los consultantes esbocen un borrador de la historia personal, con las limitaciones que ello supone ya que se enuncia en base a los recuerdos de otros. Lamentablemente a pesar de las tareas de indagación asignadas apenas llegan a tener un panorama parcialmente narrativo, pues en el proceso de recolección de la historia familiar obtienen pequeños relatos aislados de algunos episodios personales o familiares.

Procedimiento Metodológico

Pasamos a describir en rasgos genéricos la forma en que impacta la fragilidad de la memoria autobiográfica sobre el tipo de casos citados al inicio:

Sobre los problemas de conducta disruptiva o agresiva:

Nos preguntamos a esta altura de la reflexión, ¿de qué forma las conductas disruptivas o agresivas se relacionan con las alteraciones de la memoria autobiográfica? Podríamos decir que las disfunciones en el control de las conductas o las distorsiones de la socialización, en principio obedecen a fallas en el control de los mecanismos de inhibición de las conductas impulsivas, pero surge una nueva pregunta ¿Por qué se dan estas alteraciones en el control

de la impulsividad? Seguramente en unos pocos casos podremos encontrar rastros de disfunciones cerebrales pequeñas o cuadros de hiperactividad como un origen, pero en la mayor parte de casos se encuentra un deficiente desarrollo del lenguaje con intención comunicacional, así como de la conciencia de sí mismo, de la memoria autobiográfica, además de una especie de desconocimiento y falta de empatía con el otro. Estos niños o jovencitos suelen estar prioritariamente enfocados en su vida cotidiana presente, siendo el pasado o el futuro entidades ininteligibles cuyos contenidos provocan enorme pereza para ser pensados y peor aún enunciados. En esas condiciones el pensamiento reflexivo y el sentido de una conducta adaptada al entorno social y familiar ocupan un espacio reducido en el esquema de acción de lo cotidiano, entonces la urgencia por resolver problemas a la fuerza se impone. Igualmente la intolerancia a la espera, las dificultades para situarse en lugar del otro y así como una urgencia para la obtención de placer inmediato empujan a que el yo naufrague en el presente.

Sobre las dificultades de integración social por timidez y baja autoestima:

En estos casos el mismo indicador, la memoria autobiográfica debilitada, confabula en contra del logro de una imagen de sí mismo valorizada positivamente y con anclaje en la historia personal, de lo cual se podría obtener seguridad y aprecio por sí mismos. Estos pacientes también se encuentran atrapados en las evidencias del presente y en la experiencia directa de su existencia, se sienten inhibidos, descontentos con su apariencia, inseguros para participar y frecuentemente con conductas de aislamiento en sus hogares. En estos casos la apatía y el descreimiento entorpecen las acciones del pensamiento para rescatar las memorias narrativas que podrían otorgar significado al presente, así como dar consistencia al yo. Los escuetos recuerdos que se logran arrancar para ser enunciados luego de delicados interrogatorios, evidencian de nuevo las carencias comunicacionales en el seno familiar. Señalaremos que existen diferencias en la forma de dialogar de los padres con los hijos, mientras unos poseen un estilo más elaborativo, otros tiene una modalidad de tipo repetitivo, ello definirá la calidad y cantidad de los recuerdos en los niños (Santamaría y Montoya 2014, p. 343). La memoria perforada por la escasa simbolización o desarticulada de la carga emocional relacionada con los sucesos individuales y familiares, dificulta la posibilidad de construir un yo integrado en las coordenadas temporales y vinculado en redes emocionales de donde podría obtener fortaleza y aplomo personal.

Sobre los problemas de aprendizaje, bajo rendimiento escolar y problemas de atención:

En el transcurso del proceso diagnóstico y reconstrucción de la historia de los casos con problemas de aprendizaje, podemos constatar que la mayor parte de las veces se trata de sujetos que poseen un potencial intelectual normal o normal superior, aunque en varios de los subtests sus resultados presentan déficits y afectación en el uso de las memorias, inmediata, de trabajo y a largo plazo.

En asociación al tema que nos ocupa hallamos también esa pobreza autobiográfica así como visibles limitaciones para narrar de forma oral o

escrita asuntos de la vida personal. Argüimos entonces al igual que en los otros casos, que la memoria histórica y narrativa débilmente instaurada se refleja en una dificultad general para llevar adelante exitosamente aprendizajes de índole académico con mayor solvencia cognitiva. Pues resultará accidentado el proceso de aprender sin la noción de un yo con un grado adecuado de consciencia de sí mismo y de flexibilidad para moverse dentro de las coordenadas temporales que nos convierten en sujetos históricos y con proyección hacia el futuro. Cuando los contenidos de aprendizaje carecen de nexos con la noción de futuro y con la idea de continuidad del sí mismo en el tiempo, quedan desprovistos de interés para los niños y jovencitos, les resulta incomprensible la posible utilidad práctica de lo que se les impone aprender (otro asunto a tratar será cuestionar si los contenidos impartidos hoy en las escuelas realmente son significativos para la vida y el futuro de los educandos).

Conclusiones

Por tanto en el abordaje de los momentos del diagnóstico y del tratamiento podría ser de utilidad tomar en cuenta lo expuesto con el fin comprender cómo está constituida la memoria autobiográfica en cada caso que se atiende; con la intención de favorecer a la reconstrucción o reorganización de la memoria personal como un elemento del bienestar psicológico. Al incursionar en la búsqueda, en la activación de los recuerdos y en la develación de la importancia que ellos tienen para cada paciente, encontraremos que existen en estado latente contenidos que los niños y jovencitos habían desestimado y sobre los cuales podemos guiar la edificación del pensamiento y del discurso del yo.

El descubrimiento del hilo conductor de la vida emocional y la historia personal otorgará progresivamente el significado y el porqué de los cambios que se proponen durante el tratamiento. Partimos de la premisa que la fortaleza de la memoria narrativa de cada individuo, permite al sujeto integrar su yo en el continuo del tiempo a la par de visualizar y proyectar el futuro.

La memoria y la recuperación de vivencias, son la punta del ovillo del aprendizaje significativo en el entorno emocional, además juega como modelo en el uso de las memorias intervinientes en los diversos actos del aprender. El tejido del presente con las vivencias del pasado habrá de impulsar al sujeto hacia el futuro. Aunque los niños no conciban aún una idea de futuro remoto seguramente podrán esbozar la idea de continuidad si descifran que la vida es un continuo en la que ellos están inmersos y sobre el cual tienen poder de actuar.

La tarea de reparar o de reconstruir la memoria autobiográfica ofrece posibilidades para el fortalecimiento del yo, una vez se encare el rescate de las memorias que salgan a flote, pero habremos de entender que no se pueden fabricar memorias falsas para sustituir la ausencia de recuerdos significativos, la acción sobre el pasado en términos de implantar vivencias ficticias para recordar, es imposible. Lo que sí está al alcance de la mano es ayudar a que los pacientes puedan ser más conscientes de sus experiencias actuales, mediante la elaboración reflexiva de lo que les sucede para que logren dotar de una connotación afectiva sus vivencias; dicho mecanismo actuaría como fijador

de recuerdos y de significado. Pero el trabajo terapéutico puede naufragar si en el contexto familiar no se proveen experiencias y diálogos de elaboración lingüística en donde los hijos aprendan a comunicar sobre sus sentimientos, sus preocupaciones, sus aspiraciones y otros asuntos vitales. Hay que diferenciar los intercambios conversacionales dotados de significado de las conversaciones cotidianas sobre las rutinas familiares, laborales o escolares, donde las respuestas a las preguntas: ¿cómo te fue?, ¿pudiste hacerlo?, ¿qué hiciste?, generalmente son: bien, más o menos, nada, lo mismo de siempre o similares.

El suministro de experiencias significativas mediadas por los padres en conversatorios con los hijos, aportarían sustancialmente a la salud emocional y a la integración del yo; incluso si se trataran de recuerdos tristes o de situaciones de conflicto, ya que la historia familiar y personal está conformada no solo de experiencias felices, sino que cursan a la par espacios de confrontación con la frustración y la dificultad, las cuales al ser acompañadas y elaboradas junto con los padres o adultos a cargo, pueden metabolizarse e integrarse en las respectivas historias personales.

Para arribar a los objetivos terapéuticos, los padres requerirán ser partícipes y colaboradores activos para consolidar los desarrollos que se promueven durante el tratamiento, lo cual supondrá modificaciones sustanciales en la calidad y administración del tiempo dedicado a cada hijo; esto implica una dosis de renunciamiento a los fines egoístas de los adultos, así como una regulación de los horarios dedicados al trabajo, cuya extensión suele servir para argumentar y justificar el abandono emocional y la no ejercitación de la función tutorial que debe ejercerse sobre los hijos, mientras son sujetos en formación.

Bibliografía

- Golombek, D. (2011). *Cavernas y palacios* (2da.Edición) Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores
- Solcof, K. (2016). *Hacer Memoria* (1ra. Edición). Buenos Aires Argentina: Editorial Paidós SAICF
- Quiroga, R. Q. (2015). *Qué es la Memoria* (1ra, Edición). Buenos Aires Argentina: Editorial Paidós SAICF
- Santamaría, A. y Montoya, E. M. (2014) *La memoria autobiográfica: el encuentro entre la memoria, el yo y el lenguaje*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Andres_Santamaria/publication/233683230_La_memoria_autobiografica_el_encuentro_entre_la_memoria_el_yo_y_el_lenguaje_Autobiographical_memory_An_encounter_between_memory_self_and_language/links/547317290cf24bc8ea19b1d7.pdf?origin=publication_detail

EPÍLOGO

Dra. M^a Carmen Santos Asensi

Facultad de Educación. Universidad de Salamanca. Salamanca, España

El presente libro trata sobre “las infancias”, las distintas formas en las que viven los niños y las niñas en una sociedad, cultura, su acogida o abandono. Aporta una visión holística que nos ayudará a comprender lo sencillo y complejo que son las niñeces y su importancia en la construcción del bienestar de los futuros adultos, en la cimentación del bienestar de la comunidad y por consiguiente, de la sociedad. Si hablamos de “infancias”, esta obra también recoge voces y perspectivas corales para entender este momento del ciclo vital del ser humano en el aquí y ahora de la sociedad bolivariana. Los niños siempre desafían nuestras aparentes comodidades y distracciones.

Un libro interesante que nos permitirá buscar formas de dar “caricias positivas” a los pequeños, tal y como se entienden desde las aportaciones del Análisis Transaccional de Berne. Caricias que ayudarán a crecer y tener la postura existencial de “estar bien”, de acoger al niño y a la niña nacido en una comunidad. Los textos son también una invitación a las familias y a la misma comunidad. Estar bien implica ayudarlos a crecer y desarrollarse, independientemente de la diversidad individual del nacimiento: emocional, física, cognitiva o socialmente. Es preciso que las caricias las den unas familias que vivan con mínimos de equidad y seguridad para poder aportar estimulación y desarrollo. Pero también es necesaria una comunidad y sus redes sociales que apoyen y estimulen el crecimiento de la salud física y mental, a través del sistema sanitario, de la educación y de unas condiciones socioeconómicas mínimas. Los niños bien merecen la plenitud de las alegrías.

La lectura de este libro, en el que se desgranar aportaciones y retos para mejorar el bienestar social, mental y físico de sus ciudadanos más jóvenes, futuro de un país en movimiento y con gran dinamismo. Haremos una subjetiva recopilación de algunas contribuciones y retos.

“¿A quién le interesa la normalidad, quién la construye y quién soluciona el desperfecto que esta normalidad construye?”

Así introducía César Maldonado el primer artículo del libro, cuya lectura hemos finalizado. Y este podría ser el eje para abordar las aportaciones y los retos de futuro que nos aportan los artículos del libro de Infancias...Miradas en intervenciones.

Miradas que plantean, en los diversos trabajos la necesidad que tenemos de utilizar unas gafas de aumento que nos permitan ver y captar cómo los contextos comunitarios, culturales, económicos y de género tienen que estar presentes en las investigaciones, en las revisiones teóricas y en las propuestas futuras de los diferentes niveles de prevención.

El problema es aprender del contexto antes de emitir prejuicios. Es una de las frases del trabajo que con una perspectiva religioso, cultural, antropológica y social desarrolla Juan R. Villacorta. Sugiere por qué sería adecuado realizar propuestas de intervención en las que se escuchen a las comunidades. Avanzar con y no sobre las personas. En la “infancia: sacralización de la violencia instituida” reflexiona sobre cómo los niños se convierten en “chivos expiatorios”: por motivo de embarazo, por enfermedad, por muerte, por cuestiones políticas de manipulación, por simplemente ser niños. Como hay muertes provocadas no sólo por la violencia directa, también por una violencia institucionalizada, poca inversión en recursos básicos de salubridad, la no corresponsabilidad de padre y madre en el cuidado. A partir de este análisis él sugiere algunos principios de intervención que se podrían integrarse en la prevención (cuidado del cuerpo y de la vida en la madre y la criatura, mayor inversión en salud, educación para la vida...)

César Maldonado elucubra sobre cómo cada época sanciona la salud desde el punto de vista de la sociedad dominante en cada momento histórico, y transmite la importancia que tiene el considerar en las investigaciones la perspectiva cultural y no sólo individual, evaluar cómo en la salud colectiva las prácticas culturales abyectas pueden alterarla.

Siguiendo con la importancia de la perspectiva socio cultural Fluvio Arteaga estudia cómo la inequidad, y tal vez el olvido de las necesidades de las mujeres, está en los datos sobre mortalidad materna en Chuquisaca y en Bolivia en general. Concluye que “cerca del 80% de las muertes de mujeres por causas obstétricas directas son evitables, mediante la adopción de medidas relativamente simples, bajas en costo y efectividad” por consiguiente tal vez tendríamos que plantear en otros estudios ¿por qué no se hace más para evitarlo, hay una negligencia patriarcal en estas situaciones? Los factores que más inciden en esta mortalidad son: la edad de las mujeres que están entre el grupo de menores de 15 años (11% de las muertes en chicas adolescentes) y mayores de 40; el nivel de estudios alcanzados (90% de las muertes maternas se produjeron en mujeres analfabetas y con un nivel primario de instrucción) y el lugar de fallecimiento (zona rural y en casa). Parece indicar que si realmente se quiere hacer descender estas muertes es preciso realizar intervenciones con una perspectiva clara de género: mejorar los niveles de educación de las mujeres, realizar una educación sexual y afectiva mucho antes de los 15

años (los datos del estudio indican que ya hay algunas niñas que inician las relaciones con 10 años) que permitan prevenir estos embarazos, y que las adolescentes y jóvenes conozcan y tengan acceso a medios de prevención de embarazos.

El estudio sobre la problemática de la adolescencia y juventud, de cara a mejorar la comprensión de la salud colectiva de estos grupos, que realizaron Ivonne Ramírez y Paola Zegada sugiere nuevos desafíos en los que se entremezclan nuevamente la perspectiva de género con las perspectivas socioeconómicas y culturales. Estos retos implicarán el esfuerzo de políticas más focalizadas en la mejora de la prevención en los siguientes aspectos: educación sexual y afectiva, prevención de embarazos en adolescentes, prevención de la mortalidad materna y neonatal en adolescentes y jóvenes, promoción de hábitos saludables. Y además, desarrollar una nueva cultura social en la que la vileza de las violencias no sea la normalidad. Para ello será necesario seguir desarrollando por una parte programas de prevención e intervención en la violencia en ámbitos más cercanos, en el estudio se indica que más de la mitad de la población infantojuvenil sufre violencia en el hogar y en la escuela; y por otra seguir actuando en la prevención de la violencia sexual y de género en los menores de 18 años.

Manuel Fernández sigue dando esta importancia a la dimensión social y cultural; y después de su investigación nos señala que en las próximas investigaciones deberemos tener en cuenta la opinión, la información directa de los propios establecimientos e instituciones que afrontan la intervención temprana. Estudios en el ámbito de la salud y de la intervención en los que, además de considerar la evidencia de los datos cuantificables, cada vez se impone más contar con la información de los propios participantes para valorar las fortalezas de los servicios y para poder compartir aquellas buenas prácticas que mejor funcionan. Los avances en los servicios a personas deberán cada vez más considerar que las instituciones son entes vivos que pueden aprender y mejorar y los investigadores ayudan a visualizar los puntos fuertes y las mejoras que desde la cercanía a los contextos y comunidades se van realizando. Además, entre las "lecciones aprendidas" destaca: la visión integral de la intervención en Atención Temprana, el trabajo profesional en equipo, la implicación de las familias, el establecimiento de redes de colaboración de los servicios de un área, la comunicación del conocimiento entre centros y servicios especializados... En definitiva, su estudio indica que para mejorar la intervención temprana hacen falta planteamientos profesionales que tengan en cuenta las características de la comunidad en la que se inserta.

El estudio de Ivonne Ramírez y cols. sobre el desarrollo psicomotor en niños de 0 a 5 años en jardines infantiles y centros de custodia infantil muestra la necesidad de revertir el rezago del desarrollo psicomotor en las áreas de Lenguaje y Personal Social, sobre todo en instituciones de acogida por la baja estimulación múltiple temprana que los niños reciben, hecho que debe llamar la atención del Estado y las políticas de cuidado a la infancia, desplegando en esta etapa todos sus recursos en pro de la formación integral de los niños.

Asimismo en otra investigación sobre la prevención del riesgo psiconeurosensorial en menores de 12 meses de los centros y puestos de

atención primaria, Ivonne Ramírez concluye sobre la necesidad de impartir formación específica para el personal sanitario que les permita detectar los riesgos psicosensores con el objetivo de iniciar cuanto antes la prevención secundaria. Analiza la incidencia de los aspectos sociales y económicos: cuestiona que en la prevención secundaria no se plantean acciones específicas dirigidas a colectivos identificados en situación de riesgo por pobreza, desnutrición, y riesgos de tipo sociofamiliar para su detección precoz. Se indica también la necesidad de protocolos de actuación relacionados con el desarrollo y con la implicación de los servicios de atención primaria. Y finalmente, proponer e incorporar un protocolo de detección de riesgo de alteraciones psiconeurosensorial en los centros de salud para hacer más efectiva la prevención primaria y secundaria y evitar la discapacidad sensorial, motriz y cognitiva.

Por otra parte Ivonne Ramírez y Sagrario Perez de la Cruz, en un estudio sobre la importancia del duelo ante el nacimiento de un niño con alteraciones del desarrollo y otros síndromes que se presentan como un acontecimiento que atraviesan los padres con mucho dolor, con incertidumbre y desinformación, señalan casos donde se generan sentimientos que la familia deberá enfrentar y serán determinantes para la salud integral del niño y su familia; por ello, el sistema de salud debe seguir optimizando estos procesos de diagnóstico, abordaje y acompañamiento con miras a la inclusión del niño y la familia en un medio social.

En la revisión teórica realizada por Carolina Maldonado seguimos encontrando otra de las abyecciones de la comunidad más cercana en la que se desarrollan y viven los infantes: los abusos sexuales. Por la alta probabilidad de que un niño abusado en edades tempranas se convierta en el futuro en abusador sexual; será importante que los servicios que trabajan a nivel educativo y sanitario conozcan los indicadores y signos de alerta sociales, afectivos, sexuales y físicos que se pueden producir en el transcurso del ciclo vital hasta los 18 años. En líneas de revisión y estudios posteriores sí sería muy interesante plantearnos el reto de segregar los datos teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Desde una perspectiva individual, qué retos se proponen en el libro para la detección temprana (prevención secundaria) e intervención y tratamientos (prevención terciaria), cuando se observan dificultades concretas en el desarrollo de los niños y niñas. Disfunciones para las que será preciso contar con equipos de salud física, mental y educativos que trabajen de forma coordinada, que estén bien formados y que sean cercanos a las comunidades que les permita realizar un diagnóstico precoz para poder intervenir, estimular y mejorar la salud y el bienestar físico y mental de los pequeños y de sus familias.

Con estos planteamientos José I. Calvo, en la exploración cinesiológica analiza las ocho funciones que aparecen en la madurez neuromotriz en el primer año de vida del infante y sus indicadores. Aportación que incidirá en la mejora de la formación para el diagnóstico precoz e intervención de los servicios sanitarios y de estimulación que están en contacto con los bebés.

En otra investigación José I. Calvo y cols. realizan un estudio de comparación de activación del gastronemio medial y bíceps femoral estimulando el punto del calcáneo descrito por Vojta con respecto a la activación de dicha musculatura a través de un punto no descrito. Concluyen señalando que la condición del estímulo de Vojta activa la contracción muscular con respecto a la estimulación del otro punto, verificando la teoría descrita por el fundamento teórico de Vojta, lo que muestra la importancia de contar con estudios que podrían perfeccionar la propuesta de Vojta e ir validando otros puntos de incremento de la actividad nerviosa en alteraciones de la coordinación central.

En prevención terciaria se presenta una investigación de Sagrario Pérez que da pautas de intervención en parálisis cerebral infantil, estudio realizado sobre la aplicación de un programa de terapia acuática en parálisis cerebral infantil en una niña de 5 años diagnosticada con Parálisis Cerebral Infantil del tipo tetraparesia espástica distónica, nivel V, según escala GMFCS. Se le aplica el programa de Halliwick. Concluye sobre los beneficios de la fisioterapia acuática en los niños con parálisis cerebral infantil, tanto física (mejora resistencia cardiorrespiratoria, disminuye espasticidad, libera al cuerpo de las restricciones de la gravedad, favorece la función motora gruesa) como psicológica (estimula sentidos, incrementa la confianza, se siente capaz de hacer cosas que hasta ahora no eran posibles, mejora la independencia funcional...). Este estudio contribuye, junto a otras evidencias, a demostrar que es una alternativa de tratamiento para niños con PCI, independientemente del grado de discapacidad. Las nuevas propuestas de estos tratamientos serían proponerlos para niños y niñas que presenten otro tipo de dificultades, disfunciones y discapacidades en edades tempranas y recoger evidencias sobre su aplicación...)

En la investigación de Ekaine Rodríguez y Jose I. Calvo sobre la información que proporciona el cuestionario M-CHAT-R para el cribado de la detección de problemas relacionados con los Trastornos del Espectro Autista, Trastornos Específicos del Lenguaje y retrasos madurativos o del desarrollo, se indica que el cuestionario es una herramienta eficaz para la detección de TEA en muestras pediátricas de bajo riesgo. Es un instrumento eficaz para uso en las consultas de pediatría en menores de 24 meses por su rapidez y coste (estudio realizado en Salamanca, España). Y sabemos que el tratamiento temprano de las personas con alteraciones del desarrollo es más eficaz cuanto antes se detecta y a pesar de ello la edad media de diagnóstico se encuentra a partir de los 4 años, siendo más tardía en hijos de familias de bajo nivel socioeconómico o pertenecientes a minorías. Por lo tanto, es un desafío poder extender su uso en las consultas de revisión de los niños pequeños antes de los 24 meses, con el objetivo de intervenir cuanto antes con aquellos niños que presentan alteraciones significativas.

En los problemas alimenticios Ana M. Asebey concluye que son necesarios enfoques multidisciplinares que tengan en cuenta la dimensión biológica, psicológica, familiar y sociocultural y que incluyan tanto la psicoterapia individual y familiar como los cuidados nutricionales y la atención médica. En estos trastornos enfocan todo el trabajo terapéutico en la reducción o eliminación de los síntomas puede producir efectos iatrogénicos sino se

escucha y se entiende el mensaje de los síntomas como sustituto de lo que no se puede poner en palabras.

Paula Benedict realiza propuestas para intervenir a nivel cognitivo reconstruyendo la memoria autobiográfica y fortaleciendo el yo como elemento que contribuye a la salud emocional y el bienestar psicológico de los adolescentes. Asimismo, indica la relación que observa en la atención terapéutica entre las dificultades y alteraciones de la memoria autobiográfica en los problemas de conducta disruptiva, en las dificultades de integración social por timidez y baja autoestima y en los problemas de aprendizaje, bajo rendimiento escolar problemas de atención. Aporta una perspectiva distinta al considerar la memoria autobiográfica como un elemento a tener en cuenta en el análisis, diagnóstico y tratamiento de dificultades muy comunes que afectan a los estudios e integración educativa de estos niños y jóvenes. En la intervención incluye a los padres como suministradores de experiencias significativas en las conversaciones con sus hijos

Las propuestas teóricas y de investigación, desde estudios con población boliviana y española son un testimonio de la cooperación entre profesionales. Desde perspectivas culturales y de formaciones diversas todos los artículos tienen como eje conductor contribuir a mejorar el bienestar de las infancias a lo largo de la vida. Para ello las propuestas de prevención e intervención que se han realizado se hacen sin olvidar la perspectiva sistémica del mundo "cualquier alteración, por déficit o por actuación, en cualquiera de las partes del sistema influye en el todo; y a su vez cada parte influye en las otras y es influida por las demás".

Infancias... Miradas e intervenciones

La presente edición se terminó de imprimir el mes
de julio de 2017 en "Imprenta Rayo del Sur"
Calle Colón N° 107
Tel/Fax: 4-6428699
Sucre - Bolivia