

INFANCIAS

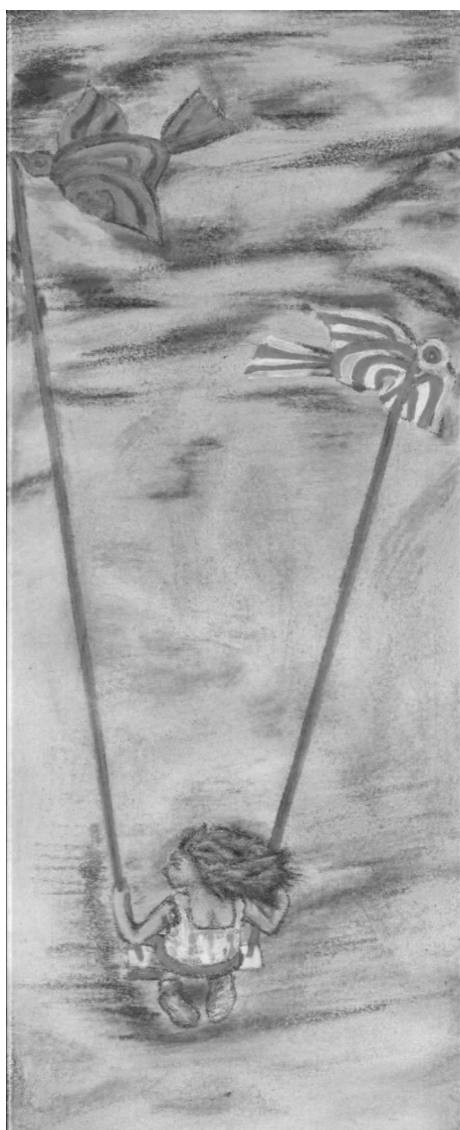


Cuerpos discapacidad y violencias

Coordinadoras:
Ivonne Ramírez
Sagrario Pérez de la Cruz
Carolina Maldonado

INFANCIAS

Cuerpos, discapacidad y violencias



COORDINADORAS

Ramírez Ivonne, Pérez de la Cruz Sagrario, Maldonado Carolina

COMITÉ CIENTÍFICO

Asensi Maria del Carmen (Universidad de Salamanca, España)
Ayala Hortensia (Universidad Autónoma Gabriel René Moreno, Bolivia)
Calvo Arenillas José Ignacio (Universidad de Salamanca, España)
Cinquegrani Miriam Adriana (Universidad Nacional del Sur, Argentina)
Durán Pacheco Enrique (Universidad Andina Simón Bolívar, Bolivia)
Fernández Cruz Manuel (Universidad de Granada, España)
Fignoni María Fernanda (Universidad de Rosario, Argentina)
Flores Barrón Mary (Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca)
Forest Wilma (Universidad Autónoma Gabriel René Moreno, Bolivia)
Gijón Puerta José (Universidad de Granada, España)
Guisbert Anderson (Universidade Estadual Paulista, Brasil)
Gutiérrez García Andrea (Universidad Pontificia de Salamanca, España)
Guzmán Edgar (Universidad del Valle, Bolivia)
Ibañez Cubillas Pilar (Universidad de Granada, España)
Maldonado César (Colegio Del Sagrado Corazón, Bolivia)
Ossio Amatller Liliana (Colegio Del Sagrado Corazón, Bolivia)
Schewe Carolina Lelia (Universidad Nacional de Misiones, Argentina)
Villacorta Richar (Escuela Militar de Ingeniería, Bolivia)

Coordinadoras:

Ramírez Ivonne
Pérez de la Cruz Sagrario
Maldonado Carolina

Proyecto de detección y atención al riesgo de trastornos del neurodesarrollo y psicosociales Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, Bolivia-Universidad de Almería, España.

Editor: Javier Calvo Velásquez

Traducción inglés: Lia Fabiana Zegada Ramírez

Traducción francés: Carmen Goytia Salazar

Ilustración tapa: Erica Valentina Choque

Contratapa: Schewe Carolina Lelia

Decana: Virginia del Rosario Cuadros Rivera

Director Carrera: Javier Gonzalo Vega Estívez

Instituto de Investigaciones en Neurodesarrollo: Ivonne Ramírez Martínez

INFANCIAS - Cuerpos, discapacidad y violencias

ES PROPIEDAD DEL AUTOR

Todos los derechos reservados de esta edición

Registro de propiedad intelectual.

Depósito Legal: ©

ISBN: 978-99974-50-85-2

1ra. Edición: 2019

500 Ejemplares

ISBN: 978-99974-50-85-2



Contacto: ramirez.ivonne@usfx.bo

Maquetación: Gustavo R. Moya Torres • guslark@gmail.com

Impreso en "RAYO DEL SUR" • Telf. +591 4 6428699 • Calle Colón N° 107

Sucre - Bolivia

INDICE

PRESENTACIÓN	9
Liliana Ossio Amatlíer	
PRÓLOGO	13
Edgar Marcelo Guzmán Daza. Universidad Privada del Valle	
ARTÍCULOS	
Infancias, gasto social y desigualdad económica	15
Ingrid Orlandini (Fac. Ciencias Económicas y Financieras, Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, Bolivia)	
La carnetización del cuerpo de la discapacidad	33
Ivonne Ramírez (Fac. Ciencias y Tecnologías de la Salud, Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, Bolivia)	
Efectos psicológicos de la violencia sexual en niños con discapacidad	65
Javier Bladés (Facultad de Humanidades, Psicología, Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, Bolivia)	
El modelo social: una mirada sociológica significativa para la investigación en “discapacidad” en América Latina.....	85
Carolina Ferrante (Universidad de Quilmes, Argentina)	
El papel de los catálogos de juguetes en la construcción de los estereotipos de género	105
Andrea Gutiérrez (Fac.Psicología, Universidad Pontificia de Salamanca, España) Nuria Martín Arroyo (Fac.Psicología, Universidad Pontificia de Salamanca, España)	
Producción oral y gestual, manifestaciones interrelacionadas del cerebro en desarrollo	131
Ekaine Rodríguez (Fac.Terapia Ocupacional, Universidad de Salamanca, España)	

La familia como sistema psicosocial, interaccional y estructural del desarrollo individual	145
Rosario Asebey (Fac.Psicología, Universidad de Querétaro, México)	

Empatía y calidez en la diversidad funcional	161
Virginia Cuadros, Adriana Ramos, Ivonne Ramírez (Fac. Ciencias y Tecnologías de la Salud, Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, Bolivia)	

Lecciones aprendidas en el proyecto de cooperación interuniversitaria para la prevención de los TND	174
Ivonne Ramírez, Sagrario Pérez de la Cruz, Maldonado Carolina, Choque Franz y Eric Arce (Fac.Ciencias de la Salud Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, Bolivia - Universidad de Almería, España)	

Epílogo	202
Manuel Fernández Cruz. Universidad de Granada, España	

COLABORADORES

Ingrid Eliana Orlandini González. Economista Máster en Proyectos, Políticas y Estrategias de Desarrollo. Fue investigadora junior del PIEB. Ha recibido el reconocimiento del CEUB por su labor investigadora y científica. Miembro del colectivo de investigadores en ciencias sociales INVESTIGASUR. Doctorante en Gestión Empresarial - Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, Docente titular de la misma universidad, Participa en Congresos académicos y científicos a nacionales e internacional. Hace consultorías en gestión empresarial y desarrolla investigaciones en emprendedurismo, género y gestión de recursos naturales.

Ivonne Ramírez. Investigadora Instituto de investigaciones en Neurodesarrollo en la Fac. Cs Tecnologías de la salud de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca. Es Kinesióloga y Psicóloga, Doctor en Neurociencias clínicas y experimentales, Doctor en Cs. de la Educación. Posdoctorado en Neurodesarrollo y Cs sociales en la Fac. de filosofía y letras. Docente Universidad de San Francisco Xavier y Universidad Del Valle. Miembro del grupo de investigación de CENEPSIR. Integrante del Grupo de Trabajo en Estudios Críticos de la Discapacidad del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y Miembro del colectivo de investigadores en ciencias sociales INVESTIGASUR.

Javier Bladés Pacheco. Licenciado en Psicología Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, (UAJMS) 2003, Magister en Ciencias de la Educación UAJMS-Bolivia - CEPES-Cuba., Especialidad en Educación Especial UNED-España, Experto en Psicología Jurídica Forense CEJIS-España, en su actividad laboral se destaca como Director del Centro de Educación Especial CEEBA, Director Olimpiadas Especiales Tarija, Perito Forense Ministerio Público y Defensoría de la Niñez, Docente Universitario y Director de la Carrera de Psicología, Decano Facultad de Humanidades, Vicerrector y Rector de la UAJMS.

Carolina Ferrante. Investigadora Asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Dra. en Ciencias Sociales y Lic. en Sociología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Desde el 2007 se especializa en los estudios críticos en la discapacidad. Indagó tópicos asociados al deporte adaptado, el cuerpo discapacitado, las prácticas de mendicidad de las personas con discapacidad, los modelos conceptuales de abordaje de la discapacidad, el deporte para sordos. Es autora del libro Renguear el estigma. Cuerpo, deporte y discapacidad en la Ciudad de Buenos Aires

(1950-2010), Buenos Aires, Ed. Biblos, 2014, como así también de numerosos artículos en revistas internacionales.

Andrea Gutiérrez García. Doctora y profesora adjunta del Área de Metodología en las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia de Salamanca. Es miembro del grupo de investigación psicología, género y salud de la UPSA. Sus ámbitos de investigación se centran en los estudios de género, especialmente violencia de género y prostitución.

Nuria Martín Arroyo. Graduada en Psicología por la Universidad Pontificia de Salamanca. Experta Universitaria en Malos tratos y Violencia de Género por la UNED. Personal del área de Educación para el Desarrollo en Fundación Mujeres Extremadura.

Ekaine Rodríguez. Terapeuta Ocupacional que obtuvo su Doctorado en Neurociencias por la Universidad de Salamanca (España). Actualmente, divide su tiempo entre la práctica clínica, la docencia y la investigación. Los últimos años de su trabajo clínico los ha desempeñado en centros pediátricos especializados en desarrollo infantil. Mientras que la docencia la ha llevado desde Salamanca hasta México y Bolivia. Entre las publicaciones más notables se encuentra su colaboración en el año 2017 en el libro *Infancias... Miradas e Intervenciones* que publicó la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolivia).

Ana María Del Rosario Asebey Morales. Doctora en Ciencias Psicológicas. Maestría en Psicología Clínica con Mención Honorífica Licenciada en Psicología Clínica. Diplomada en Género. Especialidad en Psicoterapia de Grupo Infantil y de Padres. Consultora de la OPS/OMS. Perito en psicología del H. Tribunal Superior de Justicia del Estado de Querétaro. Psicóloga del Juzgado del NNA de la R. Corte Superior del Distrito Judicial de Chuquisaca, Bolivia. Investigadora y Docente en UAQ: Licenciatura, Maestría en Psicología Social y Doctorado en Psicología y Educación. Reconocimiento PROMEP-SEP como investigadora nacional. Docente de la Maestría en Psicología Jurídica Forense en Universidad de Ciencias, Universidad Mondragón. Catedrática invitada por la UMRPSFX, UBI y Universidad Pedagógica Mariscal Sucre, Bolivia. Fundadora y Presidenta de AQAPSI. Miembro Fundadora de ALFEPSI y ULAPSI.

Virginia del Rosario Cuadros Rivera. Licenciada en Kinesiología y Fisioterapia. Es docente titular en la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, realizó estudios posgraduales de Diplomado en Educación Superior, en Gestión Tutorial, en Gestión Universitaria. Maestría en Educación Superior y Doctorado en Ciencias de la Educación. Es Postulante al grado de doctor en Ciencias Sociales y Humanísticas con mención salud. Desde

2016 cumple funciones de Decana de la Facultad de Ciencias y Tecnologías de la Salud de la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca en Bolivia.

Adriana Ramos Solis. Licenciada en Kinesiología y Fisioterapia en la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. A participado en proyectos de investigación en la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia en la Facultad de Ciencias y Tecnologías de la Salud durante 2016 y 2017 con exposiciones en la Organización Boliviana de Mujeres en Ciencia Capítulo Chuquisaca.

Sagrario Pérez de la Cruz. Doctora en Fisioterapia y docente en la Universidad de Almería, España. Tiene estudios de máster en patología neurológica: actuaciones en fisioterapia y terapia ocupacional, por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid y es máster en bioética y formación Universidad Católica de Ávila Su campo de trabajo se centra en el estudio de las patologías neurológicas en edad infantil, adulta y degenerativa y su tratamiento. Personal estatutario fijo (Fisioterapeuta del SESCAM) con destino en la Gerencia de Atención Primaria de Toledo Ha participado en proyectos de cooperación internacional inter universitaria. Coordinadora del Proyecto de detección y atención a los riesgos de trastornos del neurodesarrollo y psicosociales en menores de cinco años en Bolivia y es autora de numerosos artículos científicos.

Carolina Maldonado Araujo. Psicóloga y magíster en psicomotricidad y estimulación temprana por la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, ha cursado la maestría en psicología clínica en la Universidad Andina Simón Bolívar. Se desempeñó como psicóloga infantil y del adolescente en el Centro Kantuta, la defensoría de la niñez, y el centro de neurodesarrollo integral Shalom. Fue responsable del Proyecto internacional de prevención del riesgo de trastornos del neurodesarrollo y psicosociales de las Universidades de San Francisco Xavier de Chuquisaca y Almería de España. Imparte docencia en pregrado en la carrera de Consejería de la Universidad UNIDAD y en posgrados en instancias de formación pública y privada. Actualmente dirige el Centro de neuropsicomotricidad Rapha (CENEPSIR), como esposa y madre busca dar continuidad a la misión de apoyar a la niñez.

Eric Arce Benavides. Kinesiólogo y Fisioterapeuta por la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Docente de la carrera de Kinesiología y Fisioterapia de las asignaturas introducción a la fisioterapia, órtesis y prótesis y clínicas kinésicas (Licenciatura a distancia) Miembro del Instituto de Investigaciones en Neurodesarrollo de la USFX. Becario investigador del proyecto TEA. Tutor y Tribunal de tesis de programas de educación a distancia.

Franz Ariel Choque Rodriguez. Es licenciado en Kinesiología y Fisioterapia, por la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Diplomado en

Formación Docente y Formación Tutorial con Enfoque en Metodología de la Investigación, Maestrante en Educación Superior y Metodología de la Investigación, docente de capacitaciones en el uso de software para procesamientos de datos cuantitativos y cualitativos “SPSS y NVIVO”.

Lelia Schewe. Profesora en Educación Especial de la Universidad Nacional de Misiones. Magíster en Ciencias Sociales con énfasis en Investigación Educativa de la Universidad Nacional de Quilmes. Doctoranda en Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) con lugar de trabajo en el Instituto de Estudios Sociales y Humanos (IESyH) de la provincia de Misiones. Docente investigadora del Departamento de Educación Especial de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones. Investigadora invitada del Observatorio de la Discapacidad de la Universidad Nacional de Quilmes, Argentina. Integrante del Grupo de Trabajo en Estudios Críticos de la Discapacidad del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

PRESENTACIÓN

Interseccionalidades: Cuerpos y discapacidad

Liliana Ossio Amatlíer¹

Para la construcción del conocimiento científico la actitud heurística es fundamental, si bien esta debe iniciarse en los primeros niveles de educación regular, en el nivel superior cobra una gran magnitud por tratarse de formación profesional, en el que los futuros profesionales no deben ser sólo consumidores de conocimiento sino, por el contrario constructores de conocimiento.

Los trabajos de investigación analizados demuestran esta actitud en el campo de las políticas sociales con implicaciones en el campo económico, de la neurología y de la salud en general. El común dominador de estos estudios es la labor investigativa, que permite formular hipótesis a la luz de teorías existentes, cruzar variables que lleven a nuevas conclusiones, las mismas que sugerirán nuevas investigaciones en un continuo proceso de construcción de conocimiento.

Hoy en día es aceptado por los investigadores de todos los campos del saber, que es la práctica la que induce a diagnosticar los “problemas” a ser investigados. También hay un cuestionamiento bastante fuerte a la educación superior sobre el divorcio existente entre la teoría y la realidad del contexto. No se trata solamente de relacionar la teoría con la práctica, sino que ambas tengan un desarrollo zigzagueante continuo en su desarrollo. Los estudios del presente análisis responden plenamente a estas observaciones. Consideran como parte de sus investigaciones aspectos muy poco incluidos en la currícula de la educación superior como por ejemplo, la empatía en la asistencia médica, la educación inclusiva, sentimientos de los maestros a la discapacidad, educación en valores y otros.

Educación inclusiva: prácticas, conocimientos y sentimientos de los maestros inclusivos. La Ley 070 (ASEP) que regula el Sistema Educativo Boliviano declara: “es una educación inclusiva”, aspecto tomado con mucha pertinencia en la presente investigación. Si bien en todo proceso educativo el principal actor es el estudiante o educando, el docente o maestro no deja de tener una gravitante importancia, más en el caso de que el educando presente alguna discapacidad. Las preguntas que guían el estudio se puntualizan de la siguiente manera: a nueve años de la promulgación de la indicada Ley, ¿El maestro se encuentra capacitado para asumir dicha responsabilidad?, ¿se garantiza una educación inclusiva con calidad y calidez humana, respetando las diferencias e impulsando las capacidades individuales?, ¿las actitudes de los maestros favorecen la integración de las personas con algún tipo de discapacidad (PCD) dentro de las aulas, sin que se limiten sus

¹ Nacida en Potosí, cursó estudios primarios y secundarios Colegio Santa Rosa Potosí, Profesora de Historia, Geografía y Educación Cívica. Licenciada en Sociología, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz. Master en Formación Docente e Innovaciones Educativas, Universidad de Barcelona, España.

derechos como seres humanos, dándoles la oportunidad de formarse como personas productivas? La pertinencia y rigor científico del presente estudio radica en analizar las “variables” que intervienen para que una educación inclusiva sea eficiente y que garantice los derechos de las PCD como individuos productivos que merecen igualdad de oportunidades educativas, sociales, laborales, económicas, etc. Es una investigación de tipo descriptivo, con un enfoque cualicuantitativo. La muestra está constituida por 150 maestros de los tres subsistemas de educación, regular (76%), alternativa – especial (9%) y superior de formación profesional (15%), que trabajan en el área rural y urbana del departamento de Chuquisaca. 111 participantes pertenecen al sexo femenino y 39 al sexo masculino. Las edades están entre los rangos de 25 a 65 años. Las técnicas de investigación utilizadas fueron : Encuesta con 11 preguntas adaptadas según las exigencias de la investigación. El estudio contiene una gran riqueza en cuanto a la información obtenida a lo largo del proceso investigativo, como a los resultados de la clasificación y cruce de variables. Las conclusiones reflejan el enfoque biopsicosocial del estudio, que plantea grandes desafíos para los maestros y planificadores del proceso de enseñanza – aprendizaje; uno de ellos es estar en permanente actualización, capacitado e informado sobre las nuevas metodologías y adaptaciones curriculares que deben realizarse dentro de una educación inclusiva.

Producción oral y gestual, manifestaciones interrelacionadas del cerebro en desarrollo, se trata de un estudio de campo con mucha pertinencia teórica e investigativa en el desarrollo biopsicosocial del cerebro de los niños y niñas. La investigación se llevó a cabo con 17 niños de la guardería “Mis pollitos” de Salamanca, (trabajaron con 6 niños y 11 niñas cuyos padres aceptaron voluntariamente su participación). El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Salamanca. Los participantes fueron divididos en dos grupos: el primero con cuatro participantes, en el que se encontraban 1 niño y 3 niñas entre 10 y 14 meses (edad media 11,75) coincidiendo con la aparición de palabras sueltas. El segundo con 13 participantes, 5 niños y 8 niñas, entre 17 y 23 meses (edad media de 19.85 meses), edad en la ya empieza la elocución de WWC (capacidad para transmitir información mediante gesto y palabra). Se trata de una investigación descriptiva comparativa de correlación entre gestos deícticos y palabras emitidas por los niños de cada grupo. El estudio concluye sobre las características lingüístico-motoras descritas con una correspondencia cualitativa-cuantitativa en el desarrollo del lenguaje infantil. Esta conclusión podría servir como sustento para posibles intervenciones motoras en retrasos del lenguaje, abre una nueva ventana de tratamiento para diferentes patologías relacionadas con el desarrollo motor y del lenguaje.

Empatía con la diversidad funcional en la formación de estudiantes tiene como objetivo analizar el nivel de empatía con pacientes con diversidad funcional en el marco de las prácticas de los estudiantes en formación de la carrera de Kinesiología y Fisioterapia de la Facultad de Ciencias Tecnológicas de la Salud de la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Se trata de una investigación de tipo descriptivo con un enfoque cuali-cuantitativo. La muestra fue de 430 estudiantes de primer a tercer año e internos de cuarto año. La muestra fue seleccionada según la decisión personal de participar en

el estudio. El instrumento aplicado fue la escala de empatía médica modificada (Jefferson, 2005), La encuesta tiene una estructura lógica rígida, que permanece inalterable a lo largo de todo el proceso de la investigación. Los resultados fueron analizados desde tres variables determinadas por la relación de las interrogantes realizadas en cada ítem: 1) ponerse en los zapatos del paciente. 2) Dominio de cuidado con compasión. 3) Dominio de toma de perspectivas. El estudio permitió determinar que la empatía en estudiantes de la carrera de Kinesiología y fisioterapia es buena, puesto que los valores más altos se dieron en las dimensiones: "toma de perspectiva" y "ponerse en los zapatos del paciente", calificaron positivamente en los últimos cursos, que refieren sensibilidad con las problemáticas de las personas en un periodo de la vida donde se encuentran altamente vulnerables y frágiles. Los valores más bajos han resultado aquellos relacionados con el "cuidado con compasión" indicador que denota que no es suficiente la comprensión del dolor o de la situación que tenga la persona doliente, sino que necesita tener mayor calidez en el cuidado y trato humanitario. Considerando que los aspectos referentes a la relación fisioterapeuta-paciente (usuario de la salud) son en extremo importantes deben ser fortalecidos desde el proceso de educar a los futuros profesionales.

La familia como sistema de relaciones psicosociales del desarrollo individual, la familia como el principal grupo social, constituye un espacio de intermediación entre la sociedad y el individuo, por lo tanto la realidad del grupo familiar reproduce y refleja la propia realidad social: sus contradicciones, problemas, carencias, valores, disposiciones, etc. De ahí que el objetivo de la investigación es plantear una definición estructural de la familia, del proceso de génesis y su evolución o sea el ciclo vital de la familia, cuyas pautas de interacción son las que estructuran y rigen el funcionamiento de sus miembros. Se trata de un interesante estudio descriptivo de la familia con un enfoque sistémico de relaciones, donde pueden darse: relación de autoritaria, relación permisiva, relación de paridad, relación consensual. También realiza una tipificación del funcionamiento y roles de los miembros de acuerdo a su desarrollo evolutivo y psicosocial individual de cada sujeto en su decursar ontogénico. Para finalizar es necesario resaltar que, todas las investigaciones demuestran un referente bibliográfico muy amplio y actualizado que les da un sólido sustento teórico y práctico.

PRÓLOGO

Edgar Marcelo Guzmán Daza¹

Allá por el 2000, Zygmunt Bauman en su libro *Modernidad Líquida* decía: “Resulta difícil recordar y aún más difícil entender, que hace tan solo cincuenta años la disputa acerca de las predicciones populares, de qué había que temer y de qué clase de horrores nos depararía el futuro si no se lo detenía antes de que fuera demasiado tarde se entablaba entre *Un mundo feliz*, de Aldous Huxley y *1984* de George Orwell”. Ya sea por medio de la distracción o por el control omnipresente, la realidad está deslizándose imperceptiblemente a un vacío inconmensurable.

Y es evidente que esas distopías en sus diferentes formatos son una marca de la actualidad; ese temido futuro ya está entre nosotros. Pero la novedad tal vez no sea esa, sino, que en un momento en el que el control de todo lo acontecido en el mundo es una premisa, existen aspectos fundamentales, si no vitales, que no son parte de ese exceso. Por el contrario, ocurre que una inentendible indiferencia, tal vez intencionalmente generada, eclipsa problemáticas cotidianas que nos implican e interpelan a cada momento, justamente porque están ahí, a la vista de todos, pero por algún extraño motivo, invisibles.

Por fortuna existen voces que, desde su experiencia personal, no han perdido ni la sensibilidad, ni el compromiso para recordarnos que los problemas no han desaparecido y que es necesario asumir de manera responsable – desde el rol que cada uno desempeña en la sociedad – acciones que mitiguen los efectos de la condición humana actual.

Cuerpos, discapacidad, y violencias, es una provocación, no solo una invitación, a re-pensar la realidad sin el filtro que adornado en un discurso demagógico y cínico disimula el devenir de las cosas. Su lectura permite entender, por ejemplo, la discapacidad desde la imaginación sociológica, encontrando un horizonte más allá de las cifras, proyectando sobre el telón de fondo algunas luces y algunas sombras para evitar generalizaciones que anulan subjetividades y contextos.

En medio de la tensión por temas de género, de pronto se entiende cómo las grandes industrias juegan con la inocencia de la niñez, dirigiendo, sino manipulando un discurso que imperceptible se torna dominante.

Más sorprendente aún es comprender la relación entre infancia, gasto social y desigualdad económica, y así como fichas de un rompecabezas, la figura revela el espíritu perverso de un sistema decadente, aunque esté disfrazado de buenas intenciones.

¹ Psicólogo, sociólogo, en formación psicoanalítica, actualmente, director del Departamento de Psicología UNIVALLE- Sucre, Bolivia.

Entre causas y efectos no se puede perder de vista que la violencia sexual que ronda a la niñez en situación de discapacidad no es solo ficción o material de la prensa amarillista; y una vez más resulta incomprensible, como esos extremos tienden a superarse a sí mismos, esperando que a partir de los esfuerzos por visibilizar esta lamentable realidad, se generen los mecanismos para evitar su creciente repetición.

Y como al final de todo túnel siempre está la luz, en este caso está el arte, que desde la literatura como propuesta, se presta como alternativa para encontrar soluciones y trascender entre esas distopías que nos limitan.

Y así, al transitar por: *Cuerpos, discapacidad y violencias*, uno entiende la necesidad de afrontar la realidad con una actitud diferente, sobre todo, más allá de las trampas del control omnipresente y las distracciones.

INFANCIAS, GASTO SOCIAL Y DESIGUALDAD ECONÓMICA

Ingrid Orlandini

RESUMEN

El gasto público es un instrumento de los Estados para mejorar las condiciones de vida de los habitantes de su territorio y sobre todo, eficientemente focalizado, debe contribuir a generar mayor igualdad tanto en oportunidades como en ingresos familiares, más aún si este gasto es destinado a la protección de la infancia y adolescencia, el llamado gasto social para la infancia.

Por ello es fundamental explicar la relación entre el índice de Gini, indicador de la desigualdad económica, con el gasto social para la infancia lo cual constituye el objetivo principal de este artículo, el cual a través de datos estadísticos de UDAPE, Ministerio de Economía de Bolivia y Banco Mundial hace un análisis de correlación, llegando a la conclusión de que la relación entre las dos variables en estudio es significativa pero inversa.

Palabras Clave: Gasto social, infancia, Gini

ABSTRACT

Public spending is an instrument of the States to improve the living conditions of the inhabitants of their territory and above all, if efficiently focused, it must contribute to generate greater equality in both opportunities and family income, even more if this expenditure is destined to the protection of childhood and adolescence, the so-called social spending for children.

Therefore, it is essential to explain the relationship between the Gini index, an indicator of economic inequality, and social expenditure for children. The

main objective of this article is to do this correlation analysis, which, through statistical data from UDAPE (Service in Charge of the Economic and Social Analysis), the Ministry of Economy of Bolivia and the World Bank, shows as conclusion that the relationship between the two variables under study is significant but inverse.

Key words: Social spending, childhood, Gini

RÉSUMÉ

Les dépenses publiques sont un instrument utilisé par les États pour améliorer les conditions de vie des occupants qui habitent leur territoire et, surtout, si efficacement ciblées, elles devraient contribuer à créer une plus grande égalité des chances et des revenus de ménages, en particulier si cette dépense est destinée à la protection de l'enfance et de l'adolescence, ce que l'on appelle les dépenses sociales pour l'enfance.

Par conséquent, il est essentiel d'expliquer la relation entre le coefficient de Gini, qui est le coefficient de l'inégalité économique, et les dépenses sociales pour l'enfance qui est l'objectif principal de cet article dans lequel on fait une analyse de corrélation avec des données statistiques de l'UPAPE (Service Chargé de l'Analyse Économique et Sociale), le ministère de l'Économie et la Banque Mondiale. Comme conclusion on trouve que la relation entre les deux variables étudiées est significative mais inverse.

Mots-clés : Dépenses sociales, enfance, Gini.

INTRODUCCIÓN

Si bien las economías latinoamericanas han presentado mayores índices de desigualdad a lo largo de su historia; a partir de mediados de los años 2000, al presentarse la crisis económica en los países desarrollados, la preocupación social por el incremento en la desigualdad se ha manifestado con mayor fuerza. Dicho incremento no sólo es consecuencia de la crisis, sino también de las medidas que se adoptaron para superarla referidas a políticas tanto fiscales como monetarias. (Báez, y otros, 2018)

Según Andersen, Tejerina & Doyle (2016) se ha demostrado que por encima de un determinado umbral, la desigualdad perjudica el crecimiento económico y la reducción de la pobreza, la calidad de las relaciones en los ámbitos públicos y políticos de la vida, y el sentimiento de realización y autoestima de las personas. Es decir la desigualdad está íntimamente relacionada con los niveles de pobreza; a mayores niveles menor desigualdad y a una reducción de la pobreza mayor igualdad en la distribución de los ingresos.

En el caso de Bolivia el Instituto Nacional de Estadística (INE) registra un decremento continuo de los niveles de pobreza extrema de 40,74 % en 1999 a 16,84% para el año 2015 nivel nacional, sin embargo respecto a la infancia se estima que existen más de 4 millones de personas menores de 18 años que viven en pobreza y la mitad en extrema pobreza (INE, 2015), según los informes de UDAPE y UNICEF cerca de 2.9 millones de niños, niñas y adolescentes viven afectados no sólo por la falta de ingresos, sino también por la injusticia, la exclusión y la desigualdad social (UNICEF, 2011)

De acuerdo a Vliet y Wang (2015) citados en Báez, y otros (2018) el gasto generado a partir de la formulación de las políticas públicas es uno de los determinantes de las variaciones de la desigualdad, en este sentido dependerá de las medidas gubernamentales para que existan incrementos o decrementos.

Precisamente a partir de los años 2000, con el planteamiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se inicia una fuerte intervención de los gobiernos para combatir la pobreza y la desigualdad estas acciones toman en cuenta mejorar la calidad de vida de la infancia en función a áreas como salud, educación, servicios básicos y nutrición.

El gasto público puede ser entendido como la asignación de recursos para lograr el desarrollo económico, en este caso desde una perspectiva de protección a la niñez, estudios especializados como los ejecutados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia indican que el análisis y la valoración del gasto público social es un instrumento central que permite visibilizar la asignación de recursos por parte de los diferentes niveles administrativos hacia los objetivos de desarrollo humano en las naciones (UNICEF & UDAPE, 2010). Por otra parte el gasto público representa un instrumento capaz de promover la equidad

en el desarrollo humano de las sociedades, especialmente en condiciones de extrema desigualdad (Scott, 2011). Los niveles más bajos de desigualdad en la distribución del ingreso se observan en países que han logrado un crecimiento económico sostenible a partir de la generación de políticas públicas amplias y efectivas.

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente, resulta de interés preguntarse: ¿Cuál es la relación entre las desigualdades en la distribución del ingreso y los gastos sociales destinados a la infancia y adolescencia? por tanto el objetivo central de este trabajo es evidenciar la relación entre las desigualdades de ingreso con los gastos sociales para la infancia.

El estudio es de corte longitudinal y enfoque cuantitativo; usa los datos del Instituto Nacional de Estadística, UDAPE y el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

El texto se estructura en una primera parte de contexto sobre la infancia y adolescencia en Bolivia, una segunda de revisión teórica sobre la relación entre la desigualdad y el gasto social, una tercera donde se exponen los resultados y una cuarta que presenta las conclusiones y recomendaciones.

Infancia pobre

De manera general la situación de pobreza en Bolivia ha disminuido en los últimos quince años, desde un 39,85% en el año 2000 hasta el 16,84% en el 2015, sin embargo en el área rural todavía más del 30% de la población vive en pobreza extrema (Tabla 1).

Tabla 1. Bolivia: indicadores de pobreza extrema, según área

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	2000	2005	2011	2015
BOLIVIA	—				
Incidencia de pobreza extrema (FGT0)	Porcentaje	39,85	36,69	20,99	16,84
Brecha de pobreza extrema (FGT1)	Porcentaje	26,32	20,01	9,38	7,62
Magnitud de pobreza extrema (FGT2)	Porcentaje	19,53	14,25	5,83	4,91
Población total	Persona	8.274.803	9.366.312	10.240.102	10.881.124
Población en pobreza extrema	Persona	3.297.508	3.436.711	2.149.101	1.832.817
Área Urbana	—				
Incidencia de pobreza extrema (FGT0)	Porcentaje	28,42	20,48	10,79	9,3
Brecha de pobreza extrema (FGT1)	Porcentaje	10,97	7,04	3,63	3,14
Magnitud de pobreza extrema (FGT2)	Porcentaje	6,19	3,76	1,86	1,74
Población total	Persona	5.268.526	6.001.837	6.869.653	7.454.933
Población en pobreza extrema	Persona	1.497.125	1.229.022	741.299	693.074
Área Rural	—				
Incidencia de pobreza extrema (FGT0)	Porcentaje	59,89	65,62	41,77	33,27

Brecha de pobreza extrema (FGT1)	Porcentaje	52,92	43,16	21,12	17,36
Magnitud de pobreza (FGT_2)	Porcentaje	42,65	32,98	13,93	11,8
Población total	Persona	3.006.277	3.364.475	3.370.449	3.426.191
Población en pobreza extrema	Persona	1.800.383	2.207.689	1.407.802	1.139.743

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Encuestas de mejoramiento de condiciones de vida (mecovi 1999 - 2002), encuesta de hogares 2005 - 2014.

Notas: (1) Corresponde a indicadores obtenidos por el método del ingreso, calculados a partir de la línea de pobreza.

(2) No se calcularon estos indicadores para la Encuesta Continua a Hogares 2003 - 2004, por tanto no existe información para ese período.

No se realizó la Encuesta de Hogares 2010.

A partir de 2008 las líneas de pobreza son construídas con precios diferenciados para las 9 ciudades capitales más la ciudad de El Alto.

Asimismo, no se realizaron imputaciones en los ingresos.

El 40,38% de la población total del país corresponde a personas menores de 18 años tal como se aprecia en la tabla 2:

Tabla 2. Población menor de 18 años

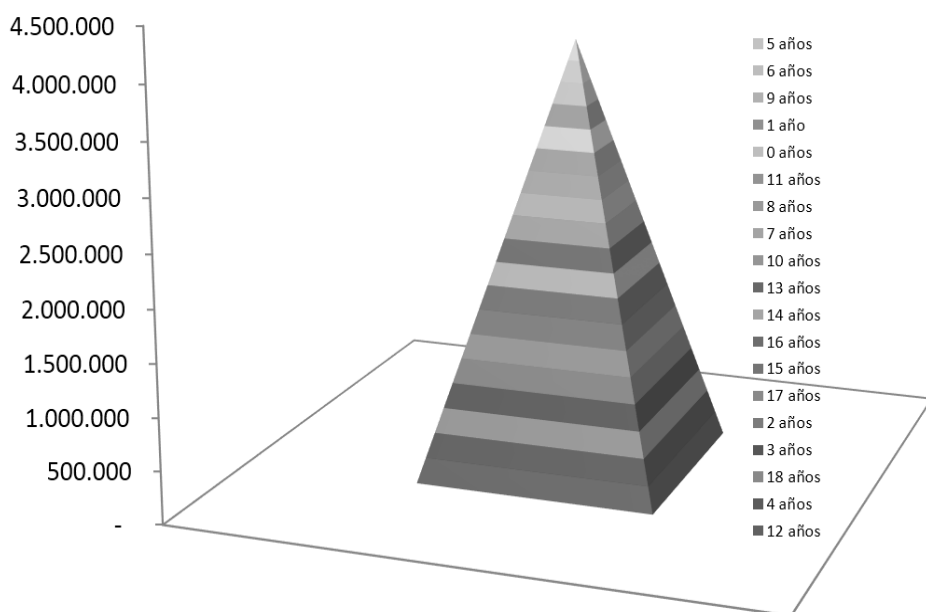
Edad Simple - Agrupada	Casos	% Respecto a la población total	Acumulado %
0 años de edad	201.946	2,01	2,01
1 año de edad	201.460	2,00	4,01
2 años de edad	227.384	2,26	6,27
3 años de edad	228.892	2,28	8,55
4 años de edad	230.266	2,29	10,83
5 años de edad	194.358	1,93	12,77
6 años de edad	194.624	1,93	14,7
7 años de edad	204.278	2,03	16,73
8 años de edad	202.378	2,01	18,74
9 años de edad	197.016	1,96	20,7
10 años de edad	212.830	2,12	22,82
11 años de edad	202.046	2,01	24,83
12 años de edad	236.255	2,35	27,17
13 años de edad	213.492	2,12	29,3
14 años de edad	213.541	2,12	31,42
15 años de edad	224.578	2,23	33,65

16 años de edad	220.322	2,19	35,84
17 años de edad	226.711	2,25	38,1
18 años de edad	230.195	2,29	40,38
Total	4.062.572	40,38	

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Desde una óptica piramidal (Gráfico 1) para el año 2015, según el INE, la base la constituyen las niñas y niños de 12 años con 236.255 y la cúspide los niños y niñas de 5 años con 194.358 personas.

Gráfico 1. Pirámide poblacional (menores de 18 años)



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística

En cuanto a la situación de pobreza de las personas menores de 18 años se puede indicar que la incidencia de pobreza es mayor en el área rural (Tabla 3).

Tabla 3. Menores de 18 años: indicadores de pobreza extrema, según área

DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	2015
BOLIVIA	—	
Población total	Persona	4.062.572
Población en pobreza extrema	Persona	1.655.092
Área Urbana	—	
Población total	Persona	2.556.898
Población en pobreza extrema	Persona	601.127
Área Rural	—	
Población total	Persona	1.505.674
Población en pobreza extrema	Persona	1.053.068

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística

De acuerdo a las estadísticas expuestas más de un millón de niños, niñas y adolescentes vive en la extrema pobreza en el país.

Según el informe del Defensor del pueblo, en el área rural 9 de cada 10 niños viven en la extrema pobreza, otros datos señalan que de cada 100 niños y niñas que ingresan a la escuela 30 no terminan la primaria; de cada 1.000 niños y niñas menores de 1 año, 50 no tienen registro de nacimiento; 7 de cada 10 reciben maltrato en sus hogares, en unidades educativas o en su lugar de trabajo; 3,000 de ellos y ellas viven en situación de calle; 20 mil están viviendo en hogares de acogida; el 80% tienen familia. Hay un millón de niños y niñas y adolescentes trabajadores; 1.487 viven en cárceles con sus padres que cumplen sentencias penales; 130 viven con VIH/sida en el país. De las denuncias de trata y tráfico el 47 % de las mismas está en relación a niñas, adolescentes y mujeres.

Por otro lado varios autores Flórez, Knaul y Méndez, 1994; Sánchez y otros, (1995) han indicado que los factores que contribuyen a la situación de pobreza se pueden resumir en:

Factores familiares; referidos a características familiares, como baja cohesión familiar, padres con enfermedad mental, presencia de estilos parentales coercitivos, ambivalentes o permisivos, vinculados a la pobreza familiar como un estresor de niños y jóvenes.

Factores del entorno; como ser acceso limitado a los servicios de calidad en salud, agua y saneamiento básico, educación y protección a nivel familiar, comunitario y municipal.

Factores culturales; como la persistencia de prácticas culturales que propicia el consumo de alcohol, la violencia doméstica, machismo y prácticas que no valora la participación de niñas, niños y adolescente.

Factores políticos; referidos a los procesos de desarrollo local no centrados en la niñez y adolescencia que no propician el desarrollo de entornos familiares favorables a niñas, niños y adolescentes, en el caso de Bolivia los factores políticos pueden ser a nivel comunitario y municipal y además implica que a pesar de contar con defensorías municipales todavía las políticas y programas públicos dirigidos a la niñez no sean eficientes.

Factores sociales; referidos a los servicio de salud con capacidad limitada en el acceso, capacidad resolutive y adecuación al contexto cultural. Servicios educativos con capacidades limitadas para el acceso de niñas, niños y adolescentes.

Gasto público social

Según el Ministerio de Planificación del Desarrollo (2017) la importancia del gasto público social radica en que estos recursos pueden contribuir a compensar, temporal o permanentemente, determinados cambios en la distribución de los ingresos de la población. Contribuye, también a la formación de capital humano en la medida en que permite el desarrollo del potencial productivo de las personas.

Por tanto una de las prioridades del gasto público social, es la inversión en sectores vulnerables de la población, como la Infancia, Niñez y Adolescencia; aminorando las condiciones de pobreza y las desigualdades de ingreso.

El gasto social con fines de este artículo se definirá como el gasto público dirigido principalmente a la protección de la infancia que incluye los siguientes rubros:

1. Medio ambiente
2. Vivienda y ss comunitarios
3. Salud
4. Actividades recreativas culturales y religiosas
5. Educación
6. Protección social
7. Otros gastos
8. Transferencias

La clasificación anterior es aquella que usa el Ministerio de Planificación del Desarrollo (2017), en otros gastos se encuentran incluidos Servicios Personales y Servicios no Personales; en el caso de las transferencias están los programas de gobierno dirigidos a la infancia y adolescencia, éstos se detallan más adelante.

Si bien en Bolivia se han logrado avances importantes en términos de normativa y de campañas de sensibilización y además a nivel de los gobiernos municipales, se ha incluido el tema de protección a la infancia como parte de

las estrategias de intervención social; todavía las políticas y estrategias no se consideran efectivas y de impacto a largo plazo (Villena, 2013)

Una forma de conocer las políticas públicas es conocer el gasto de los gobiernos, específicamente los gastos para la infancia corresponden al gasto social en áreas del desarrollo socioeconómico como: salud, educación, vivienda, servicios básicos, nutrición y bienestar de este grupo de la población, tal como lo afirma Vásquez (2013)

Por otro lado, un estudio de evaluación del gasto público y los objetivos de desarrollo del milenio señalan que las políticas públicas de gasto e inversión que se derivan del Presupuesto General del Estado, son indicadores importantes para evaluar los esfuerzos que el sector público está realizando para garantizar el cumplimiento de dichos objetivos¹. (UDAPE & UNICEF, 2010).

En Bolivia las políticas y el gasto público de mejora de las condiciones de vida y la lucha contra la pobreza se reflejan en documentos como la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP) formulada en el año 2003, posteriormente se elaboró el Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” (PND), este documento plantea el fortalecimiento de un Estado promotor y protagonista del desarrollo para hacer frente a los elevados niveles de pobreza y desigualdad (Ministerio de Planificación del Desarrollo, 2007)

En función a este plan nacional a nivel municipal se han establecido diferentes programas destinados a la niñez y adolescencia. Los más importantes que están reflejados en gasto social pueden sintetizarse de la siguiente forma:

Tabla 4. Programas dirigidos a la niñez y adolescencia

Programas	Normativa	Detalles
Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy”	Decreto Supremo N° 066 3 de abril de 2009	Incentiva la maternidad segura y el desarrollo integral de la población infantil de cero a dos años de edad, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y las políticas de erradicación de la pobreza extrema. Es pagado a las mujeres gestantes y en periodo post natal: en una suma total de hasta Bs1.820.- (UN mil novecientos VEINTE 00/100 BOLIVIANOS) en un período de 33 meses
Bono Juancito Pinto	DECRETO SUPREMO N°28899 del 26 de octubre de 2006	Incentiva la permanencia escolar en el marco de la Política de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario del Plan Nacional de Desarrollo. Está dirigido a todos los estudiantes de la educación pública de todo el país. El Bono tiene un valor de Bs200.- (DOSCIENTOS 00/100 BOLIVIANOS) anuales.

¹ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio fueron establecidos en la Declaración del Milenio del año 2000, son metas cuantificables y cronológicamente fijadas para luchar contra la pobreza en todas sus dimensiones (pobreza por ingresos, exclusión, hambre, enfermedad, falta de acceso a servicios de agua potable e instalaciones de saneamiento).

Seguro Universal de Salud	Ley N° 475, DS N° 1984, 30 de abril de 2014	La cobertura del seguro es para prestaciones a mujeres embarazadas, niñas y niños menores de cinco años de edad, mujeres y hombres a partir de los sesenta años de edad, mujeres en edad fértil y personas con discapacidad. Los fondos son provenientes de cuantas municipales "Cuenta Municipal de salud"
Ley de Alimentación Escolar en el marco de la Soberanía Alimentaria y la Economía Plural (Desayuno escolar)	LEY N° 622 LEY DE 29 DE DICIEMBRE DE 2014	Garantiza progresivamente la Alimentación Complementaria Escolar en las unidades educativas del Sistema Educativo Plurinacional, con alimentos provenientes de la producción local en el marco del desarrollo integral para el Vivir Bien. Contribuye al rendimiento escolar y promover la permanencia de las y los estudiantes de las unidades educativas del Sistema Educativo Plurinacional, a través de la alimentación sana, oportuna y culturalmente apropiada.
Incentivos por rendimiento académico	Decreto Supremo N° 1887, 4 de febrero de 2014	Reconoce el rendimiento educativo de las y los mejores bachilleres, a través de la otorgación del incentivo denominado "BACHILLER DESTACADO - EXCELENCIA EN EL BACHILLERATO". Consiste en la entrega anual de Bs1.000.- (UN mil 00/100 BOLIVIANOS) y un Certificado de Reconocimiento firmado por la Presidenta o el Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia, en cada gestión escolar.
Juegos estudiantiles plurinacionales	Decreto Supremo N° 484, 27 de abril de 2010. Ley 343.	Declara de interés y prioridad del Estado Plurinacional de Bolivia, la realización anual de los "JUEGOS DEPORTIVOS ESTUDIANTILES PLURINACIONALES - PRESIDENTE EVO" de unidades educativas fiscales, de convenio y privadas.

Fuente: Elaboración propia con datos de la normativa y legislación boliviana

La desigualdad

A nivel global y de manera general la humanidad se ha desarrollado en un contexto de desigualdad en todos los ámbitos. Según los datos de las Naciones Unidas, la población mundial considerada extremadamente pobre gana menos de 1,90 dólares al día y constituyen el 13% del total, mientras que el 8% de la población posee el 85% de la riqueza global (Andersen, Tejerina, & Doyle, 2016)

En Bolivia el panorama no es distinto existe un nivel de desigualdad relativamente alto, en el área rural el 30% de los hogares concentra el 4,96% de los ingresos, mientras que el 50% de los hogares acumula el 13,20% de los ingresos; en el área urbana el 30% de los hogares concentra el 9,09% de los ingresos y el 50% de los hogares obtiene el 21,10% de los ingresos. (Medina, 2015)

Precisamente para distinguir qué recurso económico se distribuye en un período dado de tiempo y entre quiénes, la ciencia económica mide la distribución del ingreso disponible de los hogares, o bien del consumo, estimado a través de encuestas representativas y calcula el coeficiente o índice de Gini, en el caso de Bolivia la desigualdad de ingreso se halla calculada solamente desde 1990.

Este indicador mide la extensión de la desviación de la distribución del ingreso entre individuos u hogares respecto a una distribución perfectamente igualitaria. Se expresa en un número entre 0 y 1, en donde 0 corresponde a una perfecta distribución igualitaria (todos comparten los mismos ingresos) y 1 corresponde a una perfecta desigualdad (una persona acumula todos los ingresos) (Casares, García, Ruiz, & Sobarzo, 2015)

Por otro lado el índice de Gini se expresa junto con la curva de Lorenz, es decir, se define como la superficie entre la curva de Lorenz y la línea de la igualdad absoluta, expresada como porcentaje del área del triángulo ubicado por debajo de la diagonal.

La curva de Lorenz relaciona los porcentajes acumulados del total de ingresos recibidos con los porcentajes acumulados de individuos o familias que reciben dichos ingresos, comenzando con los más pobres. (Andersen, Tejerina, & Doyle, 2016)

Relación entre el gasto y la desigualdad

Los estudios sobre desigualdad, en su mayoría han establecido relación con el crecimiento económico y con el desarrollo humano. (Aponte, 2006 ; Báez, y otros, 2018 ; Ezequiel, 2018) (Scott, 2011)

La conclusión de que la desigualdad tiene relación con el crecimiento económico, por lógica establece la hipótesis de que el gasto social destinado a la infancia también tenga una relación con la desigualdad, esto en virtud a que el gasto del gobierno es una variable determinante del Producto Interno Bruto, principal indicador de crecimiento económico. Una síntesis de la bibliografía que expresa esta relación se presenta en la tabla 5:

Tabla 5. Relación entre la desigualdad y el gasto público

Autor	Conclusión sobre la relación
(Casares, García, Ruiz, & Sobarzo, 2015)	Apropiado sistema de transferencias y gasto público afecta la capacidad redistributiva en los países en desarrollo.
(Martner, 2018)	Relación entre el gasto de protección social destinado a la discapacidad y la desigualdad
(Ezequiel, 2018)	El gasto público incide de un modo verticalmente desigual sobre el desempeño económico de los actores participantes en una economía hispanoamericana y puede llegar a revelarse como condicionante para la economía de unos cuantos privilegiados y no para el grueso de la población participante de este segmento de la economía mercantil.
(Sánchez & Núñez, 2000)	Existe relación entre el gasto público y la desigualdad; siempre y cuando el gasto sea bien focalizado puede favorecer a la mejor distribución del ingreso especialmente través de las transferencias y subsidios

(Pablo & Trejos, 2013)	Relación entre el gasto social y la desigualdad, tomando en cuenta que a medida que aumenta la línea de pobreza utilizada, se reduce la efectividad del gasto público social en la reducción de la pobreza, lo cual se relaciona con la forma como el gasto social llega a los diferentes beneficiarios según su condición de pobreza.
(Scott, 2011)	Hace un análisis que evidencia la relación entre el gasto social y el desarrollo humano, indica que la regresividad y las ineficiencias del gasto público condicionan su impacto en la distribución del ingreso disponible, la desigualdad del ingreso original condiciona la efectividad y equidad de los instrumentos redistributivos disponibles al Estado en condiciones de alta desigualdad. Por el lado de la demanda, la desigualdad del ingreso privado de los hogares determina directamente la regresividad tanto de los subsidios al consumo (con beneficios proporcionales al poder de compra de los hogares), cómo de los servicios públicos con altos costos de participación para los hogares más pobres, en particular la seguridad social (costos contributivos) y los servicios educativos (costos de oportunidad).
(Casares, García, Ruiz, & Sobarzo, 2015)	Relación entre el gasto público y la desigualdad, con eficiencia como condicionante a partir de un sistema fiscal adecuado (ingreso y gasto).

Fuente elaboración propia en base a bibliografía consultada

Metodología

El análisis se constituye en un estudio no experimental de corte transversal descriptivo y explicativo, se aplicó el método analítico para facilitar la reflexión sobre los antecedentes teóricos del tema.

Se utilizaron técnicas de investigación que se resumen en las entrevistas a expertos, revisión bibliográfica y la medición estadística de la información contenida en bases de datos del Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas del Estado Plurinacional de Bolivia, UDAPE y el Banco Mundial.

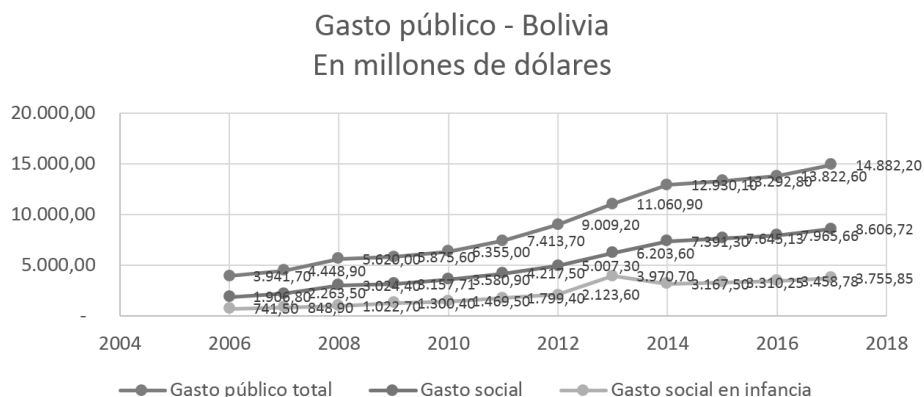
Para el análisis estadístico se optó por la aplicación de un análisis de correlación de Pearson procesado con apoyo de software EXCEL 2010 y SPSS 22.

Resultados y discusión

Gasto público

La generación del gasto público en Bolivia tiene una tendencia creciente tal como se puede observar en el gráfico 2, sin embargo el gasto social en la infancia constituye solamente, en promedio, el 24% del gasto total y el 43% del gasto social total.

Gráfico 2



Fuente elaboración propia con datos de MPD & UDAPE (2017)

La menor brecha entre los valores del gasto público total y el gasto social destinado a la infancia se muestra en la gestión 2013 pues constituye el 36%; porcentaje superior que cualquier gestión y respecto al gasto social total representa el 64%.

En cuanto a las transferencias para el objetivo de este artículo se tomará en cuenta solamente el Bono Juancito Pinto (tabla 6) que es una transferencia de 200 bs por niño en edad escolar que asiste a una unidad educativa pública.

Tabla 6. Transferencias: bono Juancito Pinto

Año	Bono en millones de Bolivianos	Personas en edad escolar
2006	217	1.084.967
2007	265	1.324.005
2008	336	1.677.660
2009	334	1.670.922
2010	330	1.647.958
2011	325	1.622.515
2012	350	1.750.292
2013	378	1.887.625
2014	426	2.132.393
2015	431	2.153.794
2016	431	2.156.464
2017	437	2.184.436

Fuente elaboración propia con datos del Ministerio de Economía (2018)

Por otro lado el gasto social destinado a la infancia per cápita, también ha tenido un ascenso a nivel nacional tal como se observa en el gráfico 3, el cálculo toma en cuenta solamente el gasto de gobiernos autónomos departamentales y municipales.

En promedio el gasto social per cápita destinado a la infancia es de 1.738,39 Bolivianos anuales, sólo Chuquisaca, Tarija y Pando se encuentran por encima de esta media tal como se observa en el gráfico 4.

Gráfico 3



Fuente elaboración propia con datos de INE (2018), MPD & UDAPE (2017)

La desigualdad se nota cuando el análisis se realiza en el nivel departamental, tal como se aprecia a continuación.

Gráfico 4.



Fuente elaboración propia con datos de INE (2018), MPD & UDAPE (2017)

Para el cálculo de los promedios se consideran las gestiones 2006-2014

Se puede observar que en los departamentos del eje central que cuentan con una mejor economía (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz) la relación de estas dos variables es inversa: mientras mayor es el gasto destinado a la infancia menor es el gasto per cápita, esto se debe a un mayor número de habitantes menores de 18 años, pero también por las desigualdades de distribución del gasto público total emanadas de una ineficiente focalización de estos recursos. En cambio en los demás departamentos la relación es positiva y directa; mientras mayor es el gasto para la infancia mayor es el gasto social per cápita, esto es más evidente en el caso de Tarija y Pando que son los departamentos que, en promedio, han destinado mayor gasto social a la infancia y que también tienen un mayor gasto social per cápita, considerando las personas menores de 18 años.

Índice de GINI

Sobre el índice de Gini, en el país se encuentran datos solamente desde 1990, la tendencia durante este tiempo ha variado entre el 0,4 y el 0,6 (tabla 8).

Se hace notar que el año 2010 no se aplicó la encuesta de hogares que es la base que suministra los datos para el cálculo, motivo por el cual existe un corte en la secuencia de este indicador (Gráfico 5).

En cuanto a los datos por departamento (Tabla 7) se disponen de datos de dos gestiones y la tendencia es a la baja; en el 2013 el Gini de Chuquisaca y Pando está por encima del Gini Bolivia dando cuenta de una mayor desigualdad en estos dos Departamentos, mientras que en la gestión 2014 sólo Chuquisaca presenta un Gini por encima del índice nacional, esto a pesar de ser menor que el año 2013.

Tabla 7. Índice Gini por Departamento

Gini por Departamento	2013	2014
Chuquisaca	0,54	0,52
La Paz	0,45	0,49
Cochabamba	0,43	0,49
Oruro	0,38	0,43
Potosí	0,51	0,54
Tarija	0,35	0,44
Santa Cruz	0,45	0,47
Beni	0,40	0,40
Pando	0,50	0,48
Nacional	0,48	0,49

Fuente con datos de Andersen, Tejerina, & Doyle (2016) y Medina (2015)

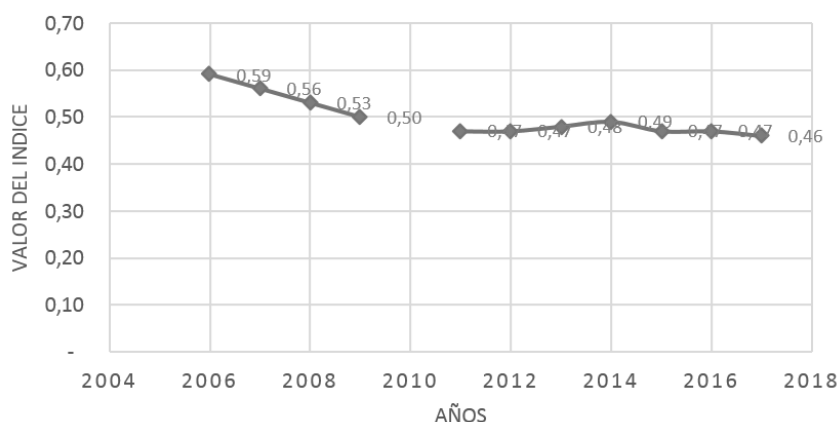
Tabla 8. Índice de Gini para Bolivia

Años	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bolivia Gini	0,42	0,55	0,54	0,53	0,52	0,51	0,51	0,58	0,49	0,58	0,62	0,57	0,59	0,45	0,55	0,6	0,59	0,56	0,53	0,5	0,47	0,47	0,48	0,49	0,47	0,47	0,46

Fuente: Banco Mundial 2018

Gráfico 5. Índice de Gini para Bolivia

GINI



Fuente: Banco Mundial 2018

Relación entre variables

La relación entre las variables se ha calculado a través del coeficiente de correlación de Pearson. Entre el índice de Gini y el gasto social para la infancia y adolescencia, los resultados indican que existe una correlación regular e inversa, con un coeficiente de 0,772, el R cuadrado indica que el 59,6% de la variación del Gini puede explicarse a partir de la variación del gasto social para la infancia siendo su grado de significancia menor a 0,05.

Tabla 9. Correlación índice de gini y gasto social para la infancia

Correlación de Pearson	Índice de Gini		1,000	
	Gasto social para la infancia		-,772	
Sig. (unilateral)	Índice de Gini		.	
	Gasto social para la infancia		,003	
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,772 ^a	,596	,551	,02867

Por otro lado la relación entre las transferencias (Bono Juancito Pinto) y el coeficiente de Gini se muestra de la siguiente forma:

Tabla 10. Correlación índice de gini y transferencias (bono Juancito Pinto)

Correlación de Pearson	Índice de Gini			1,000
	Bono Juancito Pinto			-,848
Sig. (unilateral)	Índice de Gini			.
	Bono Juancito Pinto			,000
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,848 ^a	,720	,688	,02387

Los resultados indican que existe una correlación inversa pero mayor que la relación con el gasto total social, se muestra un coeficiente de 0,848; el R cuadrado indica que el 72% de la variación del Gini puede explicarse a partir de la variación del gasto en transferencia (Bono Juancito Pinto) siendo su grado de significancia menor a 0,05.

Consideraciones finales

En respuesta a la interrogante ¿Cuál es la relación entre las desigualdades en la distribución del ingreso y los gastos sociales para la infancia y adolescencia? se puede afirmar que existe una relación significativa pero inversa o negativa es decir que el gasto social para la infancia no está siendo eficientemente focalizado para aminorar las desigualdades de ingreso en el país.

La situación respecto a las transferencias es similar con la salvedad de que en este caso el bono Juancito Pinto medido en millones de bolivianos tiene una correlación más significativa con el índice de Gini pero inversa.

En términos generales el gasto social para la infancia constituye solamente el 24% del gasto total del gobierno porcentaje bajo si se considera que más de cuatro millones de habitantes está en el rango de los 0 a 18 años. En esta misma línea el gasto per cápita no pasa de los 1.738,39 Bs. por niño o adolescente al año.

A nivel departamental la desigualdad es mayor pues aquellos departamentos que destinan mayores montos a su gasto social tienen un menor gasto per cápita esto debido, principalmente, por las desigualdades de distribución del gasto público total emanadas de una ineficiente focalización de estos recursos.

BIBLIOGRAFÍA

Andersen, L. E., Tejerina, O. J., & Doyle, A. S. (2016). D-Desigualdad. *INESAD book chapters*, 1, 55-60.

Aponte, B. C. (2006). El gasto público social venezolano: sus principales características y cambios recientes desde una perspectiva comparada. *Cuadernos del Cendes*, 23(63) <http://www.scielo.org.ve>, 85-119.

Báez, M, M. J., Atienza, M. P., Blanco, M. J., Orts, V., & Martí, J. (2018). Los efectos de la política fiscal sobre la desigualdad. *Revista de economía mundial*, 49.

Casares, E. R., García, M. G., Ruiz, G. L., & Sobarzo, H. (2015). Distribución del ingreso, impuestos y transferencias en México. Un análisis de equilibrio general aplicado. *El trimestre económico*, 82(327), 523-558.

Ezequiel, W. M. (2018). Gasto público y actividad económica en la Hispanoamérica de Antiguo Régimen: Buenos Aires en el siglo XVII. Una aproximación desde el Análisis de Redes Sociales. *Revista hispana para el análisis de redes sociales* Vol.29, #1, (2018), 139-162, 139-162.

INE, I. N. (2015). *Informe del Censo 2012*.

Martner, D. G. (2018). Global Inequalities and Policies for Income Inequality Reduction: the Case of Chile, 1990-2015. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. jun2018, Issue 71, 63-86.

Medina, G. J. (2015). Ingreso y desigualdad: la hipótesis de kuznets en el caso boliviano. 1-27.

MPD, M. d., & UDAPE, U. d. (2017). *Estimaciones de Gasto Público Social y Gasto en Infancia, Niñez y Adolescencia 2000 - 2014*. La Paz Bolivia: UNICEF-UNFPA.

Pablo, S., & Trejos, J. D. (2013). *Gasto público social, impuestos, redistribución del ingreso y pobreza en Costa Rica*. San José de Costa Rica.

Sánchez, T. F., & Núñez, M. J. (2000). *Descentralización, pobreza y acceso a los servicios sociales. ¿Quién se benefició del gasto público social en los noventa?* Santiago de Chile: Naciones Unidas-CEPAL.

Scott, J. (2011). *Gasto público y desarrollo humano en México: análisis de incidencia y equidad. Documento de trabajo para el informe sobre desarrollo humano México*. Mexico: PNUD.

UDAPE, & UNICEF. (2010). *El Gasto Público Social hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. UDAPE-UNICEF.

UNICEF. (2011). *Por los niños, niñas y adolescentes de Bolivia*.

UNICEF, & UDAPE. (2010). *El Gasto Público Social hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. UDAPE UNICEF.

Vásquez, E. (2013). *Gasto Social y niñez: las limitaciones de una gestión*. Lima.

Villena, C. (2013). *Situación de las niñas, niños y adolescentes y el papel de los medios de comunicación*. La Paz: Defensoría del pueblo Bolivia.

LA CARNETIZACIÓN DEL CUERPO DE LA DISCAPACIDAD

Ivonne Ramírez

Resumen

La problemática de la discapacidad en Bolivia ha sido abordada tradicionalmente desde la mirada biomédica. En el año 2012, se implementa la nueva Ley 223 de la Persona con Discapacidad y el Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad, bajo el marco de la Ley de Salud 475. Desde la misma los cuerpos de los niños y adolescentes con discapacidad (NyACD) son observados según los parámetros de la normofuncionalidad y topológicamente calificados por el Estado para la otorgación de un carnet que los descalifica mediante ritos de institucionalización y técnicas disciplinarias por grados y porcentajes de segmentos portadores de anormalidad y patología.

El objetivo central de este estudio ha sido problematizar la construcción/producción del cuerpo normotipo desde donde se naturaliza la dominación arbitraria e histórica de NyACD y sus padres por parte del Estado. Adoptando un enfoque teórico atento a la desconstrucción histórica, política y social de la discapacidad, en este proyecto postdoctoral se reflexiona sobre el carácter paradójico del cuerpo como espacio polisémico de capacidad/discapacidad, desposeído de su capital simbólico, que lo hace ilegítimo en términos de poder y lo sujeta a procesos de marginación, exclusión, opresión-dominación mediante prácticas cotidianas violentas que acrecientan el proceso de discapacitación, con estigmas y sin acompañamiento a las familias. Privilegiando un abordaje cualitativo del proceso de investigación social, a partir de entrevistas a madres y padres de NyACD y a miembros del equipo de calificación los principales hallazgos de esta pesquisa advierten que el Estado produce y reproduce los sentidos de discapacidad en el proceso de carnetización, con significados que subyacen a las prácticas de la medicalización portadora

de arbitrarios normalizantes y normalizadores. Estos resultados aportan a la reflexión sobre la necesidad de desmedicalizar la salud y profundizar en la dirección postulada por el modelo social de la discapacidad, es decir, buscando la emancipación de niños, adolescentes y sus familias.

Palabras Clave: Discapacidad, Cuerpo, Dominación, Modelo Social, Infancias.

Registration of the body's disability

Abstract

The problem with disability in Bolivia has traditionally been approached from a biomedical perspective. In 2012, Law no. 223 for Persons with disabilities and the National Program of Single Register for Persons with Disabilities was implemented under Health Act no. 475. Since then, children and teenagers with disabilities (CaTWD) are diagnosed according to parameters of normal functionality and topology as approved by the State to issue an ID that disqualify them of the rights of institutionalization and disciplinary techniques by grades and percentages according to carrier segments of abnormality and pathology.

The central objective of this study has been to raise awareness of the problems with the construction of the body's normotype from which the arbitrary domination of CaTWD and their parents is normalized by the State. While adopting a theoretical focus mindful of the historical, political and social deconstruction of disability, in this postdoctoral project, we reflect on the paradoxical nature of the body as a space of ability/disability, dispossessed of its symbolic worth, which makes it illegitimate in terms of power and processes of marginalization, exclusion, oppression-dominance with daily violent practices that increase the disablement process with

stigmas and without any accompaniment for families. Prioritizing a qualitative approach of the process of social investigation from interviews with mothers and fathers of CaTWD and evaluation staff, the main findings of this research is to warn that the State produces and reproduces the sense of disability during the process of certification/registration (of the documents) with a significance that underlies the practice of the medicalization, a carrier of arbitrary normalizers and standardizers. These results provide reflection on the necessity to de-medicalize healthcare and focus on the direction postulated by the social model of disability, meaning to search for the emancipation of children, teenagers and their families.

Keywords: Disability, Body, Social model, Infancy, Health.

Concession d'une carte sur le corps du handicap

Résumé

La problématique du handicap en Bolivie a toujours été abordée sous l'angle biomédical. En 2012, la nouvelle loi 223 sur les Personnes Handicapées et le Programme de Registre Unique National des Personnes Handicapées sont mis en œuvre dans le cadre de la loi sur la santé n° 475. En accordance à cette loi, les corps d'enfants et d'adolescents handicapés sont observés selon les paramètres de normo-fonctionnalité et qualifiés en fonction de la topologie par l'État afin de la concession d'une carte qui les disqualifie par des rites d'institutionnalisation et des techniques disciplinaires par degrés et pourcentages

de segments porteurs d'anomalie et de pathologie.

L'objectif principal de cette étude était de problématiser la construction / production du corps normotype à partir duquel la domination arbitraire et historique des enfants et adolescents handicapés et de ses parents par l'État est naturalisée. En adoptant une approche théorique attentive à la déconstruction historique, politique et sociale du handicap, ce projet postdoctoral réfléchit au caractère paradoxal du corps en tant qu'espace polysémique de capacité / handicap dépossédé de son capital symbolique, ce qui le rend illégitime au regard du pouvoir et qui le soumet à des processus de marginalisation, d'exclusion et d'oppression-domination à travers des pratiques quotidiennes violentes qui augmentent le processus d'invalidité, avec stigmates et sans accompagnement aux familles. Les principales conclusions de cette recherche social d'approche principalement qualitative, basée sur des entretiens avec des mères et des pères d'enfants et d'adolescents handicapés et des membres de l'équipe de notation, mettent en garde que l'État produit et reproduit les sens du handicap dans le processus de comptabilisation, avec significations qui sous-tendent les pratiques de médicalisation portant la normalisation et la normalisation arbitraire. Ces résultats contribuent à la réflexion sur la nécessité de démedicaliser la santé et d'approfondir l'orientation postulée par le modèle social du handicap, à savoir l'émancipation des enfants, des adolescents et de leurs familles.

Mots-clés: Handicap, Corps, Modèle Social, Enfance, Santé.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad empieza, cuando atravieso la puerta de mi casa

[Arminda, sucre, julio de 2018]

En Bolivia las primeras acciones para efectuar el registro de personas con discapacidad (PCD) se iniciaron en 2007 mediante una prueba piloto del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad en las ciudades de La Paz y Tarija. Tres años más tarde continuó la implementación del Programa a nivel nacional. Las acciones se iniciaron mediante un levantamiento poblacional denominado estudio clínico genético, psicopedagógico, y social de las personas con discapacidad con la misión Solidaria del ALBA Moto Méndez donde el Estado Plurinacional de Bolivia participó, junto a otros países como Ecuador, Cuba y Venezuela, realizando el primer censo de PCD en los departamentos del País. Se aplicaron instrumentos de clasificaciones de *discapacidad en adultos* y niños de los siguientes tipos de discapacidad: Físico Motora 27.938 (2 139 niños) Intellectual 18 429 (9 148 niños), mental 3.212 (29 niños), Auditiva 13.125 (1 746 niños) Visual 9.375 (873 niños) lo que identificaba sobre todo el origen de la discapacidad, pero no la discapacidad en sí misma ni los agentes productores de ésta. Como se puede advertir el nacimiento del proceso de calificación se dio con una fuerte tradición médica, el modelo estuvo compuesto por especialistas de áreas de genética, fisiatría, neurológica, pediatras, psicología y psicopedagogía. Se identificaron a 985 personas con discapacidad dependientes para la realización de actividades de la vida cotidiana, de ellos 3 852 son niños. 10 602 personas con discapacidad con habilidades para trabajar y no vinculados laboralmente. En esta segunda misión se identificaron causas de tipo prenatal 21.06 %, perinatal 1.58 %, postnatal 76.07 % y otras casusas en un 1.29 %. (Misión Solidaria del ALBA Moto Méndez, 2010).

Desde el año 2010, dependiente del Sistema Nacional de Salud (Resolución ministerial n° 1127) se estable en el reglamento de operaciones del Sistema de Información PRUNPCD en Bolivia, con uso obligatorio para la calificación, registro y carnetización de las PCD, su objetivo fue el de generar información para el diseño de políticas públicas para este grupo. Se encomendó a la Unidad de discapacidad, habilitación y rehabilitación biopsicosocial junto a los comités de la persona con discapacidad el cumplimiento. (Ministerio de salud y deportes, 2010).

Se acuña a esta Unidad, el término "Biopsicosocial" porque desde la perspectiva gubernamental, este constituye una opción para impulsar el enfoque holístico de la atención integral a las personas con discapacidad (Ministerio de Justicia, 2013). Se espera que el modelo trascienda al enfoque biomédico y aborde a la

persona en forma integral, desde el reconocimiento de los derechos humanos, la autonomía, la integración, las capacidades y los apoyos, enfatizando en la interacción de la persona con discapacidad y el ambiente donde vive, considerando las determinantes sociales que influyen y condicionan la discapacidad, sin embargo este proceso no es espontáneo, pues el énfasis sigue puesto en el cuerpo de la discapacidad y se hizo poco o casi nada sobre las barreras sociales en la participación como ciudadanos.

Con el decreto 1893 el Estado Plurinacional de Bolivia en 2012 promulga la ley 223 de la persona con discapacidad, (que derogada la ley 1678 de 1995, por la crítica al enfoque médico y excluyente de las PCD y pasa el Comité Nacional de la Persona con discapacidad a depender del Viceministerio de igualdad y oportunidades) con la finalidad de “garantizar a las PCD el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades, trato preferente bajo un sistema de protección integral” (Ley 223); se destaca entre sus fines el promover políticas públicas en los ámbitos de salud, educación, deporte, recreación, empleo, desarrollo económico, cultural, político y social “a favor” de las personas con discapacidad.

Esta nueva ley se fundamenta en diferentes tratados y eventos internacionales postulados por los movimientos de personas con discapacidad (Comité Nacional de las personas con discapacidad) y organismos participantes de los estados y naciones convocadas a aplicar las conclusiones de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entre sus postulados se destacan la no discriminación, la accesibilidad universal, la normalización del entorno, el diálogo civil, la igualdad, la inclusión y la no violencia entre otros. Se resumen algunos de sus fines sobresalientes que se analizarán en la discusión de este artículo: (Ley223):

- Promover los derechos humanos y las libertades fundamentales de las niñas, niños, jóvenes y mujeres con discapacidad en igualdad de oportunidades en todas las esferas de la vida.
- Establecer políticas públicas y estrategias sociales destinadas a la prevención de causas que pudieran provocar deficiencias, discapacidad y mayores grados de discapacidad.

En 2013 y bajo el marco de la nueva Ley 223, emite un primer informe el Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad donde se reportó que el 10 % de la población boliviana tenía algún grado de discapacidad. Según este informe, 3 de cada 100 personas tenían alguna dificultad permanente, correspondiendo a 50,9% a mujeres y 49,1% a hombres. (INE, 2013). Aunque se identificaron los tipos de discapacidad y los grupos etarios, las cifras de los niños y adolescentes con discapacidad (NYACD) no contaban en las estadísticas y menos aún los casos de menores de 12 meses que ante la debilidad del Sistema Nacional de Salud para la detección oportuna,

quedaban sin seguimiento a su desarrollo integral y era muy probable que las dificultades en las interacciones sociales que ocasiona la discapacidad, fueran en incremento con su crecimiento.

Los beneficios de la Ley 223 se otorgarán a las PCD que cuente con el registro, calificación y carnetización que emite el área de discapacidad del Servicio Departamental de Salud (SEDES) dependencia del Ministerio de salud y deportes, con lo cual los principios ideológicos que rigen el PRUNPCD se rigen al modelo médico para abordar la discapacidad.

El documento rector del PRUNPCD contiene en el primer capítulo las pautas generales que han de ser aplicadas en la evaluación. Los restantes capítulos establecen normas para la calificación de deficiencias y discapacidades de cada uno de los aparatos o sistemas. El programa asume los documentos de trabajo propuestos por la OMS (2007) para la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías considerando la discapacidad como «la restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano» y resultado de las “limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, derivadas de una deficiencia en el orden de la salud, que afectan a un individuo en su desenvolvimiento y vida diaria dentro de su entorno físico y social OMS (2001). Como se observa, se asumen los rasgos característicos del modelo médico con la aplicación de instrumentos que se operativizan mediante formularios de calificación que son ponderados con los baremos como parte de la normativa para el registro de las PCD.

El proceso de carnetización empieza con el registro, mediante la presentación de documentos personales y un informe médico. Luego se procede a la calificación mediante una revisión médica con una cita que puede demorar semanas y hasta meses, posteriormente una entrevista con servicio social y valoración psicológica por el equipo de calificación dirigidos por el médico responsable de la exploración a la PCD y registra en los formularios de calificación los hallazgos clínicos.

La definición del porcentaje de calificación la realiza un equipo concentrado en la oficina central del país, donde se pondera mediante baremos oficiales para determinar el tipo de discapacidad, grado de afectación y el porcentaje de discapacidad, este debe ser 51% o más para la otorgación de la denominada renta “solidaria”. Los porcentajes menores a 25% no serán certificados con el carnet.

Sobre los beneficios que otorga el Estado están descritas, en el plano de la atención a la salud, la ley 223 se articula con la ley 475 (promulgada en 2013) que rige el modelo de prestaciones de servicios de salud integral que tiene el fin de establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria de las personas que no cuenten con

seguro de salud. Este nuevo modelo de salud en Bolivia, define a la salud como “proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza y la enfermedad es el estado que resulta de la interrupción en el equilibrio y armonía de estas relaciones”. Esta definición está alejada de los fundamentos de la salud colectiva que considera cómo los grupos sociales son determinados por las formas particulares de inserción social de sus miembros, es decir, según su participación dependerá de los procesos de producción y reproducción social, como se puede advertir en este grupo, la garantía para la atención en salud, medicina general, especializada, terapias de rehabilitación y otros recursos ortésicos a través de los servicios de salud son incumplidas porque los centros de salud públicos que atienden a niños con discapacidad son escasos, o están concentrados en el centro de las ciudades, con alta demanda, pocos profesionales, no se disponen de profesionales con formación especializada, o se aplican terapias bajo enfoques medicalizantes sin enfoques de rehabilitación basada en la comunidad por la propia estructura y formación de los profesionales que integran estos equipos (Médicos, enfermeras, fisioterapeutas y psicólogos) cuyo interés está centrado en el cuerpo enfermo, perdiendo la mirada de la salud integral del niño, su familia y su comunidad (Ramírez, 2016)

En el plano educativo y laboral los retos para el Estado son mayores, en 2017 el Estado promulga la ley 977 de inserción laboral y de ayuda económica para personas con discapacidad (PCD), aunque son las más las promesas que las acciones efectivas que permitan superar las grandes desigualdades e inequidades en su cotidiano, no sólo porque no se efectiviza para quienes tienen una discapacidad moderada o leve que llega sólo hasta el 50%, sino que tampoco se aplica en todos los casos de madres y padres de niños y adolescentes con discapacidad (NYACD) que no acceden a fuentes laborales que les permita contar con alguna fuente de ingresos. La inamovilidad laboral de los padres de NYACD se aplica más en caso de instituciones contratantes públicas y no así en las empresas privadas.

En 2016, las PCD luego de varios enfrentamientos con el Gobierno, lograron que el Estado boliviano otorgue una renta que denominó “solidaria” consistente en la asignación mensual de 250 bolivianos mensuales equivalentes al 12.14% del salario mínimo vital en el país, como una muestra, no sólo una acción de asistencialismo y paternalismo, sino de injusticia social porque ésta no cubre ni las necesidades básicas de subsistencia, destacando que sólo es otorgado a quienes superan del 50% de grado de discapacidad en el caso de los tipos grave y muy grave, pero que en el caso de los niños deberán transcurrir seis meses para que se considere su posible otorgación por la severidad de la disfuncionalidad.

En Bolivia, las cifras posiblemente no expresen los datos reales, pues por diversas circunstancias muchas de las personas con discapacidad como es el

caso de los niños y adolescentes, no se encuentran reportados en los informes que pretenden mostrar una transformación, cuando en todo caso disfrazan las injusticias, similares situaciones han sido relatadas por Venturiello (2017), quien se refiere a que las acciones estatales intentan aminorar, las inequidades que afectan a este colectivo. En el país este proceso se masifica por el abuso de la publicidad en medios de comunicación y redes sociales que sobredimensionan las posibles ventajas para las personas con discapacidad, enmascarando la marginación y exclusión en la que se encuentra en grupo de NYACD.

La persistencia de situaciones de discriminación y trato injusto hacia las personas con discapacidad, buscan promover su respeto (ONU, 2006). Uno de los principales hitos en este aspecto ha sido la firma de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en 2006.

En el país el origen del tipo de discapacidad está muy asociada a las lesiones de tipo neurológico durante el pre, peri y posparto, por lo cual, los niveles de discapacidad más identificados son las de tipo físico motor en los menores de 5 años, muchos de ellos asociados a la inaccesibilidad de controles durante el embarazo, baja cobertura durante el parto asistido, negligencia médica durante los controles del primer año de vida, falta de orientación a madres con desventaja social, riesgo social entre otros. (Ramírez, 2016)

La última publicación de los índices de discapacidad registrados en el informe del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad para abril de 2017 se constituye en el último estudio sobre índices de discapacidad que fue realizado por PRUNPCD, donde se indica que 59.776 personas fueron carnetizadas. (Sistema de Información del Programa de Registro Único Nacional de la Persona con Discapacidad, 2017) y reporta los siguientes datos:

Tabla 1. N° de Personas con discapacidad por grupos etarios						
Edad	Jóvenes - adultos (21-59)	Adoles- centes (10-20)	Escola- res (5-9)	Adultos (>60)	Preesco- lares (1-4)	Lactan- tes (<1)
Porcentaje	62 %	22%	9%	3%	3%	1%
Calificados	28223	10015	4097	1366	1366	455
Registrados	43572	15461	6325	2108	2108	703
Carnetizados	37061	13151	5380	1793	1793	598

Fuente: (Sistema de Información PRUNPCD, 2017)

En la tabla 1 se muestra que del total de PCD, 35% son lactantes, niños, preescolares, escolares y adolescentes, es decir 24.597 niños y adolescentes de los cuales se carnetizan 20.922, lo que indica que 3.675 fueron calificados y no recibieron el carnet. Esta cifra bastante alta queda diluida en las estadísticas

generales, el rol del Estado en cuanto a la prevención de la discapacidad es muy bajo si se analizan las políticas públicas de protección de este grupo.

Es importante destacar que se desconoce el número de niños del grupo carnetizado que reciben la renta “solidaria” ese bono mensual reservado para los casos grave y muy grave es otorgado a muy pocos niños por la subjetividad de la evaluación única que se da en la visita al equipo médico. Debido a los cambios que se producen en los sistemas por la neuroplasticidad, la calificación en los primeros años de vida es dinámica y relativa y serán las barreras de las interacciones sociales en la escuela, la recreación que lo condene a la marginación, exclusión y/o expulsión del mundo normalizado de la infancia.

El diseño y la implementación de políticas públicas relacionadas a la inclusión y equiparación de oportunidades para las PCD no ha logrado superar la problemática estructural de la discapacidad, siendo varios factores, históricos, políticos y sociales los que producen el trato no justo e igualitario a este grupo. Uno de los mayores retos es el acceso a la salud según el Informe Mundial de la Discapacidad. (OMS & BM, 2011) Las personas con “discapacidad” presentan peores niveles educativos y sanitarios, menor participación económica y comunitaria, y más pobreza y dependencia que el resto de la población (Organización Mundial de la Salud, 2011). Para el caso de países en desarrollo, sobreviven a través de distintas formas de caridad social, entre las que se encuentran: la seguridad social, ayuda brindada por asociaciones de beneficencia y religiosas, y el pedido de limosna Ferrante (2015), en otros estudios se afirma que esta marginación social y económica constituye una forma injusta de segregación originada en la expulsión de los “cuerpos deficientes” de los espacios productivos con consecuencias equivalentes en los restantes espacios sociales. Veturiello (2016)

Los postulados de la propuesta de la ley de 475 sobre el modelo biopsicosocial, aplicado al proceso de calificación de las PCD buscaban establecer una síntesis superadora, que integre elementos del modelo médico rehabilitador (que interpreta la discapacidad como un mero hecho biológico, resultado de una deficiencia del organismo) y del modelo social (para el cual la discapacidad es la resultante de las condiciones opresoras que el medio social impone a quienes la poseen), sin embargo se tienen pocos avances en el tema, tal vez porque el Ministerio de Salud ha tomado a su cargo el proceso de calificación y carnetización, hecho que estructuralmente ocasiona una relación indisoluble entre discapacidad y enfermedad.

Para comprender el interés personal y académico en el tema, es importante mencionar que mi persona coordina proyectos universitarios de atención a niños con diversidad funcional y desde esa experiencia como terapeuta se ha tratado muchos niños en gabinetes y centros terapéuticos se ha visto poca adhesión de parte de los padres a la carnetización. Interesada en conocer la problemática que reviste este hecho, es que se han estudiado los relatos

de los padres y madres en especial sobre su desesperanza en una atención sanitaria estatal, la exclusión de la escuela, la inaccesibilidad a parques, y otros escenarios de la vida comunitaria y las barreras sociales que deben enfrentar junto a sus hijos.

Apesar de que la problemática de la discapacidad está siendo permanentemente discutida en las agendas de desarrollo social, promovida por los Comités Departamentales y Nacionales de la Persona con Discapacidad, las personas con cualquier tipo de discapacidad, enfrentan muchos desafíos para hacer prevalecer sus derechos y oportunidades. Es así que la libre transitabilidad, la seguridad y accesibilidad, impide el acceso a recibir atención en salud, a las fuentes de trabajo de los padres, estudio y otros, quedando confinados a una cárcel sin rejas (Ramírez, León, Chambi, 2015). Los índices del origen de la discapacidad en los planos físico y mental alcanzan las cifras cada vez más altas y no se conocen sus efectos multidimensionales y complejos, seguramente sus repercusiones, pueden ser mayores sino se tienen en cuenta el estado real de la problemática a nivel social. Los estados de arte en la comprensión de la categoría discapacidad muestran la necesidad de repensar los procesos de comprensión de la problemática, saliendo de los modelos unidisciplinarios con los que nació y se medicalizó este concepto.

Estudios anteriores en carreras universitarias en salud ((Maldonado, Villacorta y Ramírez, 2018)) reportaron bajas actitudes ante la discapacidad en universitarios, se considera que la reflexión de la desmedicalización de la salud y una nueva política del cuerpo debe surgir desde la academia, resulta importante problematizar la construcción/producción del cuerpo normotipo desde donde se naturaliza la dominación arbitraria e histórica de NyACD, conservando la ideología del modelo de cuerpo sujeto a las tiranías de la perfección y las lógicas de dominación cotidiana Ferrante (2009) y Ferreira (2009, 2017).

En general se tienen pocos estudios teóricos sobre los agentes sociales productores de discapacidad en Bolivia y en el caso de los NYACD mucho menos, los estudios provienen sobre todo del PRUNPCD, el Instituto Nacional de Estadística y el Comité Nacional de la Persona con Discapacidad con cifras frías que no muestran un análisis desde estudios particulares que permitan comprender los agentes estructurales que subyacen a la producción sociopolítica de la discapacidad.

Como parte de las políticas de cuidado de la infancia, en 2014 el Estado Boliviano dio inicio al Programa de Desarrollo infantil temprano con el objetivo dar atención al rezago psicomotor de menores de 5 años, pero dejó fuera a aquellos que porten algún tipo de diversidad funcional producto de síndromes genéticos, patologías neurológicas, o alteraciones del neurodesarrollo, hecho que incrementa la cantidad de niños que devienen en discapacidades, pero que aún no son objetivas en el sistema de información del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad (PRUNPCD).

Distintas publicaciones Thorrez (2012) han ponderado la importancia de la atención temprana desde los referentes del Libro Blanco de Atención Temprana (Patronato,2000) distinguiéndose los conceptos de atención ultratemprana para Basso (2016) y el informe Lacent que concluye señalando que los primeros 1000 días de vida del niño son fundamentales para un desarrollo futuro óptimo (UNICEF, 2016).

El nacimiento de un hijo, pasa por un cúmulo de emociones de júbilo y alegría, miedo, pero sobre todo esperanzas de los padres para un futuro pleno para sus hijos. En un estudio anterior que realizamos sobre el duelo en la discapacidad en menores (Ramírez, 2016) se encontró que los mecanismos del Sistema Nacional de Salud en el nivel primario son deficientes para asistir a los padres con diversidad funcional en el neurodesarrollo y otros síndromes, veinte madres de familia revelaron que experimentaron mucho dolor, temor, incertidumbre y desinformación, no sólo por la complejidad del diagnóstico, las alternativas terapéuticas y la indiferencia médica sino por la presencia de las barreras sociales para su inclusión en la escuela y a su comunidad.

Los padres y los niños pasarán muchos días de su vida en consultorios, atravesando una serie de obstáculos estructurales del sistema de salud y educación para que encuentren atención a sus necesidades, aquello con discapacidad menores a cinco (5) años permanecerán enfrascados en la atención médica y terapéutica, a partir de los seis (6) años en proceso de educación inclusiva recorriendo todo tipo de escuelas y empezando la lucha contra las barreras sociales que se definen en la adolescencia, donde estas se afirman en cuanto a su solides y se amplían a otros escenarios de la vida cotidiana.

Los datos oficiales no expresan una fotografía de la realidad, debido a que por diversas circunstancias muchas de las personas con discapacidad no se encuentran reportadas en los informes que pretenden mostrar una transformación importante en las políticas de desarrollo social. En el caso de los niños con discapacidad, la exclusión comienza en los primeros días de vida, no sólo porque no son reconocidos por los padres o la familia, sino por el no registro como ciudadanos, según la UNICEF (2013) se encuentran aislados de los servicios sociales y de la protección jurídica, que son cruciales para su supervivencia y sus perspectivas. Su marginación aumenta aún más con la discriminación.

En el Estado Mundial de la Infancia de 2013 señala que los niños con discapacidad tienen menos probabilidades de recibir atención médica o de ir a la escuela resultan ser víctimas de un sistema perverso, donde son víctimas de abuso, abandono, o violencia en sus familias o instituciones. De ahí que se destaca que su situación de infantes y de discapacidad, los constituye en doblemente improductivos para el sistema capitalista, pues señala el informe que la combinación de niños con discapacidad se encuentra entre las personas más marginadas del mundo. (UNICEF, 2010)

Como antecedentes de la patologización de la diversidad funcional desde estudios de Venturilla 2017, hay una asociación entre la discapacidad y la desviación de la normalidad. El uso del concepto de normalidad-anormalidad concibe en su enunciación y performatividad una forma de violencia simbólica sobre los “discapacitados”, aquellos que se alejan de parámetros físicos y de los comportamientos definidos socialmente como útiles y valiosos.

A nivel local, las luchas reivindicatorias de los organismos no alineados al Gobierno conformados por PCD y amparados en los organismos internacionales de derechos humanos, el Comité de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y otros, han logrado el respeto a algunos derechos pero siempre en menor cuantía que a otros grupos en desventaja social. Sin embargo, se han tenido pocos logros en el debate sobre la construcción social de la discapacidad. A partir de los estudios sociológicos sobre el cuerpo y el imaginario social de éste como tal que se cuenta con avances importantes desde planteamientos donde la percepción del cuerpo varía de acuerdo a los periodos históricos, contextos y clases sociales, develando en este caso el carácter paradójico del cuerpo discapacitado: por un lado percibido como un destino lastimoso y que requiere cuidado y por otro, generando rechazo en tanto representa un destino no deseado. Hay un juicio estético -el “cuerpo bello”- y un juicio moral o ético -el “cuerpo saludable”- que se construye social, histórica y políticamente (Ferrante y Ferreira, 2011).

Para palacios (2008) por su parte, las personas con discapacidad también van construyendo su imagen colectiva envuelta de una serie de roles y estereotipos discriminatorios que los tipifican como enfermos, anormales, improductivos, inútiles, dominados, dependientes, pasivos y problemáticos, interesa a este artículo conocer el efecto que tiene sobre la familia la discapacidad de sus hijos.

Siguiendo a Bourdieu (1998), poseer un cuerpo no legítimo parece significar una desposesión en términos de capital simbólico que atravesaría al conjunto de las clases sociales; en el caso de las personas con discapacidad, las condenaría a una especie de muerte social que se expresaría en el cuerpo con una deficiencia motora, encerradas en su cuerpo y en su casa.

Este autor destaca la experiencia del “cuerpo alienado” que se presenta de modo diferencial de acuerdo a la posición ocupada en el espacio social “El cuerpo para el otro” es un producto social: por un lado, sus propiedades “distintivas” se deben a las condiciones sociales de producción y, por otro lado, la mirada social no es un poder abstracto y universal sino “un poder social, que siempre debe una parte de su eficacia al hecho de que encuentre en aquél a quien se aplica el reconocimiento de las categorías de percepción y apreciación que dicho poder le aplica” (Bourdieu, 1998). Para Ferreira (2017) en la lectura de la discapacidad desde el modelo social, el cuerpo queda reducido al cuerpo-mente-cosa, es decir ausente porque desaparece en las estructuras sociales.

En este entendido, la categoría del poder subyace a los discursos que sostienen las políticas públicas y que se traducen hacia los sistemas de atención en el sistema de salud.

Las disposiciones corporales y el habitus de las personas con discapacidad, en un mundo en el cual se jerarquiza al cuerpo normal o legítimo, devienen fuentes de desvalorización social, que afectan la estima de los padres y se proyectan las inseguridades, desvalorización y baja estima en los hijos.

En Bolivia, a más de 10 años de creación el programa aún mantiene los trazos del modelo biomédico y asume el marco teórico de discapacidad como deficiencia individual asumiendo la definición de la OMS (2001) que hace referencia a las producciones de sentido de la restricción, ausencia, la deficiencia, la capacidad, la funcionalidad, la normalidad para un ser humano. Desde este marco conceptual sustentan sus actuaciones durante la calificación y carnetización lo que define exclusión o expulsión de las actividades de la vida de un niño, el juego, la escuela, las interacciones con sus pares y su participación en la comunidad en general que involucra a su familia. Se espera de ellos, el normotipo del cuerpo/mente del niño o adolescente/familia que desmarcados de los baremos del manual de valoración de las situaciones de minusvalía determinan que el Estado a través del Servicio Departamental de Salud los sancione como a-norma.

Dando continuidad a la tradición biomédica y centrada en el modelo físico anatómopatológico responsabiliza al equipo médico la revisión y calificación de niños y adolescentes con discapacidad en el servicio Departamental de Salud proceso que culmina con la emisión carnet de discapacidad sin otra acción más allá que contribuya a superar las barreras sociales que le impone el sistema. Para Venturiello (2017) Esta mirada se distancia de las políticas asociadas al modelo de la rehabilitación, que la ciñe a un problema personal y familiar sin propiciar las modificaciones del entorno social e institucional necesarias para cumplir con la participación social plena de estas poblaciones.

En el caso de los niños con discapacidad, serán los padres quienes brinden la información al equipo de calificación, aplicando para ello la observación, la entrevista y la medición de los aspectos físico, cognitivos, sociales y conductuales del niño.

Se han revisado otros estudios sobre carnetización de Lewin (2016) que entre las conclusiones más importantes muestran que en Argentina los niños con diversidad funcional son sujetos de discapacitación por el Estado. Otro trabajo desarrollado sobre la descripción de las semánticas sobre discapacidad presentes en las comunicaciones de las organizaciones representantes de los sistemas de salud y de educación en Chile (Saffa, 2015) indica que la discapacidad se estructura como cuerpo, desde estos sistemas se da como una fusión de distinciones entre exclusión y tipo de diagnóstico-estructura

corporal, con trazos de modelo biomédico. Por su parte Conde (2014) concluye su estudio señalando cómo las personas con discapacidad son sometidas a una eterna infancia, siendo sujetos de dominación por parte de la familia, la sociedad y el Estado. Levin en 2017 analiza en una investigación cómo el Estado determina la discapacidad en la infancia a partir del estudio en el Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, enfocándose en las Juntas de evaluación pediátricas y en las familias solicitantes del Certificado Único de Discapacidad.

En 2018 Venturiello y Ferrante en un estudio sobre los itinerarios de la rehabilitación en Argentina y Chile muestran que la búsqueda de su salud, personas con discapacidad y sus familiares afrontan situaciones negativas para su participación social y su autoestima, reproduciéndose su situación de desventaja y devaluación social.

Este balance de la cuestión, muestra que el sistema de salud debe reflexionar sobre la comprensión del cuerpo-poder y discapacidad que aperture ese escenario de diálogo que deconstruya los imaginarios sociales que cimentan viejas prácticas. En ese entendido, analizar las categorías de cuerpo - poder insertos en un sistema capitalista que nacen y se anidan en el cuerpo de la persona con discapacidad convirtiéndola en sujeto imaginario despojado, enajenado del registro real, y cuya condición de anormal e improductivo son reforzados por los sistema de salud que remodela nuevas formas de apropiación del sujeto convirtiéndolo en dependiente, pasivo y sufriente, desposeído de todo capital simbólico.

El objetivo central del estudio que se realiza es problematizar la construcción/ producción del cuerpo normotipo desde donde se naturaliza la dominación arbitraria e histórica de NyACD y sus padres por parte del Estado. Adoptando un enfoque teórico atento a la desconstrucción histórica, política y social de la discapacidad y la salud colectiva, en este proyecto postdoctoral se reflexiona sobre el carácter paradójico del cuerpo como espacio polisémico de capacidad/ discapacidad, desposeído de su capital simbólico, que lo hace ilegítimo en términos de poder y lo sujeta a procesos de marginación, exclusión, opresión dominación mediante prácticas cotidianas violentas que acrecientan el proceso de discapacitación, con estigmas y sin acompañamiento efectivo a las familias.

Para el desarrollo de la investigación, se formula algunas interrogantes:

- a) ¿Cuáles son los discursos sobre el cuerpo de NyACD desde el PRUNPCD?
- b) ¿ Existen trazos de biopolítica en el proceso de la carnetización de NyACD
- c) ¿Cuál es el modelo teórico de discapacidad a través de los discursos de los profesionales implicados?

- d) ¿Cómo se expresan los principios del modelo biopsicosocial en el proceso de calificación/certificación de la discapacidad a NyACD?

Metodología

El estudio teórico se aplicó el paradigma crítico en la revisión de la normativa la ley 475 de prestaciones de servicios de salud integral en cuanto a sus fines y principios porque el proceso de carnetización está regido a los procedimientos de los Servicios departamentales de salud dependientes de los municipios y gobernaciones de cada departamento en el país. Por otra parte se ha estudiado el documento rector de la ley 223 de la persona con discapacidad sobre el cual se rige el Programa de registro único nacional para personas con discapacidad, finalmente, se ha realizado un análisis crítico de los documentos desde las teorías del modelo de la discapacidad descritos por los autores Palacios (2008), Ferreira (2009) y Ferrante (2008) del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad.

Para el trabajo de campo, se ha privilegiado un abordaje cualitativo del proceso de investigación social, a partir de entrevistas a madres y padres de NyACD y a miembros del equipo de calificación del PRUNPCD. La colecta de datos se obtuvo a partir de entrevistas en profundidad a una muestra intencional, a 12 madres y dos padres de familia de niños y adolescentes con discapacidad que tienen el carnet de PCD y que concurren a recibir terapia en el Proyecto de neurodesarrollo de la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca (centro universitario de prestación de terapia sensoriomotora, cognitiva y social con participación de padres de familia) y del Instituto Psicopedagógico Ciudad Joven San Juan de Dios (Centro estatal de atención sanitaria y psicopedagógica). Los entrevistados por parte del equipo de calificación del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad fueron 11 de los cuales tres fueron médicos, cuatro psicólogos y cuatro trabajadores sociales. Los datos fueron procesados en el programa NVIVO, a partir de las categorías que se generaron de las entrevistas realizadas se realizó la validación con aportaciones de dos grupos focales en encuentros con madres de NYACD en dos periodos distintos durante 2018.

A continuación se presenta el Cuadro de Categorías Estudiadas:

Desde los padres de NYACD	Subcategorías	Desde los técnicos PRUNPCD	Subcategorías
Proceso de Calificación	Quién	Proceso de calificación Sentimientos	Cómo Instrumentos
	Cómo		
Grados y porcentajes	Pensamientos	Carnetización	Por qué
	Sentimientos		Beneficios
Cambios producidos por la carnetización	Para el niño	Percepciones del personal	Pensamientos
	Para la familia		
Otorgación del bono solidario	Pensamientos		Sentimientos
	Sentimientos		
Expectativas sobre la Carnetización	Para la salud		Conducta
	Para la educación, recreación, otros		
	Para la familia		

Resultados

A continuación se analizan las categorías producidas durante la investigación

¿Cómo se inicia el trámite?

El inicio para el trámite de registro para la calificación transcurre con muchas incertidumbres, de no saber cómo hacerlo, dónde y si corresponde ir a pedir el carnet por las implicaciones familiares, la vergüenza que causa este hecho y la posible negativa a la otorgación del bono. El Estado tiene en los medios de comunicación social y en redes sociales diferentes spots publicitarios que hablan de los derechos de las personas con discapacidad abanderando la carnetización como un logro del gobierno de turno, pero se hace poco énfasis en cómo iniciar el trámite, tanto el discurso como las imágenes no están orientadas para los niños o adolescentes con discapacidad, las publicidades no se dirigen a las familias. Las principales fuentes de información son los médicos, amigos o padres de otros niños. Las instalaciones de las oficinas del PRUNPCD tampoco tienen una señalética clara de la ubicación geográfica, como tampoco de la ruta de procedimientos a seguir por parte de los padres, no existen brigadas móviles por tanto, los padres deben darse modos para llegar a un único sitio concentrado en las ciudades, porque para las provincias, se realizan visitas programadas en los centros de salud existentes, a donde acuden desde las comunidades dispersas las familias que buscan la carnetización para sus hijos.

Generalmente son las madres las que inician y realizan los trámites, ellas son las que superan los obstáculos del proceso con mayor resiliencia que los padres.

En ese proceso de reproducen eventos del duelo, pues en muchos casos el origen de la discapacidad estuvo relacionado con la no atención sanitaria efectiva para las madres.

Las madres relatan que “la mirada del otro” es algo que siempre marca su recorrido en las calles y sitios donde van. (madre de familia)

... “las filas siempre llenas de toda clase de gente, y me miran y dicen pobrecito, angelito, qué pena”... lo que me hace sentir peor (madre de familia)

... a ni no me molestó esperar, si se trata de mi hija, yo hago lo que sea para que este bien y se cure, no creo que

esta vez más me vaya mal pensé... (madre de familia)

Prevalecen sentimientos de vergüenza, timidez, baja estima, sentimientos de fracaso, se reproducen los duelos de fracasos anteriores, algunas madres acuden sin conocimiento de sus parejas, pues éstos consideran vergonzoso el hecho de aceptar el estigma de discapacidad y otros porque no quieren dádivas del gobierno, se expresan sentimientos de devalorización personal.

Mi marido no sabía que yo le iba a hacer calificar, él decía que no tenía por qué recibir limosna del Estado... pero fui porque él tampoco me da el dinero para su leche ni pañales, yo tengo que lavar ropa para pagar su terapia. (madre de niño con PCI)

No hice el trámite porque no sé ni dónde queda, por ahí me lo ven y dicen que no anda bien y demás... (madre de niño con PCI)

No fui a que lo carneticen, porque ni los médicos especialistas saben qué tiene, otros me dijeron pero si es normal, iba a ser en vano y otros trámites que habría que hacer.

El proceso del registro atraviesa por filtros externos al Estado

Para que los niños accedan al registro las madres deben ver formas de “conseguir” un certificado con seis meses de anterioridad, lo que hace que acudan a servicios privados, médicos benevolentes que emiten informes con fechas anteriores a la primera revisión, pues este es el requisito principal para iniciar el trámite. De esta manera el proceso empieza con ciertos obstáculos que ponen en duda uno de los principios de la Ley 223 cuando hace referencia al establecimiento de “políticas públicas y estrategias sociales destinadas a la prevención de causas que pudieran provocar deficiencias, discapacidad y mayores grados de discapacidad”.

Yo te lo voy a conseguir me dijo un amigo, mi vecino es médico en Yotala y los vamos a arreglar nomás ...

De dónde sacamos ahora el certificado me dijo mi marido, yo le dije, como sea voy a sacar ese documento para empezar con el trámite, después veremos qué hacer...

Para el informe le pide al médico particular que te lo controla y él te lo hace con fecha pasada y te entrega para que presentes eso.

De esta forma operan las ritos de institucionalización (Bourdieu, 1997) y las técnicas disciplinarias (Foucault, 1975) que naturalizan como parte de la "ayuda" que recibirán y se puede advertir el proceso de registro pasa por largas esperas, pero los padres no advierten aquello, ni atraviesan los procesos administrativos con rechazo o molestia, naturalizan el hecho que hay varias semanas que ir a esperar.

La mirada por encima del médico, la cuestión económica del trabajador social y la ausencia de la psicología.

La evaluación mediante observación exploración física es realizada por el médico en todos los casos, aún en aquellos referidos a la diversidad funcional de las esferas conductuales, comunicaciones o sociales. La calificación transcurre en forma muy breve, sólo interesa a los evaluadores detectar las anormalidades por grados y porcentajes de segmentos portadores de patología, distinguir lo normal de lo patológico. Canguilhem (1978)



... le miró lo que no podía mantenerse sentado... y dijo suficiente, deberían tener gente especializada en niños, antes de nosotros había un trabajador amputado...

Cuando entramos me pidió que no le ayude, le quiso hacer subir la gradas y no podía, yo le avisé que no iba a poder, pero me pidió no intervenir, creía que le enseñé me parece... al final vio por él mismo y la otra persona que no sé quién era, tal vez la psicóloga le dio unos cubos para jugar.. eso fue todo.

Sólo le miraron y nada, ninguna exploración ni nada, escribían en un papel y nada más, no me dijeron nada...

A los padres les causa desilusión porque esperaban más de la evaluación. Los padres de niños con alteraciones del neurodesarrollo pasan mucho tiempo en consultas y evaluaciones con profesionales, su expectativa es mayor porque la diversidad funcional no tiene como origen el cuerpo, este hecho genera mayor frustración porque consideran que los verán expertos en el tema de discapacidad.

El rol de la trabajadora social aparece presente ante los ojos de los padres, pero no asociado al rol del riesgo social al que está sujeto el NYACD, sino que está más asociado desde la percepción de los padres a conocer los aspectos económicos y de ingresos de la familia, si merecen o no la renta, les parece que quiere indagar sobre sus ingresos.

Me preguntó si trabajaba, le dije que a veces puedo conseguir lavar ropa, otras veces me falta

Yo no tengo ingresos propios, me gano vendiendo pollitos, este último recién, antes no tenía ni para los pañales, mi madre me sigue ayudando

Desde que mi hija nació así, su padre se fue, no nos da ni un peso, eso le dije, yo no tengo con qué vivir, por eso vengo aquí a la atención...

Por otra parte el psicólogo no tiene un rol importante para los padres, pues la vida psíquica del niño o la familia no es tema de preocupación del equipo. Su rol se enmarca en la psicología conductual del momento de la evaluación.

Psicóloga... creo que no había, o sería una señorita que estaba anotando... sólo le miraba de rato en rato.

Una persona le hizo agarrar unos cubos, él los armó y nada más, no me creyó que no oye cuando se le habla por su nombre...

Estaba sólo el médico, nadie más le evaluó.

La calificación: una cuestión aritmética, la anormalidad un %

El proceso de recojo de los datos, es muy mecánico, se introducen los formularios al sistema, y la ponderación se efectúa en la sede central del PRUNPCD y en el lapso de un mes se emite el porcentaje, registrado en un carnet impreso que lo recoge la familia y que es posible de renovar para una nueva calificación 12 meses después.

Con este nuevo periodo de espera, la cronificación del origen de las discapacidad se consolida, porque han transcurrido cerca de 500 de los 1000 días de vida del niño que son los más importantes para determinar su desarrollo integral idóneo a futuro (UNICEF, 2016) , tomando en cuenta que los recursos del Estado no son los más efectivos en los primeros meses de vida en los centros de atención primaria (Ramírez, 2016), los pronósticos para incrementar la severidad de los orígenes de la discapacidad se ven incrementados por una sistema de registro y carnetización que afecta más a quienes no tienen acceso a la atención privada. La Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI) de 2002-/2003) señaló que la atención médica a PCD es cubierta con un poco más de 50 % del presupuesto del hogar.

El carnet se recoge de una ventanilla en un sobre cerrado

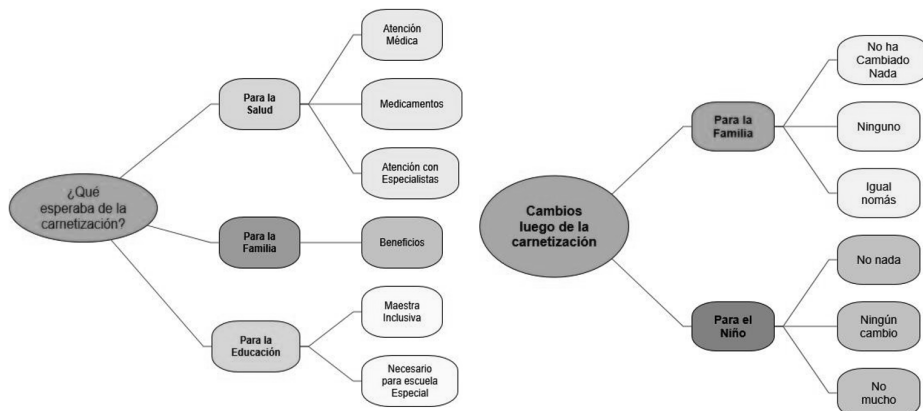
La emisión del carnet es un proceso despersonalizado, mediante una ventanilla, sin participación de los profesionales del modelo biopsicosocial, un administrativo informa si el carnet llegó de la ciudad de La Paz y se hace entrega en un sobre cerrado que remite el SEDES a las oficinas de cada regional de los municipios del país. Muchos de los padres, no sabe ni cómo interpretar el carnet, algunos debido a la entrevista a la que los convocamos, recién se fijaron en el porcentaje y comprendieron su alcance y sus limitaciones en cuanto a derechos que tienen con ese documento. Para Levin 2017, la certificación de la discapacidad como una tecnología bio-política en la cual el Estado clasifica, normaliza, y normativiza a la población desde una lógica de gubernamentalidad (Foucault, 1975), que para el caso, Para el niño, los padres sobre todo esperan la atención médica, los medicamentos y la terapia son otra gran expectativa que tienen para carnetizar al NYACD, el sistema nacional de salud, dispone en las ciudades dos o tres centros de atención concentrados en los centros urbanos, por lo que la atención tiene alta demanda y la ubicación geográfica se hace inaccesible por factores de distancia y costos de traslado.

Lo que el Gobierno nos da, no quisiera decir que no sirve para nada, pero es mucho esperar para que lo miren al niño muy por encima y luego no recibir una atención especializada... (padre de familia)

Yo creo que el bono ayuda en algo de lo que necesita mi hija, pero serían más útiles las terapias, ahí yo gasto mucho dinero... el transporte, podrían atender en los barrios, tanta gente que no puede traer a sus hijos a atender.

A mí me sirve el bono, pero también deberían tener más especialistas con terapias que no ofrecen aquí...

Prevalece la desinformación por parte del programa.



A nivel de las provincias, que son áreas muy dispersas de las ciudades, no existen centros de atención a NYACD, como tampoco personal preparado para atención basada en la comunidad.

Las familias luego de la carnetización no perciben cambios para sus hijos, la atención médica no satisface su expectativas, y menos la terapia porque no la consideran especializada para niños, en los servicios del Estado (Servicio de Fisioterapia del Hospital Santa Bárbara) se atienden casos de niño con alteraciones de origen neurológico, deportivo, o respiratorio en adultos, en el Centro Psicopedagógico Ciudad Joven San Juan de Dios, se otorga atención en otros tipos de terapia que no sólo sea física, pero por la alta demanda, los padres pierden su espacio si dejan de asistir a tres sesiones.

Estos servicios públicos no satisfacen la demanda de los padres, comparan con la atención privada y cuestionan la calidad de la atención sanitaria que ofrece el estado, algunos toman ambas terapias.

Me iba a sus fisioterapias en el Psico, pero no lo atendían bien, muchos niños, él ya ha estado en otros centros privados antes y veíamos que no lo hacían bien, con bajo interés, así que preferimos llevarlo a terapias privadas, ahí solo estaba programado para fisioterapia..

Nunca lo llevamos a ningún servicio gratuito porque él se operó en Chile y había que tener cuidado, iban a la casa unos terapeutas y luego supimos el centro universitario y ahí es donde le dan terapias

Le llevo al psico y aquí (se refiere al proyecto de neurodesarrollo USFX) y aquí pago, allá es gratuito pero no tienen como aquí salas equipadas y al final por si acaso los dos, para que así tenga ese beneficio por lo menos, el bono no les ayuda porque por el seguro de salud, igual tiene su atención gratuita.

Pocos cambios para la familia

El modelo médico parte de una fuente teórica clínica asistencial y patologizante de la discapacidad, por su parte la psicología deviene de las corrientes más duras de las ciencias cognitivas y conductuales, donde no cabe la mirada sistémica comunitaria del NCD. Para el caso de la entrevista de trabajo social se privilegian los aspectos relacionados con la normalización de la familia funcional que habita una vivienda y ciudad tipo (para el caso modelo occidental) que en el caso de familias migrantes o provenientes de entornos rurales no se aplican tales criterios.

Las familias no perciben cambios después de la carnetización porque no comprenden claramente el rol del Estado en la discapacidad, su mirada se reduce al asistencialismo en el ámbito de la salud, por lo tanto consideran que la atención médica y terapéutica no mejora con la carnetización. Algunos se enteraron en las discusiones de los grupos focales que hay rebaja en los

boletos de transporte y posible acceso a fuentes laborales para los padres, la información la reciben de vecinos o amigos, pero no reclaman por ejemplo formación o no esperan mayor respeto a sus hijos durante la calificación o carnertización como derecho a la inclusión social.

Los padres con niños en edad no escolar, no avizoran el futuro de la escuela para sus hijos, están enfrascados pidiendo terapias de mayor especialización y calidad, esto independientemente de su nivel educativo y nivel económico. Las familias con menores ingresos, están agradecidas por lo que el Estado les brinda.

Los padres que esperan la renta "solidaria" se encuentran en situación de desempleo, migración y pobreza, y buscan atención médica, ayuda para gastos de hospital, valoran mucho la asistencia del Estado para usar ese dinero en la alimentación, medicamentos, terapias, pañales para sus niños.

A diferencia de otros estudios en adultos con discapacidad, las familias con nivel económico medio no buscan una calificación de mayor porcentaje de discapacidad para sus hijos, sino beneficios para atención especializada, más recursos como órtesis, tecnología y escuela. Otros utilizan el dinero para buscar más terapias no sólo físicas, sino de lenguaje, terapia ocupacional, musicoterapia, terapia del arte, danza entre otros. Los padres, aunque reclaman sobre todo atención médica y terapia física en forma explícita, reconocen el valor de las mejores por efecto de las sesiones menos convencionales.



El gobierno debería mejor atención médica, y tener fonoaudiólogos, con eso mi hijo ha mejorado bastante, por eso sigo viniendo aquí, a mí me queda lejos esto, pero veo avances.

Los médicos sólo me dieron sus medicamentos, pero por una compañera supe que atendían también en psicomotricidad y juego, eso le ha ayudado a mejorar mucho.

No le dieron el carrito para que camine, dijeron en seis meses, pero yo veo que capaz ya no va a necesitar...

Su papá no sabe que tiene su carnet, aquí le habían puesto 40%, ahí vi que no era mucho, que ella podía salir adelante, cuando pregunté porque no le daban el bono me dijeron que vuelva en seis meses, que ahí tal vez le den, pero creo que cuando le vuelvan a calificar, va a estar mejor todavía, va a bajar más, y eso es porque su terapia que pago le hace bien.

El rol paternalista injusto del Estado.

Los discursos de los funcionarios también van en ese sentido, sienten que el Estado otorga el beneficio, apoyo, ayuda y beneficencia para las familias con las “ventajas” que tiene la carnetización.

Unas de las manifestaciones más evidentes del proceso de carnetización es el modelo benefactor que asume al calificarlas, pues descalifica inútilmente a los NYACD; muchas familias se someten a este proceso que luego banalizan cuando se frustran ante el no cumplimiento de las expectativas. Para Venturiello (2017) incluye la construcción de su dependencia y el incremento de la necesidad de cuidados. Los principios de la Ley 223 señalan que se busca lograr la efectiva inclusión social de las personas con discapacidad, pero esto no perciben los padres de familia ni se recoge esta intencionalidad del personal del PRUNPCD. Se observa cómo los postulados que hace el modelo de la salud colectiva se adecuan a estas realidades, pues éste aborda la salud-enfermedad a partir de una perspectiva histórica cómo la participación de los sujetos en procesos de producción y reproducción social son las que condicionan su accesibilidad o no.

Otra característica en el personal es que detentan el monopolio simbólico al modelo médico para definir la “deficiencia” como un alejamiento de lo que es biomédicamente comprendido como normalidad en función de la división social del trabajo. Así, el Estado, a través de la certificación de la “invalidez”, crea una definición legítima de las categorías “deficiencia”, “discapacidad” y “discapacitado”, reduciéndolas al plano médico y científico, contribuyendo así a la reproducción de las relaciones capitalistas (Rosato y Angelino, 2009). Esto genera, potencialmente, un coeficiente simbólico negativo que incide en la estratificación y en el reconocimiento. (Ferrante y Dukuen, 2017)

Con ello, el Estado, se convierte en distribuidor de las identidades sociales legítimas (Bourdieu, 1997), otorga el monopolio simbólico al modelo médico para definir la “deficiencia” como un alejamiento de lo que es biomédicamente comprendido como normalidad en función de la división social del trabajo. Así, el Estado, a través de la certificación de la “invalidez”, crea una definición legítima de las categorías “deficiencia”, “discapacidad” y “discapacitado”, reduciéndolas al plano médico y científico, contribuyendo así a la reproducción de las relaciones capitalistas (Rosato y Angelino, 2009). Esto genera, potencialmente, un coeficiente simbólico negativo que incide en la estratificación y en el reconocimiento. De este modo, el Estado instaura una serie de coerciones que naturalizan una infravaloración de las personas con “discapacidad” y

promueven su reproducción al garantizar una especie de acuerdo tácito entre esos principios y las estructuras del mundo social. Esto explica por qué en términos estadísticos las personas con “discapacidad” presentan peores niveles educativos y sanitarios, menor participación económica y comunitaria, y más pobreza y dependencia que el resto de la población (Organización Mundial de la Salud, 2011). Esto es asociado a la existencia de barreras físicas y simbólicas que impiden la inclusión de esta minoría social.

El personal justifica sus acciones en la calificación porque se trata de niños en desarrollo, que en próximas evaluaciones podrían reducir el porcentaje de su calificación, pero si el Estado no brinda las garantías y condiciones para ello, los niños tienden a desarrollar procesos que siendo biológicos, puedan hacerse extensivos a otras esferas de su desarrollo. De ahí que se explica cuántos son calificados carnetizados, apoyando lo que señala Levin 2017, desde esta perspectiva, el control estadístico y el amparo en el discurso multidisciplinar tienen una importancia significativa.

Al constituirse el carnet en requisito para la sanitaria, medicamentos en forma gratuita, la inamovilidad laboral de los padres y otros beneficios, el Estado instaure coerciones que naturalizan dependencia del Estado.

Para Ferrante y Dukuen (2017), los dispositivos estatales, basados en lo que se denomina un

“modelo médico”, instauran una discriminación institucionalizada de las personas con “deficiencias” al “imponer una presunción de inferioridad biológica o fisiológica” de sus cuerpos. El proceso de registro en el caso de los niños con discapacidad debe iniciarse con la presentación de un informe que documente el seguimiento y mantenimiento de la discapacidad por un periodo de seis meses anteriores al trámite. (Venturiello, 2016. Aún contando con el certificado de discapacidad y sus habilitaciones (etiqueta y estigma), estudios cualitativos evidencian que los inconvenientes burocráticos y los abordajes fragmentarios del sistema de salud, no alcanzan a responder adecuadamente a las atenciones en salud, físicas y psicológicas de muchas personas con discapacidad y en situación de dependencia

La calificación la efectúa un equipo dirigido por el médico (recreando en cada informe el poder de la observación y la medición funcional, y la concepción de discapacidad como tema médico) el psicólogo y el trabajador social, posiblemente estén presentes para justificación del denominado modelo biopsicosocial, sin embargo, la concepción teórica de la discapacidad desde donde parte el PRUNPCD durante el proceso de carnetización es atención al cuerpo como estructura y como función.

En este sentido, es urgente la existencia de un cambio de paradigma en curso sobre la manera de entender y certificar a la *discapacidad* (Ferrante, 2015) es

analizada detenidamente dado que las definiciones del discurso estatal se sustentan en un saber-poder (Foucault, 1976) que se legitima en la crítica al *modelo médico* de la *discapacidad* del cual pretende delimitarse. Levin 2017.

Para Ferrante y Dukuen (2017) desde el modelo social, este es un ejemplo paradigmático de alienación de la persona con “discapacidad”, en tanto aceptación de la tragedia médica personal. Para estos autores, la dominación solo es efectiva en la medida que los agentes se piensan en sus términos, por lo tanto, es un dato a comprobar, que no puede darse por sentado. Las familias sienten traicionada la confianza puesta en los beneficios que ofrece el PRUNPCD, sobre todo en los casos de aquellos que permanecen en la ciudad en condición de migrantes por la ausencia de red familiar que los apoye. Para (Venturiello, 2016) la discapacidad de un integrante de la familia afecta profundamente a todo el grupo, exige el reordenamiento de la reproducción de la vida cotidiana y del hogar. En estudio que realiza recoge narraciones de las percepciones y emociones respecto a la discapacidad, los estilos de vida y la vida social de los cuidadores, la distribución del trabajo doméstico, el afrontamiento de la desocupación del miembro con discapacidad, la organización, las disposiciones e intercambios vinculados al cuidado, las redes externas y la gestión de los obstáculos sociales donde se expresa cómo las diferencias de nivel socioeconómico configuran disímiles experiencias del cuidado.

La dominación es efectiva porque el agente naturaliza la violencia simbólica, es decir, si en el caso en cuestión se reconoce a sí mismo como portador de una “deficiencia” que constituye una tragedia personal y que lo margina de la vida social general, desconociendo la arbitrariedad de esta categoría. Para Abberley en 2008, señala que las personas con “discapacidad” pueden entenderse como parte de un grupo oprimido, por cuatro razones: 1) en conjunto se encuentran en una posición inferior que el resto de la sociedad, 2) esta desigualdad es generada por la portación de una “deficiencia”, 3) y está asociada con un grupo de ideologías “que justifican y perpetúan esa situación” y 4) tales desventajas son productos históricos y sociales (Ferrante y Dukuen, 2017) sostienen que “explica” la opresión de esta minoría, (Barnes, 1998) y considera que los planteos originales no han prestado suficiente atención a su aspecto social, pero que no queda claro cómo se interioriza esta opresión, ni los rasgos que la singularizan. A la vez, el papel del cuerpo como potencial espacio de creación de los agentes no aparece vislumbrado y desaparece en las estructuras sociales que plantea este modelo. (Ferreira, 2017).

El registro y la calificación se dan luego de seis meses de controles médicos o terapias, lo que implica que se busca la cronificación de la discapacidad para emitir el carnet de PCD. La discapacidad aún esta medicalizada, habría que repensar la integralidad de las leyes 475 y la ley 223, cuyos fines se sostienen en ese concepto, la búsqueda de la salud por parte de los NYACD pasa aún por las políticas medicalizantes de la salud que sostiene el Estado. De esta manera

se sostiene y reproduce en su certificación, contribuye a la corporización potencial de un habitus de la discapacidad (Ferrante y Ferreira, 2009, 2011) en los niños oficialmente discapacitados (Levín 2017)

La calificación se basa en los principios del estudio de la exploración, el examen físico, el estudio de la cinesiología como base de las evaluaciones en el caso de discapacidad motora, y la aplicación de una batería de test en el caso de la discapacidad intelectual. Los casos de discapacidad sensorial reciben informes de estudio de audiometría y oftalmología. Para el caso de la discapacidad sensorial táctil o propioceptiva no se aplican instrumentos o escalas, y la calificación se basa principalmente en la observación de la conducta. Es través del cuerpo se naturalizan relaciones de dominación arbitrarias e históricas (Ferreira Cuerpo y discapacidad una propuesta teórica-metodológica desde la sociología crítica) por ello Ferrante y Dukuen (2017) hablan de la importancia de detenerse en la experiencia de la “deficiencia” o de la “discapacidad” sería una empresa desestimada, en tanto se considera que psicologiza y medicaliza el abordaje, reproduciendo la opresión que afecta a esta minoría citando a (Ville, Fillion y Ravaud, 2014).

Estado es quien posee el monopolio de la violencia simbólica para definir los principios de percepción (esquemas y disposiciones del habitus) que los agentes aplican al mundo, por el cual lo perciben, recrean o transforman. Su poder de universalización —especialmente vehiculizado a través de la escuela y el derecho— está en el principio de constitución de una moral instituida que contribuye al orden político instaurado (Dukuen, 2015). Naturalizando los arbitrarios culturales y deshistorizando sus procesos de creación, las prácticas estatales de violencia simbólica inculcan ciertos principios de visión y división social como algo habitual y “dado”

El objetivo de las exposiciones, talleres y participaciones en eventos es no dar por sentado que las tentativas por imponer categorizaciones sociales se vuelven productivas mecánicamente (Dukuen, 2013) y, por lo tanto, describir efectivamente mediante la investigación social no solo las operaciones institucionales de objetivación de la dominación, sino también la experiencia vivida de ellas y, por lo tanto, los efectos de sentido que producen en los cuerpos: esto implica ir más allá de los extremos opuestos de la dominación absoluta y la rebelión y permitirse ver los diferentes grados entre los que se mueve la experiencia práctica

Los objetivos del PRUPCD no consideran el componente educativo y de capacitación a las familias a base de modelos comunitarios desde un enfoque social de la discapacidad como producción política y cultural. Las actividades de trabajo educativo de reconstruir el concepto de discapacidad como producción social y política se remiten a mensajes publicitarios en medios de comunicación o campañas itinerantes al modelo biopsicosocial y los principios de igualdad, solidaridad, que no tienen efecto en el cambio

Los discursos actuales sobre el cuerpo de NyACD desde el PRUNPCD está enmarcados en el los modelos tradicional y el modelo biomédico (Saffa, 2015) de la discapacidad, asumiendo el modelo propuesto por la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS en 2007, legitimando de esta formas las asimetrías y las desigualdades. (Rosato y Angelino, 2009)

Se observa la presencia de trazos de biopolítica en el proceso de la carnetización de NyACD, donde impera el saber es poder y a través de dispositivos estatales y prácticas disciplinarias que aplican los funcionarios del PRUNPCD cuando califican y certifican la discapacidad, ese rol representa a un Estado sancionador y discapacitador. Para Ferrante y Dukuen (2017) esto encubre una especie de explotación por parte de los saberes expertos hacia las personas con

“deficiencias” el Estado, a través de la certificación de la “invalidéz”, crea una definición legítima de las categorías “deficiencia”, “discapacidad” y “discapacitado”, reduciéndolas al plano médico y científico, contribuyendo así a la reproducción de las relaciones capitalistas (Rosato y Angelino, 2009).

Los cambios en las familias luego de la certificación no favorecen a las madres, quienes generalmente son las que cuidan la discapacidad, dejan sus estudios y trabajo y las que sostienen la economía del hogar eligen un tipo de trabajo que no las saque de su hogar para así cuidar de sus hijos, hallazgos que coinciden con Conde (2014) y Maldonado, et al, (2018) disminuyendo con ello sus ingresos económicos, y la posibilidad de cubrir las necesidades familiares y reproduce las desigualdades sociales. Venturiello en un estudio anterior de 2016, señalaba que en cuidado de las personas con discapacidad opera una lógica de género en donde las mujeres son percibidas como depositarias naturales de los cuidados, situación que advertimos en el proyecto, pues son el 90 % de madres las que acuden a las terapias.

El modelo teórico de discapacidad a través de los discursos de los profesionales implicados es mixto, tiene rasgos del modelo tradicional y del modelo médico, el énfasis está puesto aún en mirada y la búsqueda de normalidad, para distinguirla de la anormalidad, para el caso los niños con discapacidad el propio Estado enfatiza la desigualdad y la exclusión de este grupo con una distinción categorial anormalidad estructural y disfuncionalidad. Esta forma de opresión impuesta por una organización social que, al no tener en cuenta las necesidades de las personas con “deficiencias”, niega o restringe sus posibilidades de participación social, homologando sus condiciones de vida como grupo oprimido Ferrante y Dukuen (2017), citando a (Oliver y Barnes, 2012). El carácter ontológico de la denominada ausencia de funcionalidad y normalidad son en sí mismas una forma de violencia simbólica que atraviesa todo posible estigma posterior.

Conclusiones

Los principios del modelo biopsicosocial en el proceso de calificación/certificación de la discapacidad a NYACD sostienen el “proceso de normalización” donde la atención se centra en la discapacidad (en aquello que la persona no es capaz de realizar), se produce la subestimación hacia las aptitudes de las personas con discapacidad, y así el tratamiento social otorgado se basa en una actitud paternalista y caritativa, enfocada hacia las deficiencias porque se busca equipararlas al resto. De ahí que las prácticas reproducen inclusive trazos del modelo anterior al médico, por las características de exclusión, ya sea como consecuencia de subestimar a los niños con discapacidad y considerarlas objeto de compasión y el rechazo a su accesibilidad a cualquier ámbito de su etapa del desarrollo.

El cuerpo del niño con discapacidad desde el sistema de salud Bolivia es una categoría fisiopatológica en formación, donde parte de su desarrollo fisiológico se consolidará en su vida adulta, por ello es necesario esperar su rehabilitación para otorgarle una renta, y es patológico en tanto que no cumple con los indicadores de estructura y funcionalidad (motricidad, cognición, socialización y aprendizaje) esperadas para su edad.

Los padres de los NYACD cuando piden sobre todo atención médica, terapias y bonos al Estado resultan ser víctimas de la dominación que se hace efectiva porque el agente naturaliza la violencia simbólica, reconocen a sus hijos como portadores de una “deficiencia” que constituye una tragedia personal y que lo margina de la vida social general, desconociendo la arbitrariedad de esta categoría Ferrante y Dukuen 2017, como sostienen estos autores, el cómo proyectan el futuro de los NYACD constituyen una muestra de cómo los principios de percepción, tanto de la “deficiencia” como de los “discapacitados”, son productos históricos estatales.

La no “mirada atenta” a los signos y características de la diversidad funcional, la no certificación oficial y la no otorgación de la renta solidaria a NYACD, muestra cómo el Estado se constituye en el distribuidor de las identidades sociales legítimas (Bourdieu, 1997), el niño con discapacidad no porta capital simbólico para el Estado y aunque le otorga el monopolio simbólico al modelo médico para definir la “deficiencia” como un alejamiento de lo que es biomédicamente comprendido como normalidad en función de la división social del trabajo, este no representa un grupo merecedor aún de derechos, porque no reclama, no hace huelga, no produce y sus padres están dominados por el modelo médico de la normalización y la cura a NYACD

Como señalaron Ferrante y Dukuen en 2017, el estado es quien posee el monopolio de la violencia simbólica para definir los principios de percepción (esquemas y disposiciones del habitus) que los agentes aplican al mundo, por el cual lo perciben, recrean o transforman. Los discursos y las prácticas

de los funcionarios del PRUNPCD están enmarcadas en el modelo asistencial y paternalista de la discapacidad, El Estado resulta el benefactor, caritativo y generoso.

Durante el proceso de carnetización hay una serie de producción de sentidos descalificantes que sostienen el asistencialismo por parte del PRUNPCD y el Ministerio de Salud estatal (ayuda, apoyo, beneficio, bono, asistencia, ventajas, entre otros) para el supuesto cuerpo enfermo, que no es suficiente para que el Estado le brinde protección social que garantice su crecimiento y desarrollo integral.

Para Ferrante y Dukuen (2017) Las políticas compensatorias propician la dependencia de la burocracia médica y estatal, lo cual lleva a sus protagonistas a pensarse en términos denigratorios. Esto encubre una especie de explotación por parte de los saberes expertos hacia las personas con “deficiencias”: los profesionales son quienes deciden por ellas, socavando su poder de autonomía. El motivo que justifica esta dependencia es el imperativo cultural que erige como único destino social deseable la portación de un cuerpo capaz y que sanciona a quienes se alejan de él.

Las lecturas de la “discapacidad” como generadora de lástima y merecedora de “solidaridad” (Ferrante, 2015) Las políticas compensatorias propician la dependencia de la burocracia médica y estatal, lo cual lleva a sus protagonistas a pensarse en términos denigratorios. Ferrante y Dukuen 2017

La carnetización de los NYACD implica una serie de condiciones burocráticas que atraviesan por ritos y una serie de categorías de poder que implican dependencia estatal, exclusión para quienes no aceptan el carnet, generacional, porque al ser menores están representados socialmente, que impiden su reconocimiento y el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades como niños que son.

La calificación implica una sustracción de cualidades, condiciones o características que lo identifican como portador de diversos grados de discapacidad. Los padres de NYACD acuden al PRUNPCD, porque demandan aval para la admisión a la escuela, o la gratuidad de las atenciones médicas y otros por la renta “solidaria” que reciben como parte de un pacto perverso, porque las familias esperan de la calificación 51% o más para recibir un monto económico en condición de beneficencia que resulta infectiva porque deben buscar atención médica y terapéutica privada.

El Estado debe dejar ese rol paternalista y asistencial de la salud, los NYACD, no requieren para su inclusión un certificado o una renta, necesitan que se efectivicen las políticas públicas inclusivas, con enfoque comunitario que contribuya a discutir las barreras sociales con las que enfrentan los NYACD y sus familias. Según Venturiello (2017), es importante generar propuestas

para políticas públicas que promueven la autonomía personal, mediante una serie de apoyos destinados a reducir la dependencia, basados en el respeto de derechos (Díaz, 2010), sólo de esta forma se podrá “promover los derechos humanos y las libertades fundamentales de las niñas con discapacidad en igualdad de oportunidades en todas las esferas de la vida como sostiene este principio de la ley 223.

A la luz de los resultados de este estudio se abre un escenario inusitado que resulta importante para potenciar prácticas empoderadoras por parte de los padres, y propiciar alianzas con otros sectores como la academia responsable de la formación de futuros diseñadores de políticas públicas.

Referencias Bibliográficas

Barnes, C. (1998) *Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental*. En *Discapacidad y Sociedad*, L. Barton (comp.) Madrid: Morata S.L

Basso, G. (2016) *Neurodesarrollo en Neonatología Intervención ultratemprana en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Madrid: Panamericana.

Bourdieu P. (1997) *Meditaciones pascalianas*. Anagrama, Barcelona.

Bourdieu, P. (1998) *La distinción*. Madrid, Barcelona: Taurus.

Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo Veintiuno Editores.

Conde, S. (2014) *¿Infancia eterna? niñez en situación de discapacidad y derecho al cuidado*. La Paz: CIDES-UMSA.

Díaz, E. (2010) Ciudadanía, identidad y exclusión social de las personas con discapacidad. *Revista Política y Sociedad*, 47 (1), pp. 115-135

Ferrante, C. (2009). Algunas reflexiones sobre la situación de discapacidad en la Argentina en la actualidad”; IV Jornadas de Jóvenes Investigadores del Instituto Gino Germani: Recuperado de http://www.iigg.fsoc.uba.ar/jóvenes_investigadores/4jornadasjovenes/EJES/Eje%207%20Políticas%20del%20Cuerpo/Ponencias/FERRANTE,%20Carolina.pdf.

Ferrante, C. y. Ferreira, M. (2011). Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad. *Revista. Sociológica de pensamiento crítico*, 5(2), pp. 85-101.

Ferrante, C. (2015). Discapacidad y mendicidad en la era de la Convención: ¿postal del pasado? *Convergencia: Revista de Ciencias Sociales*, 22(68), pp.151-176.

Ferrante, C. Dukuen, J. (2017). Discapacidad y opresión. Una crítica desde la teoría de la dominación de Bourdieu. *Revista de Ciencias Sociales*, 30 (40), pp. 151-168.

Ferreira, M A V. (2009) Discapacidad, corporalidad y dominación. La lógica de las imposiciones clínicas. XXVII Congreso de la asociación latinoamericana de sociología VIII jornadas de sociología de la UBA . Asociación Latinoamericana de Sociología.

Ferreira, M A V. (2017). La discapacidad: entre la formalidad político-discursiva y experiencia incorporada *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 23 (1) pp.20-32.

Foucault, M. (1975/2000) *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.

INE. (2013) Censo de Población y Viviendas 2011. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Levin A. (2017). *¿Qué determina la discapacidad en la infancia? Un estudio sobre la certificación estatal*. Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas. Universidad de Buenos Aires Facultad de Filosofía y Letras. Buenos Aires; Argentina.

Ley de la persona con discapacidad boliviana N° 223. Gaceta oficial de Bolivia. Decreto Supremo N° 1893. La Paz, Bolivia, (2 de marzo de 2012).

Ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia. N° 475. Gaceta Oficial de Bolivia. Decreto Supremo N° 1984. La Paz, Bolivia (30 de abril de 2014).

Maldonado, C. Villacorta, R. Ramírez, I. (2018) Universitarios de San Francisco Xavier de Chuquisaca ante a la discapacidad: Un desafío para un Nuevo modelo de salud. Q'EPÍRIS del conocimiento Serie: *Reflexiones universitarias en el arte de educar* Vol 2. Sucre, Gaviota del sur. pp.168-177.

Ministerio de salud y deportes. (2013). *Modelo de salud: atención integrada al continuo del curso de la vida*. Estado Plurinacional de Bolivia La Paz, Bolivia.

Ministerio de Justicia (2013). *Convención Sobre los derechos de las personas con discapacidad. Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad*. La Paz, Bolivia.

Observatorio de la Discapacidad (2000) *Hacia una sociedad más abierta para las personas con discapacidad*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. pp. 265.

Organización Mundial de la Salud-CIDDM. (1997). *Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías*, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO, Madrid, España

Organización Mundial de la Salud-CIF. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. IMSERSO. Madrid, España

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2006). *Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Nueva York: UN. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Mundial de la Salud, OMS, & Banco Mundial, BM. (2011). *Informe mundial de la discapacidad*. Ginebra: OMS.

Palacios, A. (2008) El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Madrid, Ediciones CINCA.

Ramírez, I., León, R., Chambi, C. 2015. Sin Acceso a mi ciudad: la negación simbólica del cuerpo. *Revista. Surgiendo*, 3. (1) 229-66.

Ramírez, I. (2016) Análisis de los procesos de detección y atención del riesgo psiconeurosensorial en menores de cinco años de los centros de atención primaria. *Revista Surgiendo*, 4(1), 150-167.

Rosato, A. y Angelino, M. A. (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Nov Educ.

Saffa, T. (2015) *Semánticas de la discapacidad en Chile. Un análisis desde las observaciones del sistema de salud y del sistema educativo* (Tesis de posgrado) Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.

UNICEF (2010) *Por los niños, niñas y adolescentes de Bolivia*. Bolivia: UNICEF. *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate*. Recuperado de https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_OPS_OMS_-_El_desarrollo_del_nino_en_la_primera_infancia_y_la_discapacidad_Un_documento_de_debate.pdf

UNICEF (2013) *Estado mundial de la infancia. Resumen ejecutivo. Niñas y niños con discapacidad*. Nueva York. EEUU.

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.

Venturiello, M. P. (2017) Políticas sociales en discapacidad: una aproximación desde las acciones del Estado en Argentina. *Revista Española de Discapacidad*, 5 (2), pp.149-169.

Venturiello, M.P. (2016). *La trama social de la discapacidad. Cuerpo, redes familiares y vida cotidiana*. Buenos Aires: Editorial Biblos. pp. 199.

Venturiello, M.P. Ferrante, C. (2018) *Discapacidad y salud desde dos investigaciones cualitativas: los itinerarios de la rehabilitación en Argentina y en Chile*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/327667484_Discapacidad_y_salud_desde_dos_investigaciones_cualitativas_los_itinerarios_de_la_rehabilitacion_en_Argentina_y_en_Chile

EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD

Javier Bladés Pacheco

RESUMEN

Los estudios psicológicos realizados en la ciudad de Tarija, a través de pericias psicológicas, en víctimas de abuso sexual infantil muestran que el mismo es un fenómeno que siempre está acompañado de malestar psicológico. El objetivo fue identificar las consecuencias psicológicas del abuso sexual en un grupo de niños y adolescentes de ambos sexos víctimas de este ilícito con y sin discapacidad que presentaron denuncia penal y fueron evaluados victimológicamente a través de pericias forenses psicológicas en el periodo de tiempo del 2002 al 2012, utilizándose tres variables: nivel intelectual, personalidad y aspectos afectivo emocionales, para lo cual se utilizó las pericias sustentadas en los procesos de investigación judicial. Los resultados mostraron que la violación sexual implica una interferencia en el desarrollo evolutivo del niño. Es una experiencia traumática que suele ser vivida como un atentado a su integridad, un ataque a su cuerpo, a su estado psicológico, a su sexualidad, a su integridad, en donde su integridad, su dignidad y libertad se ven afectados en grado variable.

Palabras Clave: Víctima, violación, Consecuencias psicológicas, discapacidad.

Psychological effects of sexual violence in children with disabilities

ABSTRACT

Psychological studies conducted in the city of Tarija, through expert psychological examinations, in victims of child sexual abuse show that it is a

phenomenon that is always accompanied by psychological distress. The objective was to identify the psychological consequences of sexual abuse in a group of children and teenagers from both sexes, with and without disabilities, who were victims of this crime, had submitted criminal charges and were assessed victimologically through psychological forensic examinations during the period between 2002 and 2012, making use of three variables: intellectual level, personality and affective emotional aspects, for which the examination procedures supported by the judicial investigation processes were used. The results show that sexual assaults imply an interference in the child's evolutive development. It is a traumatic experience lived as an attempt on their integrity; it is an attack towards their bodies, their psychological state, their sexuality, and their integrity, in which their integrity, dignity and freedom are affected in variable degrees.

Key words: Victims, Sexual Assault, Psychological Consequences, Disability.

Effets psychologiques de la violence sexuelle chez les enfants handicapés

RÉSUMÉ

Des études psychologiques menées dans la ville de Tarija, à travers des études psychologiques des experts chez les victimes d'abus sexuels sur enfants, montrent que c'est un phénomène toujours accompagné de détresse psychologique. L'objectif était d'identifier les conséquences psychologiques d'un abus sexuel sur un groupe d'enfants et d'adolescents victimes de ce crime,

avec ou sans handicap, qui avaient porté plainte et qui avaient été évalués sur le plan de la victimologie par le biais de spécialistes de la criminalistique psychologique, entre 2002 et 2012, en utilisant trois variables: le niveau intellectuel, la personnalité et les aspects émotionnels, pour lesquelles l'expertise basée sur les processus d'enquête judiciaire a été utilisée. Les résultats ont montré que le viol implique une

ingérence dans le développement évolutif de l'enfant. C'est une expérience traumatisante qui est généralement vécue comme une atteinte à son intégrité, une atteinte à son corps, à son état psychologique, à sa sexualité, à son intégrité, où son intégrité, sa dignité et sa liberté sont affectées à des degrés divers.

Mots-clés : Victime, viol, conséquences psychologiques, handicap.

INTRODUCCIÓN

Las prácticas de violencia y abuso sexual, sobre todo si son ejercidas contra la mujer, representan de por sí un tema muy complejo del que esporádicamente se ocupa alguna campaña estatal o, cuando cuentan con el apoyo y los recursos necesarios, también lo encaran determinados organismos de derechos humanos. Lo cierto es que más allá de constituir aún un flagelo difícil de erradicar, cuando se asocia la discapacidad a la resistencia y el prejuicio social, aumentan al punto de convertirse en un tema al que como sociedad podemos acceder solo a través de las noticias policiales o en crónicas amarillistas.

Pero, salvo mínimas excepciones, ningún medio aprovecha los sucesos para desarrollar una investigación sobre los abusos cometidos regularmente contra las mujeres y niños con discapacidad, como tampoco nadie acompaña a los familiares de las víctimas en el extenso y previo peregrinar por la justicia para hacer valer sus derechos.

Muchos son los orígenes de esta realidad; en primer lugar, la ausencia de una política clara y contundente de educación sexual diseñada para ser comprendida más allá de cualquier discapacidad. Esto se transforma en el mejor aliado de los abusadores y el peor enemigo de las potenciales víctimas. Luego, cuando el abuso se hizo presente, en medio de la indefensión y la soledad, el temor y la vergüenza, víctimas de una doble discriminación, las mujeres y los niños con discapacidad sometidos a violencia y abusos pasan al territorio del silencio. Un silencio alimentado por la ausencia del Estado y por tabúes impuestos desde una sociedad que no se siente preparada para abrazar la problemática ni atender sus consecuencias.

No es coincidencia que los casos de violación en nuestro medio se hayan dado en sectores carenciados de la sociedad. Factores insoslayables como el económico y el social están estrechamente ligados a la discapacidad.

En el caso de mujeres y niñas con discapacidad mental o múltiple, los riesgos lógicamente se incrementan.

Al mismo tiempo, el daño producido socialmente hacia la propia imagen corporal y la estima personal las expone potencialmente, ya que, víctimas del aislamiento, los prejuicios y la exclusión social, quedan varadas en una zona marginal sin representación o contención.

Discriminación, pobreza, aislamiento, baja autoestima, son todos factores de riesgo que propician el abuso sexual en las personas con discapacidad. Por esto se pretende mostrar que las mujeres y niñas con discapacidad son más vulnerables a ser víctimas de abuso sexual debido a: ser menos capaces de defenderse físicamente, dificultad de acceso a los puntos de información y asesoramiento debido a las barreras arquitectónicas y comunicacionales, miedo a denunciar el abuso por la posibilidad de perder el vínculo y la provisión de cuidados, mayor dependencia de la asistencia y cuidados de otros, menor credibilidad a denunciar hechos de este tipo ante algunos estamentos sociales, frecuentes con vivencias en entornos que favorecen la violencia.

La discapacidad genera múltiples condiciones que dificultan los procesos de denuncia y detección de la violencia o el abuso sexual. Por lo tanto, la sociedad junto a las asociaciones de personas con discapacidad y los profesionales, deben convertirse en un ámbito de reguardo y eco de las necesidades de las personas con discapacidad.

Históricamente, las personas con discapacidad han sido tratadas como criaturas y no como son: seres humanos y ciudadanos de derecho. La consecuencia de esta discriminación exacerbada contra las personas de este grupo social, aun en la actualidad, es desastrosa y extremadamente nociva para sus vidas. Aunque existen instrumentos legales nacionales e internacionales que defienden y protegen los derechos de las personas con discapacidad, desde que nacen, ellas estarán más propensas a sufrir toda clase de violencia: abandono al momento de nacer, abuso sexual, violencia física y psicológica, maltrato, discriminación, exclusión, etc.

Aunque el movimiento en defensa de las personas con discapacidad ha crecido en forma significativa en el mundo, cuando se centra la atención en los derechos de los niños y jóvenes, se constata que ellos son aún más invisibles que los adultos con discapacidad. Los niños, por lo general, no son considerados sujetos de derechos y esto los vuelve vulnerables a toda clase de violencia.

Según el estudio de la Alianza Save the Children (2002), la invisibilidad ocurre porque:

- 1.- Es común la creencia de que las necesidades prioritarias de los niños con discapacidad son las terapias especializadas o el tratamiento;
- 2.- Existen creencias y supersticiones tradicionales que llevan a que las familias se avergüencen de sus hijos con discapacidad;

- 3.- Existe falta de servicios de apoyo a las familias que no tienen acceso a la información, ni a oportunidades de conocer mejor y entender lo que es la discapacidad;
- 4.- La segregación y la institucionalización de las personas con discapacidad son prácticas tradicionales y por lo tanto consolidadas.

Estas personas pueden estar escondidas al interior de las familias, en escuelas especiales o en instituciones. Estos sujetos pueden estar encerrados, abandonados o tener tratamientos y cuidados necesarios; sin embargo, el aislamiento social y educacional de los niños, jóvenes y adultos con discapacidad es una violación a su derecho de vivir en sociedad y de tener iguales oportunidades de desarrollo humano y aprendizaje.

Como lo expresan Rodríguez, Aguiar y García, (2012) el abuso sexual infantil no ocurre solo en poblaciones marginales, sino que abarca todas las culturas y todas las clases sociales y el ámbito más frecuente donde se produce el abuso es el ámbito familiar, lo que hace su abordaje más problemático. Cuanto más cercano a la familia es el acto de abuso, es más difícil trabajar, teniendo en cuenta en el caso de niños pequeños o personas con discapacidad, la información solo llega a través de terceros. Rodríguez et al., (2012) citan que, en América Latina, 1 de cada 5 niños son abusados por un familiar cercano, en más del 50% hay evidencias de situaciones incestuosas; el 80% son amigos, vecinos o parientes.

Pereda (2009), indica que no se trata de un problema reciente. En mayor o menor medida, los malos tratos a la infancia son una constante histórica, que se produce en todas las culturas y sociedades y en cualquier estrato social, constituyéndose en un problema universal y complejo, resultante de una interacción de factores individuales, familiares, sociales y culturales que puede incluso, llegar desembocar en la muerte del menor.

Acuña (2014), explica que a pesar de que cualquier niño o niña puede ser víctima de abuso sexual. Existen algunos factores de riesgo relacionados directamente con el niño como ser edad, género, aspecto físico, ser un hijo no deseado o adoptado, discapacidad, tener mayores necesidades afectivas; o indirectos como presencia de hombres ajenos a la familia, ausencia de armonía marital, padres drogodependientes o alcohólicos, status socioeconómico bajo, familias numerosas y promiscuidad en la misma.

Según la definición de García-Piña, Loredó-Abdala, Trejo y Casas, (2013), el abuso sexual tiene lugar cuando el niño es sometido por otra persona a prácticas sexuales que no corresponden a su desarrollo y que en ningún momento puede dar su consentimiento; estas prácticas se caracterizan por tocamientos o caricias sexuales, peticiones para realizar actividades sexuales, exhibicionismo, exposición o uso del menor para generar material pornográfico.

La violación sexual se entiende como la penetración vaginal, anal u oral con el pene o cualquier otro tipo de objeto, en forma abrupta, con violencia física y emocional y control de la situación mediante el uso de la fuerza.

Como bien lo indica Benítez y Cantón (2014), la investigación en materia de abuso sexual infantil resulta una tarea difícil en el momento de revelar estadísticas objetivas, debido a que cultural y socialmente el tema se trata en forma secreta para los implicados en el acto. Del mismo modo se advierte que el abuso sexual en la infancia es el que ha suscitado mayor repercusión social, psicológica y política en los últimos años.

A esta situación se debe sumar lo indicado por Rodríguez, Naranjo y Medina (2013), que muchos casos de abuso sexual no se denuncian por que la víctima se encuentra inmersa en situaciones de marcada dependencia emocional o financiera, y por evitar sentimientos de culpa y vergüenza o por temor a que se les culpe de la situación o también temen que el abusador los lastime nuevamente.

Las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil relacionadas a esta experiencia pueden perdurar a lo largo del ciclo evolutivo y configurar, en la edad adulta, los efectos a largo plazo del abuso sexual desarrollados a partir de los dos años siguientes a la experiencia de abuso.

Almonte, Insunza y Ruiz (2002), indican que el abuso sexual infantil se destaca de otras formas de maltrato infantil por primar en aquel las perturbaciones psicológicas por sobre el daño físico, repercutiendo en la víctima negativamente durante su desarrollo psicosexual, afectivo social y moral. En algunas oportunidades las consecuencias del abuso pueden permanecer y reactivarse en el curso de la vida de la víctima.

García-Piña et al., (2013), indican que en el aspecto mental ocurren manifestaciones a corto plazo como estrés agudo o ansiedad. A mediano y largo plazo puede presentarse trastornos mentales diversos como estrés postraumático, depresión, ideación, intentos o suicidios consumados, entre otras.

Para Acuña (2014), las consecuencias derivadas del abuso sexual en menores de edad podrían clasificarse en aquellas observadas a corto o largo plazo; o bien, dependiendo del área que se vea afectada, es decir si son de carácter físico, psicológico, mental, social o sexual.

Pereda (2009), destaca que los problemas de relación es una de las áreas más afectadas en víctimas de abuso sexual infantil la relación social con iguales y adultos, ya sea pertenecientes a la familia o desconocidos, dada la ruptura que la experiencia de abuso sexual implica en la confianza de la víctima.

Por otro lado, Benítez y Cantón, (2014), expresan que las consecuencias del abuso sexual en el caso de niños y adolescentes suelen relacionarse con el desarrollo de problemas de conducta, complicaciones familiares y problemas escolares; mientras que el impacto social se vincula con el aumento del presupuesto para el tratamiento integral de las víctimas y sus familiares, por parte de los sistemas judiciales.

Soria Verde y Sainz Roca (2005), destaca que las agresiones sexuales a niños suelen ser conductas muy repetidas, y que se inician de forma leve para ir creciendo en intensidad. Esto conlleva los fenómenos de revictimización y por lo tanto, un mayor riesgo de alteraciones psicológicas.

El objetivo de este trabajo es ofrecer una revisión de los principales indicadores psicológicos o consecuencias psicológicas encontrados en pericias psicológicas forenses en víctimas de abuso sexual infantil con y sin discapacidad realizadas por el autor en la ciudad de Tarija- Bolivia comprendidas en el periodo de tiempo de 2002 al 2012.

Como bien lo expresan Tejero y González (2009), la labor del psicólogo, en su calidad de perito, debe centrarse en el análisis psicológico del menor como presunta víctima de abuso sexual infantil, ya sea desde la evaluación de posibles lesiones o secuelas clínicas en su esfera psicológica o desde el análisis de la credibilidad del testimonio y deberá evitar mezclar la labor pericial con la asistencia o terapéutica, por motivos éticos y técnicos.

El presente trabajo de investigación corresponde al área de la Psicología Jurídica y Forense y más específicamente se encuadra en la materia de la victimología que como lo expresa Pozueco Romero (2013), es el estudio científico de las víctimas o de aquellos individuos o grupos que han sufrido daños o pérdidas, tanto si son víctimas de un crimen específico, de una opresión generalizada o de un desastre natural. En el presente caso se trabajó con una victimología interaccionista o victimología penal que es el estudio de las dinámicas entre las víctimas y sus agresores y está limitada a aquellos que han sido víctimas de un crimen específico.

En el presente trabajo el tipo de victimización corresponde a la primaria, proceso por el cual una persona sufre, de modo directo o indirecto, daños físicos o psíquicos derivados de un hecho delictivo o acontecimiento traumático.

Se inscribe en el marco de la práctica pericial y surge a partir de casos peritados en el fuero penal.

Sin embargo, la evaluación pericial psicológica muestra un perfil propio caracterizado por:

La persona evaluada está inmersa en un proceso judicial, que es motivo de la intervención del psicólogo forense. No existe, por tanto, voluntariedad

por parte del sujeto a la exploración o es una voluntariedad mediada por la estrategia de defensa de su letrado.

El objetivo de toda exploración pericial psicológica es dar respuesta a la demanda solicitada desde el ámbito jurídico, es decir realizar una valoración psico-legal desde un punto de vista técnico.

El informe pericial psicológico como documento legal (medio de prueba) aportado a un procedimiento judicial está sujeto al cumplimiento de los principios garantistas de todo proceso (publicidad, oralidad, contradicción e inmediación), que constituyen la base para hacer efectivo el derecho constitucional a una tutela judicial efectiva.

La denominación perito abarca el concepto de experimentado, entendido, práctico, versado en un arte o técnica, autorizado legalmente para dar su opinión acerca de algo que es de su dominio.

Los puntos de pericia, son, por así decirlo, el punto de partida de nuestra tarea. Es el eje directriz sobre el cual basamos todo nuestro estudio, en el informe sólo se volcarán aquellos que estén verdaderamente entrelazados con los puntos entrelazados.

Metodología

El presente trabajo de investigación corresponde al área de la Psicología Jurídica y Forense y más específicamente se encuadra en la materia de la Victimología que como lo expresa Pozueco Romero (2013), es el estudio científico de las víctimas o de aquellos individuos o grupos que han sufrido daños o pérdidas, tanto si son víctimas de un crimen específico, de una opresión generalizada o de un desastre natural. En el presente caso se trabajó con una victimología interaccionista o victimología penal que es el estudio de las dinámicas entre las víctimas y sus agresores y está limitada a aquellos que han sido víctimas de un crimen específico.

En el presente trabajo el tipo de victimización corresponde a la primaria, proceso por el cual una persona sufre, de modo directo o indirecto, daños físicos o psíquicos derivados de un hecho delictivo o acontecimiento traumático.

Se inscribe en el marco de la práctica pericial y surge a partir de casos peritados en el fuero penal.

Sin embargo, la evaluación pericial psicológica muestra un perfil propio caracterizado por:

- La persona evaluada está inmersa en un proceso judicial, que es motivo de la intervención del psicólogo forense. No existe, por tanto, voluntariedad por parte del sujeto a la exploración o es una voluntariedad mediada por la estrategia de defensa de su letrado.

- El objetivo de toda exploración pericial psicológica es dar respuesta a la demanda solicitada desde el ámbito jurídico, es decir realizar una valoración psico-legal desde un punto de vista técnico.
- El informe pericial psicológico como documento legal (medio de prueba) aportado a un procedimiento judicial está sujeto al cumplimiento de los principios garantistas de todo proceso (publicidad, oralidad, contradicción e inmediatez), que constituyen la base para hacer efectivo el derecho constitucional a una tutela judicial efectiva.
- La denominación perito abarca el concepto de experimentado, entendido, práctico, versado en un arte o técnica, autorizado legalmente para dar su opinión acerca de algo que es de su dominio.
- Los puntos de pericia, son por así decirlo, el punto de partida de nuestra tarea. Es el eje directriz sobre el cual basamos todo nuestro estudio, en el informe solo se volcarán aquellos que estén verdaderamente conectados con los puntos referidos.

La presente investigación es de característica retrospectiva porque abarca el estudio de pericias psicológicas sobre violaciones y abusos sexuales a menores con y sin discapacidad en el período de tiempo de la gestión 2002 a la 2012.

Es de tipo descriptiva porque sirve para analizar cómo es y cómo se manifiesta, un fenómeno y sus componentes. Permite detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos.

Identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación. De acuerdo con los objetivos planteados permitiendo señalar el tipo de descripción que se propone realizar.

Este estudio describe la frecuencia y las características más importantes de un problema. Los tipos de investigación son sistemas para obtener el conocimiento y en el presente caso según la fuente de información corresponde a una investigación documental de casos.

La muestra se integró con los datos obtenidos por medio de la revisión de los expedientes personales de pericias psicológicas forenses de 34 casos de niños, niñas y adolescentes con y sin discapacidad de los cuales 8 corresponden a niñas/os con discapacidad intelectual entre las edades de 6 a 17 años, que reportaron ser víctimas de abuso sexual e interpusieron una denuncia por dicho delito. Los análisis de los Cuadernos de Investigación Fiscal se desarrollaron en el municipio de cercado Departamento de Tarija Estado plurinacional de Bolivia durante los años 2002 al 2012.

Instrumentos

TEST DE INTELIGENCIA INFANTIL DE GOODENOUGH: test gráfico de medición del nivel intelectual en población infantil.

TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN ESCALA COLOREADA: test de matrices progresivas de ejecución para población infantil.

TEST DE PERSONALIDAD DEL DIBUJO DEL ÁRBOL DE KOCH: test proyectivo gráfico de evaluación de la personalidad en niños.

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER: test proyectivo gráfico de evaluación de la personalidad y los conflictos emocionales.

TEST DEL HOMBRE BAJO LA LLUVIA DE QUEROL Y CHAVEZ: test proyectivo gráfico de evaluación de los conflictos emocionales y mecanismos de defensa.

TEST DEL HOMBRE BAJO LA LLUVIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE QUEROL Y LANCI: test gráfico de evaluación de los conflictos emocionales y mecanismos de defensa en personas con discapacidad intelectual.

TEST DE LA CASA DE BUCK: test gráfico de evaluación de los conflictos emocionales ligados al ambiente familiar.

Para realizar el análisis de los resultados se establecieron las siguientes variables: nivel intelectual, afectación en los rasgos de personalidad y afectación en el plano afectivo emocional.

Es importante mencionar que el informe pericial se realiza a requerimiento fiscal quien determina los puntos periciales a ser evaluados y que son determinantes en el proceso de investigación judicial. Para tal fin se han utilizado técnicas psicométricas y proyectivas estandarizadas y aceptadas en los círculos académicos de la psicología mundial.

Se procedió a revisar cada uno de los expedientes para obtener estos datos y computarlos para que posteriormente fuera posible elaborar un análisis descriptivo por medio de cuadros o tablas, que arrojaran las frecuencias y porcentajes de cada uno de los indicadores de las variables establecidas.

Considerando los principios básicos de la investigación ética, los datos se manejaron con apego a las premisas establecidas respecto a la confidencialidad de los resultados.

Resultados

A continuación, se presentan los siguientes resultados obtenidos en la presente investigación, los que se explican de acuerdo a los siguientes aspectos:

Nivel intelectual de la víctima. -

Los resultados que se presentan en la Tabla 1, muestran que el 76% de las víctimas presentan niveles de inteligencia normal, normal torpe y fronterizo, siendo el 64% de las mismas niñas o adolescentes. El 24% de la muestra corresponde a personas con discapacidad entre los niveles deficiencia mental leve, moderada y grave, siendo el 21% de las mismas niñas o adolescentes.

Las personas con discapacidad son aquellas que presentan restricciones permanentes o transitorias para la realización de una actividad psicológica como la inteligencia, que puede resultar en una desventaja, pues limitaría su participación en la vida familiar y social, que es influida y que puede ser agravada por el entorno físico y social.

Los niños y niñas con discapacidad son más dependientes, por tanto, más influenciables que la niñez sin discapacidad. El niño o la niña puede ser menos capaz de denunciar el abuso, por ejemplo, por una dificultad en el habla, el aislamiento o la falta de contacto social. La familia puede estar proporcionando menos afecto, por lo que el niño o niña con discapacidad puede aceptar fácilmente una relación como una compensación o como una forma de atención y amistad.

Puede ser difícil para el niño y la niña distinguir entre diferentes formas de tocar, cuando la mayor parte de su cuidado corporal es atendido por otras personas. La niña o el niño con discapacidad, no creen que ellos puedan tener control sobre lo que sucede, puede que están acostumbrados a que otros decidan por ellos. A menudo tienen baja autoestima, como producto de los mensajes sociales o familiares de inutilidad, deficiencia o de representar una carga.

Tienden a mostrarse más ávidos de afectos, lo que es interpretado por el abusador como un consentimiento frente a la violencia sexual. Las familias de niños y niñas con discapacidad, tienden a aislarse de otros grupos sociales como producto de la vergüenza y el temor al rechazo, lo que aumenta los niveles de estrés familiar y con ello, la probabilidad de maltrato y abuso hacia la niñez.

La propia experiencia profesional como Perito Psicólogo Forense muestra que muchos padres no denuncian el hecho ni buscan atención psicológica para el niño con discapacidad abusada sexualmente porque creen que el niño no se da cuenta de lo que pasó o que su discapacidad le hará olvidar la agresión.

Según algunos padres de familia que se entrevistaron en la realización de las pericias psicológicas, no se preocupan ni interesan por ofrecer orientación o educación sexual a sus hijos con discapacidad; muchos piensan que el niño es un incapaz y no lo estimulan ni orientan para que se desenvuelva con autonomía en todos los planos, incluida su dimensión sexual. Si hay dificultades para que los padres ofrezcan orientación a los hijos que no tienen discapacidad, con

más razón la tienen para abordar el tema con quienes consideran enfermos, que no necesitan información ni orientación sobre el tema.

Todas las violaciones a los derechos de las personas con discapacidad reflejan las características de una sociedad excluyente que no respeta ni protege los derechos de las personas que pertenecen a grupos sociales en desventaja. En este contexto de desigualdad social surgen violaciones de todo tipo, las cuales proliferan y se perpetúan en base a la ignorancia, el preconceito y el miedo de aceptar la diferencia entre los seres humanos como una riqueza que debe ser apreciada.

Tabla 1. Nivel Intelectual

Nivel	Sujetos		Mujeres		Varones		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Inteligencia normal	17	50	3	9	20	59		
Normal torpe	4	11	1	3	5	14		
Fronterizo	1	3	-	-	1	3		
Deficiencia mental leve	3	9	1	3	4	12		
Deficiencia mental moderada	2	6	-	-	2	6		
Deficiencia mental grave	2	6	-	-	2	6		
TOTAL	29	85	5	15	34	100		

Fuente: elaboración propia

Efectos del abuso sexual en los rasgos de personalidad

Los resultados que se presentan en la Tabla 2, muestran que el 33% de la muestra tanto de víctimas con y sin discapacidad, presentan efectos en la estructura de personalidad de inseguridad que se expresa en un miedo a un objeto específico (sea una persona, un lugar o una situación). Cualquiera de estos elementos es identificado como causa de miedo.

Las víctimas de abuso sexual tienden a experimentar esta inseguridad semanas, a veces meses después del evento, es común que las víctimas se sientan inseguras y piensen que algo malo va a ocurrir. El miedo persiste durante mucho tiempo después de los acontecimientos y es provocado por diversos factores que recuerden el momento del abuso-

La víctima tiende a pensar que el agresor va a causarles daño de nuevo al estar sola en un lugar, la víctima tiende a pensar que alguien está escondido en la oscuridad, listo a agredirla de nuevo. La soledad tiende a causar mucho miedo e inseguridad.

Por otro lado, el 21% de la población presenta rasgos de personalidad inhibida, o introvertida social, ya que sus intereses emocionales están

dirigidos sobre todo a su mundo interior y su reacción automática ante los casos nuevos, es apartarse de ellas. Su juicio es más independiente de la opinión pública y viven con sus pensamientos y recuerdos. Conceden mayor importancia a los acontecimientos íntimos, necesitando por lo general soledad, aislamiento, irritabilidad y poca sociabilidad. Tienen preferencia por la imaginación subjetiva, la abstracción y las expresiones, reservadas y enmascaradas, son autocríticos, sensibles y la actividad reflexiva es diferida a veces hasta la pasividad.

Y en un 13% de la muestra está la ingenuidad o inmadurez emocional que es una no maduración de la inhibición de relaciones emocionales. El niño o niña inmaduros, responde a cada situación con valores afectivos propios y constituye una manera de adaptación a la nueva situación que vive, y que no responde a los parámetros esperados para la edad.

Tabla 2. Efectos En los Rasgos de Personalidad

Factores	Sin Discapacidad		Con Discapacidad		TOTAL	
	Mujeres		Varones			
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Ingenuidad o inmadurez emocional	3	4	2	2	6	7
Nerviosismo	4	5	-	-	-	-
Inseguridad	17	20	4	5	7	8
Inferioridad	6	7	2	2	-	-
Impresionabilidad	3	4	-	-	-	-
Autoestima baja	3	4	-	-	-	-
Artificialismo	1	1	-	-	1	1
Introversión o inhibición	11	13	5	6	1	1
Despersonalización y desadaptación social	4	5	-	-	-	-
Dependencia	1	1.1	2	2.5	-	-
TOTAL	53	64.1	15	17.5	15	1

Fuente: elaboración propia

Efectos del abuso sexual en el plano afectivo-emocional

Los resultados que se presentan en la Tabla 3 muestran que un 35% de la población víctima de abusos sexuales de ambos sexos con o sin discapacidad, presentan como el principal efecto, la inestabilidad emocional que se caracteriza por una variación en los sentimientos y los estados emotivos, como por los altibajos del ánimo, sin motivo o por causas insignificantes.

Se manifiesta con períodos de tristeza y abatimiento, incapaz para experimentar placer, desinterés por todo, tedio e irritabilidad, inconstancia para perseverar en una tarea u objetivo marcado, baja tolerancia a las frustraciones, débil

control emocional, dependencia afectiva, baja autoestima, lo que alimenta la desconfianza en los demás.

Por otro lado, tenemos un 18% poblacional que muestra efectos de ansiedad, que se expresa en vergüenza, culpa, temor al castigo o pérdida del afecto por parte del ofensor inclusive, temor a la ruptura y pérdida del hogar. Estos temores se ven reforzados y sugeridos por las amenazas directas de los agresores o partícipes.

El niño vive dos realidades contradictorias: o bien los adultos responsables son figuras llenas de maldad, incapaces de quererlo y preservarlo, (con sentimientos o pensamientos intolerables con respecto a las personas de las que espera todo lo contrario dada su indefensión), o bien, él mismo se siente malo, sucio y merecedor de castigo. Mayormente suele elegir la segunda opción para sobrevivir emocionalmente.

A todo esto, se debe sumar el miedo provocado por las consecuencias de su denuncia, confronta como reales los tan imaginarios temores amenazantes, divorcio de los padres, abandono económico, etc. En muchos casos, se produce un incremento del maltrato por haber denunciado. Puede agregarse aquí la revictimización si existe mal manejo institucional del niño que ha revelado su caso, llegando a intentar incluso retirar su denuncia.

Como otro efecto en un 15% se encuentra el sentimiento de desprotección y desamparo ya que a medida que el niño va descubriendo el significado de lo sucedido, sentimientos de profunda desprotección lo paralizan, queda inmóvil e incapaz de resignarse; aunque la madre se encuentre cerca; este sentimiento provee la esencia misma del desvalimiento y el prejuicio en el mundo adulto. Sus defensas quedan anuladas, lo conducen a la desilusión, a la desesperanza y a exagerar su propia responsabilidad y por lo tanto a tener sentimientos de culpa sobre los hechos.

Tabla 3. Efectos Afectivos Emocionales

Efectos	Sujetos		Sin Discapacidad				Con Discapacidad				TOTAL	
			Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Fx	%
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%		
Inestabilidad emocional	28	21	7	5	11	8	1	0.7	47	35		
Ansiedad	19	14	3	2	2	2	-	-	24	18		
Desprotección	13	10	1	0.7	6	4	1	0.7	21	15		
Desconfianza en los demás	10	7	1	0.7	4	3	1	0.7	16	12		
Preocupación sexual	10	7.3	3	2.3	-	-	-	-	13	10		
Agresividad	1	0.7	1	0.7	-	-	-	-	2	1.4		

Depresión	4	3	-	-	2	1	-	-	6	4
Dependencia emocional	2	1	-	-	-	-	-	-	2	1.4
Baja autoestima	1	1	-	-	1	1	-	-	2	1.4
Estrés postraumático	1	0.7	2	1	-	-	-	-	3	2
TOTAL	89	66	18	12.4	26	19	3	2.1	136	100

Fuente: elaboración propia

Lo esperable para un niño es desconfiar de los extraños, secuestradores, delincuentes, lo que deja en un segundo plano el verdadero peligro más inmediato: la traición de las relaciones vitales, el abandono de los tutores y la aniquilación de la seguridad básica que provee la familia. No puede formarse la idea de que un padre puede ser cruel y buscar su propia ventaja sin que su salud mental no corra peligro.

Discusión

Las vidas de los niños y niñas con discapacidad cambiarían muy poco mientras las actitudes de las comunidades, los profesionales, los medios de difusión y los gobiernos no empiecen a cambiar. La ignorancia sobre la naturaleza y las causas de los impedimentos, la invisibilidad de los niños que padecen la discapacidad, la subvaloración de su potencial, y los obstáculos a la igualdad de oportunidades y al tratamiento conspiran para mantener marginados a estos niños y sin la posibilidad de opinar ni expresar sus puntos de vista.

Según el informe UNICEF (2013), la exclusión y la discriminación contra los niños y niñas con discapacidad les hacen desmedidamente vulnerables a la violencia, al abandono y a los malos tratos. La conclusión alcanzada de una encuesta que es citada por UNICEF (2013) y practicada en Noruega en el año 2004, era que las niñas tenían el doble de probabilidades de padecer o sufrir abusos sexuales y los niños, tres veces más probabilidades que sus compañeros no discapacitados.

Siguiendo con el informe UNICEF (2013) expresa que, de diecisiete estudios, (todos ellos practicados en países de altos ingresos), las estimaciones sobre la prevalencia de la violencia contra los niños y niñas con discapacidad eran de un 26.7% para las modalidades combinadas de violencia, de un 20,4% para la violencia física y de un 13,7% para la violencia sexual. Este análisis demostró que la violencia es un problema grave que afecta a los niños y niñas con discapacidad. En nuestra región los casos de violación a niñas con discapacidad son pocos los que llegan a estrados judiciales, ya que esta población tiene una triple vulnerabilidad niño, mujer y discapacidad acentuando de manera dramática su situación de no generar una denuncia por las limitaciones inherentes a su discapacidad y la no comprensión del ilícito cometido contra su persona.

En Bolivia el problema de las agresiones sexuales se constituye en cuestión de salud pública como lo muestra los resultados citados por Branisa (2017) de una encuesta a mujeres de 15 años o más donde el 45% de ellas afirma haber vivido situaciones de violencia sexual por parte de sus parejas ocasionales (enamorados, convivientes) o legales (esposos) y en algunos casos laborales (jefes, colegas), en los últimos 12 meses siendo más grave en el área rural que en la urbana

Sobre los efectos psicológicos de la violencia sexual en niños, Pereda (2009), indica que se observan síntomas de ansiedad y depresión entre un 4 y un 44% en varones y entre un 9 y un 41% en mujeres víctimas de abuso sexual. Siendo el área más afectada la de las relaciones sociales en su relación con sus iguales y adultos dada la ruptura que la experiencia del abuso sexual implica en la confianza de la víctima en el que el 43% de las mismas manifestaron tener pocos amigos en comparación de los menores no víctimas con un 11%.

Acuña (2014), por otro lado, expresa que las víctimas tienen mayor tendencia a presentar depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático, suicidio, ideación suicida, baja autoestima, enuresis, encopresis, trastornos alimentarios, labilidad emocional, agresividad, desregulación emocional, sentimientos de culpa, estigmatización y la dificultad de confiar en otras personas. Existiendo factores que pueden potenciar la gravedad de las secuelas, como ser el contacto sexual con familiares, menor de edad e intensidad y duración del abuso.

Rodríguez et al., (2012), destaca en gran parte de las víctimas de abuso sexual infantil la presencia de conductas auto lesivas, las ideas suicidas, intentos de suicidio y la baja autoestima, detectado en el 72% de la muestra con la presencia variada de uno y otro problema emocional.

Siguiendo con este autor indica que el 100% de los casos presenta dificultades en el establecimiento de relaciones con los coetáneos, aislamiento y ansiedad social, menor cantidad de amigos y de interacciones sociales, así como bajos niveles de participación en las actividades comunitarias.

En esta misma línea de análisis Almonte et al., (2002), expresa que en la víctima la experiencia del abuso sexual puede repercutir negativamente en su desarrollo psicosexual, afectivo social y moral. En algunas oportunidades, las consecuencias del abuso pueden permanecer y reactivarse en el curso de la vida de la víctima.

De igual manera Garrido (1989), citando los resultados de la investigación de Ellis, Atkeson y Calhoun (1981), indica que las mujeres victimizadas exhibieron una mayor incidencia de depresión, un menor disfrute de las actividades cotidianas y un funcionamiento interpersonal más desajustado; de la misma manera, también mostraron más miedos y pesadillas que el grupo control.

De las investigaciones presentadas anteriormente todas tienen un denominador común la afectación psicológica en las víctimas de agresión sexual en ambos sexos siendo las áreas afectivas emocionales y de conducta las más afectadas como depresión, ansiedad, labilidad emocional, agresividad, estigmatización, sentimientos de culpa, estrés postraumático, inhibición y otras más. Si bien resulta difícil hacer un listado completo de las consecuencias psicológicas que el abuso sexual puede ocasionar en las víctimas, es factible enumerar aquellas que se citan con mayor frecuencia en la detección de los casos atendidos como los indicados previamente.

También es evidente que es muy difícil determinar un patrón común de afectación a todas las víctimas, debido a las distintas variables que entran en juego en esta problemática, como ser: el tipo e intensidad del abuso, la edad de la víctima, si el mismo es intrafamiliar; y por las características propias de cada individuo, que a partir de su personalidad en formación percibe y siente de distinta manera de un caso a otro.

Otro aspecto a tomar en cuenta en la discusión, es que muchas de estas investigaciones se sitúan en una fase de retroceso del proceso de victimización, después de un tiempo considerable transcurrido del hecho traumático y durante el cual la víctima trata de aceptar o adaptarse al crimen y reintegrarse a su personalidad, por lo que acuden a servicios de atención en salud mental mostrando los efectos o secuelas a largo plazo producido por la agresión. Estas consecuencias dependerán de factores como la estructura de la víctima, la capacidad de contención y sostén de su entorno familiar y la respuesta del sistema judicial.

En el caso de la presente investigación corresponde a una pericia forense psicológica que es aplicada inmediatamente después del de haberse cometido el supuesto ilícito o sea una victimización primaria en el cual una persona sufre, de modo directo daño físico o psíquico derivado de la comisión de un hecho delictivo por lo que las respuestas emitidas por los evaluados corresponden a una fase de impacto que ocurre inmediatamente después del suceso criminal.

Lo que no se puede dejar de destacar es la invisibilidad que fomenta la vulnerabilidad de los niños con discapacidad es, por lo tanto, un tema de extrema gravedad y que debe ser tema de preocupación y debate para todos los que trabajan junto a estas personas. El grado de vulnerabilidad de los niños con discapacidad es proporcional a la falta de recursos físicos y emocionales para enfrentar en abuso en general; a la falta de capacidad física para defenderse; a la falta de habilidades comunicativas para contar lo sucedido; a la falta de orientación y de información básica sobre su propia sexualidad; a la falta de una estructura familiar y de un acompañamiento sistémico; a la falta de estímulos favorables al desarrollo de sus habilidades de autoprotección, independencia y autonomía; y a carencias afectivas y emocionales que pueden favorecer el accionar de un posible abusador.

No todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la experiencia de victimización, ni todas las experiencias comparten las mismas características. El impacto emocional de una agresión sexual está modulado por cuatro variables: el perfil individual de la víctima (estabilidad psicológica, edad, sexo y contexto familiar); las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.); la relación existente con el abusador; y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso.

No se puede soslayar la importancia de las consecuencias derivadas de la revelación del abuso en el tipo e intensidad de los síntomas experimentados. La reacción del entorno desempeña un papel fundamental. El apoyo parental -dar crédito al testimonio del menor y protegerlo-, especialmente de la madre, es un elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general después de la revelación. Probablemente la sensación de ser creídos es uno de los mejores mecanismos para predecir la evolución a la normalidad de los niños víctimas de abuso sexual.

No deja de ser significativa la influencia de situaciones de estrés adicionales, como consecuencia de la revelación del abuso, sobre la estabilidad emocional de la víctima. En concreto, la posible ruptura (legal o, de hecho) de la pareja, el encarcelamiento del padre o padrastro, la salida de la víctima del hogar (única vía a veces para garantizar su seguridad, pero que supone un coste emocional y de adaptación importante) o la implicación en un proceso judicial (con las posibles consecuencias penales para el abusador) son algunas de estas situaciones. Respecto al último punto señalado, los juicios largos, las testificaciones reiteradas y los testimonios puestos en entredicho suponen una victimización secundaria y ofrecen un peor pronóstico.

Por todo esto como concluye García-Piña et al., (2013), la violación sexual implica una interferencia en el desarrollo evolutivo del niño. Es una experiencia traumática que suele ser vivida como un atentado a su integridad un ataque a su cuerpo, a su estado psicológico, a su sexualidad, a su integridad, en donde su integridad, su dignidad y libertad se ven afectados en grado variable. Siendo la atención inmediata a la víctima y su familia responsabilidad pública.

Conclusiones

La violencia sexual no solamente está ligada a las personas con problemas de discapacidad intelectual sino que abarca un espectro amplio en el cual se visualiza la condición de vulnerabilidad doble del niño dependiente y su incapacidad de defensa y de denuncia del ilícito y de ser mujer. Esto genera que esta población sea propensa a ser blanco de las agresiones sexuales en la lógica de que es más accesible y manipulable en todo sentido afectivamente y socialmente, mucho más acentuado en una sociedad machista con un estigma de ver a la mujer como objeto sexual y no como un ser humano con todos los derechos inherentes a su condición.

En esta investigación se evidencia que la afectación a niños y niñas es similar en su grado de inteligencia, mostrando que la tipología de las víctimas se centra en las variables persona joven de ambos sexos por considerarlas débiles y vulnerables en ese periodo de desarrollo, siendo una víctima fácil de una agresión.

Por otro lado sucede lo mismo con la variable mujer por considerarse el sexo más débil, por estar condicionada culturalmente a aceptar la autoridad masculina y a creer que su valía está supeditada con su sexualidad.

En la presente investigación esta realidad se contrasta tanto en mujeres y hombres con una mayor incidencia de casos en las mujeres mostrando que los niños y jóvenes que pueden sufrir alguna condición que altere su percepción de la realidad, minusvalías y discapacidades, tanto mentales como físicas, pueden ser víctimas potenciales de sufrir agresiones sexuales.

Por lo tanto, las consecuencias psicológicas detectadas corresponden a secuelas a corto plazo:

Como la inseguridad emocional se refleja una sensación de malestar, y nerviosismo asociado a multitud de contextos, puede ser desencadenada por la percepción de que uno mismo es vulnerable e inestabilidad que amenaza la propia autoimagen del yo. La inhibición afectiva es caracterizada como la dificultad para identificar y expresar las emociones y sentimientos que en algunos casos puede generar una total disociación con el mundo afectivo. La inestabilidad emocional que se expresa a través de la expresión de cambios relativamente bruscos en el estado emocional de la persona y la ansiedad (como un estado de agitación del ánimo, de perturbación, una angustia que el niño no puede controlar) y que termina afectándole el comportamiento.

En torno a la variable discapacidad intelectual los resultados son similares con los niños sin discapacidad salvo la categoría desprotección que es esa sensación de sentirse vulnerable y en peligro constante ya que los niños discapacitados por la naturaleza de su minusvalía dependen para su cuidado de una persona adulta que supuestamente los debe proteger y en los casos de violencia sexual intrafamiliar han sido los propios cuidadores los agresores de estos niños.

Respecto a la relación de la víctima con el agresor, lo que importa no es tanto el grado de parentesco entre ambos, sino el nivel de intimidad emocional existente. De esta forma, a mayor grado de intimidad, mayor será el impacto psicológico, que se puede agravar si la víctima no recibe apoyo de la familia o se ve obligada a abandonar el hogar. Por otro lado, en lo que se refiere a la edad del agresor, los abusos sexuales cometidos por adolescentes resultan, en general, menos traumatizantes para las víctimas que los efectuados por adultos.

En general, la gravedad de las secuelas está en función de la frecuencia y duración de la experiencia, así como del empleo de fuerza y de amenazas o

de la existencia de una violación propiamente dicha (penetración vaginal, anal o bucal). De este modo, cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor es el desarrollo de un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas.

Referencias Bibliográficas

- Acuña, M. J., (2014). Abuso Sexual en Menores de Edad: Generalidades, Consecuencias y Prevención. *Medicina Legal*, 31, (1), 1-21
- Almonte, C., Insunza, C. & Ruiz, C., (2002). Abuso Sexual en Niños y Adolescentes de Ambos Sexos. *Neuropsiquiatría*, 40, (1), 1-15
- Benítez, F., & Cantón, D. (2014). Caracterización de la Violencia Sexual Durante la Infancia y la Adolescencia. *Psicología Iberoamericana*, 22, (1), 25-33
- Branisa, B. (2017). Algunas cifras Actuales Sobre la Violencia Contra las Mujeres en Bolivia. *Economía Para El Bienestar*, 1, (1), 16 – 19
- García-Piña, C., Loredó-Abdala, A., Trejo, J. & Casas, A. (2013). Violación Sexual en Niños y Adolescentes: Una Urgencia Médica. *Acta Pediátrica*, 34, (5), 288-294
- Garrido, V. (1989). Psicología de la Violación. *Estudios de Psicología Universidad de Valencia*, 38, (1), 91-110
- Rodríguez, J., Naranjo, L. & Medina, O. (2013). Caracterización del Abuso Sexual Infantil en el Área Metropolitana de Risaralda 2009-2010. *Inciso*, 15, (1), 93-102
- Rodríguez, Y., Aguiar, B. & García, I. (2012). Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. *Eureka*, 9, (1), 1-7
- Soria Verde, M.A. & Sainz Roca, D. (2010). Psicología Criminal. Prentice Hall, España.
- Tejero, R. & González, D., (2009). Informe Pericial Psicológico: Abuso Sexual Infantil. *Clínica Psicológica*, 18, (1), 77-88
- Pereda, N. (2009). Consecuencias Psicológicas Iniciales Del Abuso Sexual Infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, (2), 135-144
- Pozueco Romero, J. M. (2013). Tratado de Psicopatología Criminal: Psicología Jurídica y Psiquiatría Forense Vol. 1. EOS, España.
- UNICEF, (2013). Estado Mundial de la Infancia. Editorial Fondo Mundial para la Infancia UNICEF, E.E.U.U.
- Save The Children Suecia, (2002). Niños Con Discapacidad y Abuso Sexual, Estudio Exploratorio en Perú y Paraguay. Save The Children, Perú.

EL MODELO SOCIAL: UNA MIRADA SOCIOLÓGICA SIGNIFICATIVA PARA LA INVESTIGACIÓN EN "DISCAPACIDAD" EN AMÉRICA LATINA

Carolina Ferrante

RESUMEN

En la actualidad, en el ámbito experto, existe un consenso en reconocer que la "discapacidad" es una "cuestión social". Los principios de esta afirmación son brindados por los *Disability Studies*, que fundan el modelo social de la "discapacidad" en el mundo anglosajón en los años 70. En América Latina tanto la afirmación respecto al carácter social de la "discapacidad" como la alusión al "modelo social" han permeado las esferas médicas, normativas, políticas y de la sociedad civil. Sin embargo, la extensión de este uso no siempre ha sido consistente. Este artículo, partiendo de una revisión del estado de la cuestión, pormenoriza en qué consiste la mirada sociológica propuesta desde el modelo social para comprender la "discapacidad" y los confronta con los usos que ha habilitado. Asimismo, reseña revisiones y aportes recientes de este modelo, relevantes para los estudios críticos en la "discapacidad" en América Latina y poco atendidos. A través de este análisis, se rescata el papel significativo que la aplicación de este peculiar punto de vista puede tener en la promoción de los derechos humanos de las personas con "discapacidad" a nivel regional.

Palabras clave: "discapacidad", modelo social de la discapacidad, mirada sociológica, América Latina.

The Social Model: A meaningful, psychological perspective for the research of "disability" in Latin America.

ABSTRACT

Today, in the expert field, there is a consensus in recognizing that "disability" is a "social issue". The principles of this affirmation are provided by the Disability Studies, which found the social model of "disability" in the Anglo-Saxon world in the 70s. In Latin America both the affirmation regarding the social nature of the "disability" and the allusion to the "Social model" have permeated the medical, regulatory, political and civil society spheres. However, the extent of this use has not always been consistent. This article, starting from a review of the state of the question, details what the sociological perspective proposed by the social model consists of in order to understand "disability" and confronts them with the uses that it has enabled. Likewise, it reviews recent reviews and contributions of this model, relevant for critical studies on "disability" in Latin America and poorly attended. Through this analysis, the significant role that the application of this peculiar point of view can have in the promotion of the human rights of people with "disabilities" at the regional level is rescued.

Key words: "disability", social model of disability, sociological imagination, Latin America.

Le modèle social : un regard sociologique important pour la recherche sur le «handicap» en Amérique Latine

RÉSUMÉ

Aujourd'hui, dans le domaine des experts, il existe un consensus pour reconnaître que le « handicap » est une « question sociale ». Les principes de cette affirmation sont donnés par les *Disability Studies*, qui ont fondé le modèle social du « handicap » dans le monde anglo-saxon dans les années 70. En Amérique Latine, l'affirmation concernant le caractère social du « handicap » et l'allusion au « modèle social » ont imprégné les sphères médicale, normative, politique et de la société civile. Néanmoins, l'extension de cet usage n'a pas été toujours consistante. Cet article commence par un examen de l'état de la question, il détaille la

conception sociologique proposée par le modèle social afin de comprendre le « handicap » et il les confronte aux utilisations qu'il a permises. Il passe également en revue les analyses et les contributions récentes de ce modèle, pertinentes pour les études critiques sur le « handicap » en Amérique latine et peu prises en charge. Grâce à cette analyse, le rôle important que l'application de ce point de vue particulier peut jouer dans la promotion des droits fondamentaux des personnes « handicapées » au niveau régional est préservé.

Mots-clés : « handicap », modèle social du handicap, vision sociologique, Amérique latine.

INTRODUCCIÓN

En nuestros días, en el campo de expertos en la “discapacidad”, existe un consenso en reconocer—aun con diversos énfasis y matices— que la misma constituye una “cuestión social”. Así, alejándose de las tradicionales miradas occidentales que la reducían a la esfera individual —sea a través de explicaciones religiosas o médicas— el foco de atención se desplaza hacia la sociedad. Desde esta perspectiva, se acepta que la “discapacidad” surge cuando una organización social genera barreras simbólicas y materiales que niegan o dificultan las posibilidades de participación de este sector de la población, vulnerando su dignidad intrínseca.

Este consenso posee una de sus principales expresiones en la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (en adelante Convención), firmada ante la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 2006. En la redacción de la misma, las personas con “discapacidad” han jugado un papel protagónico, a través de sus organizaciones de la sociedad civil.

La Convención ha tenido amplísima adhesión a nivel internacional. Sin permanecer ajenos a esta propensión, todos los países que conforman América Latina la han firmado y —en su amplísima mayoría— ratificado con fuerza de ley. La Convención constituye un *faro* que guía las políticas sectoriales contemporáneas en la materia, ya que insta a que los Estados firmantes adopten una serie de medidas basadas en una perspectiva de ciudadanía, tendientes a generar las transformaciones necesarias para propiciar la participación social plena y efectiva de las personas con “discapacidad”, eliminando los obstáculos que restringen su reconocimiento como sujetos de derecho (Palacios, 2017). Debido a que este enfoque implica el abandono de perspectivas normalizadoras, asistencialistas o caritativas, se considera

que este instrumento internacional significa un “cambio de paradigma” en la materia (ONU, 2014).

En el desarrollo de este nuevo paradigma de la “discapacidad” han tenido un protagonismo central los *Disability Studies*, un conjunto heterogéneo de estudios críticos anglosajones surgidos en los años 70. Es allí, que, a partir de la sinergia entre militancia por los derechos de las personas con “discapacidad” y sociología, nace la propuesta de pensar a la “discapacidad” como asunto social, problematizando su reducción causal al ámbito de lo médico o individual. Esta visión será cristalizada en el llamado *modelo social de la discapacidad* (Barnes, 1998). El mismo fundamenta los principios contenidos en la Convención, su enfoque de derechos y ha tenido una inmensa repercusión en los discursos disciplinares (Palacios, 2017).

Ahora bien, paradójicamente, en el caso latinoamericano, la extensión del consenso respecto al carácter social de la “discapacidad” ha conducido a una especie de trivialización del sentido de esta afirmación, en donde —tanto la especificidad del legado sociológico del modelo social, como el potencial que habilita el mismo para la emancipación de las personas con “discapacidad”— parecen diluirse en usos no plenamente consistentes con su propuesta original. Esta situación invita a plantear: ¿qué implica profundamente pensar a la “discapacidad” desde una mirada sociológica a partir de los aportes del modelo social?, ¿qué aporte puede realizar este punto de vista en la promoción del respeto de esta minoría hoy en nuestra región? El interés de este artículo se centra en reflexionar sobre estos interrogantes. Para ello, puntualmente, el objetivo que persigue es pormenorizar en qué consiste la mirada sociológica propuesta desde el modelo social para comprender la “discapacidad”. A través de este análisis, se pretende rescatar el papel significativo de esta visión en la promoción de los derechos humanos de las personas con “discapacidad en América Latina.

Vale aclarar que al hablar de una mirada sociológica no se pretende aludir a un saber disciplinar adquirido rutinariamente tras el estudio de una carrera universitaria determinada, sino un “punto de vista” o una particular forma de “imaginación”, en términos del sociólogo norteamericano Charles Wright Mills (1963), para abordar la vida social humana.

Para este ejercicio, que podría ser realizado desde múltiples tradiciones teóricas —pero que aquí se opta por restringir a la óptica señalada—, se parte de una revisión del estado de la cuestión y se sigue una estructura argumentativa compuesta por tres momentos. Primero, se describe el legado que deja la mirada sociológica sostenida desde los planteos fundacionales del modelo social y los usos que ha habilitado. Luego, se reseñan algunas revisiones y aportes recientes, especialmente relevantes para los estudios críticos en la “discapacidad” en los contextos latinoamericanos y llamativamente poco atendidos. Finalmente, se plantean algunas líneas para pensar colectivamente

qué “promesa” —tomando prestada una expresión de Mills (1963)— habilita este punto de vista para generar conocimiento capaz de propiciar una sociedad más justa.

Antes de pasar al desarrollo del texto, es necesario realizar una aclaración importante respecto al modo en que aquí se nomina a las personas con aquello biomédicamente llamado “deficiencia” o “discapacidad”. Como habrá notado el lector, se utiliza el término “persona con discapacidad”. La justificación de tal uso, por un lado, alude a que tal expresión ha sido seleccionada por sus protagonistas en el proceso de elaboración de la Convención como el término más adecuado para enfatizar su pleno carácter humano. Sin embargo, por otro lado, se coloca entre comillas el vocablo “discapacidad” (al igual que el de “deficiencia”) para señalar el carácter construido de estas nociones y la necesidad de una vigilancia epistemológica constante para jamás darlas por categorías naturales. Se excluye el encomillado en el caso de alusión a fuentes textuales o documentos internacionales, a fin de respetar exactamente el espíritu de los mismos. Tal como señala la investigadora argentino-mexicana Patricia Brogna, en el ámbito de la “discapacidad” (2012a: 43) persiste aún una tarea pendiente: “encontrar un término que describa sociológicamente la cuestión y ponga el énfasis —no en la condición del sujeto— sino en las interrelaciones sociales”. Debido a que aún no existe tal noción, el rodeo realizado apunta no a resolver, sino a marcar este problema.

En el origen del modelo social: una mirada sociológica de la “discapacidad”

Influencias e inicios

Las personas con “discapacidad” han existido a lo largo de las culturas y de la historia. Sin embargo, no siempre han recibido el mismo tipo de respuesta social. En el caso particular de Occidente, la multiplicidad de tratamientos existentes hacia esta minoría se caracteriza por un denominador común: el despliegue de diversos modos de *menosprecio social* (Honneth, 1997). Los mismos abarcarían desde formas radicales de exclusión de la sociedad (tales como el exterminio) a otras expresiones más sutiles de desposesión de derechos al interior social, pero no por ello menos denigratorias (como la segregación, la exclusión a través de la asistencia, la discriminación o el imperativo de normalización vía la integración personal) (Ravaud & Stiker, 2001).

En la visibilización de esta situación han sido fundamentales los aportes de la mirada sociológica y, en especial los elaborados desde el interaccionismo simbólico norteamericano en los años 60. Entre ellos, en 1963, Erving Goffman, en el clásico *Estigma. La identidad deteriorada*, señalaría que las consideradas “discapacidades”, en tanto marcas del cuerpo, significan un potencial *estigma* (Goffman, 2001), que —manchando y devaluando la identidad social de sus portadores—, ponen en duda su plena humanidad. A través de diversas teorías del estigma elaboradas colectivamente se percibe estereotipadamente a estas

personas como portadoras de un cuerpo y una vida indigna, que no merece ser vivida. Así, la estigmatización constituye un proceso de infravaloración social que justifica la suspensión de las expectativas normativas generales que se tienen para el conjunto de los ciudadanos considerados “normales”. De este modo, por ejemplo, si se espera que todos los miembros de la sociedad estudien, trabajen, formen una familia y participen de las actividades comunitarias, tales perspectivas serán puestas entre paréntesis en el caso de las personas con “discapacidad”. Es por esto que este proceso de descalificación social no se reduce a lo simbólico, sino que sus efectos posean materializaciones muy concretas, al restringir seriamente las posibilidades de vida de esta minoría. De esta manera, el aporte de Goffman en la iluminación de la “discapacidad” como problema social se centra en indicar que la misma, percibida como estigma, excede lo biológico/individual ya que tiene en potencia consecuencias sociales muy negativas para sus portadores. Desde su punto de vista, además, el origen de esta estigmatización no es “a-histórico”, sino que, en las sociedades occidentales, es el resultado relacional de una visión médico-burocrática del hombre considerado “normal”, es decir, aquél que es blanco, profesional, de clase media, casado, buen padre familia, deportista, etc.

Otro importante aporte del interaccionismo norteamericano al respecto lo realiza Robert Scott quien, en 1969, en *La fabricación del hombre ciego*, analiza el proceso que comprende desde la adquisición de una “discapacidad” visual a la imputación de una identidad secundaria y devaluada. Allí realiza una contribución para poner en primer plano el papel de los profesionales de la rehabilitación en el modo de significar la ceguera. Al respecto, advierte que los mismos imputaban una valoración de la misma como tragedia personal. En función de ello, prescribían a sus pacientes modos de ser dependientes y pasivos que condicionaban la experiencia de la ceguera en términos estrictamente negativos y denigratorios. La contribución de Scott para comprender a la “discapacidad” como cuestión social será el señalamiento respecto a que la vivencia de la ceguera no es reducible a un hecho netamente fisiológico y objetivo, sino que es construida y aprendida culturalmente. A la vez, indicará que la dependencia y lo trágico no constituyen rasgos intrínsecos y universales asociados a la portación de una “discapacidad”, sino que los mismos, en nuestras sociedades, son significados culturales generados por la profesión médica (Vile *et al*, 2014).

Recuperando estos planteos, en los años 70, emergerían los *Disability Studies*. Tal como se adelantaba en la introducción, en la intersección entre activismo y academia, en el mundo anglosajón, adquieren visibilidad los reclamos de las personas con “discapacidad” corriendo el eje de discusión del ámbito exclusivamente individual a las lógicas sociales de distribución.

De este modo, sus principales exponentes “lograron plasmar en sus escritos una mirada original que estaba revelándose en diferentes partes del mundo en torno de la discapacidad” (Ferrante y Venturiello, 2014: 47). América Latina

no es excepción a esta situación. Así, por ejemplo, tal como demuestran las investigaciones del historiador francés Gildas Bregain (2013), tanto en Argentina como en Brasil, en esta misma década, se observan protestas de colectivos de personas con “discapacidad” por la conquista del derecho al trabajo, a la accesibilidad y a la autonomía, centrando el debate en la transformación de los modos de producción de desigualdad. Sin embargo, “los supuestos que subyacían a estas praxis fueron analizados, desarrollados y explicitados en el ámbito académico por los *Disability Studies*” (Ferrante y Venturiello, 2014: 47). Es por esto que son considerados los fundadores de una mirada crítica de la “discapacidad”.

El desarrollo de estos estudios se dará primero en Estados Unidos y luego en el Reino Unido. En primera instancia, el *Movimiento por la vida independiente norteamericano* [*Movement for Independent Living*], surgido en el ámbito universitario, exigirá el reconocimiento de los derechos civiles de esta minoría y su autonomía. La importancia de los derechos individuales en la sociedad norteamericana y del libre mercado llevaron a que las acciones colectivas se centraran en que “la sociedad, en general, admita a las personas con deficiencias y (...) que los derechos sociales vigentes se extiendan a ellos como grupo” (Shakespeare, 2008: 68). Desde esta postura se pensaba que los problemas que afectaban a este grupo poblacional tenían que ver más con la sociedad que con la biología.

En segunda instancia, esta concepción, sería incorporada con un mayor énfasis en los derechos políticos y a la luz de los aportes del materialismo, en Inglaterra (Barnes, 1998). A diferencia del movimiento norteamericano, en el caso británico, “tuvo lugar un rechazo radical a la normalidad social y se puso énfasis estructural en cambiar el sistema productor de la discapacidad” (Shakespeare, 2008: 70).

Expresión pionera y piedra angular de este rechazo lo constituye la obra de Paul Hunt —un activista inglés con distrofia muscular, quien había pasado gran parte de su vida entre hospitales de rehabilitación y residencias para personas con “discapacidad” (Shakespeare, 2013)—. Hunt en 1966 edita una compilación llamada *Estigma: La experiencia de la discapacidad*. En el artículo de su autoría “Una condición crítica” señala que las personas con “discapacidad”, debido a que son percibidas como desventuradas, inútiles, diferentes, oprimidas y enfermas, tensionan los valores dominantes de las sociedades modernas asociados a la idea de “normalidad” o cuerpo capaz (Hunt, 1966). De allí que, para Hunt, la raíz del estigma posea un origen material y social. Debido a la importancia que posee el trabajo en las sociedades modernas, en tanto las personas con “discapacidad” no contribuyen a la producción social, son consideradas “inútiles”. Esto hace que ellas vengán a recordar lo oscuro de este mundo y, que, por ello, experimenten discriminación y marginación (Hunt, 1966). La emancipación de las personas con “discapacidad”, desde este esquema, no nacerá a partir del abrazo a los valores capacitados, sino en el

cuestionamiento de una sociedad que antepone en su escala de valores los “atributos o posesiones antes que la persona” (Hunt, 1966: 159). En sus palabras:

“[Las personas con deficiencias] estamos desafiando a la sociedad para que nos tenga en cuenta, para que escuche lo que tenemos que decir, para que nos reconozca como parte. No queremos que nos traten a nosotros, ni a cualquier otra persona, como ciudadanos de segunda clase, y que nos aparten de la vista y de la mente” (Hunt, 1966:158).

En 1974 Hunt y Vic Finkelstein —un psicólogo sudafricano que llega a Gran Bretaña expulsado por actividades contra el *apartheid*— conformarían, junto a otras personas con “discapacidades”, la *Unión de Impedidos Físicos contra la Segregación* [*Unión of Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS por sus siglas en inglés)] (Shakespeare, 2013).

Desde esta organización —y en base a la crítica al ideal opresivo de cuerpo capaz— plantearían un modelo de comprensión alternativo de la “discapacidad” que sería llamado por uno de sus principales activistas, Mike Oliver —un sociólogo británico con secuelas de poliomielitis— *modelo social o modelo de las barreras sociales* (Barnes & Mercer, 2010). El mismo, por su origen geográfico también sería llamado *modelo social anglosajón* (Shakespeare, 2013; Oliver, 1990; Ferreira, 2008).

El modelo social y su legado: hay una sociedad que discapacita

Para el modelo social la “discapacidad” constituye una forma de opresión impuesta por una estructura social únicamente diseñada en base a las necesidades del cuerpo normal o capaz, excluyendo y/o segregando a las personas con “deficiencias” del discurrir de la vida general y llevándolas a experimentar una ciudadanía devaluada, al vulnerar sus derechos humanos. Para enfatizar esto, en el seno de UPIAS, analíticamente, se distinguiría “deficiencia” [*impairment*] —una condición biofísica particular que en sí misma no implica una desgracia— y “discapacidad” [*disabled*] —una producción sociopolítica opresiva—. Al respecto, en el manifiesto fundacional de esta agrupación se señala:

“En nuestro punto de vista es la sociedad quien discapacita a las personas con deficiencias. La discapacidad es algo impuesto por sobre nuestras deficiencias, por la forma en que somos innecesariamente aislados y excluidos de la plena participación en la sociedad. Las personas con deficiencias, por lo tanto, son un grupo oprimido en la sociedad” (UPIAS, 1975).

El origen de esta opresión es asociado históricamente al ascenso del capitalismo, en el cual “las personas con deficiencias debido al surgimiento de una industria a gran escala, con unas líneas de producción dirigidas a normas capacitadas y a una medicina de base hospitalaria, fueron apartadas” de la división social del trabajo y “reunidas en un grupo subvalorado claramente

definido" (Finkelstein, citado en Barnes, 1998: 63).

En esta operación, las políticas de Estado nacientes, basadas en lo que se denominaría un "modelo médico" o "individual" de la "discapacidad", instaurarían una discriminación institucionalizada de las de las personas con "deficiencias". Esto se cristalizaría al "imponer una presunción de inferioridad biológica o fisiológica" de sus cuerpos que es leída como invalidez laboral (Barton, 1998: 24; Oliver & Barnes, 2012).

Así, el modelo social, recuperando lo planteado por Hunt, cree que, a través de esta exclusión del mundo productivo, la "discapacidad" —dado el carácter central que el empleo posee en las sociedades capitalistas tradicionales, en tanto principio de estratificación social— quedó significada como sinónimo de tragedia personal, pasividad y dependencia (Oliver, 1998). En una sociedad en la que se exalta la independencia adquirir una condición forzosamente dependiente tiene efectos de devaluación social muy fuertes, en lo simbólico, (es decir, a nivel subjetivo o de la identidad social) y en lo material (a nivel socioeconómico y como probabilidad de mayor riesgo de vivir en la pobreza) (Ferreira, 2008).

Los dispositivos estatales, basados en un modelo médico de la "discapacidad", que la reducen a una tragedia personal, movilizarían estrategias que apuntarían a corregir el desvío ante el cual el agente no sería concebido más que como víctima de la biología. Se impondrá curar, restablecer o procurar un desarrollo del cuerpo lo más cercano posible al del cuerpo capaz para volver a alcanzar el desempeño del rol social normal a través de la integración personal (Oliver, 1990; Barnes, 2009). En este intento, las personas con "discapacidad" serían transformadas en objetos tributarios de ayuda médica (rehabilitación) y social (asistencia estatal) que deben sobre adaptarse a "sus" "deficiencias" (Barnes, 2009). Debido a la centralidad del modelo médico en las sociedades occidentales, esta perspectiva hegemoniza el sentido común y se pone de manifiesto en las percepciones sociales de la "discapacidad". Las mismas son recreadas en las interacciones cotidianas en la vida social (Ferreira, 2008).

Cuestionando esta perspectiva, el modelo social —partiendo de una teoría de la opresión social— subrayaría que los problemas que experimentan las personas con "deficiencias", poco tienen que ver con sus limitaciones corporales y que, por el contrario, se derivan de la discriminación, segregación y opresión que sufren en todos los aspectos de su vida cotidianamente (Oliver, 1990; 2008). La "discapacidad" no es una desgracia, es una forma de injusticia social. Es por esto que el modelo médico, desde el modelo social, biologiza e individualiza un problema de raigambre sociopolítica: la "discapacidad" es producida por una estructura social desigual y excluyente que genera la devaluación y la dependencia de las personas con "deficiencias", al excluirlas de la producción social. De allí que, desde los planteos fundacionales del modelo social, se afirme que las personas son "discapacitadas" por nuestras sociedades, ya que

constantemente atraviesan “la discriminación, la vulnerabilidad y los asaltos abusivos a la propia identidad y estima” (Barton, 1998: 24). Desde este planteo, tal como se adelantaba anteriormente, es que las personas con “discapacidad” son consideradas miembro de un grupo oprimido, homologable a otras minorías oprimidas (como las raciales o étnicas).

Para comprender el planteo del modelo social, puede resultar clarificador recurrir a un ejemplo. Para este modelo, la “discapacidad” no surge a raíz de que una persona sea etiquetada como portadora de un “déficit físico” como la “cuadriplejía”, ni este diagnóstico implica un hecho generador de una vida indigna, sino que la misma nace de las barreras que un entorno le impone. La “discapacidad” emerge cuando ese individuo se encuentra que existe una escalera y no una rampa para acceder a una universidad, o cuando al querer entrar a un local comercial se le impide hacerlo pensando que, en lugar de ir a hacer una compra, está pidiendo limosna. La solución a estos problemas no se da a través de la conquista del cuerpo capaz, sino que implica la necesidad de derribar desde las políticas las barreras materiales (falta de accesibilidad) y simbólicas (infravaloración) que no contemplan la existencia de las personas con “discapacidad” como ciudadanos ni que sus vidas son valiosas. Se trata, entonces, de propiciar una sociedad inclusiva para todos los seres humanos, en donde las propiedades corporales sean significadas positivamente como expresión de la diversidad y nunca devengan una marca deshumanizante.

Para revertir estas dinámicas el modelo social exigirá el desmantelamiento de la sociedad opresora. Esto se haría, principalmente, a través de dos vías simultáneas. Por un lado, por medio de la lucha por la conquista de los derechos, la toma de conciencia política y la exigencia de inclusión. Por otro lado, vía la visibilización de los aspectos estructurales de la discapacidad por medio de la investigación sociológica (Oliver, 1990).

Un legado y múltiples usos

De lo expuesto puede advertirse que el mayor legado del modelo social de la “discapacidad” lo constituye el romper con la falsa creencia que reduce a la misma a un asunto personal asociado a la portación de un “déficit corporal” (Rosato *et al*, 2009). Confrontando con esta reducción —e introduciendo una verdadera *mirada sociológica*— evidencia, tal como invita a realizar Wright Mills, que la “discapacidad” está vinculada a un “asunto público que se vinculan a las instituciones de la sociedad como un todo” (Barnes & Mercer, 2003: 16), inscriptas en un escenario histórico más amplio y general que el individuo, que lo significan y que es necesario desentrañar acotadamente.

Así, la propuesta del modelo social implica asumir que la “discapacidad” “adquiere formas contrastantes” tanto a nivel histórico como entre sociedades (Barnes & Mercer, 2003: 12). Será necesario, cada vez, reconstruir, en espacios sociales acotados, y recuperando el punto de vista de todos los agentes

involucrados preguntas tales como: ¿qué se entiende por “discapacidad” y “deficiencia” en este contexto social?; ¿qué instituciones y actores la definen y qué disputas existen en torno a esta definición?; ¿qué implicancias poseen eso llamado “deficiencia” y “discapacidad” para la vida e identidad social de sus protagonistas y familias?; ¿cómo han variado los significados y efectos de la misma en el interior de ese mundo social?; ¿qué continuidades y divergencias se registran en la experiencia de la “discapacidad” en su cruce con otras variables sociales relevantes en esa sociedad?; ¿qué enseña el tipo de respuesta brindada por esta comunidad en particular a esta minoría sobre sus valores y normas sociales? La contestación a estos interrogantes exige el análisis sociológico de las estructuras sociales y su articulación e incidencia en las biografías de las personas con “discapacidad”. Esta perspectiva permite detectar nodos de intervención desde las políticas para garantizar el respeto de esta minoría (Barnes & Mercer, 2003: 1).

El modelo social implicó una revolución epistemológica y política en la forma de concebir la “discapacidad” en Occidente, generando repercusiones internas y externas. En sentido centrífugo, la conceptualización de la “discapacidad” como construcción/producción social ha dado lugar, en las décadas subsiguientes a su aparición, una expansión de la investigación en la materia, que permiten “afinar” su mirada social (Míguez *et al*, 2017; Almeida *et al*, 2018).

Específicamente, en la década de los 90, en el seno de los *Disability Studies*, surgen debates respecto a la necesidad de repensar algunos aspectos de los planteos fundacionales. De este modo, adquieren centralidad: la discusión respecto a la imposibilidad de pensar la “deficiencia” y la “discapacidad” como esferas antagónicas e inscribir ambas en el terreno de la producción social; la importancia de reintroducir el papel de la experiencia de la “deficiencia” y la “discapacidad” en el modelo; y, por último, la necesidad de pormenorizar aquellas variables que singularizan e interseccionalizan la opresión (como por ejemplo el género, el tipo y edad de “deficiencia” poseída, la etnia, el contexto de socialización, la elección sexual, la clase social, etc.) (Ferrante, 2015; Ferrante y Dukuen, 2017).

Al mismo tiempo, en dirección centrípeta, el modelo social, a partir de su irrupción en el espacio público y en la arena de las ideas, fue permeando, con diferentes grados de fuerza, el campo de la “discapacidad”, habilitando distintos “usos” de su legado que pueden observarse en las últimas décadas en las esferas médica, normativa, política y de la sociedad civil (Ferrante, 2015).

Uso médico. Una primera influencia se registra en las definiciones de la “discapacidad” esgrimidas desde la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por ejemplo, la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), de 2001, como punto de superación visiones médicas previas elaboradas en los 80, entiende a la “discapacidad” desde una perspectiva bio-psico-social, donde es comprendida como el resultado de la

interacción entre un individuo con un nivel de salud y una sociedad que impone barreras limitando su participación. De este modo, si bien esta definición posee el mérito de incorporar los elementos contextuales de la “discapacidad”, desde el modelo social, se critica que al —contemplanlos de acuerdo con las “circunstancias personales”— sigue sosteniendo una mirada individualista de la misma (Barnes, 2009). Esta mirada es utilizada en la actualidad en la mayoría de los países de América Latina como criterio de certificación de “discapacidad”, habilitante a derechos específicos. En las prácticas los ingredientes sociales de la perspectiva se pierden en la omnipotencia de lo biológico al reducirse este ejercicio a la imputación de un código de enfermedad (Pinilla Roncancio, 2015; Ferrante, 2017).

Uso normativo. Una segunda influencia del modelo social se registra, desde hace tres décadas, en el desarrollo del *paradigma de los derechos humanos de la discapacidad*, que ha logrado importantes conquistas a través de la concreción de una serie de documentos internacionales (Brogna, 2012a). Su hito emblemático, como se mencionaba al inicio, se materializa al comenzar el siglo XXI en la Convención. Este instrumento nace ante la preocupación respecto a la vigencia de múltiples formas de vulneración de derechos que, aún en nuestros días, experimenta esta minoría social. Con el fin de remover tales muros, la Convención, siguiendo el espíritu del modelo social —aunque vacío de elementos materialistas— insta a los Estados a que adopten una serie de políticas basadas en una perspectiva de ciudadanía. Así, las mismas buscan generar las transformaciones necesarias para garantizar la inclusión social y el respeto de las personas con “discapacidad” como sujetos de derechos. En virtud de que la misma ha tenido gran acogida a nivel internacional, Naciones Unidas —y otros organismos internacionales como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud— afirman que se es testigo de “un cambio paradigmático de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad” (ONU, 2014). Estas instituciones elaboran, desde los países llamados “desarrollados”, un diagnóstico y directrices para implementar tal transformación en los Estados firmantes de la Convención (Grech, 2015). El *Informe Mundial de la Discapacidad*, es uno de los emblemas de esta tendencia. El mismo indica que un 15% de la población mundial posee alguna “discapacidad” y que, en conjunto, esta minoría, presenta peores resultados académicos, menor participación económica y comunitaria, más dependencia y pobreza que la población sin discapacidad del planeta (OMS y BM, 2011). Esta situación es más acuciante en los países denominados “en desarrollo”. En ellos viven tres cuartas partes de las personas con “discapacidad” existentes en el mundo, en condiciones de pobreza y con los derechos más básicos vulnerados (OMS y BM, 2011). Esto se cree que está asociado a la existencia de círculos viciosos entre “discapacidad” y pobreza: la portación de una “deficiencia”, al excluir del mundo del empleo empobrece, y la pobreza, en contextos de falta de acceso a prestaciones mínimas, discapacita más. Asimismo, se resalta que este cuadro de situación empeora en el caso de las mujeres y niños con discapacidad.

Desde la perspectiva asumida en el informe se supone que los derechos, garantizados a través de las políticas, son una herramienta para transformar esta situación, al propiciar el “desarrollo humano” y las capacidades de esta minoría.

Uso desde las políticas de Estado sectoriales. Estos discursos, poseen especial acogida y generan una tercera instancia de proliferación del modelo social de la “discapacidad”: el ámbito de las políticas sectoriales. En lo referido a América Latina —región más desigual del planeta, en la que se estima que un 10% de la población presenta alguna “discapacidad” y que el 82% de ella se encuentra en la pobreza, sin acceso a derechos mínimos (IDRM, 2004)— desde las oficinas de “discapacidad” se renueva el lenguaje a través del cual se refiere a la temática. A partir del 2006, debido a la firma y ratificación de la Convención —recuperando el diagnóstico de la ONU, la OMS y el BM— se habla de “cambio de paradigma”, de personas con “discapacidad” (y ya no de “discapacitados”); inclusión (y ya no más de integración), modelo social (y ya no modelo médico). Sin embargo, esta asunción se restringe únicamente al ámbito discursivo sin el cumplimiento de las condiciones mínimas para que el ejercicio de los derechos sea realidad (Almeida et al, 2018; Ferrante, 2017; Stang Alva, 2011; Brogna 2012b). Al mismo tiempo, la aceptación enunciativa de estos elementos no implica un cese de políticas de “discapacidad” basadas en un modelo médico, y, por ello discapacitantes (Pinilla Roncancio, 2015; Almeida et al, 2018). De allí que los derechos devengan más una promesa que una realidad (Stang Alva, 2011).

Uso desde la sociedad civil. Muchísimas organizaciones de y para personas con “discapacidad” encuadran sus exigencias y reclamos al Estado en el modelo social. La Convención, aquí, deviene herramienta de lucha para la exigencia de una sociedad más justa (Míguez et al, 2017; Joly & Venturiello, 2013). No obstante, en América Latina, junto a la fundamentación consistente de organizaciones de la sociedad civil, coexisten apropiaciones desde agrupaciones que —atravesadas por un modelo médico de la “discapacidad”— incorporan el modelo “social” de un modo meramente cosmético, ambigüo, o inconsistente (Grech, 2015; Brogna 2012b). Muchas veces su legado es reducido a “slogans” (“nada de nosotros sin nosotros”, “más derechos y menos caridad”) no acompañado de una mirada integral acorde al modelo social. Ejemplo paradigmático de esto puede ser la asociación Teletón, que articula una campaña benéfica muy popular en muchos países de la región, a través de la cual se recaudan fondos para la rehabilitación de niños con discapacidad y que, atravesada por una visión individualista y denigratoria de la “discapacidad” como tragedia personal que explota la caridad, busca *aggionarse* al clima de época introduciendo elementos del modelo social. Es claro que existen perspectivas incompatibles y de imposible conjunción (Ferrante, 2017).

De este modo, si en América Latina, la aceptación respecto al carácter social de la “discapacidad” ha tenido gran acogida en el campo de expertos, no

obstante, tal como se desprende del análisis anterior respecto a los usos del modelo social vigentes, los mismos no siempre respetan fielmente su mirada sociológica, en tanto perspectiva a poner en diálogo las circunstancias personales en su entramado estructural, es decir, sociohistórico.

El presente del modelo social e implicancias para la investigación en América Latina

En este aspecto, resulta en extremo llamativo —en virtud de las implicancias que posee para la situación de “discapacidad” regional— lo poco que ha sido recuperado en los usos del modelo social vigentes en América Latina, un debate reciente emergido en su corazón. A partir del 2010, autores fundadores del modelo anglosajón, tales como Mike Oliver y Colin Barnes (Oliver & Barnes, 2012; Barnes & Sheldon, 2010), entablan una crítica muy dura respecto al papel de los derechos en la “discapacidad” en las sociedades capitalistas contemporáneas. Ellos, a poco tiempo de firmada la Convención, comienzan a cuestionar su potencialidad. De este modo, si bien en sus orígenes este modelo apostó por la lucha por el reconocimiento como forma de transformación de la sociedad discapacitante, en los últimos años esta estrategia será criticada. Al respecto se sostiene:

“El énfasis en los derechos humanos y civiles dentro de los marcos legales existentes (...) no cuestiona abiertamente las estructuras políticas y económicas establecidas en las sociedades capitalistas. Por lo tanto, es poco probable que este enfoque produzca los cambios ambientales y culturales radicales que se necesitan para erradicar las desigualdades estructurales. (...) Centrarse en los derechos como una ruta a la emancipación como un fin en sí mismo y no como un medio para un fin, es contraproducente. Cada vez es más evidente que tener derechos legales no significa que los mismos se harán cumplir e incluso si lo son, que su aplicación logre el efecto deseado” (Oliver & Barnes, 2012: 151).

En este punto, sostienen que en la actualidad las políticas de “discapacidad”, más allá del avance registrado en el reconocimiento formal, no sólo siguen basándose en un modelo médico, sino, que, además, debido a la escalada de procesos asociados a la globalización capitalista, radicalizan sus efectos excluyentes y denigratorios, imprimiéndoles nuevos matices opresivos (Oliver & Barnes 2012; Barnes & Sheldon, 2010).

Al respecto se indica que dadas las transformaciones operadas en los vínculos capital-trabajo en los años 70, se generan procesos sociales regresivos inauditos (tales como creciente desigualdad, precarización del empleo, desempleo masivo, inestabilidad social, retroceso del Estado en la gestión del bienestar de la población, privatización del cuidado) que impactan directamente en la “discapacidad”. Al promover una pauperización de las condiciones de vida, mutilan a los cuerpos más vulnerables. A la vez, estos procesos propician la

invalidación social ya que transforman más que nunca a la “discapacidad” en un coeficiente corporal negativo que empobrece y excluye. Estos “círculos viciosos” entre “discapacidad” y pobreza no pueden ser descriptos como el mero resultado de la desposesión de derechos —tal como hace el BM y la OMS— sino que son el producto de una estructura social capitalista que expulsa a aquellos cuerpos no rentables. En un contexto de multiplicación de individuos prescindibles y de existencia de una mínima fracción de la población temporalmente integrada a través del trabajo, se maximizan las disposiciones corporales exigidas para garantizar la rentabilidad económica. En este entramado, dos elementos constituyen una desventaja para las personas con “discapacidad”: los bajos niveles educativos que presentan como resultado de la segregación del mundo escolar y los prejuicios respecto de la inempleabilidad de este sector de la población (Barnes & Sheldon, 2010).

Además, debido a la estigmatización que el neoliberalismo hace de la dependencia, la protección social a las personas con “discapacidad” se recorta y focaliza (Barnes & Sheldon, 2010; Oliver & Barnes, 2012). Es bueno recordar que para este modelo de implementación de las reglas del mercado en la sociedad los individuos deben gerenciar su destino, exaltándose la fantasía de un agente conquistador, portador un cuerpo capaz y que —a partir del esfuerzo individual— alcanza el éxito social. El fracaso social es transformado en una responsabilidad personal, una falta de esfuerzo del agente al gestionar su vida. La dependencia, más que nunca, es condenada (Sennett, 2000: 146).

Especialmente en los países “en desarrollo” las ayudas estatales otorgadas a este sector de la población no cubren los mínimos para la subsistencia, lo cual obliga a las más pobres a acudir a formas de caridad o ayuda social para sobrevivir (Barnes & Sheldon, 2010; Oliver & Barnes, 2012). Para acceder a estos beneficios, las personas con “discapacidad” deben hacer hincapié en sus limitaciones y no en sus fortalezas, un proceso que es tanto psicológica como socialmente degradante. Todo esto da peso a la opinión de que las personas con deficiencias son una carga para sí mismos, sus familias, sus comunidades y el Estado” (Barnes & Oliver, 2012: 139).

Igualmente, este recorte estatal se expresa en la rehabilitación, la cual se terciariza al sector privado (para quienes pueden pagarla) y a asociaciones de caridad (para quienes no) reforzando la dependencia de este último sector de la población, lo cual también reproduce su denigración social (Oliver & Barnes, 2012).

En este entramado, y sin una intervención en los modos de producción de desigualdad, los derechos, meramente proclamados, devienen una herramienta insuficiente para detener la hemorragia excluyente que expulsa en el capitalismo actual a las personas con “discapacidad”. En función de estos elementos, para el modelo social anglosajón, hoy, las condiciones de vida de las personas con “discapacidad” sigue asociada a la pobreza, al aislamiento social,

a la estigmatización y a una ciudadanía de segunda categoría” (Oliver & Barnes, 2012: 109). Desde esta perspectiva muy lejos se encuentra la generación de un cambio de paradigma en la “discapacidad”.

Un llamado de atención que realizan estos autores es justamente la importancia de propiciar un mayor desarrollo de los estudios sociales en “discapacidad” elaborados desde los contextos periféricos, debido a que, en ellos, como se veía, vive la amplia mayoría de las personas con “discapacidad” del mundo, siendo urgente oír sus voces y conocer sus condiciones de vida (Oliver & Barnes, 2012). Sin embargo, aún hoy, el desarrollo de este campo de investigación sigue siendo cuantitativamente inferior en los países del mundo mayoritario, respecto a los centrales. Los estudios sociales sobre la “discapacidad” en el Sur Global constituyen un terreno de reciente aparición y en desarrollo (Grech, 2015). Así, en América Latina, si bien ya desde los años 80, de un modo pionero, la socióloga argentina Liliana Pantano instaló la concepción de la “discapacidad” “como problema social” en las últimas dos décadas, progresivamente, surgen cada vez más estudios que apuntan a la “comprensión de la discapacidad como fenómeno complejo” y que tienden “a conducir a una mayor visibilización de los protagonistas y de sus escenarios, los mitos y prejuicios enraizados y la exclusión o la falta de oportunidades para el desarrollo de las capacidades” (Pantano, 2015:52).

Entre estos estudios, que recuperan el legado del modelo social en sentido de apostar a una mirada sociológica del problema (Almeida *et al*, 2018; Míguez *et al*, 2017), poseen algunos elementos peculiares que interesa destacar. Por un lado, existen estudios historiográficos que permiten comprender mejor en los casos locales el desarrollo de las políticas de “discapacidad”, los saberes asociados a la rehabilitación y que visibilizan especificidades, contradicciones, luchas que contextualizan la situación presente de las personas con “discapacidad”. Por otro lado, estudios centrados en tópicos puntuales de la vida de las personas con “discapacidad” (sus cuidados, las mujeres, el ámbito del trabajo, el deporte, los procesos de medicalización y rehabilitación, las violencias, su representación mediática) que advierten procesos excluyentes, y en el ámbito de las políticas, la vigencia de dispositivos estatales caracterizados por la ambivalencia y en muchos casos la inconsistencia con un real enfoque de derechos. Estas fragilidades son preocupantes porque tienen consecuencias dramáticas en las condiciones de vida de las personas con “discapacidad”, en tanto esta ambivalencia genera formas de exclusión o inclusión excluyente, que vulneran el carácter ciudadano de las personas con discapacidad (y por ello los compromisos asumidos ante las Naciones Unidas). También estos estudios visibilizan que este escenario habilita estrategias desde la acción colectiva que, acudiendo a los principios sostenidos desde la Convención, combaten sentidos y apuntan a dismantelar prácticas negadoras de la dignidad. Estos trabajos muestran que los derechos no se dan en abstracto, sino que son un terreno de disputa que requiere ser analizado en contextos

específicos, caracterizados además por estar atravesados por procesos de exclusión de larga y actual data.

Conclusiones: la promesa del modelo social

Ante este panorama de claros y oscuros, en la actualidad, la mirada sociológica presente en la propuesta del modelo social, y también viva entre los nacientes estudios críticos de la “discapacidad” latinoamericanos, contiene un papel significativo que aportar a la causa a nivel regional. El sentido profundo de aludir a una “mirada sociológica”, consiste en recuperar un determinado “punto de vista” o un tipo de “imaginación sociológica”, en términos de Wright Mills, que se adquiere a partir de pensar lo social, poniéndolo en un contexto más amplio. Tal como indica este autor norteamericano: “la imaginación sociológica nos permite captar la historia y la biografía y la relación entre ambas dentro de la sociedad. Esa es su tarea y su promesa” (1963: 26).

El modelo social, a partir de su irrupción en los años 70, enseña que la “discapacidad”, es un asunto público que debe ser reconstruido socio históricamente a la luz de los problemas de la estructura social, y, que, por ello, atañe a instituciones políticas y económicas de la sociedad y no meramente al carácter y la situación de individuos aislados o a buenas voluntades. El gran legado del modelo social es promover esta lectura de la “discapacidad”. Es por esto que, más que una fórmula general aplicable de un contexto a otro constituye una “caja de herramientas” para poner en práctica caso a caso, sociedad a sociedad. Dicho de otra manera, el modelo social en sí mismo, constituye “un trampolín para construir una teoría social de la discapacidad” a escala local (Barnes & Mercer, 2003: 12).

En el caso latinoamericano, en las últimas décadas, el modelo social y la asunción respecto al “carácter social” de la “discapacidad” ha tenido una amplísima repercusión. Sin embargo, esta propagación, en los ámbitos médico, normativo, político y de la sociedad civil, no ha ido de la mano de una recuperación fiel de su mirada sociológica. Tales usos vigentes, como evidencia la investigación social regional, no sólo no respetan su propuesta, sino que incorporan muchas veces perspectivas incompatibles. Tal como se ha insistido en este texto, el problema asociado a esta falta de rigurosidad poco tiene que ver con una preocupación academicista. Más bien se vincula a que tales usos generan discursos que reproducen la situación de desigualdad y opresión social de esta minoría. Esto puede observarse en dos niveles. Por un lado, invisibilizan la vigencia de políticas de Estado discapacitantes, generando un falso clima de optimismo, al instalar la idea de que “el cambio de paradigma ya llegó”. Al mismo tiempo, en la ciudadanía general promueven falsas creencias. Esto es preocupante porque cuando se desplaza la atención del área experta al terreno del sentido común y las imágenes públicas de la “discapacidad”, puede advertirse la plena vigencia de la teoría de la tragedia personal, la cual, con la confusión generada, se refuerza a través de la reducción

de esta a un asunto personal que, con esfuerzo, puede y debe “superarse”. Los vínculos entre “discapacidad” y exclusión/denigración social en el capitalismo actual son estructurales y no pueden ser exiliados de los análisis, ya que de lo contrario, se pierde la espesura de los mecanismos objetivos intervinientes en la significación y en la implicancia que adquiere la misma en nuestras áreas periféricas y neo-coloniales.

Con una agenda propia y local la mirada sociológica, como punto de vista aplicado en la investigación académica —y que puede ser desarrollada por cualquier profesional interesado en la materia— puede constituir un aporte para contribuir en visibilizar estas inconsistencias y los problemas que afectan a las personas con “discapacidad” en nuestro mundo social. En este aspecto, pueden realizar una contribución a través de estudios que apunten a generar:

Diagnósticos contextualizados sociohistóricamente que aporten mapeos cualitativos y cuantitativos respecto a cuáles son los derechos que más ven afectados las personas con “discapacidad” en nuestros espacios sociales, acompañados de un análisis que identifiquen las condiciones de posibilidad de ejercicio de tales derechos y sus vínculos con la estructura social. Asimismo, historizaciones de demandas y resistencias de las personas con “discapacidad” organizadas, deconstrucción de políticas e identificación de desfases e inconsistencias entre los “derechos en el papel” y los “derechos en las prácticas” (Ferrante, 2017), identificación de buenas prácticas e locales. Para todo esto, es importante recuperar el punto de vista de las personas con “discapacidad”, pero también el de todos los actores clave en la materia, es decir, sus familias, los profesionales de la salud y de la intervención, los responsables de las políticas, abriendo la comprensión a la escucha atenta y poniendo entre paréntesis todo tipo de diagnóstico preestablecido.

Análisis relacionales que reconstruyan empírica y teóricamente los significados atribuidos a la “discapacidad” y las “deficiencias” pero también respecto al cuerpo/hombre normal, o cuerpo capaz, ya que estas construcciones sociales están en constante cambio y poseen elevada influencia en la percepción social de las personas con “discapacidad”. Examinando qué tipo de relaciones sociales generan determinado tipo de significados de “discapacidad”, puede generarse conocimiento que permite evidenciar formas de desigualdad más amplias y plantear nuevas preguntas.

Estudios que recuperen y problematicen la singularidad, rescatando las experiencias particulares que adquiere la “discapacidad” en nuestros mundos sociales. La indagación respecto a aquellas variables que singularizan la “discapacidad” como experiencia opresiva o que la cuestionan, puede ser interesante para potenciar prácticas empoderadoras y propiciar alianzas con otras minorías y problemáticas.

En suma, el modelo social como “mirada sociológica” puede generar conocimiento capaz de exigir el respeto de las personas con “discapacidad” y luchar por su emancipación, al evidenciar que la raíz de la exclusión no se halla no los individuos, sino en una sociedad injusta que es visibilizada acotadamente (y no de un modo abstracto). En este aspecto, la mirada sociológica, moviliza también, la esperanza y el deseo de construir una sociedad más justa, no sólo para las personas con “discapacidad”, sino para todos sus miembros.

Referencias bibliográficas

Almeida; Angelino, M. A.; Ferrante, C. Míguez, M. N. y Yarza de los Ríos, A. (2018). “Ideología de la normalidad: un concepto clave para comprender la discapacidad desde América Latina”. En Ramírez, B., Sosa, L. y Yarza de los Ríos, A. (Comp.), *Estudios críticos en la discapacidad*. Buenos Aires: CLACSO (en prensa).

Barnes, C. (2009). “Un chiste malo: ¿rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que discapacita?”. En Brogna, P. (Comp.) *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México: Fondo de Cultura Económica, 101-122.

Barnes, C. (1998). “Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental”. En Barton, L. (Comp.) *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata, 59-76.

Barnes, C. & A. Sheldon. (2010). “Disability, politics and poverty in a majority world context”. *Disability & Society*, 25:7, 771-782.

Barnes, C. & G. Mercer. (2010). *Exploring Disability: A Sociological Perspective*. London: Polity Press.

Barnes, C. y G. Mercer (2003). *Disability: an introduction*. Cambridge: Polity Press.

Barton, L. (1998). “Sociología y discapacidad: algunos temas nuevos”. En Barton, L. (Comp.). *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata, 19-33.

Bregain, G. (2013). “L’internationalisation imparfaite d’une modernité nord-atlantique. Essai d’histoire croisée des politiques publiques du handicap en Argentine, au Brésil et en Espagne (1956-1982)”, Tesis de Doctoract, Universidad de Rennes-Universidad de Santa Catarina.

Brogna, P. (2012). Condición de adulto con discapacidad intelectual. Posición social y simbólica de “otro”. Tesis de doctorado en Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.

Ferrante, C. (2017). “El éxito de la Teletón en Chile: paradoja y mensaje en la era de los derechos”. *Oteaiken, Boletín sobre prácticas y acción colectiva*, 23: 44-59.

Ferrante, C. (2015). Políticas de los cuerpos, discapacidad y capitalismo en América Latina. La vigencia de la tragedia médica personal. *Revista Inclusiones. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*. Monográfico Coloquio Franco- Latino de Discapacidad. “Cuerpos, intimidad y sexualidad”: 33-53.

Ferrante, C. (2014). Usos, posibilidades y dificultades del modelo social de la discapacidad. *Revista Inclusiones. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 1 (3): 31-55.

- Ferrante, C. y Dukuen, J. (2017). "Discapacidad" y opresión. Una crítica desde la teoría de la dominación de Bourdieu. *Revista de Ciencias Sociales*, 30 (40): 151-168.
- Ferrante, C. y Venturiello, M. P. (2014). El aporte de las nociones de cuerpo y experiencia para la comprensión de la "discapacidad" como asunto político. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(2): 45-59.
- Ferreira, M. A. V. (2008). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 124: 141-174.
- Goffman, E. (2001). *Estigma. la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grech, S. (2015). *Disability and Poverty in the Global South. Renegotiating Development in Guatemala*. USA: Palgrave Studies.
- Honneth, A. (2006). El reconocimiento como ideología. *Isegoría*, 35: 129-150.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Grijalbo.
- IDRM (International Disability Rights Monitor). (2004). Monitoreo Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Chicago, IL: IDRM.
- Hunt, P. (1966). *Stigma: The Experience of Disability*. London: Geoffrey Chapman.
- Joly, E. & Venturiello, M. P. (2013). "Persons with Disabilities: Entitled to Beg, not to Work. The Argentine Case". *Critical Sociology*, 39: 3, 325 -347.
- Míguez, M. N.; Ferrante, C. y Bustos García, B. A (2017). Presentación, *Oteaiken Boletín N° 23 "Luchas por el reconocimiento y discapacidad"*, 1-9.
- Oliver, M. (2008). "Políticas sociales y discapacidad. Algunas consideraciones teóricas". En Barton, L. (Comp.) *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid: Morata, 19-38.
- Oliver, M. (1998). "¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?". En Barton, L. (Comp.) *Discapacidad y Sociedad*. Madrid: Morata, 34-59.
- Oliver, M. (1990). The individual and social models of disability. Paper presented at Joint Workshop of the Living Options Group and the Research Unit of the Royal College of Physicians.
- Oliver, M. & Barnes, C. (2012). *The New Politics of Disablement*. London: Palgrave Macmillan.
- OMS y Banco Mundial (2011). *Informe Mundial de la Discapacidad*. Ginebra: OMS.
- ONU (2014). "Los derechos y la dignidad de las personas", <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>.
- ONU (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. New York: UN.
- Palacios, A. (2017); El modelo social de la discapacidad y su concepción como cuestión de derechos humanos. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8 (1): 14-18.
- Pantano, L. (2015). "Discapacidad y pobreza en las villas de la ciudad de Buenos Aires. Reflexiones a partir de algunos datos cuantitativos". *Revista de la Facultad de Medicina* 63 (3): 551-560.

Pinilla Roncancio, M. (2015). "Disability and social protection in Latin American countries". *Disability & Society* 30:7, 1005-1020.

Ravaud, J.-F. & Stiker, H. J. (2001). Inclusion/Exclusion. An analysis of historical and cultural meanings. En Albrecht, G; Seelman, K.; Bury, M. (Ed.), *Handbook of Disability Studies*. California: Sage, 490-514.

Rosato, A.; Zuttión, B.; Priolo, M.; Almeida, M. E.; Vallejos, I.; Spadillero, A.; Kippen, E.; Sánchez, C.; Angelino, A.; Angelino, C. (2009). El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. *Ciencia, Docencia y Tecnología* 39: 87-105.

Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.

Shakespeare, T. (2013). "The social model of Disability". En Davis, L. (Ed.) *The Disability Studies Reader*. Nueva York: Routledge, 214-221.

Shakespeare, T. (1998). "La autoorganización de las personas con discapacidad: ¿Un nuevo movimiento social?". En Barton, L. (Comp.) *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid: Morata, 2008, 68-85.

Stang Alva, M. F. (2011). Las personas con discapacidad en America Latina: del reconocimiento juridico a la desigualdad real. Serie Poblacion y Desarrollo 103. Santiago de Chile: CEPAL.

UPIAS (1975). *Fundamental principles*, <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/archframe.htm>;

Ville, I.; E. Fillion y J.F. Ravaud (2014). *Introduction à la sociologie du handicap. Histoire, politiques et expérience*. Lovaina la Nueva: De Boeck.

Wright Mills, C. (1963). *La imaginación sociológica*. Cuba: Edición Revolucionaria.

EL PAPEL DE LOS CATÁLOGOS DE JUGUETES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

Andrea Gutiérrez
Nuria Martín Arroyo

Resumen

Los juguetes son una herramienta fundamental para la transmisión de los valores y costumbres de una sociedad, por lo que componen un factor muy influyente en el aprendizaje de estereotipos y roles de género. Actualmente, las compañías de juguetes continúan utilizando imágenes estereotipadas en la publicidad de sus productos, y esto se acentúa en las fechas próximas a la Navidad, cuando los establecimientos elaboran catálogos que llegan a las casas de la mayoría de niños y niñas. En este trabajo se realiza el análisis de 4 catálogos de juguetes de España y Reino Unido. De su estudio se desprende que, aunque se está trabajando a favor de la paridad en la representación de género en la publicidad de juguetes infantiles, aún persisten diferencias generalizadas. Por ejemplo, en la sección de figuras de acción pervive la presencia de personajes masculinos de manera mayoritaria; sin embargo, en la sección de muñecas, aparecen fundamentalmente personajes infantiles femeninos.

Palabras clave: género, juguetes, infancia, roles de género, estereotipos.

THE ROLE OF TOY CATALOGUES IN THE CONSTRUCTION OF GENDER STEREOTYPES

Abstract

Toys are a fundamental tool for transmitting the values and customs of a society, so they are a very influential factor in learning stereotypes and gender roles. Currently, toy companies continue to use stereotyped images in the advertising of their products, and this is accentuated on the dates close to Christmas, when establishments make catalogs that reach the homes of most children. In this work, an analysis of four toy catalogs of Spain and the United Kingdom is carried out.

From their analysis, it can be deduced that, although work is being done in favor of parity in the representation of gender in the advertising of children's toys, generalized differences persist. For example, in the section of action figures the presence of masculine characters survives in a majority way; however, in the dolls section, fundamentally female child characters appear.

Keywords: gender, toys, childhood, gender roles, stereotypes.

LE RÔLE DES CATALOGUES DE JOUETS DANS LA CONSTRUCTION DE STÉRÉOTYPES DE GENRE

Résumé

Les jouets sont un outil fondamental pour la transmission des valeurs et des coutumes d'une société. Ils constituent donc un facteur très influent dans l'apprentissage des stéréotypes et des rôles liés au genre. Actuellement, les fabricants de jouets continuent à utiliser des images stéréotypées dans la publicité de leurs produits, ce qui est accentué aux dates proches de Noël, lorsque les établissements produisent des catalogues qui parviennent au domicile de la plupart des enfants. Dans ce travail, on analyse 4 catalogues de jouets en Espagne et au Royaume-Uni. Cette étude montre que, même s'il y a des travaux en cours en faveur de l'égalité des sexes dans la publicité des jouets pour les enfants, il existe encore des différences généralisées. Par exemple, dans la section des figures d'action, la présence de personnages masculins survit principalement ; cependant, dans la section des poupées, apparaissent principalement des personnages féminins.

Mots-clés : genre, jouets, enfance, rôle de genre, stéréotypes.

INTRODUCCIÓN

En el transcurso del siglo XX al XXI, España ha experimentado profundos cambios sociales con respecto a la igualdad de género. Sin embargo, todavía perviven barreras psicológicas, como los estereotipos de género, que dificultan lograr una sociedad igualitaria, fruto de las tradiciones y valores socioculturales que se van transmitiendo de generación en generación, y que dictan un papel social y una participación desigual para cada sexo (López, 1995).

Los niños y niñas utilizan el juego como medio de aprendizaje, y a través de éste imitan y reproducen patrones de conducta que observan cada día en su entorno (familia, escuela, medios de comunicación...). Los juguetes suponen una herramienta educativa fundamental, conectan al menor con su realidad inmediata, y a su vez transmiten un determinado sistema de valores socioculturales. Entre las cuestiones que se interiorizan mediante el juego, se encuentran los patrones propios de cada género, lo que, según su condición sexual, deben ser o no ser. El juego está fuertemente influenciado y definido por la cultura y el entorno social en el que se desenvuelve (Erikson, 1974). Los juguetes reflejan el mundo adulto, sin embargo, hoy en día muchos objetos lúdicos siguen sin corresponderse con los ideales de igualdad de la sociedad actual, ya que sugieren ciertos principios, significados, aspiraciones y patrones de conducta estereotipados de cómo tienen y deben ser las personas según su sexo (Martínez-Reina, 2005; Martínez-Reina y Vélez, 2005). No obstante, desde la perspectiva psicopedagógica y sociocultural, los juguetes infantiles no deberían limitar las experiencias lúdicas de niños y niñas solo por la condición de su sexo, si realmente lo que buscamos es igualdad entre hombres y mujeres.

Definición y elementos que constituyen el género y su dimensión psicológica.

Tanto profesionales de la Psicología como investigadores de materias afines se han preguntado acerca de si el hecho de nacer biológicamente varón o mujer tiene alguna influencia en otras dimensiones de la persona, como sus capacidades o comportamiento. En los inicios del siglo XX no se conocía nada sobre los cromosomas, ni sobre el par 23 responsable del dimorfismo sexual; Ana García (2003) describe una situación en la que “la variable sexo era una especie de cajón de sastre con una maraña de significados que, más que revelar, ocultaban y equivocaban las numerosas semejanzas y posibles diferencias que existen entre mujeres y hombres” (p.14). Diversas investigaciones más recientes, han tratado estas cuestiones con una gran variedad de resultados, aunque el fundamento de la mayoría es la relevancia que el ser humano le da al hecho de ser varón o mujer en nuestra sociedad; importancia que se refleja en los estereotipos sociales o creencias acerca de las características propias de uno u otro sexo (Barberá, 1998).

Sin embargo, el ser humano está conformado por muchas dimensiones, de las cuales la biológica es de suma importancia, pero no lo es menos la social o la psicológica. El progreso y desarrollo individual tiene como motor, a la vez que como consecuencia, la construcción de una identidad. La identidad social y también la personal está a su vez conformada por muchas dimensiones, una de las cuales es la de género.

El género hace referencia a la categoría explicativa de la construcción social y simbólica, inserta en la cultura de los hombres y mujeres a lo largo de la historia, sobre la base de la diferencia sexual (Hernández, 2006). Este trabajo parte de la concepción del género como una dimensión psicológica, que supone un proceso de construcción personal y dinámico, en el que intervienen tanto los aspectos biológicos (sexo y hormonas) como sociales (cultura, familia, escuela) durante el desarrollo individual. Uno de los aspectos sociales que más influye en la construcción del género es la asignación social, que consiste en la clasificación y categorización de los individuos como pertenecientes a un grupo u otro (niño/niña; varón/mujer) atendiendo a estereotipos o creencias acerca de lo que significa ser hombre o mujer. Dichos estereotipos, aunque estables, se encuentran bajo la influencia sociocultural y no solo determinan cómo deben ser en relación a las características intelectuales y de personalidad (estereotipos descriptivos), sino también en relación a las conductas y ocupaciones que deben llevar a cabo (estereotipos prescriptivos), como señalan Álvarez, Carrera-Fernández y Cid-Fernández (2017).

El sujeto va construyendo una idea de él mismo basándose en la pertenencia a un grupo u otro de asignación sexual, atendiendo a estos elementos. Es decir, a través de su identificación con los miembros con los que comparte grupo de asignación sexual, se va elaborando la identidad de género, que tiene influencia en aspectos personales muy diversos, desde el comportamiento hasta la manera de razonar.

Durante el proceso psicológico de construcción de la identidad de género, que tiene lugar a lo largo del desarrollo individual, intervienen factores biológicos, cognitivos, psicológicos y sociales. Más adelante, se expondrán las principales teorías que intentan explicar el proceso de adquisición de la identidad de género, pero todas ellas coinciden en dos elementos, a los que cada teoría le otorga mayor o menor relevancia. Éstos son los estereotipos de género y los roles de género.

Según Del Valle et. al. (2002), las representaciones culturales (entre ellas las de género) son un conjunto de ideas, creencias y significados empleados por la sociedad para estructurar y organizar la realidad. Estas se transmiten a todos sus miembros a través de diversos mecanismos socioculturales (Colás, 2007). Los estereotipos son construcciones sociales de carácter subjetivo, es decir, no tienen porqué coincidir con la realidad y, en general, se encuentran basados en las creencias sobre las características y potencialidades de cada

grupo. Se consideran esquemas de índole cognitiva y emocional, ya que se construyen sobre un conjunto de ideas que, en el caso de los estereotipos de género, contienen apreciaciones, aseveraciones y expectativas acerca de rasgos de personalidad, actitudes e intereses, conductas, capacidades... que se entienden como propios de varones y mujeres. Siendo esto así, se convierten en juicios previos o prejuicios sobre los que establecer diferencias entre uno y otro grupo, a la vez que suponen un elemento de evaluación, por comparación, entre el estereotipo y la ejecución en los distintos ámbitos de los sujetos (Herranz y Sierra, 2002).

Cuando estos estereotipos se llevan a la práctica diaria, y se aprecian en la conducta de mujeres y hombres, se hace referencia a roles de género. De esta forma, los roles de género son la ejecución del conjunto de conductas y comportamientos que se consideran ajustados y apropiados para hombres y mujeres, dentro de una cultura determinada (Deaux, 1993).

Pero el hecho de que un niño o una niña lleguen a comportarse como se espera según su rol de género no es un hecho puntual, ni se debe a un único factor. Los estereotipos juegan un papel importante en el procesamiento de la realidad por parte de los sujetos. Así mismo, mediante el proceso de socialización, los individuos tienden a asumirlos a la vez que trabajan con ellos como elementos sobre los que construir su propia identidad de género en particular, y su autoconcepto en general. No olvidemos que los grupos sociales, la adquisición de sus normas de comportamiento, los valores y las actitudes, resultan uno de los factores esenciales sobre los que se fundamenta nuestro desarrollo psicosocial (Herranz y Sierra, 2002).

Principales teorías sobre la adquisición de los estereotipos y roles de género.

Antes de exponer las diferentes teorías sobre la adquisición de estereotipos y roles de género, debemos señalar que todas parten de la premisa de que existen diferencias entre mujeres y varones, pero éstas tratan de buscar y explicar las razones por las que unas y otros se muestran diferentes ante situaciones sociales, y manifiestan determinados comportamientos o razonamientos... Dependiendo del marco teórico, cada una de las siguientes teorías hace hincapié en variables distintas a la hora de explicar tales diferencias.

Teorías biológicas

El enfoque biológico para el estudio de las diferencias de género engloba un conjunto de perspectivas con un amplísimo campo de interés. Algunas de las personas investigadoras centran su trabajo en saber cuál es el papel de las variables genéticas, hormonales y fisiológicas en las diferencias en el comportamiento entre uno y otro sexo. Otras, por su parte, intentan explicar estas variables en relación con la evolución de la especie y con la conducta actual de varones y mujeres.

Desde la perspectiva biológica se hace una aproximación de cuáles son las bases de las diferencias de género al estudiar y analizar especies próximas al hombre en las que se reflejan comportamientos diferentes entre machos y hembras y que no pueden ser atribuidos a factores sociales, sino genéticos (Hinde, 1983). Para determinar qué es una mujer o qué es un hombre la mayoría de textos médicos, emplean los siguientes criterios biológicos: a) sexo genético, disposición hereditaria de los cromosomas XX en el caso de las mujeres y de XY en el caso de los hombres; b) estructura gonadal, la presencia de ovarios o testículos; c) la forma de los genitales externos, y la presencia o ausencia de vagina y las estructuras vulvares en las mujeres y el pene en los hombres; d) la morfología de los genitales internos, la presencia de útero y trompas de Falopio, y e) las hormonas sexuales reguladoras del comportamiento sexual; estrógenos y progesterona en el caso de las mujeres y testosterona en los hombres (Flores, 2001). Por tanto, defienden que las diferencias conductuales, e incluso de aptitudes o habilidades de orden intelectual, han de estar fundamentadas en diferencias biológicas.

Desde la etología, ponen su interés no solo en las diferencias de comportamiento entre distintas especies animales, sino en las razones de estas que resultan útiles para la evolución de la especie y, por lo tanto, han ido ajustándose y asentándose a lo largo de su desarrollo. De esta forma, el hecho de que las hembras tiendan a estar con las crías y a darles cobijo, mientras el macho sale a buscar el alimento, se explicaría en base a que es una conducta seleccionada evolutivamente, ya que resulta beneficiosa para la supervivencia de la especie.

Por último, personas expertas del campo de la sociobiología comparten la idea de que las diferencias entre individuos de distinto sexo se pueden explicar atendiendo a que, mediante este comportamiento diferencial, los individuos aseguran la supervivencia de los genes más apropiados para las generaciones posteriores (Kenrick y Trost, 1993). Pero, desde esta perspectiva, los elementos biológicos no son los únicos partícipes en las diferencias entre los géneros, sino que habría que tener en cuenta los factores del entorno en la comprensión de estas diferencias. De esta forma, partiendo de una base genética distinta en varones y mujeres (machos y hembras), son las condiciones del entorno las que propician, mantienen y completan esa diferenciación (Herranz y Sierra, 2002). En definitiva, todos coinciden en que existen diferencias entre sexos al medir ciertas variables de personalidad, pero son precisamente aquellas que han alimentado los estereotipos de género a lo largo de la historia (Jayme, 1999).

Teorías cognitivo-evolutivas

El objetivo fundamental de las teorías cognitivo-evolutivas es conocer el proceso de adquisición y desarrollo de la identidad de género y cuál es su relación con la comprensión del género, y las conductas tipificadas de cada grupo de asignación social. La identidad de género es la experiencia del rol

de género, y este la manifestación pública de su identidad (Ehrhardt y Money, 1982). Desde esta perspectiva, se toma como eje explicativo del desarrollo cognitivo, la progresión en la capacidad para entender la realidad por parte de los sujetos, por lo que esta depende de la capacidad del niño o de la niña para comprender los conceptos de varón o mujer, así como de identificar los rasgos y características socialmente asumidas para cada uno de estos grupos. A su vez, la comprensión del género es un aspecto del desarrollo cognitivo general y emerge como consecuencia del mismo (Kolhberg y Ullian, 1974).

Estos modelos se centran en tres procesos evolutivos para entender tanto el desarrollo de la identidad de género como la adquisición de los estereotipos de género, que corresponden a cada uno de los sexos:

- a. Comprensión los conceptos de varón y mujer.
- b. Capacidad de identificarse con el propio sexo.
- c. Asunción del concepto del género y de los estereotipos de género. Conocimiento que hace aprender la conducta sexualmente tipificada.

Por tanto, la percepción adecuada del género y la autopercepción del mismo, son elementos previos a la conducta sexualmente tipificada. La adquisición de estas capacidades es gradual y evolutiva, por lo que la adquisición de la identidad de género se produce a lo largo de una serie de estadios:

Identidad/etiquetado de género

El niño y la niña de 2 años, a partir de sus sensaciones (mundo interno) y del conocimiento de los otros (mundo externo) empieza a distinguir su yo del resto y adquiere la conciencia de individualidad (Jayme, 1999). En la edad preescolar, los niños y niñas son capaces de etiquetarse correctamente a sí mismos y a los otros, dentro de un grupo (niño/niña; varón/mujer). De esta forma, son capaces de establecer todo un conjunto de elementos que serían propios o de su sexo.

Pero, ya que los niños y niñas hacen esta categorización dependiendo de rasgos externos "propios" de uno u otro sexo, tienden a pensar que el sexo de un sujeto puede variar si introducimos elementos externos del otro.

Estabilidad de género

Esta fase se da entre los 5 y 7 años, aproximadamente, y se caracteriza por la existencia una rigidez en la idea de género, se entiende que no se puede intercambiar ni transgredir las normas de género, ya que la conducta de género describe exclusivamente al miembro del grupo. Los niños y niñas empiezan a entender que el género permanece estable a lo largo del desarrollo y, durante esta etapa, piensan que la modificación de rasgos considerados "apropiados" para su género, conlleva un cambio de sexo.

Constancia de género

Durante esta tercera etapa que va desde los 6 años hasta la pubertad, los niños y niñas muestran una clara comprensión de que el sexo es un rasgo estable de identidad (Herranz y Sierra, 2002), y no se altera por elementos externos y superficiales, como puede ser la vestimenta.

Mediante la evolución de estas tres etapas (identidad y etiquetado de género y estabilidad de género), se alcanza lo que se denomina “constancia de género” y supone la capacidad de comprender que los individuos son varones o mujeres de forma permanente.

Kohlberg (1974) sostiene que la constancia de género se mantiene en el tiempo, independientemente de las situaciones o rasgos externos. Este hecho hace que los niños y niñas se sientan motivados a aprender los roles y los comportamientos apropiados a cada género, siendo la base para la adquisición de las conductas sexualmente tipificadas.

Entre las principales críticas de esta teoría se encuentra su acento en la primera infancia, obviando el desarrollo y los cambios de identidad de género a lo largo del ciclo vital (López, 1988). También se hace referencia a la secuencia, ya que Kohlberg (1974) considera que la adquisición de la identidad de género es previa a la manifestación de comportamientos tipificados y de estereotipos de género. Sin embargo, son diversas las investigaciones que recogen comportamientos tipificados y manifestaciones estereotípicas previas al self de género (Golombok y Fivush, 1994).

Modelo del procesamiento de la información: esquema del género

Dentro de las teorías cognitivo-evolutivas, y en respuesta a algunas de las limitaciones que presentan, los modelos del procesamiento de la información combinan elementos de este enfoque con otros del aprendizaje social a la hora de ofrecer una explicación de la adquisición de los roles de género y, por ende, de la adquisición de la identidad de género.

Se entiende por esquema la estructura que ayuda a la organización y orientación de las percepciones de las personas. Cuando alguien se autocategoriza como varón o mujer, procesa e interpreta la información en base a su pertenencia grupal, siendo el contexto el que determina qué es lo adecuado para cada género (Martin y Halverson, 1987). El esquema es una estructura que indica roles, estereotipos, conductas, rasgos de personalidad... (Bem, 1981) que se aplica de forma automática y resulta muy difícil de modificar. Cuando el individuo se autoclasifica como miembro de un grupo, la representación de sí mismo y la interpretación del mundo va a seguir las directrices de este.

Los/as principales autores/as de este modelo difieren en su percepción de cómo influye el género en el concepto de la persona. Para Crane y Markus

(1982) el autoconcepto de género es el elemento que organiza nuestras vivencias, mientras que para Bem (1981) el autoconcepto está supeditado al esquema de género. Del mismo modo, mientras Crane y Markus hablan de autoconcepto masculino, femenino, ambos o ninguno, Bem discrimina entre personas esquemáticas o no esquemáticas. La persona esquemática interpretaría la realidad siguiendo fielmente los constructos de masculinidad y feminidad. Sin embargo, la no esquemática o andrógina, aunque conoce los roles y estereotipos dominantes, actuaría interpretando su entorno con independencia de ellos.

Dentro de las limitaciones de esta teoría se podría destacar la incapacidad para explicar qué hace que las personas se identifiquen con mayor o menor intensidad con su género o qué papel juegan las estructuras sociales y las dinámicas grupales en la de género (García-Leiva, 2005).

Teorías del aprendizaje social

Según los principales autores y autoras de esta teoría, los procesos a través los cuales se adquiere el género son los mismos que por los que se adquiere cualquier otra conducta: los de aprendizaje.

Según este modelo, la aprobación social (tanto de adultos como de los iguales) es un elemento esencial para el aprendizaje y desarrollo de los roles de género. Así, los adultos (padres, madres, profesorado,...) tienden a reforzar las conductas que son ajustadas al género o a recompensarlas, más que cuando el niño o la niña adopta una conducta que no se considera apropiada para su género. En lo que se refiere al refuerzo de los comportamientos tipificados sexualmente, numerosas investigaciones ponen de manifiesto que las personas adultas no tratan igual a un/a niño/a (Lyton y Rommey, 1991), concretamente, la crítica a los varones cuando exhiben conductas valoradas como femeninas es mayor y más contundente, que cuando ocurre a la inversa (Herranz y Sierra, 2002).

El aprendizaje de los roles de género también se basa en la observación de modelos del entorno, de la sociedad en general y, en particular, de los adultos que rodean al menor durante su infancia; todos ellos, muestran un amplio repertorio de conductas sexualmente tipificadas. Algunos de esos adultos, especialmente los relevantes para el infante, se pueden llegar a convertir en el modelo de conducta a seguir o imitar al tratarse de personas cercanas afectiva y emocionalmente (Bandura, 1977). La adquisición de conocimientos sobre lo "apropiado" a cada sexo mediante la observación de modelos y el refuerzo correspondiente, se realiza de forma gradual y se completa con la exhibición de una conducta de género apropiada. El niño o niña aprende, a través de los mismos mecanismos, a anticiparse a las reacciones de los demás ante conductas consideradas apropiadas o no, aprende a prever los resultados y efectos de su comportamiento, y actúa en consecuencia (Busser y Bandura, 1992).

La principal crítica formulada a esta teoría es que explica cómo se adquieren patrones de conducta a través de un proceso educativo diferencial, sin abordar los mecanismos intrapsíquicos responsables de la adquisición de las conductas, ni cómo estas influyen en el desarrollo del self (García-Leiva, 2005).

Rol de los juegos y juguetes en la adquisición de la identidad de género

Las posibilidades de desarrollo de un niño o niña están vinculadas con la calidad de las vivencias que experimentan durante la infancia y moldean sus expectativas y potencialidades. En torno a los tres años, los pares del mismo sexo comienzan a reforzar de forma positiva los juegos tipificados de género, divirtiéndose con los niños y niñas de su edad (Mercer et al., 2008).

Las concepciones estereotipadas son adquiridas a través de la socialización del género, por lo que asumen un papel importante el ámbito social, familiar y educativo. Cuando juegan, los y las menores siguen los modelos de género cercanos o conocidos, aprendiendo a identificar lo que está o no permitido, aceptado o valorado (González y Puerta, 2015). El juego tiende a reproducir, por tanto, la ideología dominante delimitando espacios y discursos de forma excluyente para cada género, por lo que compone un lugar ideal para la transmisión de los valores establecidos desde el poder (Lobato, 2005).

Sergi Fábregues (2004) afirma que el juego es fundamental en la interiorización de valores que definirán la identidad de género y construirán las expectativas del niño o niña, ya que jugando se adquieren los hábitos, modelos e imágenes del mundo. Desafortunadamente, en la sociedad actual los juguetes continúan transmitiendo de manera implícita valores sexistas que influyen en la socialización del género en la infancia, y en la reproducción de los roles de género.

De esta forma, se marcan unos modelos o patrones, y unos espacios diferenciados en la sociedad dependiendo del género, y que además, estipulan una jerarquía. Los niños y las niñas buscan la aceptación social, por lo que tratan de adaptar su comportamiento a lo que, socialmente, se espera de ellas o ellos, ya que supone un riesgo comportarse de forma diferenciada (Lorenzo y Pino, 1993).

A las niñas, por herencia ideológica de la sociedad patriarcal, se les atribuyen cualidades como la fragilidad, la belleza y la sensibilidad, por lo que se tiende a sobreprotegerlas y a considerarlas vulnerables. Por este motivo, el tipo de juguetes que se promocionan para ellas están dirigidos e involucran acciones valoradas socialmente como femeninas, como son la imitación de la maternidad, actividades domésticas o la preocupación por su aspecto físico.

Por el contrario, los juguetes dirigidos a chicos, están orientados al ejercicio de proezas físicas, e involucran fuerza, astucia y poder. Su objetivo es estimular el desarrollo de actividades relacionadas con el ejercicio físico, la autonomía,

fortalecer su carácter y autoestima, y promocionar la conducta e ideales heroicos, entre otros.

Esta diferencia convierte a los juguetes en “sexistas”, término con el que se pone énfasis en el papel que juegan en la reproducción de estereotipos de género rígidos, que contribuyen a perpetuar la desigualdad y la discriminación, al ofrecer orientaciones sesgadas sobre las capacidades, intereses y deseos de niños y niñas, limitando las oportunidades de desarrollo. Contribuyen a determinar en cierta medida las aspiraciones que tendrán las y los más pequeños en la vida adulta (Lovdal, 1989).

La identidad de género que se va construyendo a lo largo del desarrollo, sumado a los roles tradicionales de la sociedad, les proporciona unas expectativas sobre el tipo de estudios o las profesiones futuras que podrían ejercer. Además, “las normas diferenciadas elaboradas por la sociedad para cada sexo tienen diferente consideración social y existe una jerarquía entre ellas” defiende Mayorbe (2004, p.1). El hecho de interiorizar esta situación de inferioridad determina que mujeres y hombres no dispongan de las mismas oportunidades de ejercer los derechos que les corresponden como ciudadanas y ciudadanos en la vida real (Gil y Pérez, 2012).

Es imprescindible que las empresas jugueteras conozcan las implicaciones del juego simbólico, y sean conscientes de las implicaciones que tienen sus decisiones comerciales en la naturalización y reproducción de estereotipos.

Este trabajo pretende, a través del análisis de una selección de catálogos de España y Reino Unido¹, detectar la presencia de estereotipos de género tradicionales en la presentación y difusión de los juguetes.

Metodología

Se lleva a cabo un análisis de contenido desde una perspectiva de género. A nivel cuantitativo se tiene en cuenta principalmente el sexo de la persona que aparece representando dicho juguete² y el tipo de juguete del que se trata. A nivel cualitativo se examina el tipo de juego que se pone en marcha, partiendo de la interacción de el/la menor con el mismo.

Descripción de la muestra

La muestra está compuesta por 478 juguetes, extraídos de 4 catálogos de juguetes de la campaña de Navidad 2016/2017. Dos de ellos proceden de grandes superficies (la española, El Corte Inglés; y la británica, Argos)

1 Seleccionamos Reino Unido, aprovechando la estancia de una de las autoras en dicho país, y por ser una sociedad de referencia en cuanto a inclusión social en Europa. Ocupa el lugar 20º en el *Índice Global de la brecha de Género*, mientras que España el puesto 29º. También ocupa el puesto 11º en el *Índice de Justicia Social en Europa* y España el puesto 24º de 28 países analizados.

2 En los casos en los que aparecen dos o más niñas/os jugando al mismo tiempo, se contabiliza la presencia de cada menor.

y otros dos, procedentes de negocios que se dedican exclusivamente a la venta de juguetes (Juguettos, española; y Abgee, británica).

Los juguetes que componen la muestra son aquellos que aparecen acompañados/as de la figura de un/a menor, y están recomendados a partir de 3 años. Siendo conscientes de que es a partir de los 2 años cuando se empieza a desarrollar la habilidad de etiquetado de género, se ha preferido tomar este criterio por la dificultad que supone identificar en las imágenes el sexo del bebé.

Una vez seleccionada la muestra total, se han agrupado los juguetes en diferentes categorías temáticas. Éstas son:

- *“Sobre ruedas”*. Engloba todo tipo de vehículos: coches, trenes, bicis, motos, patinetes, camiones... y los juegos que simulan circuitos, velocidad y piruetas con vehículos en miniatura.
- *“Casitas”*. Se considera parte de esta categoría todos los juguetes que reflejan un comportamiento cotidiano del hogar o entorno familiar, como pueden ser los muñecos de bebés, cocinitas, objetos de limpieza, mascotas...
- *“Manualidades”*. Recoge todos aquellos que fomentan la imaginación y creatividad como son los juegos de piezas y bloques, arena, plastilina, abalorios, diseño de accesorios, maquillaje, pinturas, y los juegos que simulan la construcción.
- *“Acción y aventura”*. Aglutina muñecos de superhéroes y superheroínas, espadas, pistolas, muñecos de acción o basados en dibujos o películas de acción y aventura.
- *“Deportes y música”*. Abarca todos los instrumentos musicales, micrófonos, juegos de baile, material deportivo, mesas de juego (billar, fútbolín, ping-pong...), o accesorios para realizar actividades al aire libre.
- *“Varios”*. Engloba ropa, disfraces, peluches, figuritas y material escolar con decoración de películas o series animadas (excepto las de acción).

Para el análisis de datos, se tienen en cuenta aspectos como el sexo del menor que acompaña al juguete, el color del mismo y el fondo que acompaña a la imagen, las actividades que simulan o el tipo de habilidades que pretende desarrollar el juguete, contrastando la información recopilada con las cualidades tradicionalmente asignadas a cada género.

Resultados

En la Tabla 1 se puede apreciar la representación de niños y niñas que aparecen en los catálogos. Aparentemente, es un número bastante igualado, pero posteriormente veremos el desglose por categorías y la distribución de las imágenes dentro de las mismas.

Tabla 1. *Datos generales del estudio*

Representación del juguete	Juguettos	El Corte Inglés	Abgee	Argos	Total
Niños	58	80	16	133	287 (53,8%)
Niñas	38	81	14	113	246 (46,2%)

En un primer acercamiento a los catálogos de Abgee, ya vemos que en su índice hace una diferenciación clara entre los juguetes para niñas y niños, no solo al situarlos en categorías diferentes, sino también con la utilización de los colores; el rosa para ellas y el azul para ellos.

1 - 9	Fisher Price Including: Baby Gear, Laugh & Learn, Beat Bo, Imaginext	3 - 8	Play-Doh Play-Doh, Play-Doh Kitchen Creations, Play-Doh Shape to Life
10 - 15	Early Years Including: Octonauts, Go Jetters, Bing, Mega Blocks	9 - 11	Boys Marvel Avengers, Mr Potato Head, Marvel Spiderman
16 - 25	Thomas & Friends Including: My First, Adventures, Minis, Trackmaster, Wooden	12 - 13	Transformers Rescue Bots, Transformers Generations, Robots in Disguise
26 - 37	Girls Including: Barbie, BD Superhero Girls, Shimmer & Shine, Monster High, Mixie	14 - 15	Star Wars Figures, Rogue One, Galactic Heroes, Lightsabres, Masks, Games
38 - 46	Boys Including: Hotwheels, Cars, Blaze, Justice League, Minecraft, WWE, F.C. Elite	16 - 21	Nerf Accustrike, Zombie, N-Strike, N-Strike Elite, Modulus, Vortex, Super Soaker, Rival.
47	Games Including: Scrabble, Uno, Uno Junior, Uno emoji	22 - 35	Girls Disney Elena of Avalor, Disney Frozen, Disney Princess, Moana, Furby Connect, FurReal, My Little Pony, Littlest Petshop, Trolls.
		47	Yokai Watch / Games Yokai Watch, Speak Out, Pie Face, Monopoly, Jenga, Simon Air, Trivial Pursuit, Guess who.
Figura 1. Índice Catálogo Mattel. Abgee 2016. Pág. 2.		Figura 2. Índice Catálogo Hasbro. Abgee 2016. Pág. 2.	

Categoría “Sobre Ruedas”

Como podemos ver en la Tabla 2, existe una clara diferenciación entre la presencia de niños y niñas jugando en esta categoría. En juegos y juguetes relacionados con vehículos: motos, coches, bicicletas... aparecen un total de 103 menores, de los cuales 80 son niños.

Por otro lado, el catálogo que más imágenes de niñas incluye, proporcionalmente, es el del Corte Inglés, que conforman 10 de los 23 totales, aunque en la mayoría de los casos están situadas en un segundo plano y con una actitud mucho más pasiva que la de los chicos, como puede observarse en las figuras 3 y 4.

Tabla 2. Categoría “sobre ruedas”

Representación del juguete	Juguettos	El Corte Inglés	Abgee	Argos	TOTAL
Niños	16	21	4	39	80 (77,67%)
Niñas	2	10	0	11	23 (22.33%)



Figura 3. Coches de alta gama FEBER. Catálogo El Corte Inglés Navidad 2016. Pág. 354



Figura 4. Motos y bicis FEBER. Catálogo El Corte Inglés Navidad 2016. Pág. 349

En la figura 3 se observan siete automóviles que simulan coches de alta gama, solo en dos de ellos aparecen niñas y siempre como copilotos. Asimismo, en la figura 4 se puede apreciar cómo las niñas aparecen en un segundo plano con las motocicletas y bicis; y mientras las de ellos presentan variedad de colores hay una constante en las que conducen las niñas: todas son rosas o malvas.

Esto es un fiel reflejo de la realidad. Tradicionalmente, el mundo del motor y todo lo relacionado con la velocidad y la automoción, ha sido un espacio fuertemente discriminatorio para las mujeres; por ejemplo, en las carreras profesionales de MotoGP o de Formula1, las mujeres solo aparecen como acompañantes o incluso como “premio”. Aún es difícil encontrar mujeres camioneras, taxistas o conductoras de autobús, ya que es un gremio en el que predominan los varones, y por ahora, la presencia femenina es muy reducida.

Categoría “Manualidades”

Dentro del apartado “Manualidades”, se encuentran todos los juguetes que fomentan el desarrollo de la imaginación y la creatividad, mediante la manipulación de distintos materiales (arcilla, plastilina, golosinas, etc.); nos referimos a los juegos de construcción, de dibujar, moldear, cocinar, etc.

En la tabla 5 podemos observar que en los catálogos de Juguetos y Abgee se aproximan bastante a un reparto equitativo en cuanto a la presencia de niños y niñas en sus imágenes. Exceptuando al Corte Inglés, que muestra una representación significativamente mayor de niñas, los demás catálogos han hecho una distribución más equitativa. Pero es solo aparentemente, ya que esto se debe a que la mayoría son juguetes que tradicionalmente han sido asignados a los roles femenino como pueden ser aquellos de creación de joyas, peinados, cocinitas...

Tabla 3. Categoría “manualidades”

Representación del juguete	Juguetos	El Corte Inglés	Abgee	Argos	TOTAL
Niños	6	2	4	13	25 (37,9%)
Niñas	8	11	5	17	41 (62,1%)



Figura 5. SuperSand. Catálogo Juguettos.



Figura 6. Bob the builder. Mattel. Abgee 2016. pág 14.

Especial Navidad 2016. Pág. 136

En la figura 5, podemos ver a una niña y a un niño, jugando juntos a construir un castillo de arena, de igual a igual, manteniendo la figura femenina como personaje activo dentro del juego, sin excluir a la figura masculina. Podríamos resaltarlo como un ejemplo de buena práctica publicitaria frente a la figura 6 que solo presenta a un niño, que ayudado de su muñeco (también varón), va a desempeñar tareas de bricolaje. Este tipo de ejemplos promueve roles de género estereotipados, en el cual, los hombres son los únicos encargados de realizar tareas tradicionalmente consideradas masculinas, como arreglar un grifo, colgar un cuadro o usar un taladro; y refuerza la idea estereotipada de que la construcción o las reparaciones son una cuestión “de hombres”.

No se encuentran, en ninguno de los catálogos analizados, imágenes en las que aparezcan niñas utilizando este tipo de juguetes, con las consecuencias que ello puede tener; dado que estos juguetes promueven el aprendizaje del trabajo manual y fomentan el desarrollo de habilidades de precisión y destreza, así como la creatividad. Sin embargo, la mayoría de las niñas presentes en esta categoría se encuentran interactuando con juguetes relacionados con la belleza y la estética (ver figura 7), fomentando así una preocupación muy presente en las mujeres por la apariencia física (Castillo, 2007), frente a cualidades como la inteligencia o la eficiencia, valoradas y puestas en práctica en los juegos dirigidos a los hombres.



Figura 7. Más que cuentas, Abalorios. Miyo. Catálogo El Corte Inglés Navidad 2016. Pág. 170

Categoría "Jugar a las casitas"

Se trata de una de las categorías más polémica y denunciada por su falta de contribución a la corresponsabilidad y compromiso en las tareas de cuidado y las labores del hogar. Como podemos ver en la Tabla 4, en este tipo de escenarios aparece una abrumadora mayor representación de niñas, de hecho, el 88% de las imágenes de esta sección las protagonizan ellas.

Tabla 4. Categoría "Jugar a las casitas"

Representación del juguete	Juguettos	El Corte Inglés	Abgee	Argos	TOTAL
Niños	4	2	0	3	9 (11,68%)
Niñas	11	21	6	30	68 (88,32%)



Figura 8. Babies to love. Argos. Christmas 2016. Pág. 216.

Mediante los juguetes de esta categoría, los niños y niñas desarrollan la capacidad afectiva, la responsabilidad, y practican tareas de cuidado, así como gestión de la casa.

En la figura 8 observamos a cuatro niñas simulando que cuidan de su bebé, bajo un fondo completamente rosa. Dicha página lleva el título “Bebés para amar”, y no aparece ningún niño en ella. En la misma línea en la sección de bebés, donde también se anuncian objetos y accesorios para los padres y madres, como pueden ser parques, tronas o carritos. Llama la atención, que en todas las imágenes aparece la mujer empujando el carro y paseando al bebé.

Estas cuestiones suscitan varias preguntas ¿solo las mujeres pueden cuidar de sus hijos/as? ¿un padre no puede disfrutar del cuidado de su bebé? Asimismo, este tipo de juguetes favorece al desarrollo de capacidades como empatía, delicadeza o sensibilidad que, tradicionalmente han sido atribuidas al rol de género femenino, y que, por ahora, siguen sin ser promovidas para el género masculino. Nos encontramos ante uno de los estereotipos de género más rígidos, eje central de la desigualdad, y como tal, el que más se resiste al cambio.

En la figura 9 se observa de nuevo cómo el trabajo en la cocina, tradicionalmente asignado a la mujer como parte de las tareas de cuidado, aparece representado por una niña, y el niño aparece en un rol pasivo sujetando la columna del juguete. Y esto es una constante en todos los catálogos analizados, donde los niños nunca aparecen en solitario representados en tareas de cocina o cuidados.



Figura 9. Cocina Studio XL Tefal. Catálogo Juguettes Especial Navidad 2016. Pág. 124.

Nos encontramos actualmente luchando para romper los estereotipos tradicionales y repartir las tareas de crianza de un modo más igualitario y, por desgracia, la imagen transmitida en la publicidad de los juguetes no ayuda a que este cambio termine de producirse. Los roles de género, tradicionalmente, han situado a la mujer ocupando cargos relacionados con el cuidado del hogar y de la familia. Esta idea preconcebida sobre la labor que puede desempeñar una mujer, puede tener mucho que ver con que la mayoría de empleados domésticos a nivel mundial sean precisamente mujeres. La Organización Internacional del Trabajo señala que ellas ocupan más del 80% de estos puestos. Por otro lado, según datos del INE, un 38,2% de las mujeres ocupadas deja su puesto de trabajo con el nacimiento de su descendencia, frente al 7,4% de los hombres, hecho muy ligado a los roles que se van interiorizando desde la infancia con este tipo de juegos.

Categoría “Acción y Aventuras”

Esta sección engloba muñecos y personajes de series o películas de acción, superhéroes y superheroínas; juegos de aventuras, e involucra espadas, pistolas o peleas; así como juegos de policías y bomberos, que simulan la vida adulta e implican valores como la heroicidad.

Después de la categoría “casitas”, esta representa el grupo de juguetes que más desigualdad manifiesta explícitamente, con una representación masculina en un 87,5% de los juguetes estudiados. Las personas responsables del marketing de estas empresas dirigen su oferta hacia un público masculino, fomentando la violencia entre los hombres que muchas veces es aplicada buscando la sumisión de la mujer; ya que, según los roles tradicionales, las mujeres no usan armas y la agresividad no es una cualidad que se ajuste al estereotipo femenino (Odriozola, 2009)

Tabla 5. Categoría “Acción y aventuras”

Representación del juguete	Jugettos	El Corte Inglés	Abgee	Argos	TOTAL
Niños	11	7	5	61	84 (87,5%)
Niñas	1	1	2	8	12 (12,5%)

Dentro del catálogo de El Corte Inglés, por ejemplo, podemos encontrar un apartado en el que sólo se hace referencia al género masculino: “superluchadores”, “campeón” “los niños”. Esta sección está dedicada a los personajes de lucha de WWE, en la que se pueden leer textos donde se aprecia una omisión absoluta del género femenino, presuponiendo que ninguna chica quiere ser una “superluchadora” o una “campeona” (figura 10).



Figura 10. Catálogo El Corte Inglés Navidad 2016. Pág. 285

Otro ejemplo lo apreciamos en la figura 11, donde aparecen la colección de espadas láser de Star Wars, y tan solo una es sostenida por una chica, que además es situada en la esquina superior izquierda, con menor visibilidad. En la misma lógica la figura 12 anuncia pistolas, que aparecen en manos de niños exclusivamente, y que estimulan el desarrollo de la competitividad, la fuerza y la habilidad de luchar o de imponer poder a través de la violencia.

Esto es el reflejo de una sociedad en la que la agresividad es una característica que se fomenta en el género masculino, y cuya presencia y normalización tan temprana tiene consecuencias graves, al verse como solución a los conflictos ante la incapacidad para gestionar y lidiar con las emociones, sin hacer uso de la violencia. Todo ello, desencadena situaciones de aislamiento social, la negación y represión de los sentimientos en los hombres (Odriozola, 2009), y está detrás de los asesinatos machistas.



Categoría "Deportes y Música"

Con una representación de niños y niñas de casi un 50% se convierte en la categoría más equitativa, como podemos observar en la Tabla 6. Dentro de esta sección englobamos a aquellos juguetes relacionados con la música o el deporte (balones, canastas, porterías, gimnasia ...).

Tabla 6. Categoría "Deportes y Música"

Representación del juguete	Juguettos	El Corte Inglés	Abgee	Argos	TOTAL
Niños	4	4	14	1	23 (51,12%)
Niñas	2	4	16	0	22 (48,88%)

Sin embargo, la paridad numérica solo implica que ambos sexos están representados utilizando dichos juguetes, aun así, se pueden apreciar pequeños detalles como en la figura 13, en la que aparecen, tanto un niño como una niña tocando instrumentos musicales, pero el piano es rosa y poco fiel a la realidad, mientras que la batería es muy parecida a la que se utiliza de forma profesional.

La figura 14 constituye un ejemplo de buenas prácticas publicitarias desde la perspectiva de género, en ella se puede ver tanto a niños como a niñas jugando en una casita de jardín y en unos toboganes; todos aparecen con un rol activo, compartiendo el espacio y disfrutando por igual. Estas representaciones ofrecen referentes a los/las menores, normalizando su utilización, y despertando el interés de cualquier menor, independientemente de su sexo.

Categoría "Varios"

Como se refleja en la Tabla 7, esta es otra de las categorías más desiguales en cuanto a la presencia de niños y niñas en sus páginas. Pero es necesario ir más allá de los datos numéricos, ya que en este apartado se engloban todos los juguetes que no se ajustaban a ninguna de las categorías anteriores; y a menudo no vienen acompañados de menores.

Dentro de esta categoría podemos ver disfraces, ropa, pijamas, figuras de colección (Star Wars y princesas Disney) y material escolar. Asimismo, en esta sección se han introducido los juguetes y disfraces que simulan las profesiones adultas, excepto bombero y policía, que fueron analizadas en la categoría "acción y aventura".

Tabla 7. Categoría "Varios"

Representación del juguete	Juguettos	El Corte Inglés	Abgee	Argos	TOTAL
Niños	4	2	0	3	9 (11,68%)
Niñas	11	21	6	30	68 (88,32%)

Nos encontramos con una clara diferenciación por sexos, así en la figura 15 podemos observar a 6 niños y niñas disfrazados de superhéroes y superheroínas del universo Marvel, con matices completamente distintos. El disfraz que llevan las niñas es una falda, mientras que los niños visten con pantalones. Otra clara diferencia es la postura elegida en la foto, mientras que los chicos posan con una actitud de ataque y defensa, preparados para salvar al mundo, las chicas están posando con una actitud coqueta; incluso una de ellas juguetea con su pelo. Esto constituye un ejemplo de cómo se alimentan los estereotipos sexistas y se transmiten los roles de género en el cual, el hombre tiene que ser el héroe y rescatar/proteger a su princesa, con apariencia delicada y vulnerable. Las niñas buscan identificarse con los personajes femeninos que aparecen en las películas o en sus cuentos, por lo que la mayoría quieren ser princesas; mientras el hombre es etiquetado con el prototipo de ser valiente, fuerte, inteligente, audaz, etc., que representan los protagonistas masculinos. Los personajes toman distintos roles según su sexo, imitando los estereotipos de género tradicionales presentes en nuestra sociedad (Martínez-Reina, 2005).



Figura 15. Catálogo Christmas 2016. Argos. Pág. 326

Conclusiones

El análisis realizado, nos permite afirmar que aún nos queda mucho trabajo en materia de igualdad; y en especial en contra de la socialización diferencial de género, tanto en España como en Reino Unido.

En primer lugar, hay que destacar que, dentro de las categorías analizadas, la que más desigualdad muestra es la referente a “bebés y tareas domésticas”; ya que apenas aparece la figura masculina en esta sección. Y es que, la tarea de crianza de los hijos/as y de las labores del hogar, siempre ha sido asignada al género femenino. Es uno de los estereotipos de género más estrictos y más difíciles de romper, ya que es un concepto muy afianzado en nuestra forma de comprender el mundo, y es común en casi todas las culturas. La segunda categoría con mayor desigualdad en cuanto a la representación es la de “acción y aventura”, en la cual la presencia de niñas es mínima con respecto a la presencia masculina. En esta sección se exponen juguetes y actividades que históricamente han sido asignadas a los hombres, como la exploración, y que involucran habilidades y valores como seguridad en sí mismos y en sus recursos, fuerza, lucha... de las cuales, se ha mantenido alejada tradicionalmente a la mujer, ya que no cumplían con los estereotipos propios de su sexo como son la feminidad, sensibilidad o delicadeza.

En los catálogos del Reino Unido se da una diferenciación de género y de roles mucho más abierta que en los catálogos estudiados en España; como hemos podido ver en la figura 1 y 2, donde directamente dividen los juguetes en “boys” y “girls”. El Corte Inglés, por ejemplo, ha optado por evitar las imágenes de niños o niñas jugando, a nivel general, salvo las imágenes procedentes del fabricante (como Nenuco, Thomas & Friends, Nerf...) para evitar la controversia. Se repite la situación en el catálogo de Juguettos en el que se ha prescindido de la

presencia de las y los menores en muchos de ellos, aunque siguen existiendo diferencias en los colores de las páginas.

También podemos señalar que las páginas donde se presentan los juguetes “para niños” aparece una gama mucho más amplia de colores, que en las secciones dedicadas a juguetes “para niñas”, en las que predomina el rosa y el violeta. Si centramos el análisis en las habilidades que potencia cada juguete, podemos sacar distintas conclusiones:

La movilidad global y la orientación espacial, es promovida principalmente mediante actividades y juegos que tradicionalmente se han considerado de niños, como pueden ser los coches o las motos.

La afectividad es una cualidad generalmente relacionada con el género femenino, y por ahora, los promotores de juguetes no buscan estimularla en los varones, ya que en los juguetes que desarrollan la empatía o simulan cuidados van dirigidos, en su mayoría, al género femenino.

Por último, nos encontramos con juguetes dirigidos a ambos sexos que estimulan la habilidad manual, la imaginación y la creatividad para ambos sexos; sin embargo, mientras que las niñas desarrollan estas habilidades confeccionando sus joyas y accesorios, cocinando chuches y maquillándose; los chicos las adquieren mediante juegos de construcción, circuitos, herramientas...

En segundo lugar, aunque la presencia femenina en las secciones típicamente características de los hombres, es muy poco significativa; es mayor que la presencia masculina en las categorías tradicionalmente definidas como “juguetes de niña”. Esto concuerda con la diferencia de actitud ante el hecho de que una niña actúe de acuerdo al estereotipo masculino, que está más aceptado, mientras que la conducta femenina en varones se encuentra mucho más penalizada socialmente (Bertl y Cantor, 1988). Esto es, actuar o poseer cualidades propias del estereotipo femenino, es considerado inferior o recibe menos valoración, que las asociadas al estereotipo masculino; por ende, existe una mayor flexibilidad si son las niñas las que deciden tomar elementos masculinos que si se da la situación inversa: un niño con características o que desarrolle actividades propias del género femenino. De hecho, actualmente está normalizado la presencia de mujeres policías, por ejemplo, sin embargo, todavía es difícil encontrarse con chicos que ejerzan de babysitter o trabajen prestando apoyo en asuntos de dependencia y discapacidad.

Es cierto que se ha mejorado mucho en materia de igualdad con respecto a épocas anteriores, pero aún no es suficiente, seguimos encontrando un tratamiento sexista, unos estereotipos marcados con la asignación de roles y modelos a seguir tradicionales, y la utilización del azul y el rosa para diferenciar los elementos por género.

En lo que respecta a los catálogos españoles analizados, se confirma una menor presencia de publicidad explícitamente sexista, en comparación con los catálogos de Reino Unido, debido, posiblemente, a la Ley General de Publicidad, modificada en 2004, que regula y limita los contenidos sexistas y la promoción de roles de género estereotipados que fomenten la discriminación y la desigualdad de género. Pero todavía podemos encontrar algunas imágenes, como hemos visto a lo largo del trabajo, que se saltan la ley, promoviendo modelos que consolidan pautas tradicionalmente fijadas para cada uno de los géneros y fomentando estándares de belleza femenina como sinónimo de éxito. Por su parte, los catálogos ingleses, y su práctica publicitaria, refuerza la división de valores, habilidades y aptitudes en función del género de una manera más visible.

Por tanto, todavía se observa en función del sexo una clara división en el sistema de valores, capacidades y aptitudes promovidos por los juguetes, tal y como son presentados actualmente. Esto se traduce en una construcción de roles claramente marcada desde nuestro nacimiento (Gil y Pérez, 2012), que limita el futuro desarrollo personal y profesional de los menores, y contribuye a mantener una sociedad discriminatoria y desigual.

Es necesario que las marcas se hagan eco de su responsabilidad como transmisoras de valores y referentes en los menores, a la hora de romper estereotipos y promover la igualdad. Del mismo modo, los padres y madres tienen el reto de adquirir juguetes en base al gusto de los menores y a su potencial educativo y lúdico, sin que el sexo tenga relevancia.

Referencias bibliográficas

Álvarez, N., Carrera-Fernández, M.C. y Cid-Fernández, X.M. (2017). ¿Juegos de niñas y juegos de niños? la influencia de los estereotipos de género en la elección de juguetes. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 5. Recuperado de <http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.05.2830>

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall.

Busser, K y Bandura, A. (1992). Self-regulatory mechanisms gender development. *Child Development*, 63, 1236-1250.

Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel.

Bem, S. (1981). Gender schema theory: a cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88(4), 354-364.

Bertl, D., y Cantor, J. (1988). The portrayal of men and women in US television commercials: A recent content analysis and trends over 15 years. *Sex roles*, 18(9), 595-609.

Castillo, M. R. (2007). Escala de Estereotipos de género actuales. *Iniciación a la investigación*, 2. Recuperado de <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/viewFile/198/179>

- Colás, P. (2007). La construcción de la identidad de género: Enfoques teóricos para fundamentar la investigación e intervención educativa. *Revista De Investigación Educativa*, 25(1), 151-166.
- Crane, M., y Markus, H. (1982). Gender identity: The benefits of a self-schema approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(6), 1195-1197.
- Deaux, K. (1993). Commentary: Sorry, wrong number: A reply to Gentile's call. Sex or gender. *Psychological science*, 4(2), 125-126.
- Del Valle, T. (2002). *Modelos emergentes en los sistemas y relaciones de género*. Madrid: Narcea.
- Ehrhardt, A., y Money, J. (1982). *Desarrollo de la sexualidad humana: diferenciación y dimorfismo de la identidad de género desde de la concepción hasta la madurez*. Ediciones Morata.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires. Paidós.
- Fábregues, S. (2004). Les diverses conceptions sociològiques del gènere. *Revista Catalana de Sociologia*, (3), 261-276.
- Flores, J. (2001). Las bases biológicas de la diferenciación sexual humana en el siglo XXI. *Desacatos*, 8, 101-108.
- García, Y. (2006). Acerca del género como categoría analítica. *Nómadas Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 13(1), 111-120.
- García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: Modelos explicativos. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 7, 71-81.
- García-Mina, A. (2003). *Desarrollo del género en la feminidad y en la masculinidad*. p. 14. Narcea Ediciones.
- Gil, L. y Pérez, E. (2012). *Publicidad, estereotipos y roles de juego desde una perspectiva de género. Análisis de catálogos de juguetes de El Corte Inglés 2010-2011*. (Trabajo de Fin de Máster). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Golombok, S., y Fivush, R. (1994). *Gender development*. New York: Cambridge University Press.
- González, E. y Puerta, S. (2015). Reproducción de los estereotipos de género en Educación Infantil a través de los juegos y juguetes. *Revista de investigación en la Escuela*, 85, 63-74.
- Herranz, P. y Sierra, P. (2002). *Psicología evolutiva I. Volumen 2. Desarrollo Social*. Madrid: UNED.
- Hinde, R. y Tamplin, A. (1983). Relations between mother-child interaction and behaviour in preschool. *British Journal of Psychological Development*, 3(1), 231-257.
- Jayme, Z. (1999). La identidad de género. *Revista de psicoterapia*, 10(40), 5-22.
- Kenrick, D., y Trost, M. (1993). The evolutionary perspective. En A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.). *The psychology of gender* (pp. 148-172). New York: Guilford Press.

Kohlberg, L. y Ullian, D. (1974). Stages in the development of psychosexual concept and attitudes. En R. C. Friedman, R. M. Richart y R. L. Varde Wiete (Eds.). *Sex differences in behavior*. New York: Wiley.

Lauretis, T. (1987). *Technologies of gender: essays in theory, film and fiction*. Bloomington: Indiana University Press.

Lobato, E. (2005). *Juego sociodramático y esquemas de género*. Una investigación en educación infantil. Trabajo de Investigación. Universidad de Oviedo.

López, F. (1988). Identidad sexual y de género en la vida adulta y vejez. En J. Fernández (coor). *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y del género* (pp. 71-87). Madrid: Pirámide.

López, F. (1995). *Necesidades de la Infancia y Protección Infantil I. Fundamentación Teórica, Clasificación y Criterios Educativos de las Necesidades Infantiles*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Lorenzo, M. y Pino, C. (1993). *¿Quién decide tus juguetes?* Madrid: Instituto de la Mujer.

Lovdal, T. (1989) Sex role messages in television commercials: an update. *Sex Roles*, 21(11), 715-724.

Lytton, H. y Rommey, M. (1991). Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 109, 267-296.

Martin, C. y Halverson, C. (1987). The role of cognition in sex role acquisition. En D. B. Carter (Ed.) *Current conceptions of sex role and sex typing: Theory and research* (pp. 123-137) Nueva York: Praeger.

Martínez, M.C. (2005). *Valores de Género en el diseño de juguetes infantiles*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada.

Martínez-Reina, M. y Vélez, M. (2005). "Estereotipos de género en el juego y en el ocio tecnológico interactivo", en *Actas del VI Congreso Internacional de Interacción Persona-Ordenador, interacción 2005*. Thomson, Madrid.

Mayobre, P. (2004). *La construcción de la identidad personal en una cultura de género*. Recuperado de <http://pmayobre.webs.uvigo.es/indexdearticulos.htm>

Mercer, R., Szulik, D., Ramírez, M., y Molina, H. (2008). Del derecho a la identidad al derecho a las identidades: Un acercamiento conceptual al género y el desarrollo temprano en la infancia. *Revista chilena de pediatría*, 79(Supl. 1), 37-45.

Odriozola, X. (2009). Violencias masculinas: la legitimación de la violencia en la construcción de la identidad en los hombres. Emakunde. Recuperado de http://www.berdingune.euskadi.eus/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/10_violencias_masculinas_la_legitimacion_de_la_violencia_en_la_construccion_de_la_identidad_en_los_hombres.pdf

PRODUCCIÓN ORAL Y GESTUAL, MANIFESTACIONES INTERRELACIONADAS DEL CEREBRO EN DESARROLLO

Ekaine Rodríguez

Producción Oral y Gestual, Manifestaciones Interrelacionadas del Cerebro en Desarrollo

Ekaine Rodríguez Armendáriz (Universidad de Salamanca)

RESUMEN

Durante el desarrollo los niños se valen de diferentes mecanismos gestuales para transmitir información antes de haber adquirido todas las habilidades lingüísticas necesarias para poder comunicarse. Esta transición de lo gestual a lo verbal no es arbitraria, y en este trabajo se expone cómo la producción gestual y verbal de 17 niños con desarrollo normal se relaciona entre sí. Por un lado, los gestos y palabras sueltas tienden a correlacionarse de manera cuantitativa en niños que empiezan a emitir sus primeras palabras. Por otro, los niños con mayor producción gestual y verbal simultánea son, también los niños que presentan una semántica más rica. En los dos casos a más gesticulación se atribuye más elocución. La interacción con el medio es una característica del ser humano, que emerge desde el nacimiento y se vale de todas las capacidades del niño para desarrollarse y evolucionar.

Palabras clave: *Desarrollo Infantil, Relación palabra-gesto, Desarrollo Motor, Deixis, Producción lingüística, Gesto co-expresivo*

Gestural and verbal production, Interrelated manifestations of the developing brain

Abstract

During development, children make use of different gestural mechanisms

to transmit information before having acquired all the necessary linguistic abilities to be able to communicate. The transition from gestural to verbal is not arbitrary, and in this research, we present how the gestural and verbal production relates to each other in 17 children with normal development. On one side, gestures and simple words tend to correlate in a quantitative manner in children that start to utter their first words. On the other side, children with more gestural and verbal production simultaneously are also the kids who present richer semantics. In both cases, more elocution is attributed to more gesticulation. Interaction with the environment is a characteristic of the human being, which emerges from birth and makes use of all the children's abilities to develop and evolve.

Key words: child development, word-gesture correlation, motor development, deixis, linguistic production, co-expressive gesture.

Production orale et gestuelle, manifestations interdépendantes du cerveau en développement

Résumé

Au cours du développement, les enfants utilisent différents mécanismes gestuels pour transmettre des informations avant d'avoir acquis toutes les compétences linguistiques nécessaires pour se communiquer. Cette transition de la communication gestuelle à la verbale n'est pas arbitraire, et dans ce travail, la relation entre la production gestuelle et verbale de 17 enfants au développement normal est exposée. D'une part, les gestes et les mots simples ont tendance

à être corrélés quantitativement chez les enfants qui commencent à émettre leurs premiers mots. D'autre part, les enfants ayant une production gestuelle et verbale simultanée plus importante sont également des enfants qui ont une sémantique plus riche. Dans les deux cas, si l'enfant a plus de gesticulation, plus d'élocution lui est attribuée.

L'interaction avec l'environnement est une caractéristique de l'être humain, qui émerge de la naissance et qui utilise toutes les capacités de l'enfant pour se développer et évoluer.

Mots-clés : *Développement des enfants, relation mot-geste, développement moteur, Deixis, production linguistique, geste co-expressif.*

INTRODUCCIÓN

El gesto es una característica fundamental de la comunicación humana. Los hablantes frecuentemente pronuncian palabras al mismo tiempo que ejecutan gestos simbólicos, algunos de ellos tienen el mismo significado que el mensaje hablado y otros lo complementan (Bernardis y Gentilucci, 2006). Además de los hablantes, los oyentes adultos también hacen uso de información gestual adicional al discurso para comprender el lenguaje oral (Alibali et al., 1997; Beattie y Shovelton, 2002).

El circuito neuronal descrito para la acción de la comprensión, a nivel de sistema nervioso central (SNC), es el sistema de neuronas espejo (MNS) (Rizzolatti et al., 2001). Aunque todavía no se ha obtenido evidencia directa de que las neuronas espejo descubiertas en los macacos se encuentren también en el cerebro humano, se cuenta con un sustento bastante amplio de evidencias indirectas que apoyan la existencia de un sistema similar en los hombres (Binkofski y Buccino, 2006; Iacoboni y Dapretto, 2006; Molnar-Szakacs et al., 2006); Molnar-Szakacs, Kaplan, Greenfield, & Iacoboni, 2006. El giro frontal inferior (IFG), incluyendo el córtex ventral premotor adyacente, y el lóbulo parietal inferior (IPL) son los componentes básicos propuestos para el sistema humano de neuronas espejo (Rizzolatti y Craighero, 2004). El IFG izquierdo está involucrado en la integración de la información semántica, tanto oral como gestual, es decir, participa en la integración global de procesos a nivel de oración (Willems et al., 2007). El procesamiento del habla acompañado de movimientos de la mano activa el surco temporal superior (STS) posterior izquierdo (Holle et al., 2008). Dado que el STS humano es una zona importante de integración audiovisual (Beauchamp, 2005), es posible que esta estructura refleje la interacción multimodal semántica entre un gesto y su unidad de discurso co-expresivo. El procesamiento de los gestos co-expresivos, además, provoca una activación del sistema fronto-parietal que concuerda con las clásicas áreas cerebrales del MNS del cerebro humano. La comprensión de los gestos significativos de co-expresión evocan un procesamiento neural similar a la comprensión de palabras (Willems y Hagoort, 2007). Sin embargo, no se da el caso de que el solapamiento entre lenguaje y acción sea completo. El lenguaje y la acción no son dos sistemas aislados en el cerebro, el lenguaje y la acción superpone partes del cerebro y la información que proviene de ambos

dominios se puede utilizar de manera cualitativamente similar. El cerebro actúa de manera muy flexible.

Desde los primeros meses de desarrollo se puede ver la relación existente entre gesto y habla. Durante el segundo mes podemos observar las primeras manifestaciones de la coordinación mano-mano, cuando el niño lleva las manos hasta la línea media y toca sus dedos entre sí (Vojta y Peters, 1995). Un poco más adelante, alrededor de los 4 meses de edad empieza a hacerse más evidente la actividad bimanual, la palpación del objeto con los dedos de ambas manos dentro del campo visual y fuera de la boca. A esta edad los bebés suelen comenzar a comer comida sólida (al menos en la mayoría de culturas occidentales) y empiezan a salir los dientes (Rochat, 1989). Parece como si a partir de este momento la boca se liberara de la función táctil o prensora para especializarse en la función digestiva y en instrumento de comunicación, al tiempo que la mano se convierte en instrumento de alcance para la percepción háptica, que con el tiempo releva completamente a la boca (Rochat, 1989; Sánchez de Muniain y Sabater, 2011).

Una vez alcanzada la etapa en la que los dos sistemas se relacionan, continúan de esta manera durante etapas posteriores del desarrollo. Entre el 6º y 8º mes el balbuceo canónico que producen los niños está acompañado de movimientos rítmicos de la mano (Masataka, 2001). En la maduración de los niños, existe un gran proceso de desarrollo motriz a partir de los 7 meses. La maduración de los núcleos basales determina un gran avance en el control motriz que se manifiesta a través de la reptación, gateo y deambulación, así como en la integración de movimiento de miembro superior, donde el grado de mielinización del cerebro determina la precisión motriz de los movimientos. Más adelante, la comprensión de palabras en niños de edades situadas entre los 8 y 10 meses y la producción oral, entre los 11 y 13 meses, están acompañadas de gestos deícticos y de reconocimiento (Bernardis y Gentilucci, 2006). Así, entre los 8 y 10 meses, los niños con desarrollo normal empiezan a mostrar evidencia sistemática de la comprensión de palabras (Caselli et al., 1995). Este fenómeno se correlaciona con el aumento de la capacidad para ejecutar juego explorativo y manipulativo con objetos y con la aparición de los mencionados gestos deícticos, que preceden y acompañan a la aparición de las primeras palabras (Bates et al., 2005). El desarrollo del lenguaje parece estar más relacionado con la actividad manual principalmente en edades aproximadas al rango entre 8 y 13 meses (Bernardis et al., 2008).

El córtex frontal inferior izquierdo juega un papel importante en la integración de información procedente tanto del habla como de los gestos (Özyürek et al., 2007). Tradicionalmente se ha creído que el área de Broca, en la corteza frontal inferior izquierda, servía para la producción del lenguaje. Sin embargo, varios estudios indican que esta corteza tiene otros fines, como la observación de la acción, la secuenciación o la selección semántica (Koechlin y Jubault, 2006; Molnar-Szakacs et al., 2005). Este cambio concierne al hecho de concebir

la amplia gama de tareas de la activación de la corteza frontal inferior como un nodo de varias redes diferentes en lo que la red, y no el área, proporcione sostén a la función. El nivel de activación de la corteza premotora (PMC) está modulado por el contexto semántico de la acción, es decir, del gesto. Así mismo, el procesamiento evocado por los gestos es cualitativamente similar al de las palabras, a nivel de procesamiento semántico (Willems y Hagoort, 2007). Una situación en la que el habla y el gesto participen, conduce a una división del trabajo entre las áreas relacionadas con el lenguaje o la acción (el área de Broca y PMC y motora primaria, respectivamente). Es decir, cuando el lenguaje está acompañado de gestos naturales, el área de Broca ejerce menor influencia en otras áreas. Los autores explican este resultado como un reflejo de la disminución de la necesidad para la selección semántica o la recuperación por el área de Broca cuando los gestos están presentes y de una interrelación entre las áreas que facilitan la función.

Esta aparente relación entre los gestos de los brazos y la aparición de las primeras palabras procura a los niños la posibilidad de empezar a entender los significados de diferentes gestos (Holle et al., 2008). Esta capacidad es utilizada por los seres humanos, tanto bebés como adultos, para comunicarse entre sí por medio de gestos producidos a partir del movimiento de brazos y manos. Lo que puede significar que los gestos podrían haber sido un medio inicial para la comunicación entre los hombres (Corballis, 2009). De hecho, algunos fonemas podrían derivarse de posturas articulatorias de la boca que están provocadas, a su vez, por determinados actos motores (Gentilucci et al., 2004). De acuerdo con esta teoría, existen evidencias de que las acciones del brazo relacionadas con la boca modifican la morfología de la misma (Gentilucci y Corballis, 2006). Este cambio es mucho más activo en los niños, probablemente debido a una maduración prefrontal inadecuada (Kinsbourne, 2002).

Así pues, es evidente que el gesto juega un papel destacado en las primeras etapas del desarrollo del lenguaje. Los niños se comunican con posturas y gestos antes de que produzcan sus primeras palabras (Iverson et al., 1994; Özcaliskan y Goldin-Meadow, 2005). Estos gestos pueden ser *deícticos*, para identificar referentes en su entorno inmediato (p.ej. señalar un perro para hacer referencia a “perro”); *icónicos*, para transmitir información acerca de las acciones o los atributos de un objeto (p.ej. agitar los brazos para hacer referencia a “volar”, separar los brazos para indicar “gran tamaño”) o *convencionales*, para comunicar significados socialmente compartidos (p.ej. mover la cabeza de arriba abajo para decir “sí”, encogerse de hombros para dar a entender “no lo sé”). Los gestos del brazo también están involucrados en el aprendizaje de idiomas, ya que la comprensión de la palabra (8-10 meses) se correlaciona con la aparición de gestos deícticos, y varios meses más tarde, la pronunciación de palabras va acompañada de gestos del brazo, que son muy frecuentes al comienzo de esta etapa (Bates y Dick, 2002).

El lenguaje, desde los primeros momentos de su aparición, tiene una función delimitadora y organizadora del campo cognitivo, íntimamente unido a las claves visuales del momento en el entorno y progresivamente, se independiza del contexto, es decir, de las claves visuales. Además, la aparición del lenguaje posibilita la transición de la sintaxis práxica o del gesto a sintaxis verbal, con la consiguiente posibilidad de sustitución simbólica de cada uno de sus elementos (Tolón, 1999). La asociación neurológica entre los movimientos motores de la mano y la lengua son cercanos (Corballis, 2003), e incluso Darwin (1956) vio la conexión entre los movimientos finos de la mano y los movimientos simpáticos de la lengua. Los movimientos simpáticos de la lengua y los labios acompañan a las manipulaciones de motricidad fina realizados por chimpancés en un grado mayor que los movimientos de motricidad gruesa (Nelson y Miller, 2005). Corballis (2010) sugiere que la transferencia de la modalidad desde los gestos manuales a los vocales está relacionada con el avance global de los gestos realizados con las manos por gestos faciales en el desarrollo de la sintaxis.

Los niños producen sus primeros gestos deícticos alrededor de los 10 meses de edad, principalmente con la función de señalar objetos de su entorno inmediato. Estos gestos iniciales son casi siempre producidos sin habla, aunque a menudo se acompañan de vocalizaciones sin sentido. La coordinación temporal y semántica del gesto y el habla se da posteriormente, aproximadamente entre el 14º y 22º mes de vida (Iverson y Goldin-Meadow, 2005). La relación temporal entre la producción gestual y oral no es arbitraria (Morrel-Samuels y Krauss, 1992). Los hablantes tienden a producir el esfuerzo máximo de un gesto (el gesto en sí) al mismo tiempo que el segmento del discurso correspondiente (McNeill, 2000). Esta sintonía en movimiento de expresión puede ser una señal importante para los oyentes en el proceso de comprensión, ya que puede indicar qué segmento hablado pertenece a cada gesto. La interacción entre la palabra y el gesto simbólico correspondiente (Bernardis y Gentilucci, 2006; Celdrán y Planas, 2007) puede ser debida a la superposición entre los mecanismos cerebrales asociados con la actividad del habla y la actividad manual. De hecho, en los adultos el discurso concurrente al funcionamiento manual interrumpe este último, ya que los hablantes pueden asociar fácilmente el significado de palabras con los movimientos del brazo ejecutados al mismo tiempo (Hicks et al., 1975). Así, el hecho de que la información verbal, que tiene una duración más breve, reduzca el tiempo de comunicación de la información gestual puede ser interpretado como un efecto de inhibición. Estas manifestaciones refuerzan la idea de un sistema que regula los aspectos temporales de la cinemática del brazo y de la boca (Bernardis y Gentilucci, 2006). La insinuación de que la palabra y el gesto participan en un mismo sistema de comunicación tiene implicaciones en la explicación del desarrollo del lenguaje en términos evolutivos. Como se ha mencionado anteriormente, varios autores (Hewes et al., 1973; Armstrong et al., 1995; Corballis, 2003;) han propuesto que el lenguaje ha evolucionado de un sistema de comunicación primitivo basado en gestos.

Inicialmente, los niños producen gestos que transmiten comunicación, ya que refuerzan la información emitida en el discurso de acompañamiento (p.ej. vocalizar “galleta” al mismo tiempo que se señala la galleta con el dedo), es decir, *combinaciones complementarias* de gesto-palabra (CGWC). La relación semántica entre el gesto y la palabra se vuelve más compleja con el aumento de habilidades lingüísticas. De manera que, una vez adquirida la etapa en la que el gesto es complementario a la palabra, el gesto pasa a utilizarse con el fin de transmitir información diferente y suplementaria a la información transmitida en el discurso (p. ej. vocalizar “rico” mientras se señala una galleta con el dedo), construyendo así, *combinaciones suplementarias* de gesto-palabra (SGWC). Por consiguiente, a diferencia de las CGWC, las SGWC proporcionan a los niños una herramienta para comunicar significados semejantes a los de una oración (con un elemento del habla y otro del gesto) antes de que sean capaces de transmitir significados solamente mediante palabras (Iverson y Goldin-Meadow, 2005).

Investigaciones anteriores han encontrado una estrecha relación entre estas SGWC y posteriores construcciones lingüísticas (Iverson y Goldin-Meadow, 2005; Özçaliskan y Goldin-Meadow, 2005). En primer lugar, la aparición de SGWC siempre precede a la aparición de combinaciones de dos-palabras (WWC) en la comunicación de los niños pequeños (Capirci et al., 1996; Özçaliskan y Goldin-Meadow, 2005). Durante la adquisición del habla, la semántica proporciona la base para el discurso. De todos modos, la sintaxis va adquiriendo importancia a medida que el lenguaje se hace más complejo (Serra, 2000). Ya Armstrong et al. (1995) apoyaron la teoría de que la sintaxis deriva directamente de los movimientos gestuales, señalando que el desarrollo de la sintaxis es inherente a los gestos.

Es de relevante importancia el hecho de que la edad en la que los niños producen sus primeras SGWC puede predecir la edad en la que estos mismos niños originarán sus primeras WWC (Iverson y Goldin-Meadow, 2005). Dicho de otro modo, los niños que primero emiten combinaciones en las que el gesto y la palabra transmiten información diferente son también los primeros en producir WWC. Así, la capacidad para transmitir información mediante gesto y palabra es un buen predictor de la capacidad creciente del niño para expresar estos mismos significados de manera hablada por completo (Özçaliskan y Goldin-Meadow, 2009).

Teniendo en cuenta los hallazgos realizados por Iverson y Goldin-Meadow (2005) sabemos que el gesto y el lenguaje se relacionan con la adquisición de palabras sueltas y con la transición a WWC. Estos dos procesos ayudan al desarrollo léxico-semántico del niño, lo que permite avanzar en la adquisición del lenguaje. Además, estos procesos no ocurren con un número limitado de objetos y palabras, sino que se dan en la mayoría de los avances del lenguaje.

Por esta razón, una mayor producción gestual debería relacionarse con una mayor producción oral. En los niños de entre 10 y 14 meses esta producción se

vincularía con las palabras sueltas, mientras que en los que tienen entre 17 y 23 meses de edad esta producción se relacionaría con SGWC.

De esta forma, estudiamos diferentes hipótesis. Por un lado, que los niños del primer rango de edad que más gestos deícticos tengan también serán los que más léxico produzcan. Por otro, que los niños del segundo rango de edad que más SGWC muestren, serán los que mayor semántica o WWC presenten. Así, en los dos casos, una mayor gesticulación se atribuiría a una mayor elocución.

Partiendo de estudios anteriores que tratan este tema de manera cualitativa, se pretende contribuir a la descripción de las características evolutivas y de carácter cuantitativo de la motricidad relacionada con el lenguaje.

Metodología

Diecisiete niños con desarrollo normal (6 niños y 11 niñas) voluntarios de las guarderías *Mis Pollitos* de Salamanca (España) han participado en este estudio. Este trabajo ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Salamanca.

Los participantes se dividieron en dos grupos. El primero, de 4 participantes, en el que se encontraban 1 niño y 3 niñas de entre 10 y 14 meses (*edad media de 11,75 meses e intervalo de confianza al 95% entre 10,75-13,5*), coincidiendo con la edad de aparición de palabras sueltas. El segundo, de 13 participantes, con 5 niños y 8 niñas, de entre 17 y 23 meses (*edad media de 19,85 meses e intervalo de confianza al 95% entre 18,69-20,92*), edad en la que ya se ha comenzado la elocución de WWC.

Con el fin de llevar a cabo este estudio se ha utilizado un conjunto semi-aleatorizado de la versión en color del conjunto de Dibujos Snodgrass-Vanderwart (Sanfeliu y Fernandez, 1996; Rossion y Pourtois, 2001; Rossion y Pourtois, 2004). Este lote está formado por 260 estímulos (Snodgrass y Vanderwart, 1980) de los cuales se han utilizado 96. El Conjunto de dibujos Snodgrass-Vanderwart es un lote estandarizado de imágenes (Cycowicz et al., 1997) que habitualmente se utilizan para diferentes tareas de evaluación e investigación clínica. Debido a esta estandarización han sido seleccionados para la realización de este trabajo.

Con los dibujos seleccionados se construyeron cuatro series semi-aleatorizadas de 25 imágenes. Cada niño participo en un ensayo de 10 minutos. En cada ensayo se utilizaba una de las presentaciones semi-aleatorizada de imágenes mientras se interactuaba con el niño de modo que la prueba pareciese un juego, estimulándole a participar e interactuar con el experimentador. Durante la interacción se mostraba al niño las imágenes y se dejaba que jugase con ellas, es decir, se permitía el juego libre de manera que cada niño interactuó con las imágenes de manera espontánea.

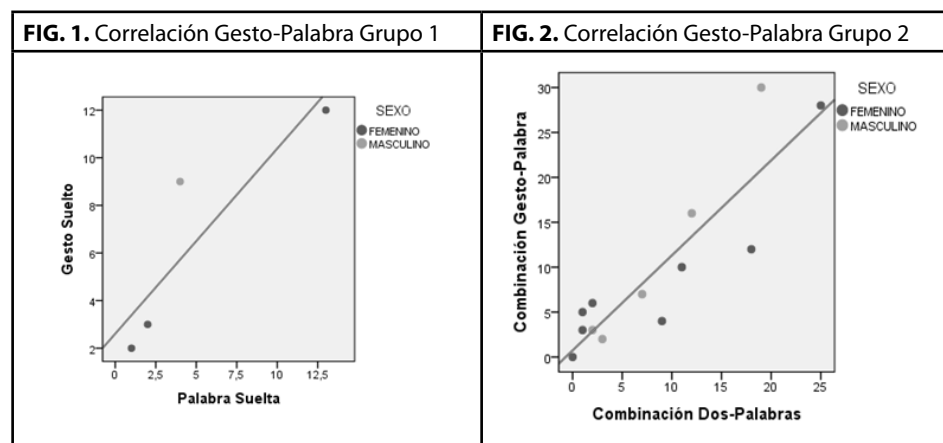
Se utilizaron una cámara digital y un micrófono profesional para registrar la producción gestual y oral en cada sesión. Ambos fueron colocados a una distancia de entre 1 y 2 metros frente al niño. Las grabaciones fueron estudiadas por un experimentador, el cual registró las producciones orales y gestuales de cada niño durante las sesiones y las características de las mismas (palabra-suelta, gesto-suelto, SGWC, WWC).

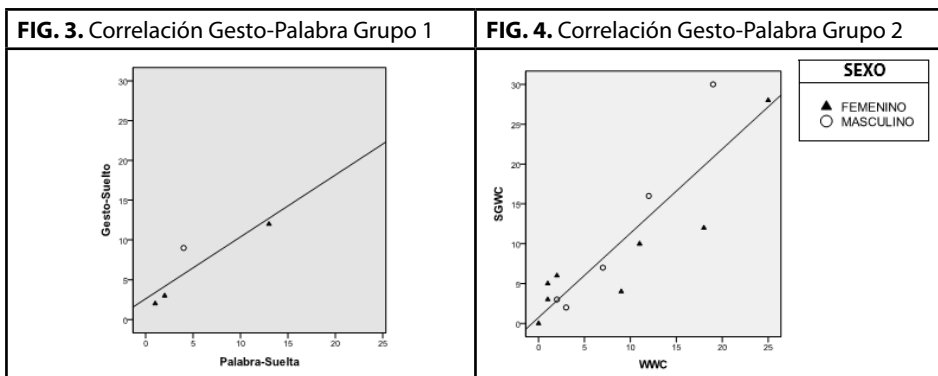
Todos los ensayos del estudio, tanto de los niños del primer grupo como del segundo, se realizaron en las instalaciones de las guarderías *Mis Pollitos*. Cada niño fue observado en su aula, de manera que la interacción con el experimentador se daba en un entorno conocido para el niño, esta familiaridad sirve de ayuda en la colaboración para el experimento.

Resultados

Con objetivo de analizar los datos obtenidos se ha realizado una correlación entre gestos deícticos y palabras emitidas por los niños de cada grupo (Fig. 1 y Fig. 2).

En el primer grupo de niños, de edades comprendidas entre los 10 y 14 meses, no se ha podido realizar una correlación significativa entre gestos sueltos y palabras sueltas. Esto es así debido a que el número de sujetos que tenemos en este grupo es limitado. De todas maneras, se ve una tendencia que corresponde con la hipótesis de trabajo (Fig.1). Debido al reducido número de sujetos de estas edades no se han podido realizar comparaciones intragrupo (masculino vs. femenino), aunque la gráfica muestra una tendencia bastante similar en ambos sexos (Fig. 3). Por esta misma razón tampoco se han realizado comparaciones intergrupo (Grupo 1 vs. Grupo 2).





En cuanto al segundo grupo, compuesto por niños de entre 17 y 23 meses de edad, se ha realizado un análisis estadístico (Tabla 1). En él se puede observar que tal y como apuntaba la hipótesis de trabajo, los niños con mayor gesticulación son, también, los que mayor expresión hablada tienen. En el caso de este grupo, los niños con mayor número de SGWC han sido los que más WWC han producido (Fig.2).

Como se puede observar tanto en la Tabla 1 como en la Figura 3, este grupo muestra una correlación significativa entre gesto y palabra ($r = 0.894$ y $p < ,001$), tal y como apuntaba la hipótesis de trabajo.

Tabla 1. Correlación Gesto-Palabra Grupo 2

		PG	Pp
Combinación Gesto-Palabra (SGWC)	Correlación de Pearson	1	,894**
	Sig. (Bilateral)		,000
Combinación Dos-Palabras (WWC)	Correlación de Pearson	,894**	1
	Sig. (Bilateral)	,000	
		N	13
		13	13
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).			

Discusión

A la hora de realizar este estudio nos hemos encontrado con algunas limitaciones, como el condicionante relacionado con el número de sujetos. Aunque nos hubiese gustado contar con más niños, las condiciones del estudio nos lo han impedido. Aun así, cabe recordar que este estudio es una consecuencia del realizado por Iverson y Goldin-Meadow (2005) y dado que las condiciones experimentales de las dos investigaciones no son las mismas, la complementación de ambos tampoco puede ser total. Ahora bien, el trabajo que se ha presentado aquí cuenta con una muestra de sujetos mayor a la utilizada en el estudio de base arriba citado, ya que nuestra muestra es de 17 niños, frente a los 10 del trabajo que mencionamos. De la misma manera,

nuestra muestra supera a las utilizadas por diferentes autores en los trabajos relacionados con el tema que tratamos aquí, ya que estos grupos acostumbran a rondar entre 10 y 13 sujetos.

Pasando ahora a cuestiones propias del estudio, matizamos la correlación entre gestos sueltos y palabras sueltas que se realizó en el grupo de niños de entre 10 y 14 meses de edad. Este grupo contiene una muestra insuficiente de sujetos, por lo que no se pueden generalizar los resultados. De todas maneras, se ha observado que existe una tendencia que respalda la hipótesis de este trabajo, es decir, los niños con mayor deixis también han sido los que más elocuciones han producido. Esta mayor expresión puede atribuirse a que los gestos tengan una función facilitadora del lenguaje, tal y como Iverson y Goldin-Meadow (2005) postulaban. Esta facilitación puede darse por una sencilla razón: los gestos proporcionan una manera de comunicar información que todavía no se puede expresar de manera oral, es un puente que ayuda a la adquisición de esta capacidad. Así, se puede suponer que la información léxica infantil entra primero mediante gestos y después, con el tiempo, se transfiere al habla. El gesto, por lo tanto, puede servir como un dispositivo de transición en el desarrollo léxico temprano.

En cuanto al segundo grupo, como muestran los resultados obtenidos de la correlación realizada entre SGWC y WWC, los niños de entre 17 y 23 meses de edad que muestran una mayor gesticulación, también son los que manifiestan una mayor producción oral de WWC. Estos resultados corroboran la hipótesis de trabajo utilizada para este estudio. Las SGWC ofrecen a los niños una técnica para comunicar dos piezas de información en una sola declaración, al igual que las WWC. El hecho de poder comunicar dos elementos semánticos en un único acto comunicativo, primero de manera gestual y después simplemente oral muestran el carácter transitivo de esta capacidad (Özçaliskan y Godin-Meadow, 2009). El lenguaje va evolucionando y se sirve de todas las herramientas que el cuerpo le proporciona para ello.

Las características lingüístico-motoras descritas en este trabajo muestran una correspondencia cualitativa-cuantitativa en el desarrollo del lenguaje infantil. De acuerdo a lo anteriormente citado, los niños producen cada construcción comunicativa en combinaciones de gesto y palabra antes de producirlas completamente en habla. En general, parece que los niños utilizan estas combinaciones para arrancar su camino en la producción de construcciones en el habla. Una vez alcanzada esta capacidad, la producción de gestos junto con palabras disminuye (Özçaliskan y Goldin-Meadow, 2009). Así, los niños dependen de los gestos para dar sus primeros pasos en la construcción, sin embargo, una vez se ha establecido la construcción en su repertorio, el gesto no parece ser necesario y los niños no lo utilizan como trampolín para dar cuerpo a construcciones con argumentos adicionales. Igualmente, las características descritas en este estudio están restringidas a los rangos de edad con los que hemos trabajado.

La hipótesis de este trabajo se ha cumplido y, efectivamente, una mayor producción deíctica se relaciona con una mayor elocución en estos rangos de edad. Esta conclusión podría servir como sustento para posibles intervenciones motoras en retrasos del lenguaje. Además, es un signo muy fácil de observar por padres y profesores, incluso antes de las primeras manifestaciones del lenguaje. De la misma manera, abre una nueva ventana de tratamiento para diferentes patologías relacionadas con el desarrollo motor y del lenguaje. Por ejemplo, sabemos que los niños de estas edades usan con mayor frecuencia las dos manos para manipular los objetos pequeños, y una sola para los grandes (Bernardis et al., 2008), de manera que el juego con objetos pequeños en los que la manipulación y referencia deíctica estén presentes junto con un tratamiento oral, podrían servir de ayuda para la adquisición de capacidades básicas de comunicación. Del mismo modo, los gestos ayudan a contextualizar las palabras. Los gestos deícticos indican objetos y acciones en el espacio, actividad que proporciona un contexto a las palabras que acompaña (Goldin-Meadow y Wagner, 2005). Además, la vocalización refuerza al gesto deíctico, haciendo las demandas de atención más patentes que cuando se transmiten solamente mediante la mirada (Bernardis et al., 2008), lo que ayudará en este propósito. Los gestos y el habla forman un sistema de comunicación, ya que están vinculados a los mismos procesos de pensamiento, incluso difiriendo en las modalidades de expresión (Gentilucci et al., 2008). Y los investigadores deben valerse de lo dicho para estudiar y diseñar diferentes programas de intervención que sirvan de apoyo al desarrollo comunicativo de los niños que tengan problemas en este ámbito.

Conclusiones

La hipótesis de trabajo que en este estudio se ha podido confirmar nos lleva a la conclusión de que los niños de entre 17 y 23 meses de edad que mayor número de combinaciones suplementarias de gesto-palabra muestran, son los que mayor número de combinaciones de dos-palabras producen.

Agradecimientos El más grande de los agradecimientos a todas las familias y niños que han participado en este estudio y que voluntariamente han contribuido al conocimiento del desarrollo de los niños. Del mismo modo, a los *Centros Infantiles Mis Pollitos* de Salamanca por su colaboración y participación, así como a todas las educadoras que en cada una de las aulas han apoyado la realización del trabajo.

Referencias bibliográficas

- Alibali, M. W., Flevaris, L. M., y Goldin-Meadow, S. (1997). Assessing knowledge conveyed in gesture: Do teachers have the upper hand?. *Journal of Educational Psychology*, 89(1), 183.
- Armstrong, D. F., Stokoe, W. C., y Wilcox, S. (1995). *Gesture and the Nature of Language*. Cambridge Univ Pr.

Bates, E., y Dick, F. (2002). Language, gesture, and the developing brain. *Developmental Psychobiology*, 40(3), 293-310.

Bates, Elizabeth, Tomasello, M., y Slobin, D. I. (2005). *Beyond nature-nurture: essays in honor of Elizabeth Bates*. Routledge.

Beattie, G., y Shovelton, H. (2002). An experimental investigation of some properties of individual iconic gestures that mediate their communicative power. *British Journal of Psychology*, 93(2), 179-192.

Beauchamp, M. S. (2005). See me, hear me, touch me: multisensory integration in lateral occipital-temporal cortex. *Current Opinion in Neurobiology*, 15(2), 145-153.

Bernardis, P., Bello, A., Pettenati, P., Stefanini, S., y Gentilucci, M. (2008). Manual actions affect vocalizations of infants. *Experimental Brain Research*, 184(4), 599-603.

Bernardis, P., y Gentilucci, M. (2006). Speech and gesture share the same communication system. *Neuropsychologia*, 44(2), 178-190.

Binkofski, F., y Buccino, G. (2006). The role of ventral premotor cortex in action execution and action understanding. *Journal of Physiology-Paris*, 99(4-6), 396-405.

Capirci, O., Iverson, J. M., Pizzuto, E., y Volterra, V. (1996). Gestures and words during the transition to two-word speech. *Journal of Child language*, 23(03), 645-673.

Caselli, M. C., Bates, E., Casadio, P., Fenson, J., Fenson, L., Sanderl, L., y Weir, J. (1995). A cross-linguistic study of early lexical development. *Cognitive Development*, 10(2), 159-199.

Celdrán, E. M., y Planas, A. M. . (2007). *Manual de fonética española: Articulaciones y sonidos del español*. Editorial Ariel.

Corballis, M. C. (2003). From mouth to hand: gesture, speech, and the evolution of right-handedness. *Behavioral and Brain Sciences*, 26(02), 199-208.

Corballis, M. C. (2009). Language as gesture. *Human movement science*, 28(5), 556-565.

Corballis, M. C. (2010). The gestural origins of language. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 1(1), 2-7.

Cycowicz, Y. M., Friedman, D., Rothstein, M., y Snodgrass, J. G. (1997). Picture naming by young children: Norms for name agreement, familiarity, and visual complexity. *Journal of Experimental Child Psychology*, 65(2), 171-237.

Darwin, C. (1956). The expression of the emotions in man and animals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 123(1), 90.

Gentilucci, Dalla Volta, y Gianelli. (2008). When the hands speak. *Journal of Physiology-Paris*, 102(1-3), 21-30.

Gentilucci, M., y Corballis, M. C. (2006). From manual gesture to speech: A gradual transition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(7), 949-960.

Gentilucci, M., Stefanini, S., Roy, A. C., y Santunione, P. (2004). Action observation and speech production: study on children and adults. *Neuropsychologia*, 42(11), 1554-1567.

- Goldin-Meadow, S., y Wagner, S. M. (2005). How our hands help us learn. *Trends in cognitive sciences*, 9(5), 234-241.
- Hewes, G. W., Andrew, R. J., Carini, L., Choe, H., Gardner, R. A., Kortlandt, A., ... Pfeiffer, J. (1973). Primate Communication and the Gestural Origin of Language [and Comments and Reply]. *Current Anthropology*, 14(1/2), 5-24.
- Hicks, R. E., Provenzano, F. J., y Rybstein, E. D. (1975). Generalized and lateralized effects of concurrent verbal rehearsal upon performance of sequential movements of the fingers by the left and right hands* 1. *Acta Psychologica*, 39(2), 119-130.
- Holle, H., Gunter, T. C., Rüschemeyer, S. A., Hennenlotter, A., y Iacoboni, M. (2008). Neural correlates of the processing of co-speech gestures. *Neuroimage*, 39(4), 2010-2024.
- Iacoboni, M., y Dapretto, M. (2006). The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(12), 942-951.
- Iverson, J. M., Capirci, O., y Caselli, M. C. (1994). From communication to language in two modalities. *Cognitive Development*, 9(1), 23-43.
- Iverson, J. M., y Goldin-Meadow, S. (2005). Gesture paves the way for language development. *Psychological Science*, 16(5), 367.
- Kinsbourne, M. (2002). The role of imitation in body ownership and mental growth. *The imitative mind*, 311-330.
- Koechlin, E., y Jubault, T. (2006). Broca's area and the hierarchical organization of human behavior. *Neuron*, 50(6), 963-974.
- Masataka, N. (2001). Why early linguistic milestones are delayed in children with Williams syndrome: late onset of hand banging as a possible rate-limiting constraint on the emergence of canonical babbling. *Developmental Science*, 4(2), 158-164.
- McNeill, D. (2000). *Language and gesture*. Cambridge University Press.
- Molnar-Szakacs, I., Iacoboni, M., Koski, L., y Mazziotta, J. C. (2005). Functional segregation within pars opercularis of the inferior frontal gyrus: evidence from fMRI studies of imitation and action observation. *Cerebral Cortex*, 15(7), 986.
- Molnar-Szakacs, I., Kaplan, J., Greenfield, P. M., y Iacoboni, M. (2006). Observing complex action sequences: the role of the fronto-parietal mirror neuron system. *Neuroimage*, 33(3), 923-935.
- Morrel-Samuels, P., y Krauss, R. M. (1992). Word familiarity predicts temporal asynchrony of hand gestures and speech. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 18(3), 615.
- Nelson, L., y Miller, D. (2005). Chimpanzee Linguistics: The Contributing Research of Roger S. Fouts. *Hot Papers 2005*, 41.
- Özçaliskan, y Goldin-Meadow, S. (2009). When gesture-speech combinations do and do not index linguistic change. *Language and cognitive processes*, 24(2), 190-217.
- Özçaliskan, S., y Goldin-Meadow, S. (2005a). Do parents lead their children by the hand? *Journal of child language*, 32(03), 481-505.

Özçaliskan, S., y Goldin-Meadow, S. (2005b). Gesture is at the cutting edge of early language development. *Cognition*, 96(3), B101-B113.

Özyürek, A., Willems, R. M., Kita, S., y Hagoort, P. (2007). On-line integration of semantic information from speech and gesture: Insights from event-related brain potentials. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19(4), 605-616.

Rizzolatti, G., y Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annu. Rev. Neurosci.*, 27, 169-192.

Rizzolatti, G., Fogassi, L., y Gallese, V. (2001). Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(9), 661-670.

Rochat, P. (1989). Object manipulation and exploration in 2-to 5-month-old infants. *Developmental Psychology*, 25(6), 871.

Rossion, B., y Pourtois, G. (2001). Revisiting Snodgrass and Vanderwart's object database: Color and texture improve object recognition. *Journal of Vision*, 1(3), 413.

Rossion, B., y Pourtois, G. (2004). Revisiting Snodgrass and Vanderwart's object pictorial set: The role of surface detail in basic-level object recognition. *PERCEPTION-LONDON*, 33(2), 217-236.

Sánchez de Muniain y Sabater, P. (2002). Rehabilitación de la parálisis cerebral mediante la locomoción refleja: efecto sobre la función de prensión manual. *PhD Thesis. Universidad Complutense de Madrid*.

Sanfeliu, M. C., y Fernandez, A. (1996). A set of 254 Snodgrass-Vanderwart pictures standardized for Spanish: Norms for name agreement, image agreement, familiarity, and visual complexity. *Behavior Research Methods*, 28(4), 537-555.

Serra, M. (2000). *La adquisición del lenguaje*. Ariel.

Snodgrass, J. G., y Vanderwart, M. (1980). A standardized set of 260 pictures: Norms for name agreement, image agreement, familiarity, and visual complexity. *Journal of experimental psychology: Human learning and memory*, 6(2), 174.

Tolón, J. G. (1999). *Rehabilitación psicomotriz en la atención precoz del niño*. Mira Editores.

Vojta, V., y Peters, A. (1995). *El principio Vojta. Juegos musculares en la locomoción refleja y en la ontogénesis motora*. Editorial Springer-Verlag Ibérica.

Willems, R. M., y Hagoort, P. (2007). Neural evidence for the interplay between language, gesture, and action: A review. *Brain and Language*, 101(3), 278-289.

Willems, R. M., Özyürek, A., y Hagoort, P. (2007). When language meets action: The neural integration of gesture and speech. *Cerebral Cortex*, 17(10), 2322.

LA FAMILIA COMO SISTEMA PSICOSOCIAL, INTERACCIONAL Y ESTRUCTURA DEL DESARROLLO INDIVIDUAL

Rosario Asebey

RESUMEN

La familia representa una de las primeras formas de organización y congregación de las personas o grupos humanos, como consecuencia de la evolución social, constituyéndose como eslabón y célula básica de la sociedad y de la civilización misma, aún en la actualidad. La familia, como todo grupo social, constituye un lugar de intermediación entre la sociedad y el individuo, por lo tanto, la realidad del grupo familiar reproduce y refleja la propia realidad social: sus contradicciones, problemas, carencias, valores, disposiciones, etc. De ahí que el objetivo de este trabajo es plantear una definición estructural de la familia, del proceso de génesis y evolución de la familia, denominado universalmente ciclo vital de la familia, cuyas pautas de interacción son las que estructuran y simultáneamente rigen el funcionamiento de sus miembros.

Palabras clave: Familia, ciclo vital, estructura

Family as a psychosocial relationship system of the individual development

ABSTRACT

The family represents one of the first forms of organization and congregation of people or human groups, consequence of the social evolution, constituting a link and a basic cell of society and of the civilization itself, even nowadays. The family, like all social groups constitutes a place of intermediation between the society and the individual; therefore, the reality of the familiar group reproduces and reflects social reality: its

contradictions, problems, deficiencies, values, dispositions, etc. For that reason, the objective of this work is to raise one structural definition of the family, of the genesis process and of the evolution of family, denominated universally vital cycle of the family, whose guidelines of interaction are those that structure and simultaneously govern the operation of its members.

Key words: Family, vital cycle, structure

La Famille Comme Système De Relations Psychosociales Du Développement Individuel

RÉSUMÉ

La famille représente l'une des premières formes d'organisation et de congrégation de personnes ou de groupes humains, conséquence de l'évolution sociale, devenant le lien fondamental et la cellule de la société et de la civilisation même, encore de nos jours. La famille, comme tout groupe social, constitue un lieu d'intermédiation entre la société et l'individu. Ainsi, la réalité du groupe familial reproduit et reflète la réalité sociale elle-même : ses contradictions, ses problèmes, ses lacunes, ses valeurs, ses dispositions, etc. L'objectif de ce travail est donc de proposer une définition structurelle de la famille, du processus de genèse et d'évolution de la famille, universellement appelée cycle de vie de la famille, dont les schémas d'interaction sont ceux qui structurent et régissent simultanément le fonctionnement de leur membres.

Mots-clés : famille, cycle de vie, structure

INTRODUCCIÓN

La familia como institución social y grupo primario

La familia como institución social es producto de la interacción del hombre con su medio natural, social y económico, se erige por primera vez en la comunidad primitiva y se instituye como resultado de la aparición de la división del trabajo, la propiedad privada y el Estado (Engels, 1984). Sus múltiples transformaciones a lo largo de la historia de la humanidad han dado lugar a la sucesión de distintos tipos de organización familiar, desde la consanguínea hasta la monogámica, pasando por la punalúa y la sindiásmica, cada una con características específicas.

Por consiguiente, la familia representa una de las primeras formas de organización y congregación de las personas o grupos humanos, como consecuencia de la evolución social, constituyéndose como eslabón y célula básica de la sociedad y de la civilización misma, aún en la actualidad.

La familia como grupo social primario, natural se organiza jurídicamente sobre la base del matrimonio de un hombre y una mujer que se unen legalmente con el fin de vivir juntos, procrear, alimentar, amar, proteger y educar a los hijos, lo que evidencia que la existencia del ser humano como entidad biopsicosocial está estrechamente unida al ambiente familiar donde nace, crece y se desarrolla, configurándose en la familia un sistema de interacciones entre sus integrantes, donde el niño tiene sus primeras experiencias y al que está vinculado de modo intenso y duradero, en tanto que, es en el seno familiar donde éste encuentra los primeros modelos de identificación e inaugura su estructuración subjetiva, sus emociones, sentimientos y afectos, es aquí donde circunda su vida, sus triunfos y sus fracasos, su felicidad y su bienestar. Por ello es acertado el planteamiento de Meier (1984), respecto a que la familia es la primera y decisiva escuela de la vida.

Claro está entonces, que se puede hablar de familia como grupo de origen o familia extensa, si nos referimos a la primera familia en la que nace el individuo; y familia nuclear a la que más tarde forma. En la primera es hijo, en la segunda es padre, la primera forma al sujeto, en la segunda él forma a sus hijos. De ahí que una definición estructural de la familia se puede agrupar en tres criterios diferentes: el consanguíneo, el cohabitacional y el afectivo, de donde se derivan tres concepciones fundamentales:

- Familia son todas aquellas personas con vínculos conyugales o consanguíneos, destacando los vínculos de parentesco y resaltando la ontogénesis de la familia, o lo que es lo mismo hablar de familias nucleares o extensas.
- Familia son todas aquellas personas que cohabitan bajo un mismo techo, unidos por las categorías espacio temporales que enfatiza el marco de

referencia ambiental más próximo al individuo, denominado comúnmente como el hogar.

- Familia son todas aquellas personas que tienen un núcleo de relaciones afectivas preferentemente estables, de pautas de interacción que son las que la estructuran y simultáneamente rigen el funcionamiento de los miembros de la familia, proporcionando un sentimiento de pertenencia. Lo principal en este caso, es el grado de intimidad y estabilidad de los vínculos afectivos.

Si bien todas estas descripciones no son incorrectas, son incompletas si se las conceptualiza aisladamente, ya que hacen énfasis en uno u otro aspecto estructural de la familia. Por lo mismo, se completan estas definiciones con los planteamientos de Cooley referenciados por Anzieu, (1979); Bauleo, (1982) y Olmsted, (1986); que permiten una conceptualización más integral al entender a la familia como aquel grupo social primario y natural conformado por aquellos miembros que con vínculo de parentesco, asumen objetivos comunes, participando activamente en un espacio común, estableciendo relaciones afectivas intensas, cálidas, estables y duraderas o durante un tiempo significativo.

La interdependencia de los integrantes se caracteriza por sentimientos de solidaridad, identificación entre ellos y roles preestablecidos, estableciendo sus normas, creencias, tradiciones y ritos propios, aportando a los individuos la experiencia más primitiva y más completa de unidad social. Lo que implica una fuente de vida para el individuo y para las instituciones sociales.

La familia, como todo grupo social constituye un lugar de intermediación entre la sociedad y el individuo, por lo tanto, la realidad del grupo familiar reproduce y refleja la propia realidad social: sus contradicciones, problemas, carencias, valores, disposiciones, etc.

Por consiguiente, la sociedad influye de manera condicionante y/o determinante en el desarrollo psicosocial individual de cada sujeto no sólo directamente, sino y fundamentalmente a través de la expresión concreta y tangible de sus relaciones con los diversos grupos a los cuales éste se incorpora y/o pertenece, en el marco de las condiciones socio históricas de su existencia; teniendo un lugar especial el grupo familiar.

De manera que lo social y lo grupal aportan al desarrollo de la individuación. Este proceso de individuación es simultáneamente un proceso de socialización y viceversa, la socialización es condición necesaria para la constitución de la individualidad. Vale decir, que esta relación dialéctica entre lo social, lo grupal y lo individual, también se da de manera inversa, en tanto que cada miembro de la familia es un ser irrepetible, singular o específico, como lo es también cada grupo familiar. Ambos, individuo y familia, ejercen, además, su influencia sobre la sociedad en su conjunto.

La vida familiar está íntimamente ligada y condicionada por el desarrollo y transformaciones económicas, políticas y sociales del contexto. Por eso es necesario tener en cuenta a la familia como una categoría histórica, condicionada por el sistema social imperante y por el carácter de las relaciones sociales en general.

De donde se derivan tres funciones que históricamente se le ha asignado al grupo familiar como institución social: biológica, económica y psicosocial.

- **La función biológica** se refiere a la función reproductora o crecimiento demográfico. Se le atribuye generalmente a la familia nuclear y en específico a la madre, aunque evidentemente la reproducción sexual es una cuestión que compete a ambos sexos.
- **La función económica** se relaciona con la satisfacción de las necesidades materiales de la familia, el sustento económico de sus miembros, así como a los presupuestos de tiempo y a la distribución de responsabilidades dedicadas a estas actividades.
- **La función psicosocial** implica la satisfacción de necesidades afectivas que refieren la importancia de los vínculos interaccionales que ofrece la familia en las diferentes etapas evolutivas de los hijos, fundamentalmente en las fases tempranas de su desarrollo las cuales constituyen los cimientos para la estructuración de la personalidad y su posterior incorporación social y emocional con agentes externos a la familia, expresados a través de las relaciones interpersonales en los diferentes ámbitos contextuales del sujeto.

De la familia se recibe las primeras influencias formativas, se aprende a vivir y a convivir, a querer y odiar, a defenderse, a comprender al otro. Ella transmite hábitos, creencias, conocimientos, valores que constituyen la herencia cultural del contexto social al que pertenecen sus integrantes.

En consecuencia, la tarea principal de la familia es la socialización del sujeto, ya que constituye el espacio o escenario primario que privilegia el crecimiento de la personalidad y posibilita la asimilación consciente e inconsciente de la historia humana, la cual alcanza su dimensión histórica precisamente en su configuración subjetiva, tanto social como individual.

La familia como sistema de relaciones

La familia es un complejo sistema multi-individual que comprende una variedad de subsistemas externos como la familia extensa, la vecindad, la comunidad, la escuela y la sociedad en general, por otro lado, como destacan Minuchin y Fishman (1987), está constituida internamente por subsistemas diferenciados conformados por cada uno de sus miembros, por la pareja conyugal, los hermanos, los hijos pequeños, los hijos adolescentes, etc.

Por consiguiente, la familia como un complejo de formas de comportamientos, como un sistema de relaciones que se establecen entre todos los miembros, fundamentalmente entre padres e hijos, que se constituyen como los subsistemas de una familia; tiene peculiaridades totalmente específicas, que difieren de la simple suma de las formas de comportamiento de cada uno de sus integrantes. Estas pueden asumirse de diferentes maneras:

1. **Relación autoritaria:** se caracteriza por existir un exceso de control por parte de los padres. El autoritarismo es intrínseco. Esta posición satisface al adulto porque está tranquilo, tiene al hijo bajo su control. No hay respeto a los espacios del hijo ni se aceptan sus límites, éstos son impuestos por el adulto bajo la paradoja de autoritarismo y sobreprotección.

En este tipo de relaciones familiares es frecuente observar al hijo con características simbióticas y excesiva pseudo protección, que no le permiten alcanzar la madurez suficiente en el proceso estudiado y denominado por Malher (1984) individuación separación que se da en el desarrollo temprano al no poder lograr la adquisición de una identidad autónoma e independiente para un buen funcionamiento social, lo que se expresa en conductas de timidez, incapacidad de tomar decisiones por sí mismo, inhibición, inseguridad, pasividad y dependencia.

Su incondicional tolerancia y sumisión hacia las personas adultas, expresa más bien una actitud automática, obediente y complaciente interfiriendo su desarrollo intelectual y social, lo que dificulta la espontaneidad de sus interacciones.

En el caso especial de los adolescentes, que atraviesan por un período complejo de contradicciones en su vida, no les queda otra salida que someterse, con toda la carga de frustración que ello implica. Rebelarse, puede conllevarle a ser mentiroso, agresivo, destructivo y mucho más comunicativo.

2. **Relación permisiva:** contrariamente a la anterior, en este tipo de relación no se establecen límites por lo que los espacios se superponen. No hay contrapartida adulta, ya que los padres son incapaces de disciplinar a los hijos, los “dejan hacer” utilizando como excusa el ser demasiado flexibles. Se puede hablar de un liderazgo paterno de *laissez faire*.

El símbolo de autoridad confuso no le ofrece identificaciones sólidas y positivas al hijo, no le permite diferenciar sus propios límites corporales del mundo externo que lo rodea para aprender a interactuar con esa realidad. En consecuencia, éste presenta una autoimagen debilitada que se debilita más aún ante las exigencias del proceso adolescente, al enfrentarse a situaciones competitivas, exigencias externas sociales, rupturas afectivas, incomprensión familiar y social.

Al no existir límites, no puede comprender adecuadamente lo que desea, lo que siente, manifestando dificultades para diferenciar lo que piensa de lo que hace, prevaleciendo en estos la autodevaluación y la flexibilidad al servicio de la autoagresión, actuando por ensayo y error.

3. *Relación de paridad:* aquí no existe una diferenciación de los roles, tampoco se establecen límites y espacios. Se pierde la necesaria asimetría o diferenciación para poder aspirar a ser adulto. Simple y sencillamente no hay adulto como punto de referencia, no hay nadie en la posición de pantalla que ayude al hijo en su proceso de incorporación y asimilación de las informaciones recibidas del mundo exterior, impidiéndole integrar el afuera y el adentro, necesarios para constituir los límites entre mundo interno y externo, entre la realidad social y la realidad psíquica, entre el self y el no self diría Winnicott (1981); ya que la percepción y las experiencias de los primeros intercambios humanos organizan la representación de sí mismo.

Así por ejemplo, el adolescente se convierte en un falso adulto, sobrevalorando sus posibilidades, con una sensación de incapacidad para asumir responsabilidades, emprender tareas y resolver problemas, en tanto que este tipo de relación nada gratificante ni contenedora, no posibilita su individuación madura en términos de Malher (1984), dificultado su integración de acuerdo a Winnicott (1981).

Es muy frecuente que cuando el niño llega a la adolescencia surja una contradicción entre el deseo y/o el rechazo de poder asumir su autonomía, desplazando y focalizando su angustia y su temor al fracaso generalmente sobre la situación escolar, reflejando una capacidad insuficiente en sus procesos de aprendizaje, afectando en consecuencia su actividad cognitiva, culminando muchas veces en el fracaso.

4. *Relación consensual:* se distingue por la confianza como divisa y se destaca por ser la más adecuada y saludable, puesto que, para que el niño confíe en el adulto, éste debe respetar su espacio y respetar la discrepancia. El adulto debe ser coherente y saber flexibilizar las reglas pactadas pero siempre mantenerlas, lo que implica que el hijo aprende de manera lenta pero segura a ser dueño de sí mismo, a conocerse y a aceptarse a sí mismo, propiciando su desarrollo autónomo y progresivo.

Relación del ciclo vital de la familia con el desarrollo de la estructura psicosocial individual

La familia, como todo fenómeno vital, atraviesa necesariamente por un desarrollo o proceso evolutivo desplegando funciones de: nacimiento, crecimiento, reproducción y muerte; funciones que adquieren ciertas características generales en la organización de los modos en que interactúan sus miembros, cambiando según las diferentes etapas vitales, pero conservando

cada familia sus peculiaridades en cada uno de sus momentos o fases, es decir, la familia tiende a cambiar su organización de manera continua, sea cual sea la ubicación que le corresponda en un momento determinado, ya que refleja los ciclos de vida propios de sus integrantes.

El proceso de génesis y evolución de la familia es denominado universalmente como el ciclo vital de la familia, concepto que permite visualizar la estabilidad y los diferentes períodos de crisis que sostienen los subsistemas de la familia dentro de un contexto organizacional que comienzan con: el conyugal o marital, el parental o de los padres, el de la llegada de los hijos y su desarrollo con toda su complejidad hasta formar otra familia, repitiéndose el ciclo.

Para Haley (1980) existen seis periodos del ciclo vital de la familia: galanteo, matrimonio y sus consecuencias, nacimiento de los hijos, dificultades matrimoniales del período intermedio, destete y retiro de la vida activa y vejez. Mientras que Estrada (1982) psicoanalista mexicano, destaca que el ciclo vital familiar comprende seis fases: a) el desprendimiento, b) el encuentro, c) los hijos, d) la adolescencia, d) el reencuentro y e) la vejez. Su abordaje constituye un instrumento de organización y sistematización dentro de un marco de la salud y la enfermedad, de lo normal y lo patológico, enfocado al pensamiento psicoanalítico, predominantemente intrapsíquico, donde las interacciones tienen que ver con las fuerzas o pulsiones inscritas en el propio aparato psíquico de los individuos o en el entrecruzamiento de los vínculos subjetivos, lo cual indudablemente es valioso para el diagnóstico y para la comprensión profunda del grupo familiar, pero no es suficiente para entender los imperativos sociales externos.

También Minuchin y Fishman (1987), conciben un modelo de desarrollo que comprende cuatro etapas organizadas en torno al crecimiento de los hijos: a) la formación de la pareja, b) la familia con hijos pequeños, c) la familia con hijos en edad escolar o adolescentes y d) la familia con hijos adultos. Hacen énfasis en la progresiva complejidad creciente por las que transcurren estas etapas, donde los períodos de desequilibrio se alternan con períodos de homeostasis. Plantean que los cambios evolutivos generados en el subsistema individuo afectan al sistema familiar, y a su vez los cambios sobrevenidos en la familia y en otros subsistemas del sistema social, influyen en el subsistema individual.

Esta concepción sistémica se presenta como un esquema integral y explicativo idóneo, que permite visualizar al sistema familiar como un conjunto de elementos en interacción con cambios y transformaciones, con crisis y transiciones interaccionales, que fluctúan entre períodos de estabilidad y adaptación, y otros de inestabilidad; movimientos dialécticos que le permiten introducir nuevos elementos interaccionales para progresar hacia una nueva complejidad.

Entender el sistema familiar exige tomar en cuenta los múltiples sistemas dentro de los cuales interactúa el ser humano, las particularidades históricas de estos sistemas y del hombre mismo, lo cual permite comprender el sentido psicosocial del sistema familiar como por ejemplo: el sentido de pertenencia, el sentido de individualidad, la asunción de ciertos roles dentro del conjunto social, fenómenos psicosociales que se dan dentro del núcleo familiar, teniendo presente que el punto de confluencia social es lo que permite la continuidad histórica.

Las peculiaridades de la familia y de sus problemas difieren de una familia a otra, en dependencia de sus propias regularidades sociopsicológicas, en función de la etapa de desarrollo o ciclo vital en que se encuentran sus integrantes y fundamentalmente en función del contexto histórico social donde está insertada. Teniendo esto como base, cada familia establece relaciones muy específicas y formas de comunicación particulares que desembocan en modos de vida intrafamiliares también muy singulares.

Con el cambio de estadio de este ciclo vital están relacionadas transformaciones estructurales trascendentales de la familia: la aparición de nuevos miembros o la salida de algunos de ellos, cambia la correlación de los roles y la interrelación, así como el carácter de comunicación en la misma.

Son dos las etapas en la vida familiar consideradas como las más críticas en relación al cambio sustancial en la estructura de los roles: cuando los hijos llegan a la edad adolescente (se refiere al tránsito del rol de niño al rol de adulto) y la vejez, donde se pierden los roles operativos de los padres.

Pero además, la familia como todo grupo, pasa por otras diferentes etapas vitales en su desarrollo, vinculadas estrechamente a las etapas del desarrollo evolutivo y psicosocial individual de cada sujeto en su decursar ontogénico. Por lo mismo, se amplían, en este trabajo, las propuestas de Haley, Estrada, Minuchin y Fishman, destacando ocho fases que explican con más especificidad la relación familia-individuo en su desarrollo evolutivo y psicosocial

1. Establecimiento

Denominado por Haley "el galanteo", por Estrada "el encuentro" y por Minuchin "la formación de la pareja o el comienzo de una familia"; se caracteriza por ser el momento donde la nueva pareja, portadores cada uno de un conjunto de valores, expectativas, creencias, fantasías, tanto explícitos como inconscientes; establece un sistema de seguridad emocional y económico interno en una relación de dos, bajo circunstancias diversas (contrato matrimonial o unión libre), cuya estructura se va a constituir en la base de las interacciones de los cónyuges, revelando nuevas pautas de relación con sus familias de origen y en general con los demás subsistemas del sistema social.

La integración de este subsistema conyugal es vital para la llegada y crecimiento de los hijos, ya que aquí se establecen los nuevos roles de la pareja, se determinan los límites y espacios de cada uno, se planifica el proyecto de vida común según el rol personal, modificando algunas pautas de conducta y estableciendo nuevas reglas o normas, necesarias en aras de permitir un crecimiento de la relación sin expropiaciones, sin pérdida de identidad.

Sin embargo puede ocurrir lo contrario, es decir, que al unirse dos personas, se comprometan tanto que se absorben mutuamente y dejan de ser en sí individuales, limitándose a un proyecto de vida común.

2. Padres recientes

Como su nombre lo dice, coincide con el nacimiento del primer hijo, este es el momento de asumir un nuevo rol, el de padre y madre, para enfrentar nuevas tareas, aceptando la nueva responsabilidad de dependencia del nuevo sujeto-hijo, permitiéndole a su vez su paulatina independencia.

Al inicio de esta etapa, los padres son la pantalla de recepción de las necesidades fisiológicas y afectivas del bebé, que nace en un estado de indefensión, cuyo sistema sensorial primario responde a estímulos de manera aislada, adaptándose a las nuevas condiciones extrauterinas en la medida que esta pantalla padre-madre le devuelve la realidad integrada en un interjuego de introyecciones y proyecciones que confluyen en el logro de una imagen unificada de sí mismo y del mundo exterior, extendiendo su influencia reguladora sobre el pensamiento y la conducta del sujeto.

El bebé considera a sus padres o a la familia, 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, que se da en un complejo vínculo emocional, basado en términos de experiencias sensoriales, perceptivas y de intercambios afectivos,

3. Familia preescolar

La familia tiene que aceptar que la posición de dependencia absoluta que tenía el niño hasta entonces, ha ido cambiando paulatinamente a una independencia relativa, objetivada en la formación de facultades reguladoras internas, promovidas y asistidas por los avances madurativos: motores, sensoriales, perceptuales, verbales y cognitivos que se dan entre los 2 y 5 años de edad, como apunta Bozhovich (1976). Lo que implica a los padres, fijar nuevos espacios e introducir límites que favorezcan su próxima integración a nuevos sistemas, preparándolo para su ingreso a la escuela.

El incremento en el desarrollo del sistema sensorial y perceptual del niño, confluye en la aparición de la función simbólica, lo que permite el desarrollo de la imaginación y la fantasía, expresada en el juego (Winnicott, 1979),

fundamentalmente en el juego de roles a través de la imitación, de manera que el niño asume patrones de conducta de los adultos y se introduce en el mundo adulto.

Ocurren nuevos descubrimientos por parte del niño como el significado de las diferencias de ser niño o niña (identidad sexual); se intensifica el conocimiento de sí mismo.

El manejo de las características psicosociológicas del niño por parte de los padres, es de gran importancia para evitar que este período se convierta en un momento muy complejo y desagradable, tanto para el niño como para la familia.

Durante esta etapa, es muy frecuente que las contradicciones en el niño se manifiesten fundamentalmente entre la necesidad de independencia relativa y las interrelaciones de exceso de tutelaje, contradicción que se resuelve en la medida en que los padres se alejen de la sobreprotección, y el niño a través del juego logre su independencia deseada, pero como sugiere Winnicott (1979), conservando todavía el contenido mágico y omnipotente del mundo infantil.

De la preparación del niño en esta etapa, depende en alto grado, su mejor o peor inserción en la vida escolar.

4. Familia escolar

El pensamiento y el lenguaje del niño, alcanzan niveles superiores de desarrollo, la familia se relaciona con un nuevo sistema que es la escuela donde va a estudiar su hijo, por consiguiente debe establecer nuevas normas de conducta que el niño tiene que asimilar, a la vez que ocurre una retroalimentación de las ya asimiladas por él en la familia. Se produce el conocimiento del afuera, respaldado por los padres para situarse en ese mundo, aprendiendo a responder a las nuevas demandas sociales que aparecen sobre él: deberes escolares, horarios de esparcimiento, de tareas, de sueño, de alimentos, etc.

Meier (1984) señala que de la misma manera, los códigos de la cultura se asimilan de forma sistemática y metódica en la institución escolar. Esto significa que al incorporarse al sistema escolar, el niño aprende a establecer nuevas relaciones, aceptando nuevos roles y aprendiendo a realizar el duelo por la separación de la familia por un período mayor de tiempo.

El maestro suele ocupar un lugar central como modelo a imitar por el niño, inclusive muchas veces puede sustituir a los padres en esta posición, lo cual es un punto de referencia substancial en el proceso de educación del hijo, de ahí la significación que tiene la preparación del maestro, su compromiso social, así como su dedicación profesional y la imagen que proyecta.

La escuela puede ser percibida por la familia como el depósito de una carga, en aquellos casos en los que los adultos se expresan en términos de que ahora van a descansar del niño; o también puede ser vivida como una separación muy costosa, transmitiendo esta angustia al niño, cuando los padres perciben a la escuela como si estuvieran compartiendo al hijo con ella.

Sin embargo, la estancia en la escuela puede ser percibida también como algo positivo, permitiéndole al niño el comienzo de nuevas relaciones con los atributos de la escuela (uniforme, libros, etc.), posibilitándole la adquisición de conocimientos que aclaran y resuelven muchas de las preguntas que le hace al adulto, y ayudándole paralelamente al establecimiento de vínculos sociales mayores y más profundos.

Es muy frecuente que al final de la etapa escolar, el niño se deba más a su grupo de compañeros, lo que va condicionando su actuación y el cambio a la nueva etapa, lo cual debe ser tolerado y alentado por la familia.

5. Familia con adolescente

Éste es uno de los períodos más turbulentos para todos en la familia, puesto que se dan cambios y las correspondientes resistencias a los mismos, lo que suscita situaciones estresantes para todos. En general el proceso adolescente es vivenciado de manera ambivalente tanto por los adolescentes como por la familia; muchos adolescentes expresan sus insatisfacciones en relación a las impresiones de sus padres y tienden a culparlos de todo cuanto ocurre y viceversa.

La familia debe aceptar un nuevo nivel de independencia ya que es el momento en el que se producen cambios biopsicosociales simultáneos en el adolescente, que lo obligan a realizar profundas transformaciones psicosociales, llevándolo a una nueva relación con sus padres, con los otros adultos y con el mundo en general.

El adolescente, apunta Blos (1996), atraviesa por un segundo proceso de separación e individuación implicando nuevos cambios sensoriales, perceptuales y cognitivos que acompañan la desvinculación o separación emocional de las figuras infantiles incorporadas como modelos de identificación durante su infancia, en la medida que descubre un mundo nuevo y entra en un momento de indiferenciación con el mundo exterior al que requiere aprender a conocerlo, vinculándose, admirando y amando otras figuras extrafamiliares, para alcanzar su independencia reflejada en un paulatino progreso hacia el logro de la identidad, ampliamente explicado por Erikson (1980; 1984), y consolidación de la personalidad. De manera que otros modelos de identificación adquieren gran importancia para el individuo.

Sin embargo, como señalan Aberastury y Knobel (1997), estos cambios y contradicciones también se presentan en los padres, lo que impone muchas

renuncias de su parte, ya que deben desprenderse del hijo niño, elaborar el duelo por la pérdida del niño y su autoridad sobre él, aceptar el crecimiento de su hijo con la ganancia de un adolescente y evolucionar hacia una relación con el futuro adulto, tolerando las críticas y enjuiciamientos de éste.

El logro de lo anterior no es tarea fácil para los padres, ya que abandonar o modificar la imagen idealizada de sí mismos, que hasta entonces conservaba el hijo en su mente, genera ansiedad, resistencia al cambio, miedo a perder su autoridad o temor a dejar de funcionar como líderes o ídolos al sentir que su experiencia no es válida al no estar en el espacio y tiempo del adolescente. Sin embargo, los padres necesitan aprender a tomar distancia para entender a su adolescente.

Además, el adolescente establece nuevas relaciones de grupo, principalmente de amigos con quienes se da un vínculo de paridad adquiriendo conceptos diferentes de la amistad, la familia, la escuela y el contexto en general, empieza a tener una percepción distinta de la sociedad en la que vive y del mundo en general. Comienza a pensar en el futuro, a elaborar su propio proyecto de vida.

La función de la familia en este período es crucial como espacio contenedor y como posible facilitador de las relaciones en el adolescente, promoviendo por un lado la reflexión de lo que gana frente a lo que pierde, ya que con frecuencia el adolescente interpreta su desarrollo asociado a una libertad sin responsabilidades; y aminorando por otro lado la intensificación del llamado “conflicto generacional”, expresado en las relaciones antagónicas entre adolescentes y adultos, donde el primero entra en contradicción con el mundo adulto que le exige comportarse como adulto pero no le permite determinadas actitudes adultas, le limita su independencia pero no acepta ciertas conductas infantiles.

Es primordial que el sistema familiar y escolar acompañe al adolescente en su dolorosa y lenta labor de duelo que necesita realizar por la pérdida de su cuerpo, su identidad y su rol infantil, para ir aceptando su cuerpo nuevo, adquiriendo una identidad definitiva y un nuevo rol social.

También es esencial, que la familia acepte la aparición de nuevos espacios en la vida de su adolescente, reconociendo los cambios que lo acercan a la adultez y estableciendo nuevos límites que se corresponden con las nuevas posibilidades. En tanto que el adolescente necesita introyectar nuevos códigos, adquirir nuevas experiencias y comprenderlas, aprender nuevas reglas que le faciliten satisfacer la necesidad de independencia y autoafirmación, favoreciendo sus nuevas adquisiciones y reforzando las ya existentes.

Como se ha ido señalando, cada nueva etapa implica nuevos límites pero éstos no pueden ser arbitrarios. Es vital que el adolescente vivencie sus propios cambios desde su mundo y en su mundo, no en el mundo de los adultos,

ni desde el mundo de los adultos. Así logrará su posición autónoma ante la vida y dentro del sistema familiar, sin menoscabo para su autovaloración, ni distanciamiento con sus padres.

Por último, es elemental tener presente que el período prolongado y difícil de ajuste que experimentan los adolescentes, es concordante con las dificultades que tiene la sociedad para integrarlos y brindarles oportunidades viables.

6. Familia como centro de lanzamiento del joven

La familia se prepara para el lanzamiento del hijo, por lo tanto, se dan muchos cambios en los roles para permitirle a éste asumir el rol de adulto.

Este período implica no sólo estabilidad creciente, fijación y perfeccionamiento de las estructuras psíquicas formadas en la adolescencia, sino que en ellas se registran procesos del desarrollo cualitativamente singulares: relaciones sociales definidas, motivaciones profesionales y búsqueda de estabilidad socioeconómica, donde el proyecto de vida específico de cada joven juega un rol importante, incluyendo la planificación para constituir en un futuro cercano su propia familia.

La familia se enfrenta dolorosamente a la partida del primer hijo hasta el abandono del último hijo. Su función es aceptar y facilitar la incorporación de los hijos a una vida independiente.

7. Familia posparental

Una vez que los hijos han emprendido la búsqueda de sus propios proyectos de vida, la familia vuelve a estar constituida por la pareja que la originó, quienes necesitan nuevamente reorganizarse para volver a reencontrarse como apunta Estrada. Este período, denominado por Minuchín “nido vacío” se registra por ser de pérdida o duelo.

Es la etapa donde la personalidad del hijo se considera madura, lo que no significa que su capacidad de aprendizaje haya concluido y que su desarrollo haya terminado. Todo lo contrario, el hijo adulto se enfrenta a nuevos retos, a nuevos compromisos al estar incorporado a la vida laboral activa, y al haber constituido su propia familia, por lo que su proyecto de vida está en plena ejecución.

Mientras que la familia originaria queda constituida nuevamente por la pareja de padres, quienes suelen emprender la retirada laboral. Lo cual desde el punto de vista psicosocial puede ocasionar la llamada “crisis de la jubilación”.

8. Familia vieja

Generalmente en este momento la familia que ha quedado constituida únicamente por la pareja que pierde la capacidad de procrear. Al final del

período puede ocurrir un deterioro físico y muchas veces mental. La pareja cronológicamente vieja o anciana ya, se encuentra disminuida en sus funciones pero más que por un decremento real, es porque así se lo hace creer la sociedad.

Muchos ancianos, al no sentirse útiles profesionalmente, ignoran como utilizar sus horas libres. Este hecho y no la senilidad en sí, es la que los convierte ideológicamente en auténticas cargas para sus hijos y para la sociedad en general. Sin embargo la senilidad aún puede ser fecunda, como lo es en otras culturas como la oriental y algunas tribus africanas, donde los viejos continúan dando frutos al constituirse en líderes-guías de las nuevas generaciones con sus ricas experiencias.

Conclusiones

Hay que destacar que el modelo teórico de la familia compite en la actualidad con mecanismos socializadores tradicionales y no tradicionales, tales como los medios masivos de comunicación y las organizaciones tanto públicas como privadas. Se plantea entonces la cuestión de la armonía o disonancia entre los diferentes agentes de socialización y sus inevitables consecuencias para el desarrollo de la personalidad. Sin embargo, pese a verse obligada a compartir su función socializadora, la familia sigue desempeñando un papel decisivo en la formación de la personalidad del niño y del adolescente.

Por otro lado, es preciso tener presente que la composición, estructura y tipología de la familia, se ha diversificado, de manera que hoy no es posible hablar de un modelo familiar Latinoamericano único, sino de familias. Han cambiado las formas de hacer pareja, los estilos de autoridad, las pautas de crianza, los modelos de maternidad y paternidad, las formas de convivencia, hay una diversidad de tipos de familia, una fuerte incorporación de la mujer al trabajo fuera de la casa, y nuevas formas de asumir los roles muy frecuentes. En esencia, se habla de una crisis del modelo familiar tradicional, con un significativo incremento del número de disoluciones familiares, una proliferación de nuevas configuraciones o tipos de familia. Pero nada apunta hacia la desaparición de la familia como grupo humano, por el contrario, la familia ha resistido los impactos de los cambios sociales, políticos y económicos y sigue cumpliendo funciones que son insustituibles por otros grupos e instituciones, de esta manera continua influyendo decisivamente en la salud integral de los individuos.

De ahí que es indispensable aprovechar en la práctica comunitaria, las categorías que aporta el modelo sistémico en sus investigaciones de familia, pero desde una perspectiva teórica y metodológica que recupere tanto la subjetividad del individuo como el estrecho vínculo entre individuo, familia y sociedad, donde la familia, además de ser una categoría histórica que cumple importantes funciones para la sociedad, también sea considerada como una

categoría evolutiva, siempre en continuo proceso de cambios cualitativos, atravesando ciclos o etapas cuyo tránsito representa potenciales crisis, aunque las crisis no necesariamente son señales de deterioro, suponen riesgos y conquistas, son motores impulsores de los cambios, que exigen un constante equilibrio y flexibilidad para sostener la continuidad de esta unidad.

Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1997). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. Argentina: Paidós
- Anzieu, D. & Martin, Y. (1979). *La dinámica de los grupos pequeños*. Argentina: Kapeluz
- Bauleo, A. (1982). *Ideología, grupo y familia*. México: Folios
- Blos, P. (1996). *La transición adolescente*. Argentina: Amorrortu
- Bozhovich, L.I. (1976). *La personalidad y su formación en la edad infantil*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Engels, F. (1984). *Origen de la familia: la propiedad privada y el estado*. México: Nuevaomar.
- Erikson, E. (1980). *Identidad, juventud y crisis*. España: Taurus
- Erikson, E. (1984). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.
- Estrada, I. L. (1982). *El ciclo vital de la familia*. México: Serantes S.A.
- Haley, (1980). El ciclo vital de la familia. En *Terapia convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson* (43-49). Buenos Aires: Amorrortu
- Malher, M. (1984). *Escritos 2: separación, individuación*. Argentina: Paidós
- Meier, A. (1984). *Sociología de la educación*. La Habana: Ciencias Sociales
- Minuchin, S. & Fishman, H. Ch. (1987). *Técnicas de terapia familiar: grupos e instituciones*. México: Paidós
- Olmsted, M. S. (1986). *El pequeño grupo*. México: Paidós
- Winnicott, D.W. (1979). *Realidad y juego*. España: Gedisa
- Winnicott, D.W. (1981). *El proceso de maduración en el niño*. España: Laia

EMPATÍA CON LA DIVERSIDAD FUNCIONAL EN LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES DE KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA

Virginia Cuadros,
Adriana Ramos,
Ivonne Ramírez

Resumen

La calidez en la atención en salud, resulta un concepto muy importante en el proceso terapéutico, no sólo en la atención al niño, sino a la familia en su conjunto, donde el rol del profesional resulta determinante para el alcance del potencial máximo de calidad de vida del grupo. El objetivo es reflexionar sobre las actitudes de empatía con niños con diversidad funcional en el marco de las prácticas de los estudiantes en formación de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia de la Facultad Ciencias Tecnológicas de la Salud de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca. *Materiales y Métodos:* los datos fueron recogidos mediante una *escala de Empatía Médica* modificada (Jefferson, 2005) en una muestra de 353 estudiantes de primero a cuarto año de la Carrera. Resultados: se observaron diferencias de niveles de empatía entre estudiantes de los diversos niveles de estudio. En general los estudiantes tienen buenos niveles de empatía con respuestas favorables en las variables como ponerse en los zapatos del paciente y dominio de toma de perspectiva lo que resulta valioso para mejorar la calidad de atención en salud y orientar mejor la formación humanista desde el paradigma de la salud colectiva.

Palabras Clave: Empatía, Emociones, Estudiantes, Salud, Fisioterapia, Salud colectiva.

Empathy towards functional diversity of the students in training of the career of Physiotherapy and Kinesiology

ABSTRACT

Warmth in healthcare is a very important concept in the therapeutic process, not only for childcare but for the whole family, where the role of professionals have is determinant to reach the highest potential of quality of life for the group. The objective of this research is to reflect upon the attitudes of empathy towards the children with functional diversity in the practice framework of the students in training of the career of Physiotherapy and Kinesiology from the Faculty of Technological Sciences of Health of the University of San Francisco Xavier de Chuquisaca. *Materials and Methods:* The data were collected through a modified scale of Medical Empathy (Jefferson, 2005) in a sample of 353 students from 1st to 4th year of the career. Results: Differences on the levels of empathy between students of different levels were observed. In general, the students of Physiotherapy and Kinesiology have good levels of empathy with favorable responses, like putting themselves into the patient's shoes and perspective taking, which results valuable to improve the quality of healthcare and better guide the humanistic training from the collective health paradigm.

Keywords: Empathy, Emotions, Students, Health, Physiotherapy, Collective health.

Empathie pour la diversité fonctionnelle dans la formation des étudiants en kinésiologie et physiothérapie

RÉSUMÉ

Les soins bienveillants dans les services de santé sont un concept très important dans le processus thérapeutique, non seulement dans les soins des enfants, mais également pour la famille dans son ensemble, et dans lequel le rôle du professionnel est déterminant pour atteindre le maximum de potentiel de qualité de vie du groupe. L'objectif de la recherche était de réfléchir aux attitudes d'empathie envers les enfants handicapés dans le cadre des pratiques des étudiants en formation de l'école de kinésiologie et physiothérapie de la Faculté des Sciences Technologiques de la Santé de l'Université San Francisco Xavier Chuquisaca. Matériels et méthodes: les données ont été recueillies à l'aide d'une

échelle d'empathie médicale modifiée (Jefferson, 2005) sur un échantillon de 353 étudiants de la première à la quatrième année de l'école. Résultats: des différences dans les niveaux d'empathie ont été observées entre les étudiants des différents niveaux d'étude. Bien qu'en général, les étudiants en kinésiologie et en physiothérapie, ils ont un bon niveau d'empathie avec des réponses favorables dans les variables telles que se mettre à la place du patient et maîtriser la perspective, ce qui est précieux pour améliorer la qualité des soins de santé et mieux guider la formation humaniste sous le paradigme de la santé collective.

Mots-clés: empathie, émotions, étudiants, santé, physiothérapie, santé collective.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos por modificar el modelo del sistema de salud en Bolivia a través de una nueva ley (Ley No 475) buscando mejorar los indicadores de salud, la actuación humanitaria del equipo de salud, debe ser un continuo proceso reflexión y mejora constante, para que el paciente deje de ser un número, que deriva en una atención técnica científica deshumanizada propia del modelo biomédico institucional donde el proceso salud-enfermedad es visto desde una perspectiva biologicista lo que ha generado que la calidez en la atención en salud sea vista como prescindible.

Un estudio sobre actitudes ante la discapacidad en la Universidad de San Francisco Xavier realizando por Maldonado, Villacorta y Ramírez (2018) mostraba que los estudiantes de Kinesiología y Nutrición muestran una actitud más positiva ante la

discapacidad en relación a las actitudes de los estudiantes de psicología, medicina y enfermería a pesar de que la política SAFCI (salud familiar comunitaria e intercultural) asume un enfoque integral, inclusivo, intercultural y participativo, que demandaría profesionales más sensibles con los usuarios de la salud.

En cuanto a ello, se tienen pocos referentes epistemológicos que profundicen el marco filosófico que sostiene al rol del personal de salud, el paradigma de la salud colectiva por su parte, aborda este proceso desde lo colectivo con reflexiones sociales y biológicas, otorgándole a la sociedad un peso importante y situando a la política como determinante de la mejora en salud social.

Al respecto Breil (2010) refiere que *“La salud humana es un objeto que incluye procesos de carácter biológico socialmente determinados. Cuando nos referimos a la determinación social de la salud y si queremos cuidar una perspectiva biológica que no recaiga en el determinismo biológico ni histórico se debe trabajar la relación social – biológica”*. Lo que significa que los profesionales del equipo de salud, tendrían que estar más atentos a las relaciones sociales que se entretajan en los problemas complejos que se generan en la infancia con discapacidad por citar el objeto de estudio de este artículo.

Entre los profesionales del equipo de salud, está el Kinesiólogo - Fisioterapeuta quien debe atender las necesidades en salud asociadas a las condicionantes sociales que embargan a cada individuo en su familia, ya que la calidad técnica y las relaciones humanas son claves para una relación sanitaria satisfactoria, desde una mirada transdisciplinaria y regida por un enfoque sociosanitario. Sin embargo, uno de los déficits en la enseñanza de las profesiones sanitarias, es la formación filosófica y axiológica que sostiene sus actuaciones a partir de sensibilizar y activar la empatía. La transmisión de conocimientos y el descubrimiento de nuevas tecnologías es el eje sobre el que gira la formación de los nuevos profesionales asistenciales, sin embargo la generación de saberes va más allá de la buena técnica.

Casas et al (2013) sostiene desde la salud colectiva que la relación del profesional de salud con el paciente, se rige por valores que su ética profesional le exige y debe extender más a allá su sentido común e interpretar el sentimiento colectivo que se evidencia a través de su paciente, quien puede manifestar sentimiento de esperanza de recuperar el estado de salud o de desaliento ante diagnósticos no favorables.

Estudios anteriores realizados (Ramírez, 2017) con madres de niños con diversidad funcional, muestran la necesidad de atender los distintos planos de la salud de la familia, tomando en cuenta que muchas mujeres no disponen de una red social que las sostenga, sumado este hecho a la problemática del abandono de la pareja, el desempleo y la migración, donde el sistema de salud inicia y finaliza su rol en el marco del consultorio hospitalario.

A decir de Almeida y Silva (1999), la salud pública contemporánea busca el desarrollo de mejores condiciones de vida para la población, que a su vez exigen sus derechos y están atentos a las redes que el sistema otorga de manera que den respuesta a sus necesidades con conocimiento, calidad y equidad.

Actualmente, realizar una evaluación de la calidez desde una visión centrada en el usuario del servicio y su familia se está haciendo más común por ser la vía ideal para conocer el grado de satisfacción de los servicios recibidos. Se afirma que cuando es el usuario es el que opina del servicio recibido, interviene no como un simple receptor pasivo sino como un componente del proceso que no solo necesita del servicio sino también de la información y participación

del mismo, en ello interviene la actitud empática que implica una actitud humana del terapeuta para comprender el estado emocional del paciente y la familia, en el entendido que la salud no es solo ausencia de enfermedad, sino estado completo de bienestar físico, mental y social (OMS, 2011), por lo que no es suficiente solo enfocar la atención del paciente (niños y sus familias) de una manera integral, sino que la empatía del profesional viene a ser una herramienta al servicio de alguna estrategia con una finalidad terapéutica. La práctica del profesional en salud, ha quedado a merced de una realidad en papel, interpretada por el indicador mercantil-institucional, por lo que habitualmente, en la relación entre los profesionales de la salud en general y los pacientes en particular, el vínculo empático se desarrolla en dependencia de la capacidad natural del profesional y de las características del que consulta, por lo que se hace necesario observar las interacciones cotidianas de las personas como parte del espacio social donde el día a día converge entre la desesperanza y desaliento del paciente, siendo imprescindible un trato humano.

Uno de los problemas es que el diseño curricular de las Carreras en Salud en general y de la carrera de Kinesiología y Fisioterapia en particular es que no contemplan contenidos que sensibilicen y aproximen al estudiantes a la persona y su familia, por lo que, se debe articular los aspectos de la ciencia y la técnica junto a la formación humanística, que permita responder con empatía a los requerimientos de un rol más pleno.

Algunos estudios como el de Contreras y García (2015) afirman que la empatía implica dominios cognitivos, afectivos o emocionales. El dominio cognitivo está basado en la capacidad de comprender las experiencias y sentimientos internos de una persona, y la capacidad para ver el mundo exterior desde la perspectiva de la otra persona. Mientras que el dominio afectivo implica la capacidad de iniciar o unirse a las experiencias y sentimientos de otra persona.

Por su parte, Oviedo (2012) realiza una investigación para describir el nivel de empatía de los alumnos que cursan el programa de Odontología en la Universidad de Cartagena sobre una muestra de 360 estudiantes de 1° a 5° año en la Universidad de Cartagena Colombia. Se utilizó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión S). Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las variables "nivel" ($p < 0,005$) y "sexo" ($p < 0,001$), existiendo menores valores de orientación empática para los estudiantes de primer nivel y mayores valores para las mujeres. Las conclusiones mostraron que los valores de orientación empática en los estudiantes de odontología evaluados, fueron diferentes según los niveles de estudio y el sexo, lo que puede ser el resultado de la formación profesional integral que propenden las instituciones de educación superior dentro de sus proyectos educativos lo que hace imperativo impulsar el desarrollo de habilidades interpersonales en los educandos desde los primeros años de formación que contribuya a mejorar la calidad de la atención en salud brindada.

Por otra parte, Díaz-Narváez (2015) realizan un estudio en la Universidad Mayor, sede Temuco (Chile), con la finalidad de conocer los niveles de empatía en los estudiantes de Kinesiología, para lo que utiliza la escala de empatía médica de Jefferson (versión S) validada culturalmente para estudiantes de Kinesiología que mostró confiabilidad, no existiendo diferencias de niveles de empatía entre los distintos niveles de estudio ni entre géneros.

Contreras y García (2015) en otro estudio dan a conocer la orientación empática de los estudiantes de primero a quinto año de la Carrera de Kinesiología de la Universidad de Magallanes, mismo que busca conocer y comparar si la orientación empática varía según avance académico de los estudiantes, es decir si hay diferencia entre los primeros años de estudio y los dos últimos. Los resultados muestran un alto nivel de empatía. Al comparar según género, no se encontraron diferencias significativas. Pero las diferencias fueron evidentes entre los estudiantes de cuarto y quinto año académico en comparación a los de primero y segundo.

Terenzi, Elias, Staevie, Slomp (2016), refieren que el modelo biomédico se caracteriza por una concepción biológica y mecanicista, en el que la enfermedad consiste en un defecto solo mecánico y la salud se entiende como ausencia de enfermedad. Por tanto, este abordaje de la salud, inmerso en el cuerpo, deseo, saber y experiencia participa muy poco en la elaboración de su plan terapéutico. Es un modelo donde el saber científico es el único válido, en el que se desea que el paciente no interfiera ni cuestione la decisión profesional. Si el paciente entiende, acepta y desea la descripción disfrazada de cuidado el profesional entiende que eso ya no le incumbe, afirmando que la parte profesional está realizada y que el paciente tiene la responsabilidad final.

Como consecuencia de este modus operandi, a pesar de los avances técnicos que aportó a la asistencia, se produjo un deterioro de la relación médico – paciente, evidenciándose una baja capacidad resolutive frente a las necesidades y demandas de la salud, dando como resultado prácticas autoritarias en el trabajo cotidiano de los servicios de salud.

Las actuales políticas del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia están dirigidas a la mejoría continua de la calidad en salud, con la finalidad de conocer el grado de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en los servicios, lo que permitirá identificar su percepción sobre los atributos de calidad de atención y los factores determinantes de satisfacción o insatisfacción del usuario, permitiendo valorar asimismo el grado de empatía de los profesionales en salud.

Luego del estudio de antecedentes sobre empatía en el ámbito de la salud, se ha definido para esta investigación el objetivo de analizar los rasgos de empatía de los estudiantes de la carrera de Kinesiología y Fisioterapia de la

Facultad Ciencias y Tecnologías de la Salud de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca con los niños con diversidad funcional y sus familias.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación de tipo descriptiva con un enfoque cuali – cuantitativo, la muestra de 353 estudiantes de primer a tercer año e internos de cuarto año, haciendo un total de 430 estudiantes programados en la gestión 2018 de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia.

La muestra fue seleccionada según la decisión personal de participar en el estudio; es importante mencionar que los estudiantes de internado, realizan durante su última etapa de formación en contacto directo con menores usuarios del sistema de salud en los hospitales, centros de salud y en el proyecto de neurodesarrollo de la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca en Sucre, Bolivia que se diferencia de los estudiantes de primero a tercero quienes se forman la mayor parte de su carga horaria en las aulas.

Tabla 1. Muestra por niveles de formación

Elemento	Unidad	Muestra
Internos	50	32
Estudiantes Tercero	100	77
Estudiantes Segundo	130	112
Estudiantes Primero	150	132
Total	430	353

El instrumento aplicado fue la escala de empatía médica modificada (Jefferson, 2005), para conocer la opinión o valoración del sujeto seleccionado, en una muestra sobre un asunto dado. La encuesta tiene una estructura lógica, rígida, que permanece inalterada a lo largo de todo el proceso de la investigación con el objetivo de identificar su percepción respecto a la orientación empática hacia los niños con alguna patología neurológica.

Las unidades de análisis han sido organizadas por el autor de la siguiente manera:

1. Dominio de toma de perspectiva: preguntas redactadas en forma positiva fueron las siguientes 3-4-5-6-13-15-16-18
2. Dominio de cuidado con compasión: preguntas planteadas de forma negativa, 1-7-8-11-12-14-20
3. Dominio de habilidad para ponerse en los zapatos del paciente: fue la unión de las siguientes preguntas 2-9-10-17-19.

Durante el procedimiento de recojo de los datos, se ha solicitado consentimiento informado a los participantes y se ha comunicado el objetivo de la investigación haciendo referencia que el estudio está referido a las actitudes a la atención de los niños y su familias.

Para el procesamiento de los datos se utilizò el programa SPSS V.21.

Resultados

Los resultados fueron analizados desde tres variables determinadas por la relación de las interrogantes realizadas en cada ítem como indica el autor Jefferson (2005):

1. Ponerse en los zapatos del paciente **2-9-10-17-19**
2. Dominio de cuidado con la compasión **1-7-8-11-12-14-20**
3. Dominio de toma de perspectiva **3-4-5-6-13-15-16-18**

Tabla 2. Resultados de la variable: ponerse en los zapatos del paciente										
			Mayor Des- acuerdo	Des- acuerdo	Min. Des- acuerdo	Inter- medio	Min. Acuerdo	Acuerdo	Mayor Acuerdo	Total
Grado	Internado	% del total	3,5%	2,0%	2,1%	4,9%	6,3%	6,9%	12,3%	37,9%
	Tercero	% del total	4,5%	1,9%	3,0%	4,6%	4,6%	4,6%	8,1%	31,3%
	Segundo	% del total	4,1%	1,6%	1,7%	2,4%	2,8%	4,4%	4,4%	21,4%
	Primero	% del total	1,1%	0,3%	0,6%	1,1%	1,4%	1,9%	2,9%	9,4%
Total		% del total	13,1%	5,8%	7,5%	13,0%	15,0%	17,8%	27,8%	100,0%

En la tabla 2. Se observa que en los estudiantes de *cuarto año* correspondiente al grado de internado “ponerse en los zapatos del paciente” existe mayor desacuerdo, desacuerdo y mínimo desacuerdo que sumados hacen un porcentaje de 7.6% Por otra parte, el 25.5% indican mayor acuerdo, acuerdo y mínimo acuerdo, lo que significa que la respuesta es positiva en la variable de “ponerse en los zapatos del paciente”.

En cuanto a los resultados obtenidos de los estudiantes de *tercer año* muestran que el 17.3% de los estudiantes se inclina al mayor acuerdo y el 9.4% a un desacuerdo. Los estudiantes de *segundo año* el 11.6% indican un mayor acuerdo y un 8.3% desacuerdo en ponerse en los zapatos del paciente. El 2 % Los estudiantes del primer curso están en desacuerdo y el 6.2% está de acuerdo en ponerse en los zapatos del paciente.

La media obtenida en todos los cursos de la Carrera de Kinesiología es de 13 % como mayor desacuerdo, en tanto que un 5.8% muestra desacuerdo, y un 7.5%

de mínimo desacuerdo. El 13% representa el valor intermedio, manifestando 15% un mínimo de acuerdo, y un 17.8% el acuerdo, y resaltando que el mayor puntaje es de 27.8 % que corresponde a mayor acuerdo de los estudiantes de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia de que la empatía tiene una influencia significativa en el trato con el niño o usuario de la salud.

Tabla 3. Resultados de la variable: Dominio de cuidado con la compasión

			Mayor Des- acuerdo	Des- acuerdo	Min. Des- acuerdo	Inter- medio	Min. Acuerdo	Acuerdo	Mayor Acuerdo	Total
Grado	Internado	% del total	8,4%	3,8%	3,8%	6,8%	6,1%	4,6%	4,4%	37,7%
	Tercero	% del total	4,6%	3,9%	4,4%	6,0%	4,1%	3,6%	5,2%	31,6%
	Segundo	% del total	2,9%	2,9%	3,0%	3,5%	3,7%	2,8%	2,5%	21,3%
	Primero	% del total	2,2%	1,0%	0,9%	1,5%	1,7%	1,0%	1,0%	9,4%
Total		% del total	18,0%	11,5%	12,1%	17,9%	15,6%	11,8%	13,1%	100,0%

En cuanto a la tabla 3. Dominio de cuidado con la compasión, un 16 % de los estudiantes que realizan sus prácticas hospitalarias en el internado se inclinan al mayor desacuerdo, siendo esta la puntuación más alta. Por otra parte, el 15.1% manifiestan desacuerdo. El 6.8% se inclina a un valor intermedio.

El 12, 9 % de los alumnos del tercer año, refieren estar en desacuerdo, quedando el 6% con un valor intermedio. Por otra parte, un porcentaje de 12.9 inclinan su posición a una respuesta de acuerdo. El 8.8 % de los estudiantes de segundo año en desacuerdo, en tanto que un 3.5% manifiesta una posición intermedia. En la variable el 9 % está de acuerdo. Los estudiantes de primer año, respecto al dominio de cuidado de compasión muestran que 4.1% que están con desacuerdo y un 3.7% están de acuerdo.

Describiendo la variable dominio de cuidado con la compasión, los datos permiten concluir dos aspectos: por una parte, los porcentaje de las variables desacuerdo y acuerdo son muy equilibradas lo que muestra que hay otras variables como el contacto temprano con pacientes determinan que casi la mitad del grupo tenga esa actitud empática y la otra no, pudiendo explicar la diferencia marcada de los porcentajes altos del tercer año e internado en cuanto al nivel de empatía en relación a los que no tienen contacto con niños o usuarios de la salud.

Describiendo la variable dominio de cuidado con la compasión, los datos permiten concluir dos aspectos: por una parte, los porcentaje de las variables desacuerdo y acuerdo son muy equilibradas lo que muestra que hay otras variables como el contacto temprano con pacientes determinan que casi la mitad del grupo tenga esa actitud empática y la otra no, pudiendo explicar

la diferencia marcada por los porcentajes altos del tercer año e internado del nivel de empatía en relación a los que no tienen contacto con niños o usuarios de la salud.

En cuanto a la segunda variable el mayor desacuerdo corresponde al 18%, en tanto que un 11.5% muestra desacuerdo y el 12.1% de mínimo desacuerdo. El 17.9% es el valor intermedio, mostrando 15.6% con un mínimo de acuerdo, un 11.8% respondió de acuerdo y un 13.1% de mayor de acuerdo de la escala de empatía.

La alta puntuación en la segunda variable respecto al mayor desacuerdo, el desacuerdo y mínimo desacuerdo muestran que la relación del profesional con el paciente despierta sentimientos de compasión, valor ético que ayuda al profesional a conmoverse por el sufrimiento del paciente y promueve los cuidados para aliviarlo. En el caso de los alumnos de internado, se tiene la posibilidad de establecer una relación terapéutica directa que despierta sentimientos de compasión y que ayuda a sufrir con su paciente, permitiendo establecer acciones concretas con el fin de aliviarlo.

Tabla 4. Resultados de la variable: Dominio de toma de perspectiva

		Mayor Des- acuerdo	Des- acuerdo	Min. Des- acuerdo	Inter- medio	Min. Acuerdo	Acuerdo	Mayor Acuerdo	Total	
Grado	Internado	% del total	2,2%	2,0%	3,4%	7,8%	6,8%	6,7%	8,7%	37,7%
	Tercero	% del total	3,5%	2,2%	3,1%	6,0%	5,2%	4,9%	6,6%	31,5%
	Segundo	% del total	2,2%	1,6%	2,9%	3,3%	4,2%	3,7%	3,5%	21,5%
	Primero	% del total	0,5%	0,3%	1,0%	1,5%	1,8%	1,8%	2,4%	9,3%
	Total	% del total	8,4%	6,1%	10,5%	18,6%	18,0%	17,1%	21,3%	100,0%

En la Tabla 4. Respecto de la variable “Dominio de toma de perspectiva” en el grado que corresponde al internado: el 7.6 % están en desacuerdo, correspondiendo a la respuesta intermedia el 7.8 % y el 22.2 % de los internos se inclinan a un mayor acuerdo.

En lo que respecta a estudiantes de tercer año: el 8.8 % están en desacuerdo, un 6 % corresponde a una respuesta intermedia, estando de acuerdo un 16.7 %.

Los alumnos de segundo año un 6.7 % indican estar en desacuerdo, un 3.3 responde al nivel intermedio en la escala de empatía, mientras que el 11.4 está de acuerdo.

En el primer curso: el 1.8 está en desacuerdo, el 1.0 se inclina por una respuesta intermedia y el 6 % manifiesta su acuerdo.

Como resultado del total en el Indicador 3 que corresponde al dominio de toma de perspectiva en la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia, presentan un mayor acuerdo con el 56 % en comparación al 25% que representa al desacuerdo. Este resultado evidencia que para una buena relación terapeuta-paciente es importante valorar las vivencias desde la perspectiva de las familias de los niños.

Discusión

Para Díaz (2015) es posible plantear que los niveles de empatía en los estudiantes de Kinesiología de la Universidad Mayor (Sede Temuco, Chile) son relativamente altos. Tales resultados podrían deberse a varios factores: (a) un currículo basado en un enfoque biopsicosocial; (b) un temprano contacto de los estudiantes con los pacientes y respeto por las normas de la ética y (c) el carácter regional donde los estudiantes realizan sus estudios permiten una cercanía con el paciente y la posibilidad de una atención más personalizada y posiblemente, un contacto más cercano entre estudiante y profesor.

Las madres de niños con diversidad funcional atraviesan un proceso de duelo muy difícil y reciben el diagnóstico mediante una comunicación muy fría (Terenzi et al., 2016) por ello las actitudes positivas del personal de salud resultan muy importantes en la contribución de un apego favorable con la terapia y el terapeuta. Ramírez (2017), en esa misma línea, Conde (2018) cuestiona la debilidad del sistema de salud para dar contención a las madres que concurren con sus hijos a la atención médica y terapéutica, es así que conocimiento y empatía son los componentes de una atención integral (OMS, 2011).

Nuestros hallazgos ratifican algunos postulados presentados por autores como López (2003) que muestra que las habilidades de manejo emocional predicen mejores interacciones positivas y menores interacciones negativas, mismas que son propiciadas por las prácticas guiadas y supervisadas.

Los centros de atención primaria no cuentan con profesionales en fisioterapia para la atención del riesgo psiconeurosensorial (Ramírez, 2016) sin embargo, al parecer el proceso formativo de los futuros profesionales de la Kinesiología resulta favorable para el fomento del desarrollo de actitudes empáticas y en un estudio anterior también favorables frente a la discapacidad (Maldonado, Villacorta y Ramírez, 2018) hecho que al parecer muestra que la experiencia práctica y de contacto en cursos superiores con el paciente contribuyen a que se establezca una diferencia significativa en quienes se enfrentan directamente con el paciente, estos hallazgos en la población investigada nos permiten apoyar el estudio realizado por Castañeda (2009).

Apoyando anteriores estudios (Oviedo, 2012; Almeida y Silva 2013; Contreras y García, 2015) muestran que las variables que establecen diferencias en los resultados de empatía con los usuarios de salud son entre otras el nivel de formación, por ello, apoyamos esta conclusión que evidencia que a mayor grado de avance curricular y mayor contacto con el paciente, existe mayor probabilidad de que los estudiantes desarrollen actitudes empáticas.

Conclusiones

Se determina que la empatía en estudiantes de la carrera de Kinesiología y Fisioterapia es buena, puesto que los valores más altos en las dimensiones como “toma de perspectiva” y “ponerse en los zapatos del paciente”, han calificado positivamente en los últimos cursos, hecho que refiere sensibilidad con las problemáticas de las personas en un periodo de la vida donde las familias se encuentran altamente vulnerables y frágiles.

Los valores más bajos han resultado aquellos relacionados con el “cuidado con compasión” indicador que denota la necesidad de que no es suficiente la comprensión del dolor o de la situación de la persona doliente, sino que se refiere a la calidez en el cuidado y trato humanitario que debe brindar en el día a día.

Considerando que los aspectos referentes a la relación fisioterapeuta-paciente/usuario de la salud son muy importantes en la habilitación, rehabilitación del niño y su familia, los mismos deben verse fortalecidos desde el proceso de educar a los futuros profesionales en el marco del nuevo modelo de salud, donde sensibilidad y la calidez son una condición esencial para mejorar la calidad de la atención en salud.

A medida que los estudiantes suben de grado y se aproximan a la práctica real, mejoran los niveles de empatía, lo que ratifica la importancia del contacto temprano con los pacientes y sus familias, por ello será esencial que el plan de estudios de Kinesiología y Fisioterapia sea conducente a la reflexión y valoración de la salud y sus condicionantes sociales.

El fortalecimiento de la práctica desde etapas tempranas basada en concepción humanista debe fortalecer el desarrollo de todas las actividades clínicas del futuro profesional, mucho más tratándose de los niños, sus madres y sus familias en general.

Referencias Bibliográficas

Almeida, N. & Silva, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos médico sociales*, (75), pp.5 - 30. Recuperado de: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf>

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, (6), 83-101.

Casas, D., Jarillo, E., Contreras, G., & Rodríguez, A.. (2013). La salud Colectiva para el análisis de la Medicina Familiar. *Medwave*. Recuperado de: www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5666.

Conde, S. (2014). *¿Infancia eterna? niñez en situación de discapacidad y derecho al cuidado*. La Paz: CIDES-UMSA. pp.180.

Contreras, T., García, S., Guenchugaray, L., & Fernández, A. (2015, febrero) "Orientación Empática de los Estudiantes de la Carrera de Kinesiología de la Universidad de Magallanes" de la ciudad de Punta Arenas. *Rev. Educ Cienc Salud*. Recuperado de: URL http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000300006

Díaz, VP, Salas, D., Bracho, F., Ocaranza, O. (2015) Empatía en estudiantes de Kinesiología" Chile. *Rev. Cienc Salud*, 13(3), pp.383-393.

González, F., Díaz, V., Arrieta, K., Díaz, K., Tirado, L., & Madera, M. (2013). Distribución de la orientación empática en estudiantes de odontología. Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*. Recuperado de: www.scielosp.org/article/rsap/2015.v17n3/404-415/

Levin, A. (2019). ¿Qué determina la discapacidad en la infancia? La experiencia de la certificación estatal argentina. *Revista sociológica de pensamiento crítico*, 13(1), 109-131.

Ley de la persona con discapacidad boliviana N° 223. Gaceta oficial de Bolivia. Decreto Supremo N° 1893. La Paz, Bolivia, 2 de marzo de 2012.

Ley de prestaciones de servicios de salud integral al Estado Plurinacional de Bolivia. N° 475. Gaceta Oficial de Bolivia. Decreto Supremo N° 1984. La Paz, Bolivia, 30 de abril de 2014.

Maldonado, C., Villacorta, R. y Ramírez, I. (2018) *Q'épiris del conocimiento. Reflexiones universitarias en el arte de educar*. Bolivia: Rayo del sur. 200.

Martín-Valero, R. Cuestionario electrónico para conocer la empatía del alumnado de Procesos Sanitarios (2015). *Rev. Paraninfo Digital*. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n22/436.php>

Mejía, M., Poveda, J., Paoli, M., Díaz, V. (2013). Comportamiento empático en los estudiantes de las ciencias de la salud. Universidad de Los Andes *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, vol. 23, núm. 67, mayo – agosto pp. 203-220 Universidad de los Andes Mérida, Venezuela

Organización Mundial de la Salud. Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales del La Salud; 19-21 de octubre 2011. Rio de Janeiro, BR. Ginebra: OMS; 2011.

Oviedo M. (2011) Empatía de estudiantes en formación en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo Madrid. Recuperado de: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/9108>.

Ramírez, I. (2016). Análisis de los procesos de detección y atención del riesgo psiconeurosensorial en menores de cinco años de los centros de atención primaria. *Revista Surgiendo*, 4(1), 143-176.

Ramírez, I. (2017) Cuando lo inesperado rompe la construcción de la cuna simbólica. Ramírez, I. Pérez de la Cruz, S. Maldonado, C. Villacorta, R. *Infancias, miradas e intervenciones* (pp. 233-256) Bolivia: Rayo del Sur.

Resolución Ministerial No 348. Ministerio de Salud. Estado Plurinacional de Bolivia (2013). "Atención integrada al Continuo de curso de la vida".

Terenzi, C., Elias, E., Staeve, R. & Slomp, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12 (1), 113 - 123.

UNICEF. Fondo de Naciones Unidas para la infancia (2010). Por los niños, niñas y adolescentes de Bolivia. Bolivia: UNICEF. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate. Recuperado de: https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_OPS_OMS_-_El_desarrollo_del_nino_en_la_primera_infancia_y_la_discapacidad_Un_documento_de_debate.pdf

LECCIONES APRENDIDAS EN EL PROYECTO DE COOPERACIÓN INTERUNIVERSITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO Y PSICOSOCIALES

Ivonne Ramírez, Sagrario Pérez de la Cruz,
Carolina Maldonado, Franz Choque, Eric Arce

Resumen

Para contribuir en la mejora del desarrollo de la gestión de los proyectos de Cooperación Internacional interuniversitaria, se presenta la experiencia a partir de un caso concreto como es el proyecto de "Detección y atención primaria al riesgo de trastornos del neurodesarrollo y psicosociales en menores de cinco años en los municipios de Chuquisaca y Santa Cruz en Bolivia", ejecutado en la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca, dirigido por la Universidad de Almería y financiado por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo de España. El objetivo fue analizar las variables involucradas en el cumplimiento de las actividades desde los componentes académico, científico, clínico asistencial y la gestión interinstitucional de la Universidad de San Francisco Xavier. La metodología se ha basado en el análisis documental generado por el proyecto desde 2017 a 2019 y de datos provenientes de entrevistas a 62 actores involucrados (directivos, docentes profesionales y centros beneficiarios). Los resultados muestran que el impacto del proyecto ha sido mayor en cuanto al conocimiento local y formación sobre los trastornos del neurodesarrollo. En cuanto a la generación de producción científica, se han iniciado propuestas de agrupaciones y tenido producciones de investigadores en la prevención de la discapacidad. Los resultados del componente asistencial han incidido sobre todo en el ámbito de la rehabilitación. Y en cuanto a la gestión institucional, queda mucho por aprender para lograr la auto sostenibilidad para que el fin aporte a las políticas públicas

de protección a la infancia Destacar que el vínculo coordinado con las instancias gubernamentales y municipales debe superar las territorialidades entre Universidad, Estado y Organizaciones locales. Las conclusiones señalan que quedan varios retos institucionales en cuanto a la gestión y administración universitaria para que los proyectos se consoliden en programa institucionales que aporten desde la formación e investigación a las políticas de ciencia y tecnología en pro del cuidado de la infancia. A futuro será importante incrementar el compromiso y empoderamiento institucional para que las instancias implicadas potencien las oportunidades que brinda la internacionalización.

Palabras Clave: Infancia, Políticas públicas, Investigación universitaria, Proyectos de cooperación.

Lessons learnt in the interuniversity cooperation Project for risk prevention of neurodevelopmental and psychosocial disorders

ABSTRACT

In order to contribute to the improvement of the management of inter-university international cooperation projects, this experience is presented based on a specific case, such as the project for the prevention of neurodevelopmental and psychosocial disorders in children under five years in the municipalities of Chuquisaca and Santa Cruz in Bolivia. This project was executed by the University of San Francisco Xavier de Chuquisaca, directed by the University of Almería and financed by the Andalusian Agency for International Development Cooperation

(Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo). The objective was to analyze the intervening variables in the objective achieving process through the academic, research and assistance components and the role of the interinstitutional management variables of the San Francisco Xavier University. The methodology was based in documentary analysis generated by the project from 2017 to 2019 and data derived from interviews to sixty two actors involved (directives, consultants and beneficiaries). The results show that the project's impact has been major in terms of local knowledge and formation about neurodevelopment disorders. As for the generation of research, disability prevention productions from researcher's groupings have been obtained. The results from the assistance component have had impact especially in the rehabilitation area. Regarding institutional management, it can be stated that much remains to be learned to achieve self-sustainability and for the aim to contribute to public policies for child protection. It is important to highlight the coordinated link between government and municipal instances, which must overcome the territorialities between University, State and Local organizations. Concerning the conclusions, it should be noted that there are still several institutional challenges at the level of university management and administration for the projects to be consolidated into solid institutional programs that contribute to science and technology policies for childcare. In the future, it will be important to increase institutional commitment and empowerment so that the instances involved enhance the opportunities offered by internationalization.

Key words: Childhood, Public policies, university research, cooperation projects.

Leçons tirées du projet de coopération interuniversitaire pour la prévention du risque des troubles du développement neurologique et psychosocial chez les enfants.

Résumé

Afin de contribuer à l'amélioration de la gestion des projets de coopération internationale interuniversitaires, cette expérience est présentée à partir d'un cas spécifique, tel que le projet de prévention du risque des troubles du développement neurologique et psychosocial chez les enfants de moins de cinq ans dans les municipalités de Chuquisaca et Santa Cruz en Bolivie. Ce projet fut exécuté à l'Université de San Francisco Xavier de Chuquisaca, dirigé par l'Université d'Almería et financé par l'Agence Andalous pour la Coopération Internationale vers le Développement (Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo), en Espagne. L'objectif était d'analyser les variables intervenant dans la réalisation des objectifs auprès des volets universitaire, de recherche et d'assistance, ainsi que le rôle des variables de gestion interinstitutionnelles de l'Université de San Francisco Xavier. La méthodologie est fondée sur l'analyse des documents générés par le projet de 2017 à 2019 et sur des données d'entretiens avec soixante-deux parties prenantes (responsables, consultants et bénéficiaires). Les résultats montrent que l'impact du projet a été plus important en termes de connaissances locales et de formation sur troubles du développement neurologique. En ce qui concerne la génération de recherche, il y a eu des productions de groupes de chercheurs dans la prévention du handicap. Les résultats de composant soins de santé ont eu un impact majeur sur le domaine de la réadaptation. Et en ce qui concerne la gestion institutionnelle, ils affirment qu'il reste beaucoup à apprendre pour parvenir à l'autosuffisance et que cette fin contribue aux politiques publiques de protection de l'enfant. Il faut insister sur le fait que le lien coordonné avec le gouvernement et les autorités municipales doit surmonter les territorialités entre l'université, l'État et les organisations locales. En ce qui concerne les conclusions, il convient de noter qu'il existe plusieurs problèmes institutionnels au niveau de la gestion

et de l'administration des universités, de sorte que les projets soient consolidés dans un programme institutionnel solide qui contribue aux politiques scientifiques et technologiques en matière de garde d'enfants. À l'avenir, il sera important d'accroître l'engagement et le renforcement des

capacités des institutions afin que les instances concernées potentialisent les opportunités offertes par l'internationalisation.

Mots-clés: Enfants, Politiques publiques, Recherche universitaire, Projets de coopération.

Introducción

Durante el desarrollo del niño en la primera infancia resulta vital promover las condiciones propicias para su capital cognitivo, social, emocional y físico, con la finalidad de alcanzar su máximo potencial durante el primer periodo de la infancia.

La primera infancia es el período que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años de edad (Estado de la Convención sobre los Derechos del Niño, 2010) y es el período más intenso de desarrollo cerebral de todo el ciclo de vida de ahí la importancia de hablar de atención ultratemprana que destacan varios autores (UNICEF, 2016 y Basso, 2016).

Bolivia tiene uno de los indicadores más altos de discapacidad en América Latina (UNICEF, 2010) debido a que existen una serie de condiciones que van más allá de la imposibilidad de una persona para detentar una economía autosostenible, salud y educación que le permitan satisfacer sus necesidades de vida. Las categorías de poder producen dependencia, discriminación y exclusión de base patriarcal, étnica, de género y generacional, entre otros, ocasionando desigualdad de oportunidades para el desarrollo.

En 2005 Bolivia participó en el programa de prevención y atención a niños recién nacidos de alto riesgo psiconeurosensorial (NAR, 2005) con el fin de desarrollar acciones conjuntas orientadas a la prevención secundaria (Grupo de Atención Temprana, 2000). Dado que el equipo de salud en el país no posee conocimientos suficientes para detectar riesgo psiconeurosensorial (Ramírez, 2016a), es necesario fortalecer los procesos formativos en el personal de los centros de la Atención Primaria como instancias que tienen a su cargo el cuidado, el apoyo y el seguimiento de la población infantil.

Los datos del censo del INE (2012) indican que las poblaciones de la Provincia y Municipio de Azurduy, Padilla, Sopachuy, Alcalá y Serrano presentaban cifras de prevalencia en discapacidad física de 4.228 personas afectadas, 2.105 tienen discapacidad mental - psíquica y 8.260 con discapacidad sensorial haciendo un total de 23.361 personas con discapacidad en esos municipios, lo que indica que presentan los indicadores más altos de discapacidad del departamento y del país. En cuanto a los datos sobre el riesgo psiconeurosensorial en menores de cinco años no se tienen cifras en el municipio de Sucre o municipios del

Departamento de Chuquisaca de manera que las acciones en los Centros de Atención Primaria no son preventivas como establece la ley 465 de las prestaciones de Servicios de Salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia.

UN estudio realizado en coordinación con la Fundación Tréveris reportaba que Chuquisaca tiene un 0,25% de población con discapacidad, que significa que es superior respecto a la media nacional. De 576.153 habitantes Chuquisaca, 14.593 padecen algún tipo de discapacidad, lo que equivale al 4.1 %. Este porcentaje incluye, en orden, la discapacidad sensorial (56,6%), la discapacidad física y motora (29%) y la discapacidad mental y psíquica (14,4%) (Ramírez, Maldonado, Villacorta, Barrón, Luna, Taboada, Paz, Tórrez, Luna, & Arteaga, 2016b) y en Ramírez, Pérez de la Cruz, Maldonado y Villacorta, (2018). Otros estudios del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Programa de Desarrollo infantil temprano (2013) indican la presencia de rezago psicomotriz, retraso en el lenguaje, la motricidad y la capacidad de razonamiento en los primeros años de vida.

En respuesta a estos y otros estudios realizados en Bolivia (Ramírez, 2010, 2015, 2016) la Facultad de Ciencias y Tecnologías de la Salud ha llevado adelante proyectos de investigación local como el año 2005 en la comunidad de San José de Molles financiado por los recursos IDH de la Universidad de San Francisco Xavier con el objetivo de empoderar a la madres con el conocimiento sobre la importancia de la estimulación al neurodesarrollo reportado en la revista de la Dirección de Ciencia y Tecnología de la USFXCH. (Ramírez, 2007). En respuesta a ello, en 2008, se iniciaron programas de formación de Posgrado en Neurodesarrollo capacitando al recurso docente de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia y profesionales del país.

Tomando en cuenta que la Facultad de Ciencias y Tecnologías de la Salud ha tenido en su desarrollo histórico cinco proyectos de investigación con cooperación internacional, hacemos un breve paréntesis para mencionar la experiencia facultativa en la internacionalización que inician en 2011 con la ejecución de dos proyectos sobre el uso de alcohol y drogas en la macroregión andina y el portal en línea sobre la prevención y protección de la salud "Pregúntale a Irene" ambos proyectos coordinados por la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.

Entre 2012 a 2014 junto a la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca la Facultad participó en la planificación del proyecto "Modelo integral de atención al espectro autista (TEA) aumentando el conocimiento y manejo de estos trastornos del neurodesarrollo. En 2015 se trabajó con la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza en "Estilos y enfoques de aprendizaje en estudiantes de salud" (Ramírez, 2015).

Como se refirió brevemente constan en la memoria facultativa varios proyectos desarrollados pero ninguno logró la autosostenibilidad o la constitución como programas universitarios que retroalimenten el proceso de enseñanza aprendizaje o de investigación científica.

Es por ello que en este artículo nos interesa analizar las potencialidades y debilidades del

“Proyecto de detección y atención primaria al riesgo de trastornos del neurodesarrollo y psicosociales en menores de cinco años en los municipios de Chuquisaca y Santa Cruz en Bolivia” y reflexionar sobre los aspectos que conducirían a la mejora de la gestión de los proyectos de cooperación internacional interuniversitaria que lleva adelante la Facultad de Ciencias y Tecnologías de la Salud de San Francisco Xavier de Chuquisaca y asimismo conocer el impacto para la comunidad educativa de la y las instancias externas participantes durante las gestiones 2017a 2019.

El Proyecto de detección y atención primaria al riesgo de trastornos del neurodesarrollo y psicosociales en menores de cinco años en los municipios de Chuquisaca y Santa Cruz en Bolivia

En atención a la problemática de la discapacidad infantil reportada por informes y publicaciones mencionadas anteriormente, en la gestión 2016 la Universidad de Almería- España y la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFXCH) postularon a una convocatoria de financiación emitida por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID) con el proyecto “Detección y atención primaria al riesgo de alteraciones del neurodesarrollo y psicosocial en menores de cinco años”.

El 2017 una vez aprobado el proyecto, se define entre los objetivos centrales para la USFXCH, incrementar la formación de docentes, investigadores, estudiantes y otros actores de la comunidad en su conjunto para desarrollar un modelo de detección y atención a los trastornos del neurodesarrollo y junto a la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de Almería, se ejecutó el proyecto en los municipios de Chuquisaca, los municipios de las ciudades de Sucre y Santa Cruz en Bolivia, desde el espacio operativo ubicado en las instalaciones del Gabinete de Neurodesarrollo de la Facultad de Ciencias y Tecnologías de la salud de la USFXCH.

El objetivo general del proyecto fue desarrollar modelo de detección y atención al riesgo de trastornos del neurodesarrollo y psicosociales, basado en el fortalecimiento de la docencia y la investigación orientada a fortalecer la atención primaria al infante, la familia y la comunidad.

Los objetivos específicos:

- Incrementar el conocimiento y sensibilización
- Conformar grupos piloto para elaboración de protocolos de actuación y tratamiento integral
- Capacitar a los profesionales en detección y atención del riesgo
- Generar recursos y materiales de evaluación adaptados a la realidad
- Conformar redes de apoyo para padres y hermanos
- Socializar el proyecto en España, Argentina y Bolivia.

Se atendieron un total de 601 niños, iniciando con entrevistas y posterior valoración y asistidos terapéuticamente. Se constató la necesidad creciente en la población de servicios que favorezcan atención a poblaciones infantiles en distintas instituciones externas al proyecto como las Salas de Rezago del Programa de Detección e Intervención Temprana (DIT) del Sistema Nacional de Salud, el Instituto Psicopedagógico Ciudad Joven San Juan de Dios, el Programa de Salud Mental "TAYPI", centros de educación inicial privados y públicos, consultorios pediátricos y fonoaudiológicos entre otros.

Los niños beneficiarios fueron atendidos en diferentes instituciones como el gabinete de neurodesarrollo del Proyecto, los Hogares Tata San Juan de Dios y Hogar Poconas, área de pediatría y neonatología del Hospital Universitario en la ciudad de Sucre y a nivel de municipios los centros de atención primaria de Alcalá, Sopachuy, Azurduy, Serrano y Padilla del departamento de Chuquisaca.

Metodología

El estudio es de tipo cualitativo, se ha basado en una primera fase en el análisis documental e informes trimestrales y un informe final del proyecto de las gestiones 2017 a 2018, información que ha permitido el estudio de cuatro categorías: formación, asistencia-clínica e investigación y gestión.

Por otra parte, el trabajo de campo consistió en la aplicación de una entrevista por cinco preguntas abiertas sobre las categorías previamente definidas a 3 autoridades (decano facultativo, director de carrera y directora de interacción social de la kinesiología y fisioterapia de la USFXCH) y 5 docentes participantes en el proyecto en las gestiones 2017 y 2018 de las carreras de kinesiología y fisioterapia enfermería, medicina y psicología.

Posteriormente, se recogieron los datos de una segunda muestra de 12 profesionales y funcionarios de los centros beneficiarios del proyecto a quienes se les aplicó una entrevista con 5 preguntas abiertas referidas a la asistencia, la formación, ventajas y desventajas e impacto del proyecto.

Finalmente se encuestó a 42 estudiantes, participantes regulares en las actividades del proyecto (ciclos de formación, actividades asistencial-clínicas e investigación) mediante un cuestionario en línea con cinco preguntas abiertas sobre su percepción de la formación, ventajas y desventajas y el impacto en su formación profesional y luego fue validado mediante tres grupos focales que han confirmado la consistencia de las respuestas constituidos por 5 a 7 integrantes que han dado su conformidad con los resultados que se exponen en cada uno de los puntos que componen este artículo.

Los datos cuantitativos fueron presentados en tablas y gráficos descriptivos generados por el programa SPSS v. 23 y los datos cualitativos han sido analizados mediante frecuencia y saturación de las categorías de análisis sobre asistencia - clínica, investigación, gestión institucional y formación, generando con el recojo de los datos subcategorías cualitativas generadas a priori y a posteriori que se analizan en los resultados que han sido analizados mediante el programa NVIVO. v. 10

Resultados

La revisión documental realizada ha sido analizada según las cuatro categorías principales: formación, asistencia – clínica, investigación y gestión administrativa y se presentan a continuación.

Categoría: FORMACIÓN : *Objetivo 1: Conocimiento y Sensibilización*

Incrementar el conocimiento y sensibilización de la sociedad boliviana y en especial de los profesionales dedicados a la infancia sobre los trastornos del desarrollo y las dificultades en la motricidad, comunicación y la interacción social.

Los cursos de formación de corta duración (2 a 3 sesiones) fueron los siguientes:

Se han encontrado medios de verificación: Realización de exposiciones itinerantes en ambientes de la Universidad, puestos de centros de salud y consultorios de hospitales universitarios del Departamento de Chuquisaca Distritos 1, 2,3 de la ciudad de Sucre y Villa Primero de Mayo de Santa Cruz de la Sierra

Se ha sensibilizado y socializado el proyecto en el hospital universitario a 81 padres de familia del mes de junio a noviembre de 2017

Se ha realizado una campaña de sensibilización y una exposición mediante e paneles visuales que explican de forma sencilla el desarrollo normal del niño, las características y los recursos disponibles.

Objetivo 2. Capacitar a los profesionales en detección y atención del riesgo

Se han desarrollado cursos teórico-prácticos sobre el Riesgo psiconeurosensorial dirigidos a médicos, fisioterapeutas, enfermeras, psicólogos, pedagogos y maestros de aula de nivel primario.

Se ha conformado un equipo interdisciplinario con actores de organización e instituciones universitarias, municipales, sanitarias y de las agrupaciones sociales donde participaron organizados en el evento de los ciclos de formación continua internacional.

Se tienen registradas listas de participantes y cronograma de los ciclos de formación continua 2018 y 2019 que se presentan a continuación:

139 personas entre profesionales, padres de familia y estudiantes conocen el neuro desarrollo del niño gracias a las capacitaciones teórico prácticas realizadas en los Municipios de: Azurduy, Alcalá, Sopachuy, Serrano, Padilla durante los meses de abril a noviembre.

48 Profesionales y estudiantes de la carrera de Educación Inicial de la Universidad Pedagógica de conocen finalidad del proyecto y se sensibilizan en la importancia de la detección primaria al riesgo de alteraciones del neurodesarrollo y psicosociales. Cuentan con preparación práctica para realizar detección temprana de riesgos del neurodesarrollo

44 Profesionales y estudiantes de la Carrera de Enfermería de la USFXCH conocen la finalidad del proyecto y se sensibilizan en la importancia de la detección primaria al riesgo de alteraciones del neurodesarrollo y psicosociales y son formados en el manejo de escalas de detección temprana de riesgos del neurodesarrollo.

153 Profesionales y educadoras del PAN (Programa de Intervención Temprana) a cargo del SEDEGES conocen finalidad del proyecto y se sensibilizan en la importancia de la detección primaria al riesgo de alteraciones del neurodesarrollo y psicosociales

20 educadoras del Centro de acogida Poconas

100 maestros, terapeutas, profesionales y jóvenes se capacitan ante el impacto de los riesgos psicosociales en el desarrollo infantil y conocen la intervención que realiza el proyecto en el Evento Salud Mental.

En cuanto a la formación continua internacional de larga duración (8 a 10 meses):

El proyecto además de brindar atención temprana al riesgo de alteraciones del neurodesarrollo a los niños beneficiarios, también ha favorecido procesos de formación académica continua a 760 profesionales, estudiantes de las Carreras de Educación inicial de la Universidad Pedagógica, de la Carrera de

Enfermería Kinesología y Fisioterapia, Médicos SAFCI, Padres de Familia del CAF, Profesionales terapeutas y jóvenes asistentes al Evento de Salud Mental y personal de apoyo en el cuidado del desarrollo infantil tanto de la ciudad de Sucre como de los municipios de Alcalá, Sopachuy, Azurduy, Padilla y Serrano, siendo prioritaria la población estudiantil de la facultad de Ciencias y Tecnologías de la Salud con un contenido temático completo entorno a la detección, atención, manejo de escalas e instrumentos y terapias del neurodesarrollo (Tablas 1 y 2)

La formación se han desarrollado durante las gestiones 2017 y 2018 un total de 35 sesiones, donde 25 forman parte del primer ciclo con mayor componente teórico y 10 en el segundo ciclo, en este se incorporó el componente práctico, en respuesta a las evaluaciones de 2017 donde los asistentes manifestaron incorporar estudios de caso, intervención familiar y práctica en métodos y técnicas de tratamiento en los diferentes tipos de alteraciones del neurodesarrollo. (Ramírez, Pérez de la Cruz, Maldonado, 2019)

Tabla 1. Temáticas y expositores: formación continua. Gestión 2017

N°	Tema	Expositor	Fecha
Ciclo 1	Neurodesarrollo e introducción a la Terapia Vojta	Dra. Sagrario Pérez de la Cruz (Universidad de Almería)	04-04-2017
Ciclo 2	Detección y atención del riesgo psico-neurosensorial	Dra. Ivonne Ramírez (US-FXCH)	15-05-2017
Ciclo 3	Manejo de la cavidad orofacial	MsC. Janeth Serrano (US-FXCH)	22-05-2017
Ciclo 4	Introducción al concepto Castillo Morales	MsC. María Rojo (USFXCH)	31-05-2017
Ciclo 5	Manejo de Escalas de valoración psicomotora - Prueba nacional de pesquisa	MsC.Carolina Maldonado (USFXCH)	07-06-2017
Ciclo 6	Introducción a la detección de Trastornos del Espectro Autista	MsC.Carolina Maldonado (USFXCH)	14-06-2017
Ciclo 7	Neurociencia y Discapacidad	(Dr. José Ramón Alonso Peña- Universidad de Salamanca)	20-06-2017
Ciclo 8	Salud Mental Infantil – Guía del Neurodesarrollo del Dr. Muñoz	Lic. Iveth Valda (TAYPI)	28-06-2017
Ciclo 9	Neurociencia y Desarrollo Cognitivo infantil I parte	Dr. Roberto Flores Torrejón (U. Andina Simón Bolívar)	03-07-2017
Ciclo 10	Neurociencia y Desarrollo Cognitivo infantil II parte	Dr. Roberto Flores Torrejón – Universidad Andina Simón Bolívar)	26-07-2017
Ciclo 11	Abordaje de la Discapacidad Auditiva desde el Lenguaje de Señas Boliviano	Lic. Max Bejarano (Fe y Alegría)	02-08-2017

183

Tabla 2. Temáticas y expositores: formación continua. Gestión 2018

N°	TEMA	EXPOSITOR	FECHA
Ciclo 1	Evidencia científica en atención al neurodesarrollo. Terapia Vojta	Dra. Sagrario Pérez de la Cruz (Universidad de Almería)	19-02-2018
Ciclo 2	Malformaciones del Sistema Nervioso Central	Dr. Germain Ramírez Muñoz (UNAM_CNSS)	07-03-2018
Ciclo 3	Trastornos del Neurodesarrollo	MsC. Carolina Maldonado (US-FXCH)	08-03-2018
Ciclo 4	Círculo de Seguridad y Apego Rol de la Familia en las Políticas Públicas de Salud y Educación	MsC, Mette Håland (Holanda) MsC. Carolina Maldonado (US-FXCH)	05-04-2018
Ciclo 5	Parálisis Cerebral Infantil. Manejo de escalas en neurodesarrollo: PRUNAPE	Dra. Ivonne Ramírez (USFX) MsC. Carolina Maldonado (USFXCH)	25, 26 – 04-2018
Ciclo 6	Desarrollo emocional en la infancia desde las neurociencias afectivas	Mg. Elías Alaka (Universidad del Franco Condado)	28 – 05-2018
Ciclo 7	Estados de Situación en TEA Estrategias de Diagnóstico e Intervención en TEA	Dra. Ekaine Rodríguez (Universidad de Salamanca)	20, 25 – 06-2018
Ciclo 8	Taller de manejo de datos cualitativos Programa NVIVO	Dra. Andrea Gutiérrez García (Universidad Pontificia de Salamanca)	19 – 09-2018
Ciclo 9	Cuidado e Higiene Cavity Orofacial	Dra. Susan Torrez (USFX)	25 – 10-2018
Ciclo 10	Formación tutorial	Dra. Ivonne Ramírez (USFX) MsC. Carolina Maldonado (USFX)	5 – 11 -2018

Los resultados del ciclo 2017 han sido documentados en Ramírez, Pérez de la Cruz y Maldonado (20019) que en sus conclusiones refiere que programa de ciclos de formación continua tuvo un impacto favorable en cuanto a la actualidad, la practicidad y la revisión de estudios de caso como puntos fuertes en la mejora de los niveles de atención primaria en salud en menores en situación de riesgo.

Objetivo 3: Identificación de grupos Piloto para elaboración de protocolos de actuación y tratamiento integral

Se han planteado en este objetivo actividades como elaborar protocolos de detección y modelo de atención, del riesgo y finalmente generación de recursos y materiales de evaluación adaptados a la realidad. En los documentos revisados se han reportado los siguientes productos:

Se cuenta con grupos piloto conformados en equipos interdisciplinarios para elaboración de protocolos de detección y un modelo de atención al riesgo de trastornos del neurodesarrollo adaptado para puestos, centros y consultorios

de atención primaria y el programa de atención temprana del sistema de salud difundidos en distintos eventos donde el proyecto ha participado.

Objetivo 4. Generar recursos y materiales de evaluación adaptados a la realidad

En cuanto a la evaluación a población beneficiaria se dispone de instrumentos consensuados y una batería que está conformada por un protocolo de riesgo psiconeurosensorial validado por 21 profesionales del medio y los centros beneficiarios. Ramírez, I. Pérez de la Cruz, S. Maldonado, C. Villacorta, R. (2017) así como 2 manuales para padres y profesionales para el seguimiento a niños de 0 a 12 años de edad.

Se ha definido un modelo de detección y atención al riesgo de trastornos del neurodesarrollo que establece los siguientes pasos:

1. Protocolo de valoración

- Aplicación de una entrevista pautada
- Prueba nacional de pesquisa (PRUNAPE de Lejárraga, et,al, 2008)
- Ficha de riesgo psiconeurosensorial
- Cuadro de reacciones de enderezamiento y control postural de Vojta (2011)
- Escala de Gross Motor (*Palisno, Rosenbaum, Bartlett, Livingston.* (2008)
- Batería orofacial
- Inventario HOME para evaluar calidad del ambiente del hogar en caminadores y escolares (Cladwell y Bradley, 2005)
- Escala indicadores de apego *Madre - Bebé* en los menores ADS (Campbell, 2004)
- Historia Sensorial

2. Protocolo de actuación basado en las terapias Vojta, Intervención psicomotriz y terapia Castillo Morales

3. Protocolo de trabajo para habilidades sociales con acompañamiento y apoyo familiar.

Este modelo ha sido socializado en cada uno de los centros de convenio interinstitucional como el caso de Fundación Treveris, Hogar Tata Juan de Dios, Hospital Universitario, Gabinete de Neurodesarrollo de la USFXCH y Hogar Poconas durante las gestiones 2017 y sólo con éstos dos últimos hasta las gestiones 2018 a 2019 profundizando en la formación y aplicación del modelo en profesionales de centros beneficiarios, profesionales independientes, docentes , internos, estudiantes y padres de familia.

Categoría: CLÍNICA (Detección y terapia)

Objetivo 5. Conformar redes de apoyo para padres y hermanos

20 padres de familias del Centro de Atención Familiar han participado de la sensibilización sobre los riesgos psicosociales en el desarrollo infantil y conocen la intervención que realiza el proyecto.

En este objetivo es importante reportar estudios que se han realizado con el grupo, de los cuales se documentan baja participación en las actividades fuera de las terapias, persistiendo la mirada biomédica de la discapacidad. (véase más información en el artículo “La carnetización del cuerpo de la discapacidad” de este libro)

Los resultados sobre la detección y asistencia clínica en centros beneficiarios indican que se ha evaluado el nivel de desarrollo en 162 menores de los municipios de Alcala, Sopachuy, Azurduy, Padilla, Serrano. En la ciudad de Sucre se ha evaluado a 264 niños del Hospital Universitario USFX, a 42 niños menores del Hogar “Tata Juan de Dios”, a 52 niños en Hogar “Poconas” y a 81 niños en el Gabinete de Neurodesarrollo del Proyecto.

El **modelo de detección y atención al riesgo de trastornos del neurodesarrollo** tuvo por objetivo proteger y promocionar el desarrollo saludable del niño en el marco de las políticas actuales del sistema boliviano de salud, desarrollando un modelo de ciclo de formación continua internacional impartido a más de 400 profesionales, estudiantes de las carreras implicadas y padres para fortalecer la atención primaria al infante involucrando a las familias y la comunidad.

Las estrategias de valoración permitieron identificar primeros indicadores de retraso en más del 50% de los niños evaluados evidenciando principalmente retraso en el área motora y del lenguaje y desarrollo anormal durante el control del niño; se desarrollaron protocolos de pesquisa y aplicación de un **modelo de detección y atención al riesgo de trastornos del neurodesarrollo** del niño con la participación de la familia y la comunidad especialmente aplicado a niños de los centros beneficiarios y niños que asistieron a terapias en el gabinete del proyecto evidenciando posteriormente con la aplicación de retest al finalizar la gestión grandes mejoras, reduciendo los riesgos de retraso a un porcentaje menor al 30% en los casos de centros de acogida y menor al 15 % en los niños atendidos en gabinete del proyecto, a fin de que los índices de discapacidad disminuyan en el país.

Las tablas de la 3 la 10 reportan los informes institucionales que el proyecto ha entregado a cada centro beneficiario.

Tabla 3. Resultados del riesgo psicomotor en niños menores de 5 años gestión 2017 *Gabinete de neurodesarrollo del Proyecto			
Personal social	Motor fino	Lenguaje	Motor Grueso
24%	25%	34%	29%

La tabla 3 muestra el porcentaje de retraso psicomotor que se distingue por áreas . En el caso del área personal social 24%, el área motor fino 25%, motor grueso 29% y se destaca el área de lenguaje donde el 34% de los niños que presentan rezago durante la gestión 2017.

En este proceso evaluativo y de posterior intervención clínica se ha observado baja implicancia de los padres de familia con el abordaje temprano, por ello es necesario prestar mayor atención a la problemática iniciando por informar los hitos esperables del desarrollo, la importancia de la pesquisa en la detección temprana de los signos de alerta que promuevan una intervención adecuada y la toma de decisiones por parte de los padres.

Tabla 4: Resultados evaluación del desarrollo psicomotor niños de 0 a 5 años * Municipios Azurduy, Padilla, Sopachuy, Alcalá y Serrano – Chuquisaca			
Personal social	Motor fino	Lenguaje	Motor Grueso
15%	19%	28%	18%

La tabla 4, muestra que el mayor nivel de riesgo, retraso y rezago se presenta en los municipios de Azurduy, Padilla, Sopachuy, Alcalá y Serrano. En el área del lenguaje el rezago es de un 28%, en la motricidad fina con 19%, en la motricidad gruesa el 18% y en el área personal social en un 15% existe riesgo en el desarrollo. Se destaca el área del lenguaje que se encuentra íntimamente relacionado con los adecuados procesos cognitivos superiores posteriores que promueven procesos de enseñanza aprendizaje positivos.

En respuesta a los resultados el proyecto ha impartido información y formación a las familias, comunidad y servicios de salud y educación en los municipios sobre los indicadores tempranos de alerta e intervención en estimulación del neurodesarrollo. Los resultados fueron favorables por intermediación de Tréveris, la Universidad pedagógica, Carreras de psicología, enfermería de USFXCH, Universidad del Valle, Programa de Atención a la Niñez PAN dependiente del SEDEGES, Unidad de Pediatría del hospital UNI y centros de salud de los municipios entre otros.

Tabla 5: Resultados evaluación del desarrollo psicomotor niños de 0 a 5 años * Hospital Universitario			
Personal social	Motor fino	Lenguaje	Motor Grueso
13%	3%	14%	16%

La tabla 5, muestra que el riesgo del desarrollo psicomotor se concentra en el área de la motricidad gruesa con un 16%, seguida de riesgo en el desarrollo de la motricidad fina con 14% y el desarrollo personal social con 13 % de riesgo.

Las acciones que se asumieron frente a estos resultados fueron sesiones personalizadas de sensibilización a los padres de familia mientras esperaban ser atendidos en las consultas pediátricas de este hospital, ya que la sensibilización es fundamental en el abordaje temprano de estos signos de riesgo. Los resultados posteriores mostraron mayor conocimiento y consciencia social en los padres sobre la atención ultra temprana como favorecedora de una mejor calidad de vida en las familias a través del conocimiento de señales de alarma que dan paso a una intervención oportuna, eficiente y con mayores probabilidades de cambio positivo en el desarrollo del niño.

Tabla 6. Resultados del Riesgo psicomotor detectado antes de la aplicación del modelo de detección y atención al riesgo del neurodesarrollo *Niños institucionalizados menores de 5 años gestión 2017

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal	8	12,9	12,9	6,2
	Riesgo	54	87,1	87,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

En la tabla 6, se puede evidenciar que de un total de 62 niños institucionalizados únicamente el 12,9% presentaba habilidades esperables para su edad cronológica, esto es un desarrollo adecuado o dentro del parámetro de normalidad. Sin embargo, el 87,1% de niños se encontraba en riesgo, esto debido a que no alcanzó los hitos esperables del desarrollo para su edad cronológica.

Tabla 7. Resultados del Riesgo psicomotor detectado después de la aplicación del modelo de detección y atención al riesgo de trastornos del neurodesarrollo *Niños institucionalizados menores de 5 años gestión 2017

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal	27	43,6	43,5	43,5
	Riesgo	35	56,4	40,3	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Luego de seis meses de aplicación del modelo de atención, el 43,5% de los niños que recibieron la atención con el modelo presentaron un desarrollo normal, esto es, las habilidades esperables para la etapa de desarrollo en la cual se encuentran; por otra parte, el 56,4% de los niños presentaban indicadores

de riesgo del desarrollo, es decir, no alcanzaron a desarrollar las habilidades esperables para la etapa de desarrollo.

Tabla 8. Resultados del Riesgo psicomotor detectado antes de la aplicación del modelo de detección y atención al riesgo del neurodesarrollo *Niños institucionalizados menores de 5 años gestión 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal	14	19,4	19,4	19,4
	Riesgo	58	80,6	80,6	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

Los resultados que refleja la tabla 8, evidencian que de 72 niños detectados a inicios de la gestión 2018, el 19,4% de los niños presentaba un desarrollo normal, realizando un comparativo con la detección de la gestión 2017, se incrementó el porcentaje de niños con un desarrollo normal, sin embargo, no fue alto. Por otra parte, el riesgo detectado fue en el 80,6% de los niños valorados con el protocolo de detección.

Tabla 9. Resultados del Riesgo psicomotor detectado después de la aplicación del modelo de detección y atención al riesgo de trastornos del neurodesarrollo *Niños institucionalizados menores de 5 años gestión 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal	53	73,6	73,6	73,6
	Riesgo	19	26,4	26,4	100,0
	Total	72	100,0	100,0	

Una vez finalizada la aplicación del **modelo de detección y atención al riesgo de trastornos del neurodesarrollo** en estos niños se observa que el 73,6% de los niños presentaba las habilidades esperables para la etapa de desarrollo en la cual se encontraban. Realizando un comparativo de porcentajes con la gestión 2017, se puede evidenciar que el porcentaje de niños que tiene habilidades esperables para su edad cronológica, demostrando que el modelo planteado por el proyecto de detección y atención al riesgo del neurodesarrollo tuvo un impacto favorable en este grupo.

Tabla 10. Resultados del Riesgo psicomotor detectado antes de la aplicación del modelo de detección y atención al riesgo del neurodesarrollo *Niños institucionalizados menores de 5 años gestión 2019

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal	25	65,8	65,8	65,8
	Riesgo	13	34,2	34,2	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

La tabla 10, muestra como durante la gestión 2019 se ha evaluado la detección del riesgo de desarrollo en los niños institucionalizados y muestra que más de la mitad de los niños detectados tienen un desarrollo normal, el 65,8% de los niños está dentro del promedio de normalidad en hitos del neurodesarrollo, y sólo el 34,2% de los niños presenta riesgo de alteración en el neurodesarrollo.

Esto quiere decir que el **modelo de detección y atención al riesgo de trastornos del neurodesarrollo** basado en el juego puede impactar favorablemente en la arquitectura cerebral de los niños gracias al aprovechamiento de los periodos sensibles del desarrollo cerebral.

Categoría: INVESTIGACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Objetivo 6: Socializar el proyecto en España, Argentina y Bolivia

La valoración de los resultados de participaciones en eventos científicos nacionales e internacionales, ha generado publicaciones escritas que se detallan a continuación:

Tabla 12. Publicaciones

Tipo de documento y Título	Datos de registro y consulta
Artículo internacional: Formación continua transdisciplinaria para la detección y atención al riesgo de trastornos del neurodesarrollo en menores de cinco años	Journal for Educators, Teachers and Trainers JETT, Vol. 10 (2), 22-33. España
Libro Infancias, Cuerpos, discapacidad y violencias (2019)	ISBN 978-99974-50-85-2 Bolivia. Rayo del Sur.
Libro. Infancias, miradas e intervenciones (2017)	ISBN 978-99974-50-84-5 Bolivia. Rayo del Sur.
Manual de estimulación para padres (2017)	Bolivia. Rayo del Sur.
Manual de estimulación del neurodesarrollo para profesionales (2017)	Bolivia. Rayo del Sur.

Capítulo de libro : Q'epiris del conocimiento. Reflexiones universitarias en el arte de educar. Universitarios de San Francisco Xavier de Chuquisaca ante a la discapacidad: un desafío para un nuevo modelo de salud	https://tecnologicasalud.usfx.bo/cisid/investigacion/
Revista Expresión Primero los niños: Proyecto de detección y atención temprana al riesgo del neurodesarrollo y psicosocial del menor de cinco años Abr 3, 2017 Abril-2017, Gestión	http://revistaexpresion.usfx.bo/2017/04/03/primero-los-ninos-proyecto-de-deteccion-y-atencion-temprana-al-riesgo-del-neurodesarrollo-y-psicosocial-del-menor-de-cinco-anos/
PIEB Proyecto de detección y atención temprana al riesgo del neurodesarrollo y psicosocial en menores de 5 años	http://www.pieb.com.bo/UserFiles/File/PDFs/Art%EDculo%20Resultados.pdf
Organización de Estados Iberoamericanos: La interdisciplinariedad: pensando en los niños de año 2050	https://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?La-interdisciplinariedad-pensando-en-los-ninos-de-ano-2050
Organización de Estados Iberoamericanos: Beneficios Vs. maleficios educativos en niños y adolescentes carnetizados por el Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad	https://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?Beneficios-Vs-maleficios-educativos-en-ninos-y-adolescentes-carnetizados-por-el
Organización de Estados Iberoamericanos: Actitudes y aulas inertes: ¿se puede pensar en una infancia sin discapacidad?	https://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?Actitudes-y-aulas-inertes-se-puede-pensar-en-una-infancia-sin-discapacidad
Organización de Estados Iberoamericanos: Clubes de ciencia en neurodesarrollo infantil: Diálogo entre Universidad y Sociedad	http://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?Club-de-ciencia-en-neurodesarrollo-infantil-Di%C3%A1logo-entre-Universidad-y
Revista Expresión: PRIMERO LOS NIÑOS Jul 21, 2017 Jul-2017, Gestión	http://revistaexpresion.usfx.bo/2017/07/21/primero-los-ninos-proyecto-de-deteccion-y-atencion-temprana-al-riesgo-del-neurodesarrollo-y-psicosocial-del-menor-de-cinco-anos-2/
Periódico Digital: San Francisco Xavier: Alcance del proceso de Formación Continua	https://www.facebook.com/publicacionesusfx/posts/786179334894341
Diario correo del sur : A cuidar a las wawas 22 de febrero	Disponible en http://correodelsur.com/opinion/20170222_a-cuidar-a-las-wawas.html
Diario correo del sur : Primero los niños: Atención temprana de alteraciones del neurodesarrollo 15 de marzo de 2017	http://correodelsur.com/opinion/20170315_primero-los-ninos-atencion-temprana-de-alteraciones-del-neurodesarrollo.html

Diario correo del sur : Los 3000 días clave 16 de julio 2017	http://correodelsur.com/ecos/20170716_los-3000-dias-clave.html
Diario correo del sur: Reflexiones sobre la discapacidad: Desafíos en la educación en la salud biopsicosocial del niño 8 de noviembre 2017	http://correodelsur.com/opinion/20171108_reflexiones-sobre-la-discapacidad-de-safios-en-la-educacion-en-la-salud-biopsicosocial-del-nino.html
Diario correo del sur : Clubes de ciencia en neurodesarrollo infantil: Diálogo entre Universidad y Sociedad 22 de septiembre de 2017	http://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?Clubes-de-ciencia-en-neurodesarrollo-infantil-Diologo-entre-Universidad-y
Gabinete de comunicación de la universidad de Almería: Socialización del proyecto y presentación del libro en U ALMERIA 22 de noviembre de 2017	https://news.ual.es/cultura/la-ual-participa-libro-recoge-las-acciones-proyecto-internacional-atencion-menores-bolivia/
Sala de prensa universidad de salamanca España: Socialización del proyecto y presentación del libro en U Salamanca 24 noviembre de 2017	http://saladeprensa.usal.es/node/110749
Organización iberoamericana de ciencia: Clubes de ciencia en neurodesarrollo infantil. Diálogo entre Universidad y	http://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?Clubes-de-ciencia-en-neurodesarrollo-infantil-Diologo-entre-Universidad-y

Se ha socializado y sensibilizado sobre la importancia de la prevención del riesgo de alteraciones del neurodesarrollo a 139 personas entre profesionales, padres de familia y estudiantes de los Municipios de: Azurduy, Alcalá, Sopachuy, Serrano, Padilla.

Los profesionales, investigadores, docentes han participado en la detección y atención de los niños beneficiarios del proyecto y presentado los resultados en el 6to Encuentro Nacional Mujeres en Ciencia OBMC

Intervenciones en medios de comunicación tradicional y TIC.

Se ha tenido participaciones del proyecto en un espacio televisivo semanal mediante el Programa “Mi Salud” en Televisión Universitaria. y radio de la USFX.

Se realizaron entrevistas permanentes en cadenas de radio, programas matinales, reportajes periodísticos, cobertura televisiva de actividades del proyecto tanto en municipios como en la ciudad.

En cuanto a participaciones en eventos científicos en Bolivia:

- Conferencia en el IX Congreso de la Asociación de Estudios Bolivianos sobre Violencia sexual en población infantil en riesgo socio ambiental. Sucre, 2017

- Participación en el lanzamiento del informe Lancet – UNICEF Riesgo psicosocial UNICEF, Sucre, 2017
- Participación en las II Jornadas de Investigación en Psicología con la siguiente ponencia: Psicoterapia infantil con enfoque en apego: Estudios de Caso. Sucre, 2017
- Exposición en el VI Encuentro Nacional de la Organización Boliviana de Mujeres en Ciencia, con ponencias sobre: Indicadores de apego en niños menores de 2 años acogidos en Casa Cunas de Sucre, Medición de la calidad del ambiente con el IT HOME en Casa Cunas de Sucre y Cuando lo inesperado rompe la cuna simbólica Sucre, 2017
- Exposición en el VII Encuentro Nacional de la Organización Boliviana de Mujeres en Ciencia con la ponencia sobre Desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años acogidos en hogar Poconas, Riesgo psicomotor en niños menores de 5 años acogidos en Hogar Tata Juan de Dios. Sucre, 2018.
- Coloquios de socialización de los resultados del proyecto a toda la población universitaria a fines de cada gestión: noviembre de 2017 y diciembre de 2018 con participación de las facultades de salud y educación implicadas.

Sobre los resultados de socialización fuera de Bolivia, se ha tenido participación con ponencias sobre avances y diferentes temáticas del proyecto:

- Ponencia influencia de experiencias vivenciales de divulgación científica en las actitudes frente a la ciencia en el III Foro Iberoamericano de divulgación y cultura científica OEI- Córdoba, España 2017
- Presentación del protocolo y el libro infancias, miradas e intervenciones en la Universidad de Salamanca, España. 2017
- Socialización de resultados en la Carrera de Kinesiología en la Universidad de Buenos Aires y Hospital Carlos Durand, Argentina. Gestión 2017.
- Congreso sobre prevención de la discapacidad infantil Hospital Garrahan Buenos Aires, Argentina. 2017.
- Exposición fotográfica de la memoria del proyecto Universidad Andina Simón Bolívar, Sucre Bolivia y Simón Bolívar de Quito, Ecuador. 2018
- Participación con conferencia y exposición fotográfica en el Colegio de Fisioterapia, ponencia presentada por el Día Mundial de la Fisioterapia: Valdepeñas España. 2018
- Ponencia sobre prevención de la discapacidad en el III Congreso del Consejo Mexicano de Psicología en Juriquilla 2019- Universidad de Querétaro.

- Memoria fotográfica con 50 fotografías que fueron expuestas en distintos eventos en Argentina, Ecuador, México y España durante 2017 a 2019.

Categoría: GESTIÓN

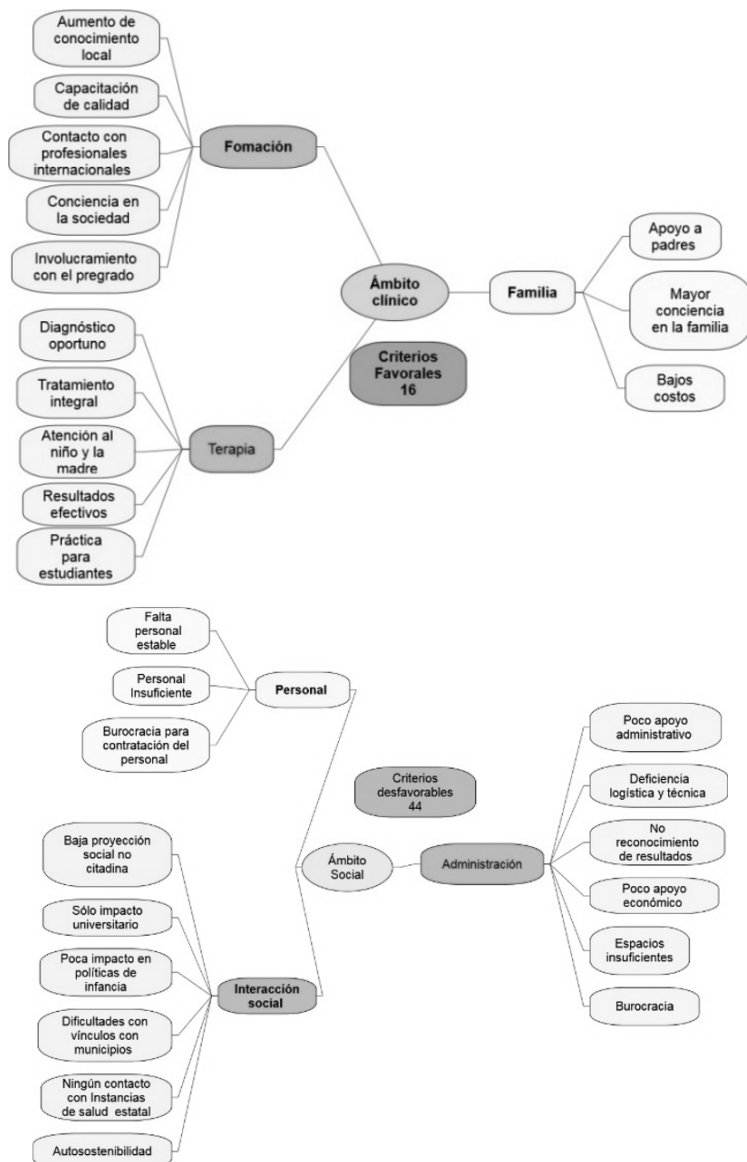


Figura 1. Resultados de la valoración del impacto* Directivos

En la figura 1 se presentan los datos cualitativos generados del discurso producido durante las entrevistas a directivos y que han sido organizados en categorías según la frecuencia y la saturación de las palabras

Categorías a priori es decir metodológicamente predeterminadas al inicio de la investigación: formación, asistencia - clínica y gestión.

De la categoría **formación** se desprendieron las siguientes subcategorías a posteriori: el conocimiento, la capacitación y la conciencia social fueron valoradas como importantes para los directivos. Por otra parte se destaca la articulación con el pregrado con la participación de los estudiantes en los ciclos de formación figura también subcategorías importante para este grupo

En cuanto a la categoría asistencia clínica han surgido subcategorías a posteriori como: el diagnóstico oportuno, el tratamiento integral, la unidad madre-niño. Por otra parte se valora en la familia el apoyo y orientación a padres, el concienciar sobre el tema y los costes simbólicos del tratamiento.

En cuanto a la subcategoría interacción social se muestra que el alcance limitado del proyecto hacia poblaciones más vulnerables rurales (Ramírez, et.al, 2019), bajo contacto con municipios e instancias estatales, de manera que no incide directamente en las políticas públicas de protección a las infancias y de infancias con discapacidad (Ramírez, 2016c)

Sobre la categoría gestión institucional se destacan 2 dos subcategorías: la primera se refiere al personal donde se destacan la inestabilidad, insuficiencia del personal del proyecto que atraviesan procesos de contratación poco fluidos y la administración y la segunda subcategoría donde se observa el bajo involucramiento, la burocracia, falta de apoyo técnico, de recursos financieros y espacios para las diferentes actividades.

A continuación se describen los resultados de la percepción del impacto del proyecto, fortalezas y debilidades percibidas en los estudiantes, profesionales de centros beneficiarios e independientes.

Figura 2. Resultados de la valoración debilidades del proyecto * Estudiantes

En la figura 2 se puede observar que entre las debilidades observadas están la falta de personal, ambiente concentrado, problemas técnicos, material y enseñanza de técnicas como los principales aspectos vistos como debilidad y que fueron también considerados como aspectos negativos en el caso de directivos.



Figura 3. Resultados de la valoración fortalezas del proyecto * Estudiantes

Se observa en la figura 3 que los estudiantes valoran la importancia de los temas, el conocimiento, la información, asimismo la asistencia, y se destacan también el ayudar como señal de empatía en el grupo, resultados ya documentados en otros estudios. (Maldonado, Villacorta, Ramírez, 2018)

**Tabla 12. Resultados de la valoración de impacto del proyecto * Estudiantes**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	18	78,3	78,3	78,3
	Medio	5	21,7	21,7	100,0
	Bajo	0	0	0	
	Total	23	100,0	100,0	

De los 23 estudiantes implicados en el proyecto se observa en la tabla 12, que el 78,3% califican como alto el impacto del proyecto, el 21,7% refiere que el impacto del proyecto ha sido medio. Ninguno de los encuestados ha percibido impacto bajo.

Figura 4. Resultados de la valoración debilidades del proyecto * Centros beneficiarios y profesionales

En la figura 4 se destacan tanto mayor práctica, como ninguna debilidad en sus opiniones, luego siguen aspectos organizativos, poca visibilidad de autoridades y deficiencias en cuanto a la difusión de los servicios que brinda el proyecto.



Figuras 5. Resultados de la valoración de fortalezas del proyecto * Profesionales y Centros beneficiarios

Los resultados que se muestran en la figura 5, que se observan son favorables en cuanto a las respuestas de este grupo, donde se destaca sobre todo la formación impartida en los ciclos de 2017 y 2018 y se expresan mediante los conceptos de equipo, conocimiento y expositores.



Figuras 6. Resultados de la valoración de debilidades del proyecto * Profesionales y Centros beneficiarios

En la figura 6 se documentan las debilidades observadas y se destacan la burocracia, la inestabilidad del personal debido a que en cada gestión se cambió de consultores por las dificultades administrativas de contratación y otros. El 2019 el proyecto no contó con consultores que apoyen el desarrollo del proyecto debido a injerencia de entidades gremiales de la célula de docentes facultativa que obstaculizaron el proceso.



Figuras 7. Resultados de la valoración de las fortalezas del proyecto * Profesionales y Centros beneficiarios

Se destaca en la figura 6, la atención ha sido valorada como buena, así como el impacto positivo, y productivo para quienes han realizado derivaciones de pacientes, asistencia a los ciclos de formación y participación en las actividades de acompañamiento institucional en los centros de acogida.



Tabla 13. Resultados de la valoración de impacto del proyecto * Centros beneficiarios y profesionales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	21	67,8	67,8	67,8
	Medio	9	29	29	96,8
	Bajo	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

De los 31 profesionales implicados tanto en la detección y atención, asesoramiento como la formación que el proyecto ha ofrecido el 67,8% considera que el impacto del proyecto ha sido alto y el 29% de los entrevistados refieren un impacto medio y el 3,2% refiere que el proyecto ha tenido un bajo impacto en la detección y atención del riesgo de la alteración en el neurodesarrollo.

Conclusiones

Los resultados del modelo de detección y atención al riesgo de trastornos del neurodesarrollo ha contribuido al fortalecimiento de la formación y la investigación orientada al responder al perfil del profesional en salud y educación la atención primaria al infante, la familia y la comunidad importantes en para el Departamento de Chuquisaca y la ciudad de Sucre.

Se ha incrementado el conocimiento local y sensibilización sobre la importancia del neurodesarrollo en la primera infancia a partir de la formación continua en temas referidos al riesgo psiconeurosensorial y los factores psicosociales en la comunidad de estudiantes y docentes universitarios de las carreras participantes.

Se han conformado grupos piloto para elaboración y validación de un protocolo de detección y un ruteo para la aplicación modelo de atención al riesgo del neurodesarrollo en niños de primera infancia que son utilizados en el centro de neurodesarrollo de la Carrera de Kinesiología y Fisioterapia y los centros infantiles beneficiarios de Poconas y Tata San Juan de Dios.

Se ha capacitado a los profesionales en salud y educación inicial en detección y atención del riesgo desde un enfoque integral, pero una debilidad es la incidencia en el ámbito preventivo a nivel de los centros de atención primaria de los municipios de Chuquisaca.

En cuanto a la generación de investigaciones, se han tenido producciones de agrupaciones de investigadores en la prevención y atención de la discapacidad que han generado recursos y materiales de evaluación adaptados a la realidad como es el caso de manuales y cartillas para capacitación de padres y manual para profesionales, aunque las instancias directivas no fomenten componente de la formación universitaria.

Se ha conformado grupos de padres mediante encuentros y debates que promuevan romper las barreras sociales de la discapacidad y constituirse en sujetos de derechos según refiere la Ley 223 como tarea que aún plantea muchos desafíos a futuro.

En cuanto al componente de asistencia clínica se debe destacar que el vínculo y la coordinación con las instancias gubernamentales y municipales deben superarse las territorialidades entre Universidad, Estado y Organizaciones locales.

En cuanto a la baja calidad de la gestión institucional afirmar que queda mucho por aprender para el logro de la auto sostenibilidad, son varios retos institucionales del sector de administración universitaria para que los proyectos internacionales tengan mayor calidad y aporten al currículo de las facultades implicadas

Las facultades deben desarrollar mayor pertenencia de los proyectos de cooperación internacional, hacerlos parte de la unidad académica para su consolidación en programas institucionales que aporten a las políticas de ciencia y tecnología en cuanto al cuidado de la infancia para tributar a la mejora de las políticas públicas. A futuro será importante incrementar el compromiso y empoderamiento institucional para que las instancias implicadas potencialicen las oportunidades que brinda la internacionalización.

Referencias bibliográficas

Basso, G. (2016) *Neurodesarrollo en Neonatología Intervención ultratemprana en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales*. Madrid: Panamericana.

Caldwell, B, y Bradley, R. (2005) *Manual Observación para la Medición del Ambiente del Hogar: Home Observation for Measurement of the Environment* Traducido y Adaptado por Norees M. NIEER .

Grupo de atención temprana. (2000) *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.

Estado de la Convención sobre los Derechos del Niño (2010) Informe del Secretario General En: Sexagésimo quinta Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York. En: http://www.ecdgroup.com/pdfs/news-UNGA65_Status%20on%20the%20Convention%20on%20the%20Rights%20of%20the%20Child_SG%20Report%20_August%202010.pdf.

Lejárraga, H., Menéndez, A. M., Menzano, E., Guerra L., Biancato, S., Pianelli P., Fattore, m. J., Paulette, R., Schejter, V., Contreras, M. M., Glomba, C., Bellusci, C., Lusnig, A., Rautenstrauch, C., Paris, V., Galeana, A., Feinsilber, V., Garay, M. L., Alves, L., Pino, M., Andrews, M., Pagano, A. y Larigoitia, D. (2008). PRUNAPE; Pesquisa de Trastornos del Desarrollo Psicomotor en el primer nivel de atención. *Archivos Argentinos de pediatría*, 106(2), 119-125.

Ley de la persona con discapacidad boliviana N° 223. Gaceta oficial de Bolivia. Decreto Supremo N° 1893. La Paz, Bolivia, (2 de marzo de 2012).

Ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia. N° 475. Gaceta Oficial de Bolivia. Decreto Supremo N° 1984. La Paz, Bolivia (30 de abril de 2014).

Maldonado, C., Villacorta, R. y Ramírez, I. (2018) *Q'epiris del conocimiento. Reflexiones universitarias en el arte de educar*. Bolivia: Rayo del sur.

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.

Palisno, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D., Livingston, M. (2008) Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function classification System. *Dev Med Child Neurol*, 50(1), 744-50.

Patronato de prevención y atención a personas con minusvalía (1995) Documentos 33/92. Madrid, España.

Programa NAR. (2005) *Programa de prevención y atención a niños recién nacidos de alto riesgo psiconeurosensorial*. Real Patronato sobre discapacidad. Centro Español de Documentación sobre discapacidad, del Real Patronato. Documentos 68/2005. Madrid: España.

Ramírez, I. (2010) *Componentes psicomotores del uso del chumpi y el aguayo*. Sucre, Tupak Katari.

Ramírez, I., Gallardo, G., Mita, Á., Escanero J.F. (2015). Estrategias de aprendizaje según los enfoques de aprendizaje en estudiantes del internado rotatorio de la Facultad de Medicina de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca (Sucre, Bolivia). *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 18(1), 15-25

Ramírez, I., Maldonado, C. Villacorta, R. Barrón, A. Luna, B. Taboada, G. Paz, R. Tórrez, E. Luna, R. & Arteaga, D. (2016b). Propuestas para el diagnóstico sobre discapacidad genética en municipios de Chuquisaca. *Revista Ciencia, Tecnología e Innovación*, 13(14), 829-842.

Ramírez, I. (2016a) Análisis de los procesos de detección y atención del riesgo psiconeurosensorial en menores de cinco años de los centros de atención primaria. *Revista Surgiendo* 4. Sucre: Tupac Katari.

Ramírez, I. Pérez de la Cruz, S. Maldonado, C. Villacorta, R. (2018) *Infancias, miradas e intervenciones*. Sucre: Gaviota del Sur.

Ramírez, I. Pérez de la Cruz, S. Maldonado, C. (2019) Formación continua transdisciplinaria para la detección y atención al riesgo de trastornos del neurodesarrollo en menores de cinco años *Journal for Educators, Teachers and Trainers JETT*, Vol. 10 (2), 22-33.

UNICEF (2010) *Por los niños, niñas y adolescentes de Bolivia*. Bolivia: UNICEF. *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate*. En: https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_OPS_OMS_-_El_desarrollo_del_nino_en_la_primera_infancia_y_la_discapacidad_Un_documento_de_debate.pdf

UNICEF (2013) *Estado mundial de la infancia. Resumen ejecutivo. Niñas y niños con discapacidad*. Nueva York. EEUU.

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.

Unidad de Intervención Temprana (2004) *Escala Massiel Campbell de Observación de Indicadores de Apego Madre - Bebé en Situaciones de Stress*. Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo, pp. 1-24.

Vojta V, Schweizer, E. (2011) *El descubrimiento de la motricidad ideal*. Madrid: Morata.

Epílogo

El cruce de miradas: epílogo

Manuel Fernández Cruz¹

Universidad de Granada, España

Volvemos la mirada desde abajo hacia arriba. Repasamos sin prisas lo que ya hemos leído. Detenemos la vista en aquella palabra que nos ha conmovido. Apresamos la idea que nos ha convencido para hacernos con ella. Y entornamos los ojos para encontrar sentido al cruce de miradas vertidas sobre el niño que pasa a nuestro lado, al que vemos de lejos, al que damos la mano, o el que fuimos, acaso.

Contemplo desde mi atril, a orillas del Monasterio de La Cartuja en Granada, el rojo atardecer que inunda bosques y alquerías de la vega del río una vez que el sol se ha ocultado tras los cerros de la sierra cercana y aumenta el barullo de los estudiantes que van tomando la calle al tiempo que enmudecen las aulas de la Facultad de Ciencias de la Educación en la que enseño Pedagogía.

Me acerco a la ventana hasta aplastar la nariz en el cristal en un afán por apropiarme de ese momento mágico de mutación entre día y noche, entre voces y silencio. Me quedo con la mirada traspuesta que me lleva a otro atardeceres, a otros cerros lejanos y a otras plazas, donde también viví la magia del ocaso. A la plazuela de la Recoleta en Sucre, a la plaza Mayor de Salamanca o a la plaza Defensa de San Telmo.

Desde esas nobles plazas a esta casa me llega el cruce de miradas que me sumerge en la infancia. En toda la infancia. En la infancia como período de vida, en la infancia como arranque de la existencia, en la infancia como crisol de derechos, en la infancia como promesa de vida, en la infancia como acicate de cambio. En la infancia que sólo con su presencia reclama el espacio donde cabemos todos. En la infancia toda, ancha, diversa, libre.

¹ Doctor en Ciencias de la Educación, Catedrático en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Granada y Director del Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Pertenece al Grupo de Investigación “*profesioLAB*” (SEJ 059); a la firma Labosfor Innovación y Desarrollo, *spín-off* de UGR; y a la fundación Deep University, *star-up* de la Wisconsin-Madison University. Es editor de la Revista Científica Electrónica “Journal for Educators, Teachers and Trainers JETT”.

Un cruce de miradas sobre la infancia del que necesariamente aprendo. Aprendo cuando evoco los parques y jardines donde no caben todos los niños porque son excluidos desde la misma concepción del espacio público que limita derechos. También aprendo al saber la importancia de las señas y alharacas que acompañan los cuentos y los cantos en la escuela infantil en derroche de gestos que anticipan palabras. Me sitúo en la perspectiva social de la discapacidad y aprendo que es necesario superar las visiones clínicas que culpabilizan a niños y familias para promover los derechos humanos. Aprendo al conocer la influencia que aún hoy tienen los juguetes en la transmisión de estereotipos y roles de género. Conozco el efecto descalificador que la valoración cuantitativa de la discapacidad genera en la población. Me inicio en el estudio de la función que tiene el uso de pantallas en el aprendizaje y desarrollo de la infancia. Aprendo, finalmente, de la concepción que ostentan los estudiantes universitarios sobre la discapacidad.

El cruce de miradas está servido. No puedo mantenerme al margen de lo que está escrito. Necesito alentar a mis estudiantes de Pedagogía a que indaguen sobre la discapacidad, sobre la diversidad, sobre la inclusión, sobre la niñez. Para ello, hoy cuento con ejemplos de investigación audaces, certeros, pertinentes, relevantes para la comunidad académica y profesional que mira a la infancia. Ejemplos que, sobre todo, van a ser interesantes para mis estudiantes.

Sonrío. Casi de manera imperceptible sonrío. Como cada vez que tengo un recurso nuevo para animar mis clases. Sonrío y me entusiasmo. Me faltan horas para que llegue la clase de mañana. La noche es oscura. Pero yo vuelvo a casa con luz nueva en la mirada.

La presente edición se terminó de imprimir
el mes de diciembre de 2019 en

"Imprenta Rayo del Sur"

Calle Colón N° 107

Tel/Fax: 4-6428699

Sucre - Bolivia

La imagen de una puerta que deja pasar la discapacidad, una cárcel sin rejas, la perfección tirana, u otro que discapacita mirando, juguetes sexistas, gestos que buscan normalidad. En tanto procesos simbólicos, las categorías vinculadas a la discapacidad, han sido construidas históricamente, a partir del trabajo en los espacios de producción de conocimiento científico: estamos convencidas de que quienes forman parte de ellos, son agentes de transformaciones sociales que, actualmente, permiten profundos cuestionamientos al capacitismo y las formas hegemónicas de vivir y ser.

Este libro es una invitación. Por un lado, a compartir la preocupación de profesionales comprometidas de varios países del mundo por la situación de las infancias que han sido víctimas de procesos sociales, simbólicos y materiales vinculados a las violencias. También es una invitación a lectoras y lectores, a mirar críticamente las consecuencias de las desigualdades, para construir prácticas emancipadoras con las infancias.

Lelia Schewe

ISBN: 978-99974-50-85-2



9 789997 450852

