

El papel del conocimiento experto en la gestión de lo social.

El caso de la incorporación de los factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en la primera infancia en la gestión del Plan de Centros de Atención a la Infancia y la Familia (Plan CAIF) en Uruguay

Laura Vecinday

laurave@adinet.com.uy

Doctora en Ciencias Sociales (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales)

Departamento de Trabajo Social

Universidad de la República, Uruguay

Resumen:

El artículo plantea discutir la estrecha interrelación existente entre distintas disciplinas científicas y las formas de gestión de lo social a partir de un estudio de caso. El análisis refiere a la incorporación de los factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en la primera infancia en la gestión del denominado Plan de Centros de Atención a la Infancia y la Familia (Plan CAIF).

La creciente tecnificación de la gestión social se sustenta en la asimilación de los conocimientos producidos desde distintos campos disciplinares así como en los avances en el campo de la informática. Aquí se analiza la particular forma de gestión (instrumentos, modalidades de intervención, formas de clasificación) que se deriva del uso del enfoque de riesgo en el desarrollo psicomotor en la primera infancia en el marco de un dispositivo concreto de protección social.

Palabras clave: gestión social, conocimiento, clasificaciones

The role of expert knowledge in the management of the social.

The case of the incorporation of risk factors for psychomotor development in early childhood in the management of the Plan of Care Centres for Children and Families (CAIF Plan) in Uruguay

Abstract:

This article proposes to discuss the close relationship between scientific disciplines and forms of social management from a case study. The analysis refers to the incorporation of risk factors for psychomotor development in early childhood in the management of Plan of Care Centres for Children and Families (CAIF Plan).

The increasing automation of corporate management is based on the assimilation of the knowledge produced from different disciplinary fields as well as advances in the field of computing. Here we analyze the particular form of management (tools, intervention and classification methods) that come from the use of risk approach in psychomotor development in the early childhood in the context of a particular device of social protection.

Keywords: social management, knowledge, classifications

1. Breve presentación del caso analizado: el Plan de Centros de Atención a la Infancia y la Familia (Plan CAIF)

El presente artículo propone discutir la estrecha interrelación existente entre distintas disciplinas científicas y las formas de gestión de lo social a partir de un estudio de caso. El análisis se centró en el Plan de Centros de Atención a la Infancia y la Familia (Plan CAIF), priorizando un período en particular, a partir de 2003, en el que se consolidan de forma significativa las orientaciones institucionales y tecnológicas innovadoras que lo caracterizan desde sus primeros años de funcionamiento. El Plan CAIF es un servicio de protección social focalizado en niños menores de 4 años y sus familias en “situación de riesgo social”. Cuenta con una trayectoria institucional que supera sus 20 años. Cada Centro CAIF desarrolla programas en las áreas de estimulación oportuna, educación inicial, nutrición, promoción de la salud, promoción de la familia y desarrollo comunitario¹. Es la principal respuesta institucional ofrecida frente al problema de infantilización de la pobreza que se registra en Uruguay y depende del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), que es el organismo rector de las políticas dirigidas a la protección de la infancia y la adolescencia.

El Plan CAIF pretende “brindar atención, oportunidades de aprendizaje, promover el bienestar y desarrollo de los niños y las niñas”, “fortalecer los vínculos entre adultos referentes y niños/as, potenciar las capacidades en los adultos para la crianza y propiciar la plena participación de los niños y las niñas, sus familias y la comunidad” (Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF^{2008, p.2}). Para el logro de dichos objetivos se propone la intervención desde el comienzo de la vida del niño, captando a las mujeres embarazadas en coordinación con los equipos de salud correspondientes. El niño, desde el momento de su nacimiento, y su referente adulto se integran al programa de estimulación oportuna. El objetivo central de este programa consiste en brindar “experiencias de aprendizaje y de interacción con los adultos y otros niños y niñas, para crecer y desarrollarse con todo su potencial. El mismo apunta a fortalecer el vínculo con sus referentes adultos, a incidir en las prácticas de crianza y a potenciar las capacidades parentales” (Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF, 2008, p.2).

Para los niños de 2 y 3 años se desarrolla una propuesta pedagógica basada en los instrumentos ofrecidos por el Ministerio de Educación y Cultura y el Consejo de Educación Primaria. Para el desarrollo de las tareas en cada Centro se prevé la conformación de equipos de trabajo integrados por maestro especializado en educación inicial (preferentemente), educadores, trabajador social, psicólogo, psicomotricista y auxiliares de cocina y limpieza.

Al tratarse de un programa dirigido a la infancia temprana, los objetivos básicamente han estado vinculados con la promoción del desarrollo del niño, la participación de las familias y la transformación y / o promoción de ciertas prácticas de crianza, estando siempre presente el abordaje de carácter comunitario en la articulación y coordinación de recursos institucionales y sociales.

¹ “El Plan CAIF tiene como cometido mejorar las condiciones de desarrollo e inserción social de familias en situación de riesgo social, por razones y condiciones de naturaleza social, económica y cultural. Busca contribuir a establecer niveles de equidad social que permitan la proyección de las potencialidades del niño, superando factores que condicionan su futuro en el sistema educativo. La estrategia del Plan CAIF se sustenta en la coordinación de los diferentes Organismos Públicos con competencia en el tema, la articulación entre el Estado y la Sociedad Civil Organizada (Asociaciones Civiles), la descentralización y la promoción de la participación comunitaria. Las áreas de competencia del Plan CAIF son la estimulación oportuna, la educación inicial, la nutrición, la promoción de salud, la promoción de la familia como unidad social y el desarrollo comunitario” (INAME, 1999, p. 3)

La emergencia del Plan CAIF en el escenario de la protección social en Uruguay supuso innovaciones a nivel institucional y tecnológico. El dispositivo puesto en marcha se ha caracterizado por dar cuenta del conjunto de recomendaciones formuladas acerca de las políticas dirigidas a combatir la pobreza: se ha constituido como un programa compensatorio, focalizado en familias y/o zonas de pobreza crítica, sustentado en la participación activa de las organizaciones de la sociedad civil para su gestión e implementación, asumiendo una pretensión de integralidad que no ha logrado romper con la segmentación institucional.

En las siguientes páginas se analiza la estrecha interrelación entre el conocimiento experto acerca del desarrollo infantil y los requerimientos de una gestión de lo social cada vez más tecnificada e individualizada.

2. El conocimiento de los comportamientos humanos y las pretensiones de gobierno burocrático – administrativo de las poblaciones.

Los aportes de Hacking (2006) contribuyen a comprender cómo se articulan estos elementos: las clasificaciones, las instituciones, el conocimiento y los comportamientos que son clasificados. El autor lista un conjunto de “imperativos de normalización” con el que operan las ciencias que establecen categorías de personas². A partir del análisis de la diversidad de interacciones entre los individuos y las formas en que son clasificados, define un conjunto de imperativos de normalización que ponen en juego cierto modo de interacción dinámica entre las clasificaciones desarrolladas por este grupo de ciencias y los individuos o los comportamientos que son clasificados³. En ese sentido, sostiene que la clasificación puede afectar directamente al individuo recuperando la afirmación de Nietzsche acerca de que el nombre de las cosas importa más que lo que ellas son. Señala que esta afirmación de Nietzsche se trata de un aforismo que más que colocar una constatación lo que hace es colocar un problema.

Dejando a un lado la consideración acerca de si el nombre de las cosas importa más que lo que ellas son, el nombre pasa a constituirse en parte (reificada, ideologizada) de lo que las cosas son. De todos modos, la relevancia de la afirmación está dada por las consecuencias fácticas que puede acarrear la clasificación, en el sentido de que afecta al individuo porque toca su identidad⁴ y porque le asigna un lugar en la estructura social del que depende, entre otras cosas, el acceso a prestaciones sociales.

Hacking especifica que se ocupará de las clasificaciones “científicas” – con un sentido general del término “científico”- y no de las clasificaciones que operan en la “cultura popular”. En ese sentido, reconoce al menos dos tipos de clasificación de “origen científico”: a) las categorías comunes que son reconocidas

² Se ocupa de las ciencias que utilizan las clasificaciones de individuos y de su comportamiento en sus investigaciones, predicciones, explicaciones y en sus consejos sobre el control o mejoramiento de los individuos y sus condiciones de vida. La mayoría de estas ciencias utilizan la estadística. Ante la ausencia de nombre para referirse a esta clase de ciencias las llamaré como “ciencias que clasifican gentes”. La preocupación central de Hacking refiere a aquellas dolencias vinculadas con conductas individuales.

³ De algún modo, las “ciencias que clasifican gentes” pretenden normalizar, en el mismo sentido en que para Bourdieu las clasificaciones recrean el orden social cuando al producir y reflejar la estructura social, reproducen tanto las clasificaciones que se encuentran en las instituciones y en el lenguaje, como aquellas que se imponen en pos de mantener un determinado orden social.

⁴ “En principe, en bons positivistas consciencieux, nous disons que les choses son plus importantes que leurs noms, mais nous devons admettre –avec parfois une certaine consternation – que les noms des catégories de gens sont souvent assez importants, et qu’ils sont importants même dans la conception que les individus ont d’eux – mêmes” (Hacking, 2006).

en el lenguaje corriente y que los científicos han transformado en categorías científicas, es decir, palabras comunes recuperadas por los científicos para fines particulares (inteligencia, corpulencia), y b) las categorías científicas que no tienen origen en el lenguaje corriente y que conforman la vasta gama de términos técnicos disponible.

La clasificación o “fabricación”⁵ de las personas implica la presencia de cuatro elementos a ser considerados:

- La clasificación y sus criterios de aplicación.
- Las personas y los comportamientos que son clasificados.
- Las instituciones.
- El conocimiento de los expertos y el conocimiento popular.

Al listar los “imperativos de normalización” con los que operan las ciencias que clasifican individuos, señala que no se trata de una lista normativa, y que no necesariamente están establecidos como secuencia, pero sí deben estar presentes todos ellos. Si bien no se trata de una secuencia lineal, sí es cierto que un imperativo situado en la base de la lista requiere o implica al anterior. Los “imperativos de normalización” están constituidos por las siguientes operaciones:

- Definamos: consiste en una primera operación básica de clasificación y categorización. Definir algo equivale a establecer sus límites.
- Contemos y correlacionemos.
- Cuantifiquemos: es la transformación de las cualidades definidas en cantidades; midamos.
- Medicalicemos: definamos lo normal y lo patológico.
- Normalicemos: definir las normas mensurables y cuantitativas. La normalización comienza con la transformación de un problema en cuestión clínica al distinguir entre normal (sano) y anormal (patológico).
- Biologicemos: búsqueda del origen biológico de las características y de los comportamientos humanos.
- Geneticemos: búsqueda del origen genético de las características de los individuos.
- Burocraticemos: adaptemos las clasificaciones a las necesidades administrativas.
- Tomemos posesión de nuestra identidad: apropiación de la clasificación por parte del individuo clasificado.

Las ciencias que clasifican gentes no sólo clasifican sino que, además, pretenden descubrir leyes sobre las personas a fin de informar al gobierno poblacional sobre ciertas regularidades en los problemas y para mejorar ciertas condiciones difíciles de vida: ese conocimiento es fundamental para gestionar el cuerpo social y el espíritu individual. En palabras de Bauman (*apud* Beriain, 2005, p. 76), se diría que estas ciencias se esfuerzan por reducir la ambivalencia:

5 “La idea de ‘façonner les gens’ es de hecho un intento por expresar en francés no ‘hacer gente’ (making people) sino ‘inventar/construir gente’ (making up people)” (Alvarez, 2002, p. 8). Se refiere a la existencia de grupos humanos que fueron contruidos por las atribuciones que a ellos fueron dirigidas, en el sentido de modelar, producir un cierto tipo de sujeto: cada vez que se caracterizan personas, se construyen personas” (Ortega, 2009, p. 40).

La ambivalencia es un producto colateral que surge en el acto de clasificación; su surgimiento exige un mayor esfuerzo clasificatorio si cabe. Aunque emerge a partir de este, la ambivalencia puede ser combatida sólo con un nombre que es todavía más exacto y clases que son definidas con más precisión (...) ⁶.

Hacking afirma que ciertas categorías de individuos son creados por sociólogos, psicólogos y criminólogos: estas poblaciones “no existen” ⁷ hasta el momento en que son definidas y estudiadas, lo que tiene consecuencias sobre los individuos y sus comportamientos ⁸. Las operaciones de clasificación están en la base de los “imperativos de normalización”. Para Beriain (2005), la clasificación es un proceso de “esculpir islas de significado”, y las categorías, una vez institucionalizadas se “desprenden” de su anclaje sociohistórico convirtiéndose en “hechos inevitables”.

Los imperativos de normalización cumplen con una doble función: normalizar la categoría y normalizar a las personas. Asimismo, desarrollan un doble objetivo de carácter científico, por un lado, y de orden político – administrativo asociado al gobierno de las poblaciones, por otro.

En el caso que nos ocupa, interesa comprender cómo el enfoque de riesgo en el desarrollo psicomotor permite desplegar las operaciones contenidas en los imperativos de normalización definidos por Hacking. Contemporáneamente la cuestión del riesgo ha ocupado un lugar privilegiado en la reflexión de las ciencias sociales y es posible identificar subcampos específicos desde los cuales es pensada y tematizada ⁹. Con respecto al área de estudios sobre el riesgo, cabe señalar que las estrategias de intervención sociopolítica estudiadas se inscriben en la misma lógica que el denominado “enfoque de riesgo epidemiológico”: se valoran comportamientos individuales con base en datos poblacionales, y en ese sentido, “lida com riscos resultantes de ‘escolhas’ comportamentais pessoais, colocadas sob a rubrica estilo de vida” (Castiel, 2003).

El enfoque de riesgo es incorporado como un esquema configurador de la intervención social entendido como un método de trabajo para el cuidado de individuos y grupos a fin de evitar probables daños para sí, para el universo institucional y para el orden social en general. Cuando el riesgo se particulariza en la idea de estilo de vida, las estrategias de intervención sociopolítica se centran en las formas en que los individuos organizan su mundo social cotidiano. Las decisiones individuales son portadoras de escenarios de riesgo o seguridad y las estrategias basadas en el enfoque de riesgo promueven la adopción de ciertos comportamientos y el repliegue de otros considerados “indeseables” (Mitjavila y Vecinday, 2011).

⁶ “La geometría es el arquetipo de la mente moderna. La rejilla es su tropo predominante (...) Taxonomía, clasificación, inventario, catálogo y la estadística son las supremas estrategias de la práctica moderna. La maestría moderna consiste en el poder de dividir, clasificar y distribuir –en el pensamiento, en la práctica del pensamiento y en el pensamiento de la práctica. Paradójicamente, es por este motivo por lo que la ambivalencia es el infortunio de la modernidad y el más preocupante de sus cometidos. La geometría muestra cómo sería el mundo si fuera geométrico. Pero el mundo no es geométrico. No puede ser metido a presión dentro de rejillas inspiradas geométricamente” (Bauman apud Beriain, 2005, p. 91)

⁷ Cabe señalar que reconocer el carácter construido socialmente de las categorías no equivale a negar la objetividad de lo social.

⁸ En palabras de Bauman (2001, p. 44), “la cultura es la actividad de establecer distinciones: de clasificar, segregar, trazar fronteras, y por tanto dividir a las personas en categorías internamente unidas por la semejanza y exteriormente separadas por la diferencia; y de diferenciar la gama de conducta asignada a los seres humanos con arreglo a sus diferentes categorías (...) lo que la cultura define como diferencia (...) es el producto del trazado de fronteras, no su causa o motivo”

⁹ Castiel (2003) afirma que, “segundo Hayes (1992), é possível agrupar as áreas desta produção científica (que, inevitavelmente, se superpõem) em: a) verificação/mensuração – como suporte a estratégias preventivas na interação na clínica médica. Aqui se incluem as práticas da chamada medicina prospectiva ou preditiva, cujas intervenções preventivas ocorrem a partir da identificação de exposições a fatores de risco; b) análise/avaliação/administração – dirigida a riscos ocupacionais, controle e segurança de produtos industrializados e percepção pública (ligada à Society for Risk Analysis); c) baseada no enfoque de risco epidemiológico – voltada para a chamada dimensão da saúde pública. Pode estar referenciada a dois domínios: 1) ambiental: aborda riscos provocados por exposições a resíduos radiativos, poluentes tóxicos e outros subprodutos de atividades econômicas e sociais; 2) individual: lida com riscos resultantes de ‘escolhas’ comportamentais pessoais, colocadas sob a rubrica estilo de vida”

El enfoque de riesgo opera básicamente a partir de clasificaciones, y de algún modo, se constituye en un instrumento que satisface las dos funciones señaladas por Hacking: normalizar las categorías y normalizar a las personas. La gestión social apoyada en el uso del enfoque de riesgo habilitará el desarrollo de formas de vigilancia poblacional que construyen, agrupan y monitorean grupos poblacionales en función de ciertos atributos, al tiempo que son útiles para “recomendar soluciones individuales”.

Asimismo, el enfoque de riesgo permite satisfacer ese doble objetivo de contribuir al conocimiento y al gobierno de las poblaciones, en la medida en que el conocimiento producido bajo su lógica es rápidamente instrumentalizable para operar sobre lo real inmediato.

Pensar en términos de “riesgo” es pensar en términos de probabilidades. La estadística, elemento central que hará posible pensar y operar en términos de riesgo, puede ser entendida como la formalización de una mirada clínica. Se vuelve así a la necesaria doble referencia que vincula al individuo (caso) con la población.

Seguidamente se describe y analiza cómo el enfoque de riesgo en el desarrollo psicomotor permite el despliegue de las operaciones que Hacking identifica como “imperativos de normalización”.

3. El enfoque de riesgo y los imperativos de normalización en el desarrollo psicomotor en la primera infancia: instrumentos, modalidades de intervención, formas de clasificación

La información producida sobre los comportamientos y atributos individuales permite establecer las diferencias entre los individuos, la cual es un pre-requisito para diseñar un tratamiento específico a sus situaciones problemáticas particulares. A su vez, para hacer referencia a las “diferencias” entre individuos se necesita “un marco de análisis en el seno del cual están las claves interpretativas a cuyo través adquiere sentido la realidad” (Berriain, 2005). La producción de conocimiento en torno al desarrollo psicomotor en la primera infancia y los factores de riesgo asociados al mismo es un “marco de análisis” que permite objetivar la diferencia. Tal marco es central, en el caso que nos ocupa, para orientar las intervenciones propuestas y delimitar objetivamente el universo poblacional en “condiciones de riesgo”. Señala Mitjavila (2006) que el funcionamiento del riesgo como dispositivo

es altamente dependiente del conocimiento experto. El saber científico - técnico opera en el propio corazón del riesgo como dispositivo: determinar que es lo que se considera un factor de riesgo, definir cuales serán los indicadores y formas de obtención de la información que permitirán medirlos no constituyen procedimientos apenas técnicos sino que suponen, también, la creación de nuevos principios e instrumentos de categorización social de individuos y de grupos poblacionales.

Castiel caracteriza distintas formas de tratamiento del riesgo, desde un conjunto de afirmaciones sobre incertezas no mensurables hasta la identificación de factores de riesgo que supone capturar el sentido mensurable de la idea de probabilidad. Los factores de riesgo se comportan como “marcadores que visam à predição de morbi-mortalidade futura. Deste modo, poder-se-ia identificar, contabilizar e comparar indivíduos, grupos familiares ou comunidades em relação a exposições a ditos fatores (já estabelecidos por estudos prévios) e proporcionar intervenções preventivas” (Castiel, 2003).

Producto de las investigaciones del Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (GIEP)¹⁰, se establecen factores de riesgo para el desarrollo infantil a partir del estudio de las alteraciones del desarrollo psicomotor de los niños y de determinadas características de la situación familiar y del estado emocional de los referentes adultos. Tales estudios constituyen esfuerzos por establecer criterios objetivables que sirven a las operaciones de clasificación. Estas consisten, antes que nada, en “un proceso artificial de formación de conceptos más que de descubrimiento de agrupamientos ya existentes” (Beriain, 2005). En el Plan CAIF, “el análisis e identificación de los factores de riesgo para el desarrollo infantil se hace sobre la base de un enfoque de riesgo y se trabaja con la regresión logística” (Canetti et. al.). Sobre estos factores de riesgo recaen las estrategias de intervención, fundamentalmente de tipo preventivista, con el objetivo de “actuar antes que el daño aparezca” (INAME, 1998, p. 6).

Los resultados de dichos estudios presentan una selección de variables psicosociales asociadas a trastornos en el desarrollo, a saber: línea de pobreza, uso de servicios preescolares, empleo materno en servicio doméstico, hacinamiento y promiscuidad, percepción familiar negativa, mala comunicación familiar, discusiones violentas en la familia, primaria incompleta de la madre, depresión materna habitual, insatisfacción materna con autorrealizaciones, prácticas machistas de crianza, prácticas punitivas frente a la desobediencia, imagen negativa del padre en el discurso materno. En los párrafos siguientes serán mencionadas brevemente las dimensiones destacadas en estos estudios y apropiadas por el propio Plan CAIF que, en su conjunto, delinear el campo semántico configurado en torno a los riesgos para el desarrollo psicomotor en la primera infancia.

Se afirma que los **niveles de pobreza** “medidos por el ingreso muestran baja asociación con el desarrollo psicomotor, excepto en condiciones de pobreza extrema o indigencia” (GIEP, s/f). Paradójicamente también se señala que más del 50% de los niños nacidos en condiciones de pobreza presenta problemas en su desarrollo psicomotor lo cual triplica las cifras observadas en otros sectores de población¹².

Con respecto al **trabajo materno**, se señala que si conlleva una gran exigencia física y es escasamente gratificante (colocando como ejemplo el servicio doméstico), afecta la disponibilidad materna. Por otro lado, un trabajo que reúna las características contrarias puede enriquecer la relación madre / hijo al contribuir con una autoestima materna más elevada.

Por otra parte, el fenómeno de la **promiscuidad**, presente cuando se observa 1.5 personas por cama, implica colecho del niño y hacinamiento lo que afecta “las posibilidades de un desarrollo de la experiencia del cuerpo propio y de discriminación del yo corporal, que probablemente tenga consecuencias en el proceso de autonomización, en el desarrollo psicosexual y de las representaciones mentales” (GIEP, s/f).

10 El Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (GIEP) ha reunido un conjunto de investigaciones sobre el desarrollo psicomotor del niño que han sido tomadas como referencia para la intervención del Plan CAIF, adoptando incluso muchos de los instrumentos diseñados como producto de estas investigaciones. El GIEP nace en 1987 desarrollando sus actividades dentro del Departamento de Psicología Médica (Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República). Se conforma con la participación de profesionales de diversas disciplinas: pedagogía, psicología, psiquiatría, psicomotricidad, sociología. Ha especializado su trabajo en el desarrollo infantil en condiciones de pobreza.

11 “El hombre está condenado a lo objetivable. Aunque las clasificaciones existen y son utilizadas por los individuos en su cotidianidad sin necesidad de conciencia de ellas, cuando tratan de expresarlas se ven obligados a utilizar criterios objetivables. Así, se clasifican las personas según niveles de ingreso, color de su piel, apellido, etc.” (Herrera, 2006).

12 Los internacionalmente denominados “Programas de desarrollo de la infancia temprana” constituyen “una estrategia en respuesta a las múltiples evidencias de la relación pobreza – exclusión – problemas en el desarrollo y salud – reproducción de la pobreza. Su objetivo es promover el desarrollo físico, intelectual y social, involucrando a múltiples sectores y a la propia población” (GIEP, 2007, p. 96)

La **comunicación familiar distorsionada** traduce el fracaso del lenguaje en la resolución de problemas y conflictos ofreciendo mensajes confusos y contradictorios, la existencia frecuente de discusiones violentas y el ocultamiento al niño de información clave para su desarrollo.

Las **interacciones familiares violentas** se asocian con problemas de comportamiento en el niño: “En la situación de pobreza, una atmósfera afectivamente tensa y hostil en la familia no facilita condiciones adecuadas para el desarrollo, además de proveer modelos familiares de respuestas agresivas” (GIEP, s/f).

La **depresión materna** afecta la disponibilidad hacia el niño.

La madre, por sus dificultades emocionales, podría provocar frustraciones a destiempo, tolerar mal la dependencia, o no lograr comprender a su niño, no permitiendo que se organicen adecuadamente en su hijo las funciones corporales y mentales. En esta población, la depresión materna se asoció con la falta de expectativas de satisfacción provenientes del hombre, la percepción por parte de la mujer de una inadecuada calidad de la ayuda recibida con poca participación del padre de la crianza, malas relaciones de pareja y un clima familiar violento, un mayor consumo de antidepresivos y mayor frecuencia de alcoholismo pacífico¹³.

Con respecto a la **función paterna** se señala que su ausencia “se amplifica en condiciones de pobreza, en especial cuando la percepción de la madre y la imagen que ésta transmite al hijo sobre su padre ausente es negativa” (GIEP, s/f). A su vez, se interpreta que el debilitamiento de la figura paterna en el rol de proveedor de ingresos conduce a la descalificación del esfuerzo como medio de obtener logros (Roba, 2009, p.22).

Los estudios desarrollados han permitido a sus autores la construcción de un “perfil psicosocial de estas familias”, el cual se caracteriza por: (i) madre deprimida (privaciones, relación de pareja insatisfactoria, baja autoestima, no reconocimiento de las posibilidades del hijo, sobre todo en el caso del hijo varón); (ii) padre ausente por déficits en el desarrollo de su función, por la insatisfacción presente en la relación de pareja y/o por la transmisión materna hacia el niño de una imagen paterna desvalorizada; (iii) relaciones familiares sentidas como poco protectoras, con figuras parentales frágiles pero rígidas, con presencia de vínculos violentos, falta de espacio físico y problemas con el uso del lenguaje para la resolución de conflictos; (iv) relación no habilitante con el contexto macro social donde los soportes sociales no logran operar como tales, agregando que, “estas dificultades surgidas del **perfil familiar** descrito se potenciarían con las carencias socioeconómicas extremas y con la imposibilidad de representarse un futuro más esperanzador como alternativa” (GIEP, s/f).

De este modo, a partir de operaciones de clasificación se logra objetivar la diferencia y construir perfiles poblacionales en función de la presencia de factores de riesgo, en este caso. Lo que importa aquí es señalar que los criterios a través de los cuales se objetiva la diferencia no son más que representaciones mentales (actos de conocimiento, de percepción en los que entran en juego los intereses y presupuestos de los agentes) y representaciones objetales (cosas, actos, estrategias interesadas de manipulación simbólica con el fin de determinar la representación mental que otros

¹³“Aunque la frecuencia de la depresión no difiere significativamente entre los grupos pobres y no pobres, el impacto en el desarrollo infantil no es el mismo en ambos grupos (en sectores medios la depresión no se asoció a problemas en el desarrollo infantil). Este hallazgo daría cuenta de la importancia de los soportes alternativos como atenuantes del efecto de la depresión materna en el niño (pareja, sustituto materno, acceso a tratamientos, programas, etc.)” (GIEP, s/f).

pueden tener de esos atributos y sus portadores) (Bourdieu, 2001, p. 112). Objetivar la diferencia y construir perfiles poblacionales requiere de instrumentos que permitan desarrollar estas operaciones. Los instrumentos utilizados en el Plan CAIF respecto a los riesgos para el desarrollo psicomotor son los siguientes:

Instrumento	Operación
EEDP ¹⁴ Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor	Evaluación del desarrollo psicomotor en menores de 24 meses
Pauta de Tamizaje del Desarrollo Psicomotor (basada en TEPSI)	Evaluación del desarrollo psicomotor a partir de los 24 meses
Instrumento de Prácticas de Crianza (IPCG) ¹⁵	Identificar prácticas de crianza, creencias y valores familiares en las relaciones cotidianas
Escala de Salud Mental (SF36) ¹⁶	Evaluación del estado emocional de los adultos responsables de la crianza y cuidados cotidianos del niño ¹⁷

Los dos primeros instrumentos evalúan el desarrollo psicomotor del niño considerando su grado de comprensión y acatamiento de consignas y actividades que le son propuestas según su edad (desde reaccionar al sonido de una campanilla, caminar solo o patear una pelota hasta controlar esfínteres o señalar colores). El EEDP mide el rendimiento del niño ante situaciones cuya resolución exige cierto grado de desarrollo psicomotor. Permite obtener un coeficiente de desarrollo estandarizado y cuenta con poder predictivo (INAME, 1998, p. 54). Las categorías normal, riesgo o retraso se representan con los colores verde, amarillo o rojo respectivamente, y se pertenece a una u otra según el número de actividades que el niño logre realizar. Los resultados se registran en un protocolo estándar que establece tres categorías: normal (los que se desvían hasta 1DS bajo el promedio /CD=85); riesgo (los que están entre 1 y 2DS bajo el promedio /CD= entre 84 y 70 inclusive) y retraso (cuando el puntaje afecta más de 2DS del promedio /CD=69) (INAME, 1998, p. 54).

Los resultados del EEDP y la Pauta de Tamizaje del Desarrollo permiten una mirada global sobre el desarrollo psicomotor del conjunto de la población atendida, y también permiten reconocer las dificultades de cada niño en su desarrollo y, más específicamente, cuáles son las áreas afectadas. De todos modos, la información recabada es básicamente cuantitativa “aunque se desprenden también

¹⁴Se administra en forma individual, con una duración promedio de 20 minutos, sobre la base de la observación directa del niño frente a tareas que se le proponen y algunas preguntas a la madre. Los resultados se registran en un protocolo estándar. Permite obtener un coeficiente de desarrollo estandarizado estableciéndose 3 categorías: normal, riesgo y retraso. Cuenta con estudios de confiabilidad interna, validación y poder predictivo” (Canetti et al., s/f).

¹⁵Este instrumento consiste en una entrevista que investiga una serie de fenómenos y/o situaciones relacionados con las prácticas de crianza, creencias y valores que las familias ponen en juego en sus relaciones cotidianas. Se utiliza para ello un cuestionario semi-estructurado, que consta de 40 preguntas, la mayoría cerradas, divididas en 9 áreas: comunicación, lenguaje, juego, límites, autonomía, funciones parentales, disponibilidad y percepción parental y conocimiento del hijo. En su elaboración se evitó utilizar juicios que indujeran una valoración positiva o negativa de los aspectos investigados. Su análisis puede ser cuantitativo, basándose en criterios respecto a conductas o prácticas facilitadoras del desarrollo de acuerdo a las investigaciones nacionales e internacionales” (Canetti et al., s/f).

¹⁶Se ha demostrado que a pesar de ser un instrumento breve es psicométricamente sólido. Igualmente se demostró que la Escala de Salud Mental ha sido útil para detectar trastornos depresivos así como evaluar resultados de tratamientos. La escala utilizada incluye evaluación de salud mental y vitalidad. Consta de 9 preguntas con 5 opciones de intensidad (nunca-siempre), midiendo en su nivel inferior la presencia de sentimientos de nerviosismo y depresión casi permanentes, y en su nivel superior sensación de bienestar y calma la mayor parte del tiempo. La escala de Salud Mental tiene su máximo puntaje de 30 y un mínimo de 5 y la de vitalidad tiene un máximo de 20 y un mínimo de 4. Es un instrumento auto administrable, salvo que la persona no sepa o tenga dificultades para leer. En este estudio se calculan los valores promedio para la población.” (Canetti et al., s/f).

¹⁷En la práctica este instrumento es aplicado, mayoritariamente, a las madres o quienes desempeñan la función materna.

elementos cualitativos que deben ser tenidos en cuenta al momento del análisis” (Instituto de la Niñez y la Adolescencia, 2006). La Pauta de Tamizaje del Desarrollo Psicomotor valora las áreas de lenguaje, coordinación y motricidad, y el EEDP, aplicado a los niños menores de 24 meses, también valora el área social. Se trata de pruebas estandarizadas y normalizadas, de fácil y rápida aplicación y de bajo costo.

Los resultados alcanzados darán lugar a intervenciones específicas. Aquellos niños que presentan un retraso en su desarrollo psicomotor son derivados a los servicios de salud, los que afinarán un diagnóstico dado que los instrumentos aplicados, si bien aportan elementos para el diagnóstico, se limitan a una función de tamizaje. Desde el Plan CAIF se realiza la derivación y un seguimiento de la situación mediante coordinaciones de carácter técnico. El niño suele permanecer en el Centro y se fortalecen las acciones de apoyatura, control y vigilancia sobre la familia para asegurar la continuidad de la asistencia y tratamiento indicado desde los servicios de salud.

Por otra parte, el IPCG y el SF 36 son instrumentos aplicados a los adultos responsables del cuidado de los niños que participan del programa de estimulación oportuna, siendo generalmente a la madre o figura materna a quien se le aplican los tests.

El IPCG es un instrumento que valora las creencias y los valores familiares en la crianza de los niños en distintas áreas (comunicación, lenguaje, límites, juego, autonomía, funciones parentales, disponibilidad, percepción parental y conocimiento del hijo). En el área del lenguaje valora las prácticas de hablar con el niño, cantarle, contar cuentos. En el área del juego se indaga acerca de la tenencia de juguetes preferidos por el niño, si se le enseñan juegos, para qué le sirve el juego al niño y para qué le sirve al niño estar con otros niños, cómo se sienten las madres cuando los niños juegan, con qué cosas les permiten jugar, con quién prefiere jugar. En relación al sueño se pregunta sobre el uso de algún objeto para dormir, quién hace dormir al niño generalmente, dónde duerme y desde cuándo y quién y por qué lo decidió, qué hacen a la hora de dormir. Con respecto a la autonomía del niño se pregunta cuándo el niño es capaz de querer y desear cosas distintas a las que su madre o padre quiere y desea. También se indaga sobre el momento que el padre o madre cree conveniente contarle “la verdad” sobre cómo nacen los niños o qué hacer cuando fallece una persona cercana. Las prácticas desarrolladas cuando el niño se niega a comer también son indagadas así como quién toma las decisiones sobre el niño y si se ponen de acuerdo entre ambos padres y si el niño “se sale con la suya”. Se proponen frases pidiendo al entrevistado que exprese si está o no de acuerdo, todas ellas vinculadas a creencias machistas en la crianza de niños y niñas (por ejemplo, “a las niñas hay que educarlas para mayores sacrificios”, “a los varones hay que educarlos para que sepan mandar en su casa”). Otros ítems refieren a qué hace el adulto cuando el niño hace algo bien, o cuando los niños se pelean o desobedecen, o qué se le dice cuando pide algo que no se le puede comprar. El test finaliza indagando la situación de los niños de padres separados: si mantiene el vínculo, con qué frecuencia, qué acostumbran hacer en sus encuentros y qué valoración hace de los efectos de las visitas del padre.

El instrumento ofrece alternativas de respuesta a cada uno de los ítems y las opciones tienen un valor asignado. Los resultados se comparan con las prácticas favorecedoras del desarrollo que han sido

identificadas en estudios nacionales e internacionales tomados como referencia, y permiten clasificar a la población en cuatro categorías: no riesgo, riesgo leve, riesgo moderado o riesgo severo.

El área donde se identifican los riesgos determina el tipo de intervención. Esta puede restringirse a una orientación sobre cómo decirle al niño la verdad sobre el nacimiento, por ejemplo, o en una derivación a otros profesionales del equipo (psicólogo, trabajador social) si se presumen prácticas de crianza abusivas. Se procura siempre que estas familias se mantengan dentro del Centro y si no se logra se desarrollan intervenciones en domicilio.

El SF 36 consiste en un conjunto de 9 preguntas con 6 opciones de respuesta, cada una con un valor asignado. La sumatoria del puntaje asignado a cada respuesta dará un valor total con el cual se clasifica el estado de salud mental y vitalidad del adulto testado.

Las preguntas contenidas en el test son las siguientes:

Durante las últimas cuatro semanas,

- ¿se sintió lleno de vitalidad?
- ¿estuvo muy nervioso?
- ¿se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
- ¿se sintió calmado y tranquilo?
- ¿se sintió desanimado y triste?
- ¿se sintió agotado?
- ¿se sintió feliz?
- ¿se sintió cansado?

Las opciones de respuesta y su valor asociado son: siempre (1), casi siempre (2), muchas veces (3), algunas veces (4), casi nunca (5), nunca (6).

Y una última pregunta con 4 opciones de respuesta: Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

El puntaje final del test permite evaluar el estado emocional del adulto y de ahí derivar su mayor o menor disponibilidad ante las demandas, exigencias y necesidades del niño. El valor máximo es de 54 y el mínimo de 9 obtenido de la sumatoria de los puntajes de cada pregunta y dividiéndolo por su número total. Los sentimientos de vitalidad, calma, energía y felicidad tienen su máximo puntaje en 6 ("siempre") y el mínimo en 1 ("nunca"). Los sentimientos de nerviosismo, baja moral, desánimo y agotamiento invierten la escala: el valor 1 corresponde a la respuesta "siempre" y el 6 a la respuesta "nunca". Sus resultados clasifican a la población en dos categorías: riesgo – no riesgo. La situación de riesgo se establece cuando el puntaje es hasta 25, y también cuando, independientemente del puntaje global, se obtienen valores de 1 o 2 ("siempre" o "casi siempre") acerca de los sentimientos de desánimo o baja moral.

El instrumento permite identificar posibles estados depresivos en los adultos referentes del niño. El instrumento no llama la atención sobre la situación opuesta, es decir, sobre aquellas madres que se sintieron siempre felices, vitales, calmas y con energía y que nunca se sintieron nerviosas cansadas, agotadas, desanimadas y con baja moral. Como vimos, la depresión materna es uno de los factores que han asociado con los trastornos en el desarrollo psicomotor; se trata de madres “improductivas”, que no logran responder a las demandas del niño, y tienen dificultades para asumir las responsabilidades que conlleva la individualización tardomoderna: son “perdedoras de la reflexividad”.

Vitalidad, nerviosismo, desánimo, calmas, energía y depresión son las categorías seleccionadas para presentar los resultados del SF36 aplicado a referentes adultos, mayoritariamente madres, que participaron del programa de estimulación oportuna (INAME, 1998, p. 75-77). El análisis cruza estos resultados con los obtenidos por esta misma población en la aplicación del IPCG, resultando que las madres desanimadas y deprimidas juegan menos con sus hijos, suelen responder pasivamente a los intentos de comunicación de sus hijos, reconocen más tardíamente la capacidad de autonomía del niño, tienen mayor dificultad para abordar el tema de la muerte, sienten que no pueden controlar al hijo, tienen mayores dificultades para tomar decisiones conjuntas con el padre, y también para colocar límites al niño.

En pocas palabras, las madres desanimadas y depresivas, o más exactamente, las madres desanimadas y depresivas en situación de pobreza, desarrollan comportamientos que no contribuyen al desarrollo psicomotor del niño, y como fuera dicho, no responden a las exigencias de la individualización. Si bien se señala que la prevalencia de la depresión no difiere entre los grupos pobres y no pobres, en éstos sí se asocia con los trastornos en el desarrollo psicomotor, y no ocurre en sectores medios. De ahí se concluye sobre la relevancia de los soportes para disminuir los efectos de la depresión en el desarrollo del niño (pareja, tratamiento, etc.).

La batería de instrumentos disponibles permiten una clasificación del riesgo a partir de mecanismos objetivos, al menos en la evaluación de los riesgos respecto al desarrollo psicomotor de los niños. Podrá ser más o menos problematizado el proceso de construcción de los instrumentos y su nivel de fiabilidad. Sin embargo, su carácter objetivo está dado por la neutralidad del instrumento, si por neutralidad y objetividad se comprende la casi nula intervención del componente subjetivo del evaluador.

Los expertos sociales, en tanto portadores de un saber especializado, están legitimados socialmente para producir categorías clasificatorias que se pretenden “científicas” y para diseñar diversas formas de intervención en el campo social. También las profesiones reivindican para sí el poder monopólico de categorización de ciertas situaciones o comportamientos. Las disciplinas del campo biomédico (psiquiatría, medicina, psicología) pretenden ejercer un monopolio sobre ciertas categorías diagnósticas. Las clasificaciones no sólo representan las formas de comprender la vida social sino que también influyen en las formas de comprensión del público profano y tienen efectos objetivos sobre la vida de la población clasificada mediante operaciones de inclusión y exclusión.

Señala Beriain (2005) que en la época moderna,

Es el bisturí del médico (y coextensivamente el científico) el que va a cortar predominantemente las distinciones semánticas del nuevo esquema clasificatorio (...) A la moralización religiosa y jurídica tradicionales de la conducta `pura´ se le añade ahora una nueva formación discursiva, la de la medicina y sus correlativos cuidados tecnológicos del yo.

Beriain afirma la existencia de sistemas de clasificación rígidos y flexibles¹⁸. Los sistemas rígidos, tal como el que aquí se describe, se sustentan en la pureza de las categorías: cada elemento pertenece exclusivamente a una categoría. Los instrumentos de evaluación del desarrollo psicomotor, elaborados por el GIEP y utilizados en el caso que nos ocupa, clasifican a la población en función de categorías claramente delimitadas (“riesgo” / “no riesgo” o eventualmente “daño”).

Existe una dimensión moral en la construcción de la realidad que hace a la cuestión de la clasificación, o a su ausencia, una cuestión de deber ser o no (...) no estamos haciendo una afirmación, únicamente, sobre la disposición de los objetos en el mundo sino también evaluamos moralmente tal orden: el `adentro-propio –moralmente puro´ y el `afuera-extraño-moralmente impuro´ configuran la construcción social de límites socio-espaciales que operan como categorías de normalidad/patología moral (Beriain, 2005).

Hemos visto hasta aquí una forma de racionalidad técnico – científica en marcha que, retomando los “imperativos de normalización” de Hacking, define y clasifica, cuenta y correlaciona, cuantifica y mide, medicaliza (normal / patológico o su correlativo riesgo / no riesgo) y normaliza (define parámetros mensurables de lo normal). También se encuentra presente cierta preocupación por el origen biológico de ciertas características y comportamientos:

Puede resultar arriesgado afirmar que los procesos que condicionan la exclusión se instalan tan tempranamente y que podría hablarse de `una biología de la exclusión´. Pero si recordamos las características de la fragmentación social así como las condiciones que deberían desarrollarse a efectos de una inserción creativa en el mundo actual, comienza a ser más claro el precoz inicio de una historia de exclusión (GIEP, 2007, p. 92).

La salud emocional, las habilidades sociales y las capacidades cognitivo lingüísticas que aparecen en los primeros años son importantes pre-requisitos para el éxito escolar. Nuevamente aparece confirmado, desde la biología, cómo estas carencias tempranas condicionan el fracaso escolar y la posterior inserción social (GIEP, 2007, p. 93).

El uso burocrático de los resultados de estudios de este tipo permite adaptar las clasificaciones a las necesidades de una racionalidad gerencial en la administración de la asistencia (“burocraticemos” diría Hacking). La evaluación del riesgo, entonces, es una forma de leer la realidad social que permite satisfacer un doble objetivo de carácter instrumental y vinculado a la gestión eficiente de las prestaciones sociales: (i) identificar grupos de población a partir de su caracterización en función de ciertos *atributos* constituyéndolos en destinatarios de lo que denominamos como políticas de inserción social focalizada, y (ii) la identificación de ciertos *comportamientos* calificados de `riesgo´, habilitando así la intervención

18 Los sistemas clasificatorios rígidos exigen la segregación de “islas de significado creando `guetos sociometales´ que nunca se toquen” y se caracterizan por una “adherencia estricta a una lógica purista del `o esto o lo otro´”, dibujando “distinciones agudas y claramente delimitantes” evitando las zonas de indefinición. Los esquemas clasificatorios flexibles se caracterizan “más por el cambio que por la permanencia y, por tanto, con una aversión a cualquier límite que pudiera impedir la existencia de fronteras borrosas y porosas al cambio y a la crítica” y se encuentran presentes en la “sociedad moderna y sobre todo en las sociedades modernas tardías (...) pero esto no significa, de ninguna manera, que un esquema (el flexible) haya ganado la partida egipcianizando al otro (el rígido) o viceversa. En la sociedad moderna existe una pugna entre un esquema clasificatorio rígido, basado en la `pureza´, con unas distinciones cuasinaturalizadas y un esquema flexible, basado en la ambivalencia con distinciones más borrosas y permeables” (Beriain, 2005)

de las profesiones asistenciales en procura de su modificación. En síntesis, la definición de factores de riesgo para el desarrollo psicomotor se construye en función de un criterio de normalidad y la norma permite individualizar pues el caso es producto de la norma y de las desviaciones con respecto a ella.

Conclusiones

Las cuestiones vinculadas al desarrollo psicomotor infantil han ganado cierta centralidad dentro del conjunto de preocupaciones vinculadas a las intervenciones en la primera infancia constituyéndose en sustrato vertebrador que funda la promoción de ciertas prácticas de cuidado. Han sido las disciplinas biomédicas, en especial las denominadas neurociencias, las que han construido los problemas del desarrollo psicomotor infantil como un espacio de producción de conocimiento e intervención que le es inherente. La preeminencia ejercida por estas disciplinas frente a aquellas del campo social permiten señalar que la comprensión del tema del desarrollo psicomotor infantil está siendo fuertemente medicalizado. El funcionamiento bipolar y el campo semántico que estructuran el enfoque de riesgo no resultan ajenos para la profesión médica y las tecnicaturas de la salud. El enfoque de riesgo se ha consolidado como un dispositivo privilegiado de los procesos contemporáneos de gestión de lo social gracias a algunos atributos propios: permite satisfacer las necesidades de información que emanan de las políticas focalizadas; promueve la eficiencia del gasto social, en virtud de su capacidad para proporcionar criterios de asignación de recursos en función de la magnitud y distribución de las exposiciones y daños experimentados por los individuos en situación de pobreza y/o fragilidad social; inaugura nuevos modos de vigilancia de individuos y poblaciones, y permite refinar los ya existentes a través de recursos informáticos y de la consecuente ampliación de los dominios y áreas de aplicación (Mitjavila y Vecinday, 2011).

Asimismo, hemos visto cómo se opera sobre el desarrollo psicomotor en la primera infancia desde un dispositivo concreto de protección social. Los imperativos de normalización suponen operaciones que sólo pueden llevarse adelante cuando son configuradas desde el conocimiento experto que informa acerca de sus contenidos, instrumentos, procedimientos y técnicas.

Comprender e intervenir sobre la vida social bajo los presupuestos de la lógica del riesgo supone imputarle a los valores, las creencias, los comportamientos o, en otras palabras, a los estilos de vida "elegidos" por los individuos, la principal responsabilidad ante los daños eventuales o reales que los puedan afectar. Administrar la incertidumbre, leída en términos de riesgos, y hacerlo de forma eficiente parecen ser objetivos centrales de los actuales dispositivos de protección social. Tal como sostiene Hacking el mayor indeterminismo de la vida social abre campo fértil al cálculo de probabilidades lo que, a su vez, abona la emergencia de nuevas y más eficientes estrategias de control sobre los comportamientos individuales: "Las raíces de la idea están en el concepto de que se puede mejorar – controlar- una subpoblación atípica y desviada mediante el recuento y la clasificación". Las ciencias que clasifican gentes afectan la percepción social sobre los problemas sociales y los comportamientos individuales, propios y ajenos. Así mismo, también hemos visto cómo afectan fuertemente las formas institucionalizadas de intervención social suministrando insumos para los decisores y gestores de los dispositivos de protección social. Por último, hemos visto cómo las ciencias que clasifican gentes apelan fuertemente al desarrollo de estrategias de

autocuidado mediante la gestión individual de los riesgos sociales. En palabras de Bauman (*apud* Beriain, 2005, p. 76), se diría que las ciencias que clasifican gentes se esfuerzan por reducir la ambivalencia. Sin embargo, la “domesticación del azar” debe lidiar con la ambivalencia producida en el propio acto de clasificación: “La ambivalencia es un producto colateral que surge en el acto de clasificación; su surgimiento exige un mayor esfuerzo clasificatorio si cabe (...) la ambivalencia puede ser combatida sólo con un nombre que es todavía más exacto y clases que son definidas con más precisión”.

BAUMAN, Zygmunt. *La sociedad individualizada*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2001.

BERIAIN, Josetxo. *Cruzando la delgada línea roja: las formas de clasificación en las sociedades modernas*. Universidad Pública de Navarra, 2005.

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

CANETTI, A., CERUTTI, A., NAVARRETE, C., SCHWARTZMANN, L., ROBA O., ZUBILLAGA, B. *Sobre desarrollo infantil de niños/as menores de 5 años y características familiares, en condiciones de pobreza*. Disponible en: http://www.iin.oea.org/conferencia_ana_ceruti.htm

CASTIEL, L. D. *Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco*, 2003 Disponible en: <http://www4.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/index.htm>. Consulta: 3/04/2007

Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales [GIEP]. *Sobre desarrollo infantil de niños/as menores de 5 años y características familiares en condiciones de pobreza*. Instituto Interamericano del Niño, s/f.

HACKING, Ian. *La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias*. Sevilla: Gedisa, 2006.

HERRERA, S. *Sobre las formas de clasificación en Durkheim y Bourdieu*. *Revista Voces y Contexto*, n. II, Año 1.

Disponible en: http://www.uia.mx/actividades/publicaciones/iberoforum/2/pdf/sandra_herrera.pdf. Consulta: 21/09/08

INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF. *Lineamientos de acción del Plan CAIF*, 1999.

_____. *Un lugar para aprender y crecer jugando*, 1998.

Instituto de la Niñez y la Adolescencia, Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF. *Guía Metodológica. Programa de Estimulación Oportuna "Un lugar para aprender y crecer jugando"*, 2006.

MITJAVILA, Myriam. *El riesgo como instrumento de individualización social*. In BARKÚN, M. y KRMPOTIC, C. *El Conflicto Social y Político. Grados de libertad y sumisión en el escenario global y local*. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2006, p.91-108.

MITJAVILA, Myriam; VECINDAY, Laura. *El enfoque de riesgo como dispositivo individualizador en el campo social*. In LORENTE, B. (Org). *Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica*. Madrid – Buenos Aires: Miño y Dávila Editores, 2011, p. 79 -104.

ORTEGA, E. *Medicina, religión y gestión de lo social. Un análisis genealógico de las transformaciones del Servicio Social en el Uruguay (1955-1973)*. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social, Tesis de Doctorado, 2009.

Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF. *20 años Plan CAIF. 1988 – 2008*. Montevideo, octubre 2008.

ROBA, O. Desarrollo infantil y fragmentación social en la sociedad uruguaya actual. In CAIF. *Desarrollo infantil y fragmentación social en el Uruguay actual*, 2009. Disponible en: <http://www.plancaif.org.uy/documentos/>. Consulta: 12/4/10

Recebido em outubro de 2011

Aprovado em outubro de 2011