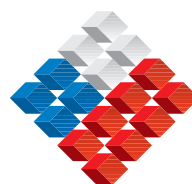


# Sistematización Programa Emprende Mamá

*Sistematización “Programa Emprende Mamá”:  
Apoyo psicoafectivo, educativo y  
formativo para el embarazo adolescente*



GOBIERNO DE CHILE  
FONDO DE SOLIDARIDAD E INVERSIÓN SOCIAL  
MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN

# Sistematización Programa Emprende Mamá

*Sistematización “Programa Emprende Mamá”: Apoyo psicoafectivo,  
educativo y formativo para el embarazo adolescente*

*Programa Emprende Mamá. Asociación de Damas Salesianas. Santiago, julio, 2006*

## *Investigadores*

Carmen Larraín

Erika Kopplin

Edda Pugin

# SISTEMATIZACIÓN PROGRAMA EMPRENDE MAMÁ

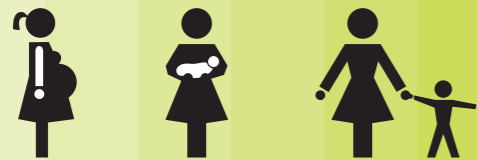
## OBJETIVO DEL PROGRAMA

Generar condiciones psicoafectivas que permitan el desarrollo de las potencialidades de la joven madre para acoger y cuidar de su hijo a través de la formación de un vínculo seguro.



## EMPRENDE MAMÁ

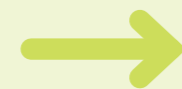
Programa de acompañamiento psicoafectivo, formativo y educativo a adolescentes durante el período de gestación, nacimiento y crianza de su hijo o hija.



## ESTRATEGIA ESENCIAL DEL PROGRAMA

### CONCEPTO DE "DOULA":

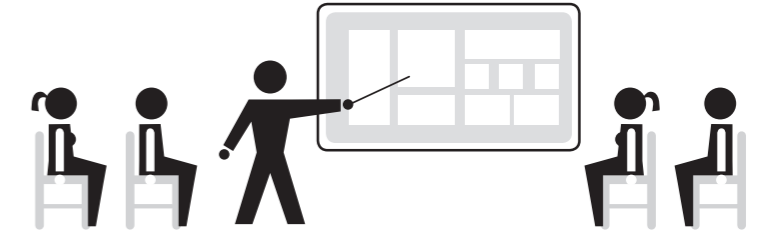
Se refiere a una mujer que acompaña a otra mujer en el proceso de maternidad.



## PRINCIPALES ASPECTOS DEL PROGRAMA:

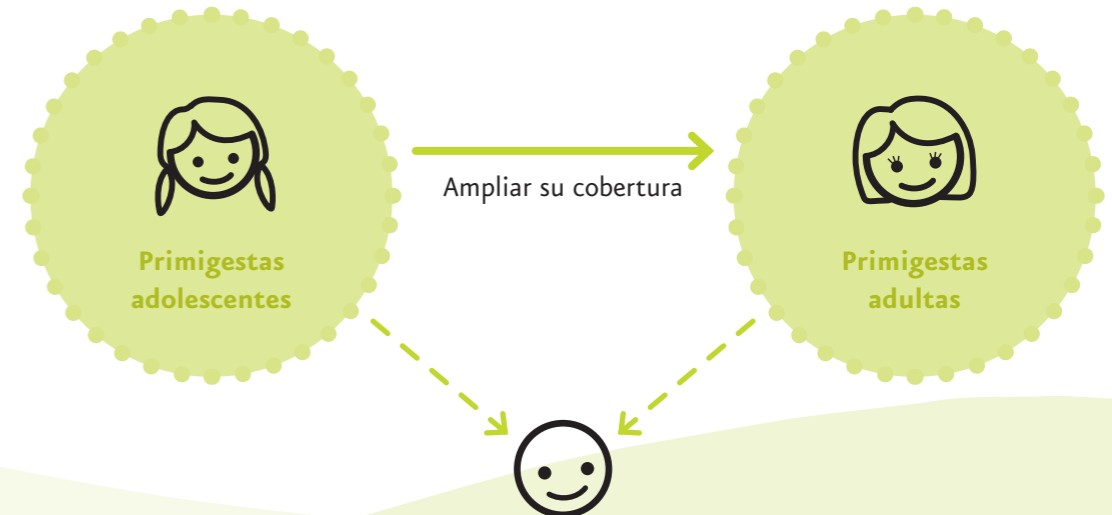


a) Apoyo psicoafectivo



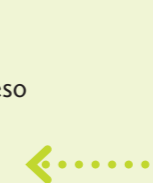
b) Apoyo educativo en un contexto grupal

## EXTENDER ESTA EXPERIENCIA



El componente psicoafectivo cobra especial importancia cuando el proceso de gestación y maternidad se vive en situaciones de vulnerabilidad económica, social y/o familiar.

Instancia fortalecedora de las habilidades maternas



## CONCLUSIÓN

Para acercarse a una equidad de oportunidades para nuestros niños y niñas, las políticas de intervención deben apuntar a fortalecer a los padres en sus habilidades parentales y en especial a la madre en su maternidad.





***1ª Parte***

# Sistematización Programa Emprende Mamá

Programa Emprende Mamá . Asociación de Damas Salesianas.



*Índice*

<b>1. Introducción.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Fundamentos teóricos del Programa “Emprende Mamá”</b>	<b>12</b>
A) Descripción general del embarazo adolescente.....	13
B) Embarazo adolescente y pobreza.....	14
C) Fundamentos del acompañamiento psicoafectivo, educativo y formativo de “Emprende Mamá” .....	15
C.1) El fortalecimiento del vínculo madre–hijo/a como principal elemento protector de la salud mental infantil.....	15
C.2) El acompañamiento psicoafectivo.....	16
C.3) Aspecto formativo.....	17
C.4) Aspecto educativo.....	18
D) Caracterización de la adolescente embarazada.....	18
D.1) Distribución según edad.....	18
D.2) Situación de vivienda, familia y pareja.....	18
D.3) Factores de riesgo.....	19
D.4) Antecedentes de parto, postparto y lactancia.....	19
D.5) Antecedentes al egreso.....	19
D.6) Situación educacional.....	19
<b>3. Sistematización del Programa Emprende Mamá.....</b>	<b>21</b>
A) Alianzas básicas para la implementación del programa en la comuna.....	22
A.1) Alcaldía.....	22
A.2) Corporación municipal.....	22
A.3) Hospital de la zona sur oriente.....	22
A.4) Juntas vecinales.....	23
A.5) Servicio Nacional de Menores (SENAME).....	23
B) Equipo de trabajo.....	23
B.1) Equipo profesional.....	23
B.2) El voluntariado como recurso humano para una intervención psicosocial....	24
C) Cobertura, ritmo e inserción comunal del programa.....	24
D) Etapas del programa.....	25
D.1) Diagnóstico inicial de base.....	25
D.2) Captación de las participantes.....	26

D.3) Formación del grupo.....	26
D.4) Funcionamiento regular del grupo.....	26
I. Acompañamiento psicoafectivo.....	26
II. Talleres educativos y formativos.....	26
D.5) Egreso del programa.....	27
D.6) Seguimiento.....	27
<b>E) Registros y evaluaciones de proceso.....</b>	<b>27</b>
E.1) Registros de recopilación datos de adolescentes.....	27
I. Ingresos mensuales a consultorios.....	27
II. Registro de participante.....	28
III. Ficha psicosocial.....	28
IV. Índice específico.....	28
V. Inventario de autoestima de Coopersmith.....	28
VI. Encuesta de depresión postparto de Edinburgh.....	28
VII. Ficha psicosocial de egreso.....	28
E.2) Registros de información del funcionamiento de grupos.....	28
I. Hoja de asistencia.....	28
II. Registro de evaluación de sesiones.....	28
E.3) Registros de recopilación de actividades equipo profesional.....	28
I. Registro de talleres.....	28
II. Registro de intervención individual.....	28
III. Hoja de visita domiciliaria.....	28
E.4) Manejo central de datos de funcionamiento del programa.....	28
<b>F) Evaluación de impacto del programa.....</b>	<b>28</b>
<b>4. Material de apoyo y ejecución del programa.....</b>	<b>34</b>
A) Material de presentación y difusión del programa.....	35
B) Manuales de trabajo para monitoras.....	35
B.1) Manual 1: Dinámicas educativas para embarazadas.....	35
B.2) Manual 2: Dinámicas educativas para madres.....	35
B.3) Manual 3: Actividades creativas.....	36
C) Material lectivo de apoyo a talleres educativos.....	36
<b>5. Conclusiones.....</b>	<b>37</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>40</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>43</b>
• Anexo 1: Tablas de caracterización adolescentes programa 2001–2005.....	44
• Anexo 2: Tablas de ingresos a programa según año y consultorio.....	49
• Anexo 3: Grupos funcionando según año.....	50
• Anexo 4: Flujograma.....	51



*Introducción*

**1**

En los últimos años, tanto desde el gobierno como de sectores privados, se vienen desarrollando diversas estrategias de intervención destinadas a favorecer a la infancia, en especial desde que se ha confirmado la relevancia de las experiencias tempranas en el desarrollo de los niños y niñas y cómo éstas determinan en importante medida sus potencialidades futuras.

Sin embargo, la implementación de estos programas o intervenciones no siempre han logrado llegar a las poblaciones que más lo requieren. Entre ellas, la situación de la madre adolescente de sectores pobres puede ser considerada de especial riesgo por todas las consecuencias que conlleva tanto para ella como para el destino de su hijo/a. La interrupción de su socialización, de su proceso educativo; la inserción temprana al mundo laboral sin la adecuada capacitación y la gran dificultad para formar una familia con el progenitor de su hijo/a la llevan con frecuencia a caer en una situación de mayor pobreza que la de su propia familia de origen. Por ello sostenemos que la maternidad temprana, con su incremento en las edades más precoces, lleva a la formación de un bolsón de pobreza que va creciendo en forma oculta.

Esta realidad llevó hace 5 años a un grupo de integrantes de la ADS (Asociación de voluntariado salesiano), dirigido por Carmen Larrain, a formar un equipo de trabajo integrado por profesionales y por un voluntariado capacitado y comprometido, para formular un programa, el cual, con el apoyo de diferentes estamentos: estatal, comunal y sector civil, busca prevenir la vulneración de derechos en las jóvenes madres y sus hijos/as y proteger a la infancia.

Este programa, “Emprende Mamá”, se definió como un **acompañamiento psicoafectivo, formativo y educativo a la adolescente embarazada.**

En este contexto el Programa tiene ya una trayectoria de 5 años enfocada a la adolescente gestante y su hijo/a durante los primeros años de vida y ha acumulado experiencia atendiendo a más de 300 jóvenes en la Comuna de La Florida.

Como objetivo busca generar condiciones psicoafectivas, que permitan, en primer lugar, establecer un vínculo entre la acompañante y la adolescente que facilite el proceso educativo y formativo para desarrollar las potencialidades inherentes a la maternidad que permitirán a la joven madre ser la primera protectora, defensora y cuidadora del desarrollo integral de su hijo/a.

Durante estos 5 años de trabajo se han establecido relaciones de colaboración con organismos de gobierno entre las cuales destacamos hoy la relación con FOSIS/MIDEPLAN, siendo este documento el primer producto acordado, en el marco general de la creación de un Sistema de Protección a la Infancia, según se indica en el convenio suscrito con fecha 26 de Septiembre del 2005 y corresponde a la recopilación, sistematización y evaluación de la experiencia acumulada durante la ejecución del Programa “Emprende Mamá”.

*Fundamentos teóricos  
del Programa  
“Emprende Mamá”*



## A) Descripción general del embarazo adolescente

En Chile se advierte un cambio significativo en la fecundidad de las adolescentes. Es así como entre los años 1980 y 1998 se observa una disminución de las tasas de fecundidad de las jóvenes entre 19 y 20 años y la mantención de los niveles de fecundidad en las de 18 años. A su vez, se advierte un aumento en estas tasas en las edades de 15 a 17 años. (1)<sup>(\*)</sup> La fecundidad de adolescentes menores de 15 años ha aumentado de 1,8% a 2,9%, medido sobre el total de nacimientos de adolescentes para el período 1990–2003 (2).

Se sabe que la fecundidad presenta riesgos biológicos asociados cuando se ejerce desde edades muy tempranas (3). Por ello se consideran una población especialmente vulnerable. Esta mayor vulnerabilidad que experimenta el hijo/a de la madre adolescente en el campo de la salud puede ser explicado, en gran medida, por la diferencia en los cuidados maternos que reciben, y que tienen su origen en las características del entorno en que se desarrollan y de la edad de sus madres.

La adolescencia es una etapa de la vida en que la joven requiere completar procesos psicológicos y sociales para que finalmente pueda llegar a ser un adulto autónomo. La maternidad en esta edad llega en un momento en que aún no ha resuelto su propia necesidad de dependencia por lo que se le hace difícil aceptar que otro ser indefenso dependa de ella. La dificultad para asumir este rol se evidencia en que un porcentaje importante de estos niños/as tienen vínculos inseguros, comparado con hijos/as de madres no adolescentes, según lo señala un estudio llevado a cabo por Broussard. En él se aplicó una versión modificada de la Situación Extraña de Ainsworth a 38 hijos/as de madres adolescentes primigestas que habían nacido de término y sanos, con el fin de evaluar vínculo madre–hijo/a. Se encontró solo un 23,7% de niños/as con vínculo seguro, lo cual difería considerablemente con lo que se reporta en la mayoría de estudios de madres de raza blanca y nivel socioeconómico medio que es aproximadamente entre 55–65%. En el grupo evaluado un 31,6% de niños/as fue clasificado como inseguro o desorganizado, que también difiere del 12% encontrado por otros autores en muestras de clase media blanca. (4) Se agrega a ello la existencia de vínculos débiles con sus propias madres, como se describe en las familias de ingresos precarios (5), por lo que no cuentan con modelos adecuados de aprendizaje. La falta de vínculo seguro pone en riesgo el desarrollo del niño/a tanto en el plano físico como psicológico (6).

La maternidad en esta edad es vivida como una experiencia que interrumpe sus procesos de desarrollo, tanto en lo que respecta al aspecto educativo, como a las tareas propias de esta etapa de vida, como son: la socialización con sus pares, la búsqueda de identidad, de un proyecto de vida y la gradual autonomía de las figuras parentales (7).

Constituye además una condición de riesgo de vulneración de derechos tanto para la joven como para su hijo/a (8). Para la joven se ve vulnerado su derecho a la educación ya que la maternidad adolescente lleva a una deserción temprana del sistema escolar por parte de la joven, debido en parte a factores personales como asumir el cuidado de su hijo/a, como también presiones externas del sistema familiar y/o escolar (9). También se amenaza el derecho al desarrollo, la participación y la protección. La adolescente sufre una automarginación así como también una marginación de parte del sistema social que la lleva a una interrupción del proceso normal de socialización, produciéndose un desarraigo comunitario y ruptura de redes sociales y en ocasión también familiares. Este aislamiento en que vive su embarazo la desvincula del medio y sus recursos y restringe el acceso a nuevas oportunidades de desarrollo y formación de una familia. El Estado no le

(\*) Los números entre paréntesis corresponden a referencias bibliográficas.

ofrece las alternativas de apoyo social que reciben el resto de las familias de bajos recursos, al no considerarla un núcleo familiar independiente de su familia de origen (no tiene ficha CAS propia, sino que la de su familia). El derecho a la protección se ve vulnerado cuando la familia de origen se desentiende del cuidado y mantención económica de la joven con el pretexto del embarazo. También se observa muchas veces vulnerado, el derecho a recibir la información necesaria que promueva su bienestar y su desarrollo como persona, ya que debido a su corta edad y falta de educación desconocen principios básicos de cuidados de la salud y hábitos de crianza para ellas y sus hijos/as. Finalmente el derecho a la protección y prevención contra maltratos se ve amenazado. La maternidad temprana impide una independencia económica de las jóvenes, esto hace que se ve muchas veces forzada a mantener una relación de pareja con el padre de su hijo/a por la necesidad económica de mantenerlo, resultando muchas veces víctima de trato vejatorio e incluso en algunos casos de maltrato por parte de esta pareja.

Desde la perspectiva del niño/a también se ven amenazados algunos derechos, tal como el derecho a crecer sano, física, mental y espiritualmente, ya que como señalamos los cuidados maternos y las prácticas de crianza infantil en este grupo son diferentes al resto de la población infantil. En efecto varios estudios señalan diferencias encontradas en los cuidados infantiles tempranos. Culp y colaboradores encontraron, en un estudio realizado el año 1988, que las madres adolescentes sonríen menos y establecen menos contacto visual y físico positivo con sus hijos/as comparados con madres adultas, aún cuando se controlaron los efectos del nivel socioeconómico y la raza. Se vio que ellas hablan menos y son más autoritarias al momento de interactuar con sus hijos/as (10). Por su parte Passino, Whitman y colaboradores al comparar una muestra de madres adolescentes con madres adultas vieron que las primeras eran más pasivas en sus interacciones y recibieron puntajes más bajos en conductas afectivas, cantidad de estimulación, flexibilidad, positividad, motivación y calidad materna en general (11). Coincidentemente Coll y colaboradores encontraron que las madres adolescentes son percibidas como menos sensitivas y responsivas, a la vez que más restrictivas, punitivas e intrusivas en su estilo de crianza comparado con madres adultas (12). Una de las causas podría encontrarse en que las madres adolescentes tienden a estar más deprimidas y, a causa de ello, menos emocionalmente disponibles para sus hijos/as (13).

## **B) Embarazo adolescente y pobreza**

En el ámbito social el embarazo adolescente representa también riesgos importantes relacionados con su futuro, que repercuten en los niveles de salud y calidad de vida de ambos y que a la fecha no han podido ser prevenidos ni siquiera en países más desarrollados.

De acuerdo a estudios de CEPAL (14) el embarazo adolescente se da con mayor frecuencia en los estratos sociales más bajos y entre las jóvenes con menos años de escolaridad. Por otra parte el embarazo en sí tiende a reducir los años de estudio en al menos dos años, comparado con las adolescentes que no se embarazan, lo cual incide en sus futuras oportunidades de inserción laboral. De esta forma, la pérdida de educación tiene un costo de oportunidad mayor porque se da en quien más lo necesita, ya que la madre joven se ve en la necesidad de asumir responsabilidades adultas más tempranamente que otras jóvenes. Si bien el embarazo adolescente puede considerarse un problema de salud pública en Chile, es también un problema social, por las consecuencias que genera, ya que se traduce en un retroceso del desarrollo socio-económico para el binomio madre-hijo/a. La joven embarazada se ve en la necesidad de dejar postergados sus estudios al

momento de ser madre, pues su nueva y principal responsabilidad, atención y motivación están en el cuidado de su hijo/a. Al pasar los meses esta postergación se traduce en abandono de los estudios, pues cuando intenta retomarlos, no cuenta con las estructuras familiares ni sociales para el apoyo en el cuidado de su hijo/a. Gerstenfeld (15) al analizar la asociación entre educación y embarazo en América Latina sostiene que: “el nivel educacional es el factor más asociado al fenómeno de la maternidad en la adolescencia” y que “las madres adolescentes ven reducido su capital educacional en alrededor de 2 años de estudio en comparación con aquellas que no son madres antes de los 20 años”. De este modo, la maternidad temprana afecta en forma más negativa a las jóvenes en los estratos bajos, donde la educación impacta directamente en las oportunidades para lograr una mejor calidad de vida. Por otro lado, la necesidad de crianza del hijo/a requiere de esta madre que se inserte tempranamente en el mundo laboral. Su falta de estudios la lleva a encontrar sólo trabajo poco calificado y por tanto mal remunerado. Esto contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza.

Las estadísticas del Servicio Nacional de Salud respecto a la distribución del embarazo en jóvenes entre 15 y 19 años según comunas del Gran Santiago durante el año 2002, reportado por el SEREMI Sr. Mauricio Ilabaca en Septiembre de 2005 (16), reveló una fuerte inequidad en este tema, ya que las tasas de embarazo adolescente varían significativamente entre las comunas de mayor y menor ingreso. En la Región Metropolitana la tasa de embarazo adolescente llega en promedio a 55 por cada mil nacidos vivos. Existe una diferencia marcada entre lo que sucede en las comunas de mayores y menores ingresos. Las comunas de Las Condes, Vitacura y La Reina presentan tasas de embarazo adolescente por debajo de los 25 por cada mil nacidos vivos, mientras que otras localidades como La Pintana, La Granja y Lo Espejo superan los 75.

### **C) Fundamentos del acompañamiento psicoafectivo, educativo y formativo de “Emprende Mamá”**

#### **C.1) El fortalecimiento del vínculo madre–hijo/a como principal elemento protector de la salud mental infantil**

En los últimos años ha habido un creciente reconocimiento de la importancia que tiene un buen vínculo afectivo temprano con figuras significativas en la salud infantil y en edades posteriores. Esto debido a que se considera este elemento como un factor crucial para generar resiliencia a través de la vida (6).

Diversos estudios de seguimiento han mostrado cómo la existencia de algunos problemas en el área de la salud mental y en el área de la problemática psicosocial, se asocian a patrones anormales de vinculación temprana (17). Es así como se ha encontrado una asociación entre trastornos del apego y trastornos depresivos, trastornos de ansiedad en la infancia y trastornos de stress postraumático en edades posteriores (18).

Por otro lado, se ha ido tomando paulatinamente conciencia, tanto desde lo público como de lo privado, de que un enfoque preventivo en la salud de la población resulta a la larga más costo–efectivo que las intervenciones de tipo reparatorias posteriores a la producción de daño psicosocial.

Se ha comprobado que las interacciones tempranas entre un bebé en proceso de maduración y su ambiente social influyen sobre su salud mental en etapas posteriores de desarrollo. Hasta hace poco se pensaba que la vía por la cual la presencia de un buen vínculo protegía al niño/a era a través de la generación de un sentimiento de seguridad que le permitía al niño/a confiar que un adulto atendería a sus necesidades.

Sin embargo, el desarrollo que se ha producido en los últimos años en el campo de las neurociencias permite ofrecer un modelo psico–neuro–biológico más detallado e integrado del desarrollo normal y anormal y ha permitido constatar que la relevancia de un buen vínculo va más allá del ámbito psicológico, incidiendo en la bioquímica cerebral. Según estos estudios existe una relación estrecha entre desarrollo cerebral óptimo y salud mental infantil posterior, así como desarrollo cerebral alterado y alteraciones de la salud mental.

Este enfoque plantea que la salud mental infantil puede ser definida como el desarrollo y expresión de estrategias flexibles frente a la novedad y al stress, que se adquieren a través de las experiencias de vínculo temprano sano con la madre (19). De este modo, la salud mental infantil no es sólo un constructo psicológico sino que psicobiológico. El cuidado materno temprano impacta directamente en la maduración del sistema límbico, el área del cerebro que se especializa en la organización de aprendizajes nuevos y le da la capacidad de adaptarse a un ambiente cambiante (20–25).

Cuando la madre es capaz de sintonizar con los estados afectivos de su hijo/a y satisfacer sus necesidades, le enseña a éste a regular sus estados afectivos. De este modo, el cerebro inmaduro del hijo/a se ayuda del cerebro maduro de la madre para lograr su propia regulación afectiva. A través de experiencias positivas repetidas de regulación se ponen en marcha los mecanismos bioquímicos que en el futuro utilizará para tranquilizarse a sí mismo. Así, paulatinamente, él irá desarrollando su propia capacidad de autorregulación frente a situaciones que le generen stress, al activar circuitos cerebrales que se generaron gracias a estas primeras experiencias.

Sin embargo, si se producen alteraciones del vínculo temprano (formación de vínculos inseguros o desorganizados) el menor estará expuesto a situaciones traumáticas que generan períodos largos de estados afectivos negativos que no tienen reparación. Las consecuencias son que experimenta niveles prolongados de hormonas de stress como el cortisol circulando por todo su cuerpo (26) y alteraciones en el desarrollo de la corteza órbito–frontal del cerebro, la cual ejerce un rol inhibitorio sobre la conducta agresiva y el reconocimiento de los estados emocionales. Para protegerse a sí mismo deja de expresar su necesidad de regulación por parte de un adulto y utiliza como mecanismo compensatorio la disociación frente a sus emociones (27). Estados crónicos de falta de sincronía madre–hijo/a llevan a una pérdida de conexiones neuronales en la corteza orbitofrontal, dejando al niño/a a futuro con muy poca capacidad para modular y regular sus emociones frente al stress. Esto explicaría la asociación encontrada en diversos estudios entre alteraciones del vínculo y variadas patologías mentales.

En síntesis, las experiencias tempranas de vínculo apropiado permiten el desarrollo en el niño/a de zonas cerebrales que le permitirán a futuro organizar sus conductas frente a situaciones de stress, zonas que se asocian con el desarrollo, reconocimiento e integración de los estados afectivos personales e interpersonales. Por todo esto, resulta indispensable intervenir a través del fortalecimiento del vínculo madre–hijo/a en poblaciones de riesgo, como lo son las madres adolescentes de estratos sociales bajos, antes de la aparición de problemas psicosociales en la infancia y adolescencia, que requerirán de un tratamiento reparatorio largo y menos efectivo (28).

### **C.2) El acompañamiento psicoafectivo**

Se sabe que existe una cierta transmisión intergeneracional de los vínculos inseguros. Es decir, madres que experimentaron vínculos inseguros con sus madres, tenderán a formar vínculos inseguros con sus hijos/as también (29). Esto se produce debido a que las capacidades maternas se aprenden en contextos vivenciales.

Toda persona ha experimentado, a través de su proceso de crianza, un cierto estilo de interacción con figuras significativas por lo que han desarrollado un “modelo interno” respecto de conductas maternas. Si las experiencias tempranas de apego moldean circuitos del cerebro y la falla en la formación de estos circuitos deja a la persona vulnerable a alteraciones en su regulación afectiva en etapas posteriores de la vida, se plantea la pregunta ¿será posible restaurar esta capacidad recurriendo a la plasticidad cerebral después de pasado el período crítico?

Podemos suponer que esto es posible, basándonos por un lado en hallazgos que señalan que ciertas intervenciones psicoterapéuticas producen cambios cerebrales, asociados a zonas del hemisferio derecho (30) y por otro lado en los estudios que muestran que mujeres que han carecido de vínculo afectivo temprano por haberse criado en hogares institucionales son capaces de desarrollar mecanismos protectores cuando tienen una pareja que les ofrece apoyo emocional y una relación íntima, confiada y armoniosa que las llevaba a dar un buen cuidado a sus hijos/as (31). Por lo tanto, podemos sostener que cuando existe esta carencia, el ser humano es capaz de modificar estos modelos internos a través de experiencias sociales correctivas. Como señala <sup>(1)</sup> Barudy **“la capacidad de apego puede promoverse o reforzarse a través de acompañamientos psicosociales de los futuros padres antes y durante el embarazo, así como el parto y el período que le sigue”**.

(1) Barudy J. y Dantagnan M.  
“Los buenos tratos a la infancia”  
Editorial Gedisa, S.A. 2005

También hoy sabemos que el período del embarazo es un período especialmente sensible en que la gestante se encuentra más abierta a experimentar cambios psicológicos profundos pues es una etapa de transición o crisis que llevará a la construcción de una nueva identidad (32–37) y que, por lo tanto, una intervención en ese período produce un mayor impacto.

Emprende Mamá se fundamenta en el concepto de “doula”, palabra griega que significa “mujer que acompaña a otra mujer”. Se ha documentado que en la mayoría de las culturas antiguas la mujer era acompañada por otra u otras mujeres durante períodos importantes de su vida como el parto y postparto. Estudios realizados en la actualidad han mostrado que la incorporación de una mujer que entrega apoyo emocional constante durante el trabajo de parto, afecta positivamente en sus resultados, no sólo en cuanto a producir partos y nacimientos menos complicados, sino que aporta en la humanización de éste permitiéndole tener una experiencia más gratificante y menos atemorizante de él (38–40). Sus efectos positivos se pueden trasladar incluso mas allá del parto, influyendo positivamente en una lactancia exitosa (41, 42, 43).

Considerando los efectos beneficiosos que tiene el acompañamiento afectivo durante el proceso del parto y las necesidades que hemos podido detectar en las adolescentes embarazadas de sectores populares, es que hemos innovado extendiendo el acompañamiento afectivo a un período más extenso que cubra todo el embarazo y el primer año de vida del niño/a. La estrategia de acompañamiento psicoafectivo entregado por otra mujer, que actúa de modelo de figura materna y que permanece en contacto durante un período extendido de tiempo manteniéndose en sintonía afectiva, ayudará a la joven a desarrollar sus propias habilidades maternas y tiene un alcance aún mucho mas integral en el desarrollo ayudando a la superación de la crisis de identidad propia de la adolescencia.

### C.3) Aspecto formativo

El principal objetivo formativo es acompañar el “nacimiento de una madre”, reconociendo el valor de la maternidad dentro del proceso de adquisición de identidad. Ello tiene efectos para el hijo/a, ya que genera una actitud responsable y de pro-



tección hacia éste. La toma de conciencia por parte de la madre de la importancia de su influencia en el proceso bio–sico–afectivo de su hijo/a, le permite actuar con mayor responsabilidad a la vez que le da sentido a su propio esfuerzo.

En sectores de bajos recursos existe una desinformación o bien una falta de comprensión cultural que hace que la gente viva constantemente una vulneración de derechos, que actúa limitando su acceso a las políticas, programas y acciones que desde el estado apuntan a la superación de la pobreza. Muchas de estas estrategias requieren de la participación ciudadana responsable y su búsqueda activa a soluciones frente a sus diversas problemáticas. Sin embargo, esta participación no siempre se logra y uno de los problemas de la pobreza es precisamente la desvinculación de las personas de grupos sociales que potencien su actuar y búsqueda conjunta de soluciones. La metodología grupal empleada en el programa Emprende Mamá, junto a la interacción transcultural (entre voluntarias y adolescentes) apunta precisamente a un proceso de cambio cultural que tienda a identificar y reconocer sus derechos, generando una plataforma de protección social que permita una mayor equidad para aprovechar las oportunidades que el sistema social ofrece.

#### **C.4) Aspecto educativo**

El proceso educativo busca descubrir y despertar las potencialidades de la joven, que le ayudan a formar una noción de maternidad y que le permiten ser la primera protectora de los derechos de su hijo/a. A través de la educación, se le entregan herramientas que le ayudan a encaminar, cuidar y potenciar el desarrollo integral de su hijo/a.

El uso de la metodología grupal participativa tiene como objetivos favorecer el proceso de socialización, permitir una mayor oportunidad de aprendizajes cruzados, desarrollar habilidades de interacción social, facilitar los procesos de modelaje positivo en un ambiente cuidado y reconocer la importancia de los grupos sociales como apoyo en el desarrollo personal y familiar.

#### **D) Caracterización de la adolescente embarazada**

Desde el inicio del programa el año 2001 a la fecha han participado 328 adolescentes. Se ha podido recabar información que nos permite hacer una descripción de sus condiciones de vida, de pareja y familiares. Esta información nos ha sido de utilidad para conocer sus necesidades e ir adecuando el programa a ellas. Se han realizado entrevistas individuales al ingreso al programa para detectar posibles factores de riesgo en 322 casos. Asimismo, 103 jóvenes han sido entrevistadas al momento de su egreso, con el fin de identificar si hubo cambios en su situación familiar, de pareja o personal ocurridos durante el lapso de tiempo en que participaron del programa. A continuación se hace una síntesis de estos datos (ver detalle de cuadros en Anexo N°1).

##### **D.1) Distribución según edad**

De la información recopilada se puede ver que si bien el 77% tiene 18 o menos años, la mayor cantidad se concentra entre los 17 y 18 años (44%). Del total hay 19 (6 %) de adolescentes menores de 15 años.

##### **D.2) Situación de vivienda, familia y pareja**

El 55% continúa viviendo con sus padres aún cuando mantiene un lazo de afecto (pololeo) con el padre de su hijo/a. Un 31% convive con él. La mayoría inició la convivencia en forma posterior al embarazo. Para la mayoría es su padre el jefe de hogar o el suegro. Un 20% de estos hogares tienen a la madre de la joven como

jefa de hogar. En los casos que la pareja trabaja, que es el 70%, éste generalmente aporta a la mantención de la joven y su hijo/a, pero no es el sostenedor principal.

La mayoría llevaba un año o más de pololeo al momento de enterarse del embarazo. Esto indica que no se trata de relaciones ocasionales. Más del 50 % de los padres son menores de 21 años. La gran mayoría entrega alguna forma de apoyo a la adolescente embarazada, sin embargo existe un 21% de casos en que no cuenta con el apoyo del padre de su hijo/a.

El jefe de hogar, al que pertenece la adolescente, en su mayoría no tiene enseñanza completa y trabaja ya sea de obrero no calificado con trabajo estable o bien como trabajador independiente no estable (vendedor de feria o ambulante). Un 56% tiene previsión, mientras que un 38% no la tiene. Un 7% se encuentra cesante.

Las viviendas son en su mayoría del tipo Serviu del cual son dueños y pagan dividendo.

### **D.3) Factores de riesgo**

Un 74% de las jóvenes refiere estar pasando por algún tipo de problema al ingreso. De éstos la mayoría se refiere a dificultades económicas y en segundo y tercer lugar se señala la falta de apoyo de la pareja y la existencia de conflictos al interior de la familia. Un 58% reporta dificultades en su autoestima en al menos un área. Es en el área familiar donde se detectan mayores problemas relacionados con conflictos en las relaciones interpersonales y en no sentirse alguien importante en la familia, que inciden en una baja autoestima familiar.

### **D.4) Antecedentes de parto, postparto y lactancia**

La gran mayoría tiene partos fisiológicos, alcanzando las cesáreas sólo el 10% de los casos. Se ha podido detectar un porcentaje alto de jóvenes que presentan indicadores significativos de alteraciones del ánimo en su período de postparto (52%), los que en general se van superando con el tiempo. Gracias a una educación intensiva de apoyo a la lactancia materna ésta llega a un 58% de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida del niño/a.

### **D.5) Antecedentes al egreso**

Se cuenta a la fecha con antecedentes de 103 jóvenes que han egresado una vez que sus hijos/as han cumplido un año de vida y a quienes se les ha aplicado la encuesta de cierre. Esta refleja la siguiente situación.

El 80% continúa viviendo con sus padres o suegros como allegados. De éstas el 32% vive a su vez con su pareja o esposo (el 10% se ha casado), mientras que el 48% restante mantiene un pololeo con la pareja. El 60% de los padres de los hijos/as de adolescentes apoya a la joven tanto afectiva como económicamente. Existe un 15% que no recibe apoyo de ningún tipo por parte del padre de su hijo/a. El 93% dice encontrarse con algún sistema de planificación familiar recibido en su centro de salud.

### **D.6) Situación educacional**

Dado que la continuidad de los estudios es un aspecto esencial para que la joven pueda mantener o mejorar su condición social y el embarazo actúa como un freno al proceso educativo detallaremos en forma especial esta situación. En relación al nivel de escolaridad alcanzado al momento del ingreso al programa vemos que el 64% de ellas ha completado sólo la enseñanza básica o bien tiene enseñanza media incompleta. Un 26% habían abandonado el sistema escolar antes del embarazo, mientras que continúan sus estudios durante el embarazo un 27%. Estos

casos se caracterizan por contar con el apoyo decidido de sus padres, quienes asignan un alto valor a la educación de sus hijas.

Al momento del egreso, el 25% de las jóvenes había completado su enseñanza media. De las que no han terminado estudios sólo un 16% se reinserta en el sistema escolar después del parto. La gran mayoría no lo hace porque optan por cuidar de su hijo/a. Sin embargo una vez que éste ha cumplido un año y está en condiciones de ir a un sala cuna, tampoco pueden reinsertarse porque no tienen vacantes en las salas cuna y no tienen quién cuide de su hijo/a en el hogar. Se da la situación de que muchas terminan cuidando de sus hermanos menores además de su hijo/a y realizando tareas del hogar porque ambos padres trabajan.

*Sistematización del Programa  
“Emprende Mamá”*



## **A) Alianzas básicas para la implementación del programa en la comuna**

Consideramos fundamental desarrollar el Programa conjuntamente con el Municipio, ya que la problemática del embarazo adolescente ha sido generalmente un foco de pobreza y retroceso tanto para la joven madre como a menudo para la familia de origen, por lo cual es importante la conciencia y compromiso de la red municipal de apoyo para que la situación de la madre adolescente y su hijo/a sea apoyada.

### **A.1) Alcaldía**

Compromiso del Alcalde, en cuanto a la disposición de que las áreas de salud y educación a través de la COMUDEF, apoyen este programa, como también al financiamiento del 50% del recurso profesional.

### **A.2) Corporación municipal**

#### **Área salud**

Acuerdo con los directores de los Centros de Salud de la comuna (5 Consultorios), para la obtención de los registros mensuales de embarazo de adolescentes.

Facilidad de uso de salas en el Consultorio, en los casos en que hay disponibilidad. Comunicación entre el programa y el consultorio (específicamente a nivel de matronas) para la identificación de las adolescentes que están en riesgo y que requieren seguimiento.

#### **Área educación**

Acuerdo con la Directora de educación para un trabajo conjunto en cuanto a:

- Facilitar la reinserción escolar o término de los estudios interrumpidos por el embarazo, respetando los plazos que requiere el postparto y la lactancia exclusiva por 6 meses, que promueve el programa como uno de sus objetivos principales, para el cual educa y prepara a la joven madre, con el fin de alcanzar los beneficios biosociales que conlleva la práctica de la lactancia para el futuro desarrollo de las potencialidades del niño/a, como también para hacer de la madre la primera protectora de su hijo/a.
- Disponer de la red tanto de establecimientos educacionales, programas y horarios a que puede acceder la joven madre como de los cupos en salas cuna con que cuenta la comuna.

### **A.3) Hospital de la zona sur oriente**

En este caso ha sido fundamental el compromiso del director de la maternidad del Hospital Dr. Sótero del Río con el programa.

Esto ha permitido la ejecución de dos importantes acciones:

- Implementar el acompañamiento a la adolescente durante el parto, por una DOULA o acompañante previamente capacitada por el equipo del programa, actividad que contribuye al logro de los objetivos propuestos en relación al fortalecimiento del vínculo madre-hijo/a.
- Realizar una visita grupal a la maternidad, previa al parto, acompañada por las voluntarias, con el fin de familiarizar a la joven con la situación que le tocará vivir y así disminuir las tensiones y stress que a menudo genera el desconocimiento y los prejuicios que impiden un parto amable y humanizado.

La relación se ha establecido específicamente con la Maternidad del Hospital y el equipo de matronas.

#### **A.4) Juntas vecinales**

Contar con las sedes de juntas vecinales, sedes parroquiales u otras instancias para las reuniones grupales semanales, cercanas a los domicilios de las jóvenes, es de gran importancia por dos razones:

- El programa considera la realidad sociocultural y económica de la adolescente, la cual especialmente durante el embarazo se mueve dentro del sector en que vive y cuenta con escasos recursos, iniciativa y motivación para trasladarse con mayor esfuerzo. Esta situación se hace más patente después de nacida la guagua en que la joven madre continúa asistiendo al programa durante un año con su hijo/a.
- La metodología del programa se desarrolla en encuentros grupales semanales siempre en el mismo lugar y ambiente propios, ojalá acogedores, buscando como objetivo la socialización del grupo, el conocimiento de sus pares, el compartir experiencias comunes y fomentar el desarrollo de nuevas iniciativas, para lo cual la continuidad y la pertenencia a un lugar y a una rutina son importantes.

#### **A.5) Servicio Nacional de Menores (SENAME)**

El Servicio Nacional de Menores se interesó en el programa en tanto permitía la visibilización de un grupo que, siendo jóvenes menores de edad, se encontraban en alto riesgo de ser vulneradas en sus derechos básicos. Por esta razón es que a contar del año 2004 financia el 50% del recurso profesional y lo incorpora dentro de la red Sename como programa de protección de derechos de la embarazada y madre adolescente. Esto ha permitido un trabajo más coordinado con otras instituciones que forman parte de la red SENAME para la derivación de casos especiales y también ser validadas frente a los establecimientos educacionales por gestiones realizadas para mantener dentro del sistema a las jóvenes estudiantes.

### **B) Equipo de trabajo**

#### **B.1) Equipo profesional**

En el caso de la experiencia realizada, el equipo de trabajo está integrado por profesionales de diversas áreas: psicóloga, enfermera matrona, asistente social y ejecutora de proyectos sociales.

Ha sido importante la asesoría externa con que hemos contado en las áreas de pediatría, medicina familiar y psiquiatría.

El enfoque directivo del programa se ha hecho desde la perspectiva psicosocial. Aunque el tema del embarazo tiende a relacionarse con el área salud, nos parece que como programa se inserta en un campo social o humano más amplio como lo es la maternidad.

El rol principal de los profesionales que conforman el equipo de trabajo ha sido:

- La formulación, gestión y evaluación del programa.
- La elaboración de los contenidos y dinámicas educativas del programa.
- La capacitación técnica al voluntariado en el manejo de los grupos y las dinámicas educativas.
- La entrega de talleres específicos a los grupos de adolescentes.
- La atención personalizada en casos de riesgo.
- La derivación oportuna a la red de atención de la comuna.
- La interrelación con los estamentos municipales correspondientes.

## **B.2) El voluntariado como recurso humano para una intervención psicosocial**

El voluntariado trabaja en equipo con los profesionales.

Está integrado mayoritariamente por mujeres entre los 25 y 50 años que se caracterizan por:

- Su opción de liberar y destinar un tiempo concreto y acordado para la ejecución del programa.
- Estar capacitadas en el manejo del programa.
- Participar de una formación comunitaria valórica al voluntariado.
- Estar habilitadas psicológicamente para entregar acompañamiento psicoafectivo a otras mujeres en la etapa concreta que aborda el programa.

Su rol fundamental en el equipo de trabajo es:

- Ejecutar el programa en terreno acompañando afectivamente a la joven y al grupo en forma constante una vez por semana en el proceso de ser mamá.
- Detectar tempranamente casos de mayor riesgo social para derivarlos a las profesionales del equipo.
- Completar parte de los registros y recopilar información relevante para la elaboración de datos estadísticos que sustentan el programa.

## **C) Cobertura, ritmo e inserción comunal del programa**

El programa se inició en marzo del año 2001 con la formación de grupos de adolescentes de los Centros de Salud los Castaños y Los Quillayes. En los años siguientes se fueron incorporando jóvenes de otros centros de salud: Mafioletti y Bellavista. En el año 2004 se acordó con la COMUDEF la formación de grupos sólo en 3 centros de la comuna, ya que éstos concentraban altos niveles de embarazo adolescente y se ubicaban en los lugares de mayor riesgo social. Los centros escogidos fueron Los Castaños, Villa O'Higgins y Los Quillayes. En el Anexo 2 se muestra un panorama de los grupos formados y atendidos por año y Centro de Salud desde el año 2002. Las jóvenes egresan habiendo participado en el programa entre 15 y 22 meses, dependiendo del momento del embarazo en que fue invitada a participar, por lo que es un programa continuo, con un ritmo de ingreso o formación anual de nuevos grupos que depende del volumen de cada consultorio.

A contar del año 2002 se comenzó a llevar un registro de los ingresos de embarazos adolescentes de cada consultorio. Así se pudo determinar que la comuna de La Florida ha presentado entre los años 2002 y 2005 un universo promedio de 564 embarazos en menores de 19 años (ver detalle en Anexo 2).

Durante el año 2002 se invitó a participar al 45,8% de ese universo. Asistieron a la invitación grupal casi el 50% de las contactadas, que correspondió al 21,4% del universo total. Sin embargo no todas continúan asistiendo. El 83% de las que asistieron por primera vez continuaron asistiendo y permanecieron en el programa. En los años siguientes se ha mantenido bastante similar la respuesta de las jóvenes ante la invitación. Es decir, alrededor del 50% de ellas acoge y le es posible participar y cerca del 80% de las que asisten por primera vez permanece en el programa en forma estable (ver cuadro de Grupos funcionando según año en Anexo N°3).

Del 50% que no acoge la invitación se ha podido determinar que corresponden a direcciones no ubicadas o dato falso o bien que no asisten en razón de sus estudios.

Otras en cambio, señalan que asistirán pero a pesar de realizar 3 visitas en su domicilio no acuden finalmente al grupo. Se estima que alrededor de la mitad de las que no asisten no señalan motivo para ello. Se ha tomado como criterio el realizar no más de 3 visitas domiciliarias de invitación y un llamado telefónico posterior.

Se considera que una de las causas de la participación de no más del 50% de las invitadas es que se ha trabajado sin sinergia con respecto a los centros de salud, quienes por razones de presión asistencial, aún cuando conocen el programa, no informan de él. Esta ha sido una debilidad de la convocatoria que esperamos poder revertir.

## **D) Etapas del programa**

### **D.1) Diagnóstico inicial de base**

Durante los meses de octubre a noviembre del 2000, previa a la formación de grupos, se realizó un trabajo en terreno para conocer la realidad de las adolescentes que enfrentaban una maternidad precoz. A través de animadores comunitarios se logró invitar a 28 embarazadas y madres adolescentes a 4 focus group que se realizaron en centros comunitarios de La Florida (Centro Juvenil Don Bosco y Centro Padre Miguel). A partir de estos encuentros se pudo realizar una caracterización de la adolescente embarazada. Se describen a continuación sus principales conclusiones:

Caracterización adolescentes:

- Los embarazos surgen de relaciones de pareja débiles.
- La gran mayoría son embarazos no planificados pero aceptados.
- Existe mucho temor a la reacción de sus padres.
- Cuentan en general con apoyo materno.
- Viven en condiciones socio-económicas precarias.
- Son apoyadas por sus amistades, pero a la larga se forman grupos afines en relación a crianza del hijo/a.
- Desconocen aspectos de cuidados del embarazo y expresan temor al parto.
- Se sienten inseguras en su rol materno.
- Existe deserción escolar antes y después del embarazo.
- No son apoyadas significativamente por sus parejas.
- Manifiestan cariño hacia su hijo y deseos de que nazca sano.
- No tienen claro sus planes para el futuro.

Caracterización de los hijos/a:

- Su cuidado está compartido entre sus madres y abuelas.
- Han sido criados con deficiencias en hábitos de alimentación, sueño y disciplina.
- No han recibido estimulación apropiada a su edad.
- Reciben controles periódicos de salud.
- En algunos casos son víctimas de cuidados insuficientes.

Con estos antecedentes se elaboró una propuesta de trabajo que incorporó las necesidades detectadas. Una vez elaborado el programa, éste se comenzó a aplicar siguiendo las siguientes etapas: (ver Flujograma en Anexo N°4).



### **D.2) Captación de las participantes**

Se inicia con la obtención de registros de las adolescentes embarazadas que se controlan en los consultorios de la comuna, quienes son luego invitadas en forma personalizada a través de una visita de la asistente social del programa a sus domicilios. En general se prefiere invitar a jóvenes que tengan no más allá de 6 meses de embarazo, para que puedan participar el tiempo suficiente para sentir pertenencia al grupo antes de su parto, ya que este hecho ha mostrado ser un factor importante para que continúe asistiendo después del nacimiento de su hijo/a. Hemos podido constatar que mientras más integradas al grupo se encuentran, más temprano vuelven a él después del parto. Muchas llegan nuevamente cuando su hijo/a recién ha cumplido una semana de vida.

### **D.3) Formación del grupo**

Las jóvenes son acogidas por las voluntarias que las acompañarán durante todos los encuentros y se inicia el proceso de construcción del grupo, desarrollando confianzas mutuas hasta su consolidación, etapa que dura aproximadamente entre 4 y 5 semanas. Idealmente se conforman grupos de 10 a 15 jóvenes madres con tres voluntarias.

### **D.4) Funcionamiento regular del grupo**

El grupo se reúne semanalmente en una misma sede social, en un mismo horario y con las mismas integrantes y acompañantes con el fin de lograr algunos de los objetivos del acompañamiento grupal como la creación de vínculos estables, desarrollo del sentido de pertenencia, respeto y responsabilidad por el otro.

#### **I. Acompañamiento psicoafectivo**

Se realiza principalmente a través de una actitud de afecto, acogida y aceptación incondicional de la voluntaria hacia la joven embarazada; actitud que se manifiesta en el trato cercano, en las palabras y expresiones de afecto maternas tanto hacia la joven como hacia su hijo/a. A través del tiempo va modelando una conducta posible de ser replicada por la adolescente, intentando romper círculos de pobreza afectiva aprendidos e inculcados en las jóvenes que viven en situación de pobreza.

#### **II. Talleres educativos y formativos**

Son impartidos en forma periódica por las profesionales del equipo quienes rotan por los grupos entregando temas de acuerdo a las dos grandes etapas del proceso: el embarazo y la crianza. La finalidad de los talleres educativos es despertar y sacar afuera la potencialidad para ser madre, dar a luz, amamantar y criar a su hijo/a, haciéndoles descubrir en ellas las habilidades y recursos que poseen y que puestos en acción son los primeros protectores, defensores y modeladores de la futura personalidad y desarrollo de habilidades del su hijo/a.

#### **Taller de doula para el parto**

Las profesionales imparten también el taller de capacitación para la acompañante de parto o doula. Las adolescentes pueden escoger a una mujer (generalmente su madre o familiar cercano) para que las acompañe durante su trabajo de parto, quienes, tras recibir la capacitación obtienen un certificado que las acredita como acompañantes y autoriza a entrar al parto en la maternidad del hospital Dr. Sótero del Río.

#### **Dinámicas educativas**

Las voluntarias encargadas de los grupos cuentan con dos manuales de actividades educativas para realizar con las jóvenes. Estas dinámicas utilizan la metodología de educación participativa y están orientadas a que las adolescentes compartan y discutan en grupo información relevante respecto a autocuidado

durante el embarazo y parto y cuidados del hijo/a. También se aplican dinámicas educativas que tocan temas de salud mental tales como: desarrollo de la autoestima y proyecto de vida.

### **Encuentro anual**

Una vez al año el programa realiza un encuentro con todas las adolescentes que conforman los grupos y las voluntarias. Los objetivos de éste son promover en las jóvenes un sentido de pertenencia al programa al dimensionar su magnitud y desarrollar habilidades sociales ya que cada grupo prepara una pequeña presentación para los otros grupos junto con sus voluntarias. Se finaliza con una convivencia. La experiencia ha resultado ser muy positiva tanto para las voluntarias como para las participantes adolescentes puesto que genera un sentido de unidad al programa.

### **D.5) Egreso del programa**

Los grupos egresan cuando la totalidad de los niños/as ha cumplido un año de edad. Generalmente se espera el fin de semestre o de año para el término del grupo y éste es avisado con anticipación, de modo que las participantes saben de antemano cuánto tiempo durará su grupo. En esta fase se realiza un trabajo que va dirigido especialmente a reorientar a las jóvenes al sistema escolar. Cada una de ellas recibe orientación individual al momento de aplicársele la encuesta de egreso, además de un taller grupal realizado previamente. Para aquellas que han terminado su escolaridad se intenta dar alternativas de capacitación al interior de ADS, pues al ser OTEC imparte cursos de capacitación laboral destinados principalmente a mujeres de bajos recursos, con certificación SENCE.

### **D.6) Seguimiento**

Al egreso del grupo se pide una actualización de número telefónico y dirección, de modo de mantener comunicación con las jóvenes. Las voluntarias mantienen algunos encuentros con el grupo después del año, pero en forma más esporádica y de acuerdo a sus posibilidades. En general la experiencia es que las jóvenes, al mantenerse el lugar y día de reunión, suelen llegar “de visita” cada cierto tiempo. Los lazos no se rompen con el término del grupo.

El programa otorga 10 becas escolares al año a jóvenes egresadas para que completen estudios a nivel de enseñanza básica y media. Se mantiene un contacto mensual con las jóvenes que se adjudicaron las becas escolares.

## **E) Registros y evaluaciones de proceso**

El programa cuenta con una serie de registros e instrumentos de evaluación que se aplican durante la permanencia de las jóvenes. Esta información tiene por objeto sistematizar y mejorar el programa en aspectos cuantitativos y cualitativos.

Estos instrumentos tienen diversos niveles de complejidad por lo que algunos son aplicados por las voluntarias y otros requieren ser aplicados por profesionales capacitados.

Estos datos traducen en cierta forma la experiencia realizada y están a la base de la investigación acción que hoy realizamos para FOSIS con miras a cooperar a la creación de un sistema más amplio de protección a la infancia.

### **E.1) Registros de recopilación datos de adolescentes**

#### **I. Ingresos mensuales a consultorios**

Es llenado por una asistente social extrayendo información del consultorio. Comprende los ingresos de todas las menores de 20 años al programa maternal de cada centro de salud.

## **II. Registro de participante**

Llenado por la monitora de grupo o voluntaria al momento de asistir por primera vez la adolescente al grupo.

## **III. Ficha psicosocial**

Llenado por psicóloga o asistente social una vez que la joven ha continuado participando en el programa. Su objetivo es conocer en detalle la situación de vida de la joven y determinar los factores de riesgo que pueda presentar. Se ha incorporado a ella información solicitada por SENAME.

## **IV. Índice específico**

Permite determinar la condición socioeconómica de la joven y compararla con el resto al arrojar un puntaje final. Lo completa la asistente social (44).

## **V. Inventario de autoestima de Coopersmith**

Aplicado en forma grupal por la voluntaria en el grupo, permite detectar riesgos psicológicos por baja autoestima en áreas específicas: familiar, escolar, social y familiar (45).

## **VI. Encuesta de depresión postparto de Edinburgh**

Aplicado por una voluntaria a la madre adolescente a los dos meses de nacido el hijo/a. Permite conocer posibles alteraciones del ánimo y necesidades de un mayor apoyo (46).

## **VII. Ficha psicosocial de egreso**

Lo aplica una psicóloga o asistente social al término del funcionamiento de un grupo. Permite conocer cambios en la situación escolar, de pareja y familiar de la joven al momento del egreso.

### **E.2) Registros de información del funcionamiento de grupos**

#### **I. Hoja de asistencia**

Registra la asistencia de las participantes de cada grupo semanalmente.

#### **II. Registro de evaluación de sesiones:**

Detalla lo realizado en cada encuentro grupal, con el objetivo de la reunión y actividad realizada. Ambos son llenados por la voluntaria al finalizar cada reunión.

### **E.3) Registros de recopilación de actividades equipo profesional**

#### **I. Registro de talleres**

Cada vez que una de las profesionales imparte algún taller de su especialidad llena un registro con los datos de nombre, rut y firma de las participantes.

#### **II. Registro de intervención individual**

Se completa cada vez que se realiza alguna intervención específica frente a un problema detectado en el ámbito familiar, escolar, salud, social o activación de redes.

#### **III. Hoja de visita domiciliaria**

Utilizada por asistente social en cada caso en que se realiza una visita de este tipo.

### **E.4) Manejo central de datos de funcionamiento del programa**

En la oficina central se lleva una carpeta individual de cada adolescente y una base de datos computarizada con toda la información recopilada en los diferentes registros, que es actualizada semanalmente.

## **F) Evaluación de impacto del programa**

Durante el año 2004 se pudo realizar una evaluación del programa financiado por el Fondo Social de la Presidencia. Esta evaluación se realizó con evaluadores

externos al programa, psicólogos de la Pontificia Universidad Católica: Sra. Pía Santelices, Iván Armijo y Mauricio Céspedes y abarcó tres niveles:

**1) Nivel de impacto:** se evaluó la etapa final del programa a través de la medición de la calidad del vínculo madre–hijo/a.

- Método: Aplicación del método “situación extraña de Ainsworth” (47) a díadas madre–hijo/a de participantes al programa y madres adolescentes e hijos/as no participantes.

**2) Nivel intermedio:** Se evaluó la opinión de las personas que ejecutan en terreno el programa: las voluntarias.

- Método: Cuestionario "Evaluación de Programa Emprende Mamá", elaborado para las necesidades del presente estudio.

**3) Nivel de producto:** Se evaluó el nivel institucional y el contenido del programa a través de la percepción de satisfacción de las participantes.

- Método: Cuestionario "Evaluación de Programa emprende mamá", elaborado para el presente estudio y aplicado a una muestra de 38 participantes.

**4) Percepción del equipo profesional:** Se evaluó la visión de las personas que componen el equipo técnico respecto al programa global.

- Método: Cuestionario "Evaluación de Programa emprende mamá", elaborado para las necesidades del presente estudio, aplicado a 4 miembros del equipo técnico.

A continuación se entrega una síntesis de esta evaluación (ver detalle en Informe de Resultados de Evaluación de Impacto)

### Evaluación de la calidad del vínculo madre–hijo/a

El primer nivel se evaluó a través de la aplicación de la Situación Extraña de Ainsworth, a una muestra de 21 díadas madre adolescente y sus hijos/as de un año participantes del programa comparados con un grupo control de 21 díadas similares de adolescentes madres no participantes del programa extraídos de 4 centros de salud de La Florida. Este es un método, que a través de la observación directa de la conducta del niño/a en momentos de separación y reunión con la madre, permite diagnosticar la calidad del vínculo que se ha establecido entre ambos. Es una técnica que se ha utilizado ampliamente en diferentes culturas desde su creación, arrojando resultados similares a pesar de las diferencias en los estilos de crianza. La evaluación se realizó en el centro de salud Villa O'Higgins, ya que contaba con sala con espejo unidireccional. La prueba empleada permite ubicar el tipo de vínculo en cuatro grandes categorías: vínculo seguro, inseguro evitativo, inseguro ansioso y desorganizado, con subdivisiones al interior de cada una de éstas categorías.

Los resultados mostraron que el grupo de adolescentes participantes del programa tuvo un 81% de casos con apego seguro, mientras que el grupo de comparación logró un 71,4%. Aún cuando el número de apegos seguros fue mayor en el grupo de Emprende Mamá, esta diferencia no logró nivel estadístico. Por otro lado al agrupar los casos en que se observa un vínculo más alterado (D y A1) versus los casos de vínculo normal o menos alterado (A2, B1, B2, B3, B4, C1, C2) y comparar ambos grupos utilizando el test de Fisher para muestras pequeñas se pudo encontrar diferencias significativas, a favor del grupo “emprende mamá” ( $p < 0,05$ ). En otras palabras, si bien ambos grupos no difirieron en cuanto a la frecuencia de vínculo seguros, las jóvenes participantes del programa, establecieron claramente menos vínculos alterados al compararlas con las madres del grupo no participante. Es decir, el hecho de participar en el programa protegió a los niños/as de tener apegos francamente alterados y por tanto riesgosos para su salud mental.

### Opinión de las participantes del programa: Las adolescentes

Se aplicó un cuestionario a un total de 38 participantes del programa Emprende Mamá, cuya edad promedio fue de 18 años y medio. El 47,7% de ellas se ve ocasionalmente con el padre de su hijo/a, 23,7% son pololos y un 15,8% está casada o convive con la pareja.

Los principales motivos que aducen para participar en el programa son: porque les interesa saber cuidarse y cuidar a su guagua y porque es un espacio en el cual se sienten escuchadas y acogidas.

Respecto a la utilidad para ellas de los temas tratados en las sesiones su orden de importancia es:

- 1) Los cuidados del niño/a,
- 2) cuidados del embarazo,
- 3) la lactancia,
- 4) temas sobre identidad, autoestima y proyecto de vida y en último lugar planificación familiar.

Con respecto a lo que menos les ha gustado, el 47% considera que no hay nada que no les guste y el resto señala que le gustaría que fuera más seguido y/o que el programa durara más tiempo.

Respecto a lo que más les ha gustado del programa, el 68% destaca el apoyo y los consejos recibidos dentro del taller, el sentirse escuchadas y contenidas por el grupo, como asimismo la relación afectiva que se generó con las monitoras.

*“La relación que se formó entre las tías y nosotras es como de madre-hija, la ayuda psicológica, antes de embarazarme, estaba como en shock, me fue difícil aceptarlo, a uno la acogen sin mirar la situación económica, entregan su cariño a gente extraña”.*

*“Uno puede venir a desahogarse y las tías están siempre dispuestas a escucharla a uno. El día Miércoles de once a una es para mi y mi hijo”.*

*“El apoyo incondicional de las monitoras y de todas, aceptándonos tal cual somos y abriendo espacios de confianza para hablar acerca de cualquier cosa”.*

*“El compañerismo con las tías y compañeras, la comunicación, como sentirse en la casa”.*

En una segunda instancia, la mitad de las adolescentes destacan el aprendizaje de contenidos, en especial el aprender a ser mamá y la realización de manualidades.

Encuestadas sobre qué las hizo permanecer en el programa el 81% señaló que fue la relación con las monitoras, el afecto y apoyo recibidos

*“El cariño, la confianza, uno se desahoga. Nos dan cariño, nos entienden. Son nuestras segundas mamás”.*

*“Me entusiasma el cariño de las tías. Lo que no tengo en la casa lo encuentro aquí, como el amor de mamá”.*

*“Es algo importante para mí el programa; si no vengo me falta algo. Es el apoyo y el compartir lo que me gusta. Me falta algo si no puedo venir”.*

*“...el grato ambiente, las tías que son súper amorosas y que igual enseñan hartito”.*

*“La parte afectiva, se nota preocupación y cariño de las tías, por ejemplo llaman por teléfono para saber porqué falté”.*

El aprendizaje de contenidos y consejo de profesionales fue mencionado por 32% de las participantes:

*“Seguir aprendiendo, para poder darle siempre lo mejor a mi hija y hacerlo bien”.*

*“Es un lugar donde se puede aprender más de la adolescencia, de conocer mamás como uno y saber que hay personas que apoyan a las mamás solteras”.*

*“La ayuda y los consejos que nos dan, tanto las tías como las compañeras. Es como un desahogo”*

El 29% consideró que a través de la participación en el programa encontraron un espacio para distraerse y salir de la rutina. La unión grupal y el conocer nuevas amigas fue mencionada por 18% de ellas. El 10% de las participantes mencionaron las manualidades y “hacer cosas” entre sus motivos para continuar en el programa;

Para mejorar el programa algunas jóvenes agregarían más temas. Entre ellos se mencionan: relaciones intrafamiliares (violencia intrafamiliar, relación con la pareja), el aborto, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades de los niños/as, desarrollo personal y planificación familiar. También se sugieren: talleres con los padres de los bebés, talleres dirigidos a las madres de las participantes, ayuda para reinsertarse en los estudios y paseos.

Todas evaluaron a sus voluntarias con nota 7 y señalaron que en su opinión las cualidades más importantes de una voluntaria son: que las apoyen y acojan cuando lo necesitan, les enseñen cómo cuidar de ellas y sus hijos/as y las escuchen cuando quieren hablar de sus cosas.

La totalidad de las participantes señala que ha tenido una buena relación con su monitora y lo más valorado de éstas son: la relación afectiva, de confianza y cariño y la disponibilidad de tiempo y dedicación, paciencia y esfuerzo:

*“Que me entienden harto, que me ayudan en mis problemas, mis dudas”.*

*“El apoyo de las tías, el cariño de las tías. Toda la ayuda que nos han dado”.*

*“Los lazos que se crearon. Me encariñé con las tías. Ellas no tendrían porqué hacerlo, no somos su familia”.*

*“Que la saben escuchar a uno y eso me hace sentir bien”.*

*“Que están preocupadas, nos llaman cuando no llegamos, si nos ha pasado algo”.*

*“Excelente, les tengo cariño, las echo de menos, son parte de mí, de mi familia. Nos han dado mucho”.*

*“Porque me dan apoyo, que no me dan en otro lado”.*

El 100% señala que el programa ha sido en sus vidas importante o muy importante y todas dicen que se encuentran satisfechas o muy satisfechas con él. Este ha sido importante para ellas porque: han constituido una instancia de apoyo y comprensión en su embarazo y maternidad (40%), El programa es un lugar donde se sienten escuchadas y comprendidas en lo que significa un embarazo y toda la responsabilidad que implica el ser madres, además de que las ha ayudado a enfrentar situaciones difíciles por el hecho de haberse embarazado tan jóvenes, sobretodo en los casos en que no se cuenta con el apoyo de la familia:

*“Es una ayuda para nosotras, porque nuestros papás no nos escuchan y ellas nos enseñan a guiar a como tiene que ser la vida con nuestros hijos/as”.*

También por haberle permitido aprender a ser mamá, saber más de los cuidados del bebé y sentirse más preparadas para enfrentar el parto (60%)

*“para el trabajo de parto fue importante, con el programa se hace más fácil, ayudar a asumirlo de forma diferente, no como un trauma”.*

Asimismo se menciona el sentimiento de integración hacia el grupo y aceptación social como importante:

*“al sentirme incluida, sentí que no estábamos siendo rechazadas por la sociedad”.*

Algunas señalan que el programa les ha permitido asumir su embarazo y maternidad, pues tenían sentimientos de rechazo hacia el bebé y a la condición de ser madres.

Respecto a las expectativas frente al programa, todas las jóvenes dicen que éste ha cumplido o ha superado sus expectativas. Destacan como causas:

- 1) la obtención de apoyo, comprensión y consejos al interior del programa, que es justamente lo que ellas buscan y esperan recibir,
- 2) el apoyo en cuanto a la crianza de su bebé y el aprender a ser madres. Valoran el recibir ayuda en los cuidados de su hijo/a y la posibilidad de darle una “buena crianza” y
- 3) les ha servido como instancia para producir un cambio interno:

*“Me ayudó mucho a superar la depresión que tenía, a aceptar a mi hija, que ella no tenía la culpa, me alivió la carga”.*

*“Porque me ha ayudado mucho el programa a ser mejor persona. Fue más de lo que había pensado, me dieron más de lo que pensé”.*

*“Porque me sirvió para levantar mi autoestima y entender que hay problemas mayores, no las cosas que me pasaban a mí, que son problemas menores”*

El 80% considera que el programa le permitió tener una relación diferente con su hijo/a en relación a si no hubiera participado en él. Se observan dos grupos de igual porcentaje de respuestas. Uno de los grupos hace referencia a la percepción de un cambio de los sentimientos hacia el bebé, logrando asumir la maternidad:

*“si no hubiese hablado con la tía, yo hubiera abortado a mi hija”.*

*“no hubiese sabido la importancia de la lactancia, ya que no quería a mi guagua y no le había dado la importancia a mi guagua”.*

*“porque me costaba aceptarla”.*

Otro grupo menciona haber recibido apoyo en la relación afectiva madre–hijo/a, pues antes eran frías y poco receptivas:

*“cuando tuve a mi hija, no la soportaba, cuando venía al taller pude aprender a quererla y a aguantarle sus mañas”.*

*“nos han enseñado a tener paciencia con las guaguas, estar tranquilas con él sin gritarle ni pegarle”.*

*“Porque no sabía darle la atención que ella necesitaba y cuidarla como corresponde”.*

*“Porque no tengo paciencia y antes no me gustaban las guaguas. Me enseñaron a tener paciencia, cantarle, conversarle, no transmitirle pena”.*

Finalmente algunas señalan que existe diferencia en cuanto al apoyo recibido de parte del programa de manera general, es decir, el apoyo tanto de las monitoras como de las compañeras. Sin la existencia del programa no habrían contado con tal apoyo y se habrían sentido bastante solas en la tarea de ser madres:

*“Porque no habría sabido cómo ser con él. Sin tener el apoyo no habría podido madurar”.*

*“No sabría qué hacer. Habría hecho todo mal, me enseñan a asumir la maternidad”.*

Los evaluadores en su documento final concluyen que:

“El Programa Emprende Mamá tiene un impacto positivo en la población objetivo de madres adolescentes y además logra en gran medida cumplir su objetivo horizonte que es promover un vínculo positivo madre–bebé, que se refleje en hijos/as con un desarrollo afectivo sano, lo que queda demostrado al observar que la gran mayoría de los hijos/as de estas jóvenes presenta un vínculo de apego seguro. La exploración de la percepción de las participantes acerca del programa, muestra que la gran mayoría se encuentra muy satisfecha de participar en el programa, destacando en primer lugar la calidad de la relación con sus monitoras y con sus compañeras de grupo, como ejes de su motivación a permanecer en el programa. Evalúan positivamente los contenidos y enseñanzas entregados y valoran el poder haberlos integrado a su experiencia personal, lo que ha incidido directamente en una mejor relación con sus hijos/as, con su familia, e incluso con su pareja en los casos en que ésta existe. Las adolescentes reportan que los contenidos entregados les han ayudado a enfrentar mejor el embarazo, el parto y la maternidad, sintiendo que los conocimientos y el hecho de compartir sus experiencias contribuyeron a lograr cuidar mejor a su bebé y a sí misma. Incluso, un número importante de adolescentes señala el cambio de actitud hacia su bebé, luego de entrar al programa, cambiando desde una postura de rechazo hacia una de aceptación y amor.”



*Material de apoyo y  
ejecución del programa*

4

## **A) Material de presentación y difusión del programa**

- Presentación audiovisual institucional
- Afiche promocional
- Folleto de invitación a participantes

## **B) Manuales de trabajo para monitoras**

### **B.1) Manual 1: Dinámicas educativas para embarazadas**

- Tema 1: El embarazo y mis sentimientos
- Tema 2: El ludo del embarazo
- Tema 3: Conociendo la importancia de la lactancia
- Tema 4: Alimentándome bien durante el embarazo
- Tema 5: Metrópoli del embarazo
- Tema 6: Definiendo conductas
- Tema 7: Construyendo mi proyecto de vida
- Tema 8: Aprendiendo la técnica para amamantar
- Tema 9: Mudando y lavando a mi hijo
- Tema 10: Metrópoli del parto
- Tema 11: Conociendo características en el recién nacido
- Tema 12: Reconociendo el llanto del recién nacido
- Tema 13: Así soy yo
- Tema 14: ¿Qué es el amor?
- Tema 15: Construyendo mi escala de valores
- Tema 16: Autoestima 1
- Tema 17: El pololeo
- Tema 18: Metrópoli del postparto

### **B.2) Manual 2: Dinámicas educativas para madres**

- Tema 1: Mi relación con mi hijo
- Tema 2: Mi nueva vida con mi hijo
- Tema 3: Conociendo mi cuerpo
- Tema 4: Conociendo el cuerpo masculino
- Tema 5: Previniendo la diarrea
- Tema 6: El rol materno
- Tema 7: La chiflota: previniendo las infecciones respiratorias altas
- Tema 8: Previniendo accidentes
- Tema 9: La estimulación
- Tema 10: La disciplina
- Tema 11: Un viaje imaginario
- Tema 12: Así me ven
- Tema 13: Mis defectos y virtudes

Todas estas dinámicas se encuentran en proceso de revisión y evaluación.

### **B.3) Manual 3: Actividades creativas y manualidades**

#### **C) Material lectivo de apoyo a talleres educativos**

Este material tiene como objetivo reforzar los contenidos entregados en las dinámicas y los talleres. También se encuentra en proceso de revisión y son los siguientes:

- Un bebé saludable
- Una alimentación sana
- Claves para una lactancia exitosa
- Formas de estimulación intrauterina
- Signos de alerta en el embarazo
- Características de los recién nacidos
- La higiene del recién nacido
- El llanto del bebé
- Las capacidades del recién nacido
- Previniendo la diarrea
- Las infecciones respiratorias
- Previniendo accidentes
- Folletos de estimulación para los primeros 24 meses
- Evaluación del desarrollo psicomotor

*Conclusiones*

5

El programa *Emprende Mamá* ha recogido, durante 5 años, información relevante de la problemática que vive la joven adolescente de bajos recursos enfrentada a la maternidad. Por otro lado las evaluaciones realizadas que se adjuntan a este documento, arrojan información tanto de carácter cuantitativo como cualitativo en relación a quienes participan del proyecto (madres adolescentes) como también a quienes lo ejecutan (equipo técnico y voluntariado). Todo esto nos permite entregar a continuación las opiniones centrales de quienes hemos estado a cargo del desarrollo de “*Emprende Mamá*”.

A través del trabajo realizado y la experiencia vivida podemos confirmar en primer lugar la relación existente entre embarazo adolescente y pobreza (48). Si bien hay cifras que indican que hoy la vida sexual se inicia en edades más tempranas en todos los estratos sociales, se sabe que la cifra de embarazo adolescente es mayor en los sectores más pobres.

Por pobreza, específicamente en el caso del embarazo adolescente percibimos:

- Pobreza afectiva que se manifiesta en relaciones débiles o inexistentes y en escasas instancias de comunicación tanto a nivel familiar como de amistad, y de pareja.
- Pobreza espiritual que se manifiesta en una desvalorización personal, en un desconocimiento de las propias potencialidades (concretamente en relación a la maternidad), en una ausencia de proyecto de vida personal y menos aún para el hijo/a.
- Pobreza educativa que se manifiesta en procesos interrumpidos antes o durante el embarazo como son los estudios y el propio desarrollo natural de la etapa de la adolescencia.
- Pobreza material, que se manifiesta en necesidades básicas no cubiertas en forma mínimamente satisfactoria.

Esta situación de pobreza que afecta a la joven mamá y que se proyecta con consecuencias en la vida futura del hijo/a, influyendo tanto en su desarrollo psicoafectivo como cognitivo y finalmente de acceso a oportunidades de desarrollo, es una realidad que constatamos a través del programa “*Emprende Mamá*”.

Por otro lado, hemos podido validar el proceso de acompañamiento psicoafectivo como una estrategia que satisface una necesidad importante de las jóvenes en cuanto a apoyo emocional, validación personal y empoderamiento de su rol de madre. Por lo tanto, consideramos que la estrategia de acompañar los procesos que vive la joven madre (embarazo y adolescencia) en forma humana, afectiva, educativa y formativa enfatizando la vinculación, ha sido clave para alcanzar cambios que apuntan a la promoción humana y mejoramiento de la calidad de vida de la joven mamá y su hijo/a. Acompañar el nacimiento de la madre ha sido en este programa la base para proyectar en mejores condiciones la vida del niño/a, considerando como fundamento que es mayor la riqueza de una nueva vida que cualquier pobreza en que ésta se genere. Por lo mismo, el desafío es transformar una situación de crisis, como es un embarazo en la adolescencia, en una oportunidad para que la joven mamá y su hijo/a salgan adelante en las mejores condiciones posibles.

En esta misma línea y en cuanto al acompañamiento propiamente tal, hemos comprobado que es posible despertar y poner en acción el conocimiento y riqueza ancestral que posee toda mujer en relación a la maternidad. Ha sido muy positivo el hecho de una mujer con experiencia acompañando a otra en su proceso de maternidad, crianza y formación de una familia.

Este mismo conocimiento por una parte inherente a la mujer y a la vez “aprendido” y vivenciado en el ejercicio de la maternidad, ha sido la base para desarrollar

en un grupo de voluntarias habilidades y nuevos conocimientos para acompañar a otras mujeres que viven su maternidad en condiciones más precarias y frágiles como es el grupo del que estamos hablando.

Podemos decir que la “educación afectiva”, es la que caracteriza a este programa generando cambios positivos y un gran aprendizaje tanto en quien acompaña como en quien es acompañada.

El modelo de intervención utilizado que considera la participación de diversos estamentos: el estado, a través de instituciones como SENAME, las instituciones comunales, a través de COMUDEF y el sector civil a través del voluntariado organizado y capacitado por un equipo técnico, ha mostrado ser una forma eficaz de acercarnos a la problemática del embarazo adolescente y creemos que puede ser replicada en otras comunas o regiones del país. Pensamos que es una intervención costo–efectiva considerando el volumen de destinatarios que logra abarcar.

En relación al trabajo con las redes de apoyo creemos que es necesario mejorar la información respecto de ellas y evaluar la medida en que éstas realmente logran satisfacer las necesidades de las personas. Por parte, de las madres adolescentes vemos que existe una subutilización de éstas por desconocimiento. A su vez, al informar de ellas generamos muchas veces una expectativa que finalmente no se cumple, ya que éstas no responden en forma oportuna y efectiva a las jóvenes.

Finalmente, consideramos importante seguir avanzando con el programa, pues éste, en última instancia apunta a la promoción humana. A través de él esperamos contribuir a disminuir la compleja brecha que resta oportunidades a quienes nacen en situaciones de pobreza. Tenemos la convicción que el primer recurso que protege, cuida y encamina la vida es la propia maternidad cuando se dan las condiciones para ejercerla, lo cual pasa a ser un derecho mínimo para cualquier niño/a que nace. El estado juega en esto un rol crucial al dar la respuesta que como sociedad entregamos a los ciudadanos más vulnerables de nuestro país. Pero también cada ciudadano puede (y debiera) contribuir al bienestar de otros. En este punto le cabe un rol no menos importante al voluntariado, una fuerza que bien aprovechada puede entregar el componente afectivo y de dignificación de la persona a cualquier programa que busque desarrollar las potencialidades inherentes del ser humano, pues este proceso requiere del acompañamiento de otro para que alcance significación. Por esto concordamos con la reflexión que hace el neuropsiquiatra chileno<sup>(2)</sup> Jorge Barudy: **“Desde el momento de la concepción de una nueva cría, en la infancia, en la vida adulta y en la vejez ninguna persona puede sobrevivir sin los cuidados de otra. La sanidad física y sobre todo mental depende de los buenos tratos que recibamos en nuestra existencia”.**

(2) Barudy J. y Dantagnan M.  
“Los buenos tratos a la infancia”  
Editorial Gedisa, S.A. 2005



*Referencias  
Bibliográficas*

1. Instituto Nacional de Estadísticas INE, "Fecundidad juvenil en Chile" en *Enfoques estadísticos*, N°9; 13 de Octubre de 2000, 1–8
2. INE "Estadísticas de género: una visión demográfica", 2005
3. Molina, Ramiro "Salud sexual y reproductiva en la adolescencia". Editorial Mediterráneo, 2003
4. Broussard, E.R. "Infant attachment in a sample of adolescent mothers" *Child Psychiatry Hum Dev*. Summer; 25(4): 1995, 211–219
5. Van Ijzendoorn, MH, Goldberg, P.M., Kroonenberg y Frenker O.J. "The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta–Analysis of attachment in clinical samples" *Child Dev*. Vol 63, 1992, 840–858
6. Barudy J. y Dantagnan M. "Los buenos tratos a la infancia" Editorial Gedisa, S.A. 2005
7. Berwart H., Zegers B. "Psicología del adolescente" Dirección de Educación Universitaria a Distancia, Teleduc, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1980.
8. Kopplin E. "Aspectos psicosociales de la embarazada y madre adolescente" en *Compromisos antes de tiempo: Adolescentes, sexualidad y embarazo*, Publicación Corsaps, Corporación de Salud y Políticas Sociales, 1989.
9. Vera G., Gallegos MS, Varela M. *Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas*. *Rev Méd Chile*; 127: 1999, 437–43.
10. Culp, R.E., Appelbaum, M.I., Osofsky, J.D. y Levy J.A. "Adolescent and older mothers: Comparisons between prenatal, maternal variables and newborn interaction measures" *Infant and Behavior Development*, vol 11, 1988, 353–362.
11. Passino AW, Whitman TL, Borkowsky JG et al. "Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting" *Adolescence*, vol 28, 1993, 97–122
12. Coll CG, Vohr BR, Hoffman J y Oh W. "Maternal and environmental factors affecting developmental outcomes of infants of adolescent mothers" *J Develop. Behavioral Pediatrics*, Vol 7 1986, 230–235.
13. Osofsky JD, Hann DM, Peebles C. "Adolescent parenthood: Risks and opportunities for mothers and infants" in Zeneah CH (Ed.) "Handbook of Infant Mental Health", N York: Guilford, 1993, 106–119.
14. CEPAL, "La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: Un estudio de caso sobre la transmisión de pobreza en Santiago de Chile" en "Embarazo de Adolescentes" Corporación de Promoción Universitaria, Documento de Trabajo N° 3, 1994, varios autores.
15. Gerstenfeld P "Magnitud y características de la maternidad adolescente" en Molina R, Sandoval J y González E (Eds) "Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia", Santiago, Editorial Mediterráneo, 2003
16. Ilabaca M, "Encuentro de Difusión a Organizaciones Sociales del Plan regional de Salud Pública" Centro español, 6 de Septiembre de 2005
17. Van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans–Kranenburg, M.J. *Disorganized attachment in early childhood: Meta–analysis of precursors, concomitants, and sequelae*. *Development and Psychopathology*, vol. 11, 1999, 225–249.
18. Greenberg, M "Attachment and psychopathology in Childhood" en Cassidy J y Shaver P "Handbook of attachment, Theory, Research and Clinical Applications" N York: The Guilford Press, 1999
19. Schore AN, "Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development. Hillsdale", NJ: Lawrence Earlbaum, 1996.
20. Schore, AN, "The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health". *Infant Mental Health Journal*, 22, 2001, 201–269.
21. Schore, A N. "The Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health", *Infant Mental Health Journal*, 22, 2001, 7–66.
22. Schore AN, "The experience–dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology". *Development and Psychopathology* 8: 1996, 59–87.



23. Schore, A.N. "Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders". *Development and Psychopathology*, 9: 1997a, 595–631.
24. Mesulam, M. M. "From sensation to cognition". *Brain*, 121, 1998, 1013–1052.
25. Siegel, D. "The developing mind: how relationships and the brain interact to shape who we are". The Guilford Press, N.York, 1999
26. Kraemer, G.W. "A psychobiological theory of attachment" *Behavioral and Brain Sciences*", 15, 1992, 493–541.
27. Lott, D.A. *Brain development, attachment and impact on psychic vulnerability*. *Psychiatric Times*, 15(5), 1998, 1–5.
28. Rutter, M., O'Connor, T., Beckett, C., Castle, J., Croft, C., Dunn, J., Groothues, C. & Kreppner, J. *Recovery and deficit following profound early deprivation*. In Selman, P. (Ed.) *Intercountry adoption: Developments, trends and perspectives*. London, England: British Agencies for Adoption & Fostering. 2000.
29. Schuengel, C. "Attachment, Loss, and Maternal Behavior: A Study on Intergenerational Transmission". Leiden, The Netherlands: University of Leiden Press, 1997
30. Gabbard, Glen O. "The Impact of Psychotherapy on the Brain" *Psychiatric Times*, September Vol. XV Issue 9, 1998
31. Rutter M, Quinton D. y Hill, J. "Adult outcomes of institution-reared children: males and females compared" en Robins y Rutter "Straight and devious pathways from childhood to adulthood, Cambridge, Cambridge University Press. 1990
32. Bibring G., Dwyer Th, et. al "A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship" *The psychoanalytic study of the child*, vol. 16, N.York, 1966, 9–23.
33. Stern D. "El nacimiento de una madre" Paidós, 1998
34. Blum B.L. "Psychological aspects of pregnancy, birthing and bonding", New York, Human Science Press, 1980
35. Soifer R. "Psicología del embarazo, parto y puerperio" Buenos Aires, Editorial Kargieman, 1977
36. Sherr L. "The psychology of pregnancy and childbirth" Londres, Editorial Blackwell Science, 1995
37. Mendell, D y Turrini P. "The inner world of the mother" Editorial Madison, CT: Psychosocial Press, 2003
38. Klaus, M, Kennell J. & Klaus Ph. "Mothering the mother", Addison-Wesley Publishing Company, 1993.
39. Valdés V, Morlans X. "Aportes de las doulas a la obstetricia moderna" *Rev.Chil.Obstet. Ginecol.*; 70(2): 2005, 108–112
40. Torres J, Kopplin E, Peña V, Klaus M, Salinas R, Herrera M "Impacto del apoyo emocional durante el parto en la disminución de cesáreas y gratificación del proceso" *Rev.Chil.Obstet. Ginecol.*; 64(5): 1999, 405–412.
41. Cabezas A, Kopplin E, Pugin E, Larraín C, Palma P, González M. "Programa de acompañamiento psicoafectivo a adolescentes embarazadas en riesgo social". *Rev. Pediatría Día*, 19(5): 2003, 41–45.
42. Scott KD, Klaus PH, Klaus MH. "The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth" *J Womens Health Gend Based Med*. Dec;8(10): 1999, 1257–64.
43. Barron SP, Lane HW, Hannan TE, Struempfer B, Williams JC. "Factors influencing duration of breast feeding among low-income women". *J Am Diet Assoc*. Dec;88(12): 1988, 1557–61
44. Alvarez M L, Wurgaft, F y Salazar M E. "Mediciones del nivel socioeconómico bajo urbano en familias con lactante desnutrido." *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, vol 32, N°3, 1982, 650–660.
45. Brinkman, H, Segure T, Solar M. I "Adaptación, estandarización y elaboración de normas para el Inventario de Autoestima de Coopersmith". *Rev. Chil. Psicol*. N°1, 1989, 63–69
46. Jadresic E, Araya R, Jara C. "Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum woman" *J. Psychosom. Obstet. Gynecol*. V16, 1995, 187–191
47. Ainsworth, M.D.S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Erlbaum, 1978.
48. Alatorre Rico, Javier y Lucile C. Atkin, "El embarazo adolescente y la pobreza", en Bonfil, Paloma y Vania Salles (eds.) *Mujeres pobres: Salud y trabajo*. México: Gimtrap, 1998. Pp. 13–30.



*Anexos*

## Anexo 1: Tablas de caracterización adolescentes programa 2001–2005

### I. Características al ingreso

TABLA N° 1: DISTRIBUCIÓN SEGÚN RANGOS DE EDAD

Rango	N°	%
< 15 Años	19	5,9
15 a 16 Años	86	26,7
17 a 18 Años	142	44,1
Total < 19 Años	247	76,7
> 18 Años	75	23,3
<b>Total</b>	<b>322</b>	<b>100</b>

TABLA N° 2: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD

Edad	N°	%
12	1	0,3
13	4	1,3
14	14	4,3
15	22	6,8
16	64	19,9
17	74	23
18	68	21,1
19	52	16,2
20	16	5
21	5	1,5
23	2	0,6
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>100</b>

TABLA N° 3: ESCOLARIDAD AL INGRESO

Categoría	N°	%
Básica incompleta	36	12,3
Básica completa o educación media incompleta	187	64,1
Educación media completa	69	23,6
<b>Total casos</b>	<b>292</b>	<b>100</b>

TABLA N° 4: SITUACIÓN ESCOLAR AL INGRESO AL PROGRAMA

Situación	N°	%
Continúa estudios	76	27
Abandona estudios por embarazo	76	27
Abandona estudios antes de embarazo	75	26
Completó E. Media	58	20
<b>Total</b>	<b>285</b>	

TABLA N° 5: SITUACIÓN EN QUE VIVE AL INGRESO

Situación	N°	%
Vive con pareja en casa de padres o suegros	76	27
Viven con padres sin su pareja	157	55
Vive con pareja en el sitio de un familiar	13	5
Vive con pareja en casa, depto. o mejora	19	7
Otro	21	7
<b>Total</b>	<b>286</b>	<b>100</b>

TABLA N° 6: SITUACIÓN DE PAREJA AL INGRESO

Tipo de relación	N°	%
Casada con el progenitor	21	8
Convive con progenitor	86	31
Convive con otra pareja	4	1
Pololea con el progenitor	106	38
Pololea con otra pareja	5	2
No tiene pareja	58	21
<b>Total</b>	<b>280</b>	<b>100</b>

TABLA N° 7: EDAD DE LA PAREJA

Rango de edad	N°	%
Menor 21 años	131	52
21 a 25 años	90	35
Mayor de 25 años	33	13
<b>Total</b>	<b>254</b>	<b>100</b>

TABLA N° 8: ACTIVIDAD DE LA PAREJA

Actividad	N°	%
Estudia	28	16
Trabaja	122	70
Trabajo ocasional	11	6
Sin oficio	14	8
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>

TABLA N° 9: GRADO DE APOYO DE LA PAREJA

Tipo	N°	%
Apoyo afectivo y económico	182	66
Sólo apoyo afectivo	30	11
Sólo apoyo económico	7	3
Sin apoyo	57	21
<b>Total</b>	<b>276</b>	<b>100</b>

TABLA N° 10: JEFE DE HOGAR DONDE VIVE ADOLESCENTE

	N°	%
Pareja	34	19
Padre	73	40
Madre	37	20
Otro	38	21
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

TABLA N° 11: TIEMPO DE RELACIÓN DE PAREJA AL SABER DE EMBARAZO

Tiempo	N°	%
Menos de 6 meses	32	13
Entre 6 y 11 meses	43	17
Entre 12 y 24 meses	96	38
Más de 2 años	81	32
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

TABLA N° 12: PRESENCIA PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Presenta	N°	%
No	60	26
Sí	170	74
<b>Total casos</b>	<b>230</b>	<b>100</b>

TABLA N° 13: TIPO PROBLEMA DETECTADO AL INGRESO

Tipo problema	N°
Situación económica precaria	82
Relaciones familiares conflictivas	34
Falta de apoyo de su pareja frente al embarazo	65
Antecedentes de violencia intrafamiliar previa	38
Falta de apoyo por parte de su familia frente al embarazo	31
Problemas con drogas y/o alcohol	22
Presencia de violencia intrafamiliar	19
Rechazo a su situación de embarazo o al hijo/a	17
Otro	21

TABLA N° 14: PORCENTAJES BAJA AUTOESTIMA SEGÚN ÁREA

Área evaluada	N°	%
Baja autoestima escolar	26	18
Baja autoestima familiar	29	20
Baja autoestima social	11	7
Baja autoestima general	26	18
Baja autoestima total	28	19
<b>Total casos</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

TABLA N° 15: INCIDENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO

Diagnóstico	N°	%
Sin depresión (puntaje < 10)	47	48
Con depresión (puntaje > = 10)	51	52
<b>Total casos</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

TABLA N° 16: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE PARTO

Tipo parto	N°	%
Normal	107	90
Cesárea	12	10
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

TABLA N° 17: LACTANCIA EXCLUSIVA A LOS 6 MESES DE VIDA DEL NIÑO

Lactancia exclusiva	N°	%
Con lactancia exclusiva 6 meses	64	58
Sin lactancia exclusiva 6 meses	47	42
<b>Número de casos</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

## II. Algunos indicadores socioeconómicos de adolescentes al ingreso del programa

TABLA N° 18: NÚMERO DE PERSONAS QUE COMEN Y DUERMEN EN LA CASA

N° personas	N° casos	Porcentaje
1 a 3	53	24,7
4 a 6	119	55,3
7 a 9	40	18,6
10 a 12	1	0,5
13 a 15	2	0,9
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>100</b>

TABLA N° 19: ESCOLARIDAD DEL JEFE DE HOGAR

Estudios	N° casos	Porcentaje
Universitaria completa	7	4,1
Universitaria incompleta	4	2,4
Educación media o técnica completa	41	24,3
Educación media incompleta	61	36,1
Educación básica incompleta	54	32,0
Analfabeto	2	1,2
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

TABLA N° 20: TRABAJO DEL JEFE DE HOGAR

Categoría	N° casos	Porcentaje
Profesional, cargo directivo	1	1
Empleado mediana calificación, profesional	9	5
Obrero estable calificado	18	11
Obrero estable no calificado	83	49
Trabajo independiente no estable	47	28
Cesante	11	7
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

TABLA N° 21: PREVISIÓN DEL JEFE DE HOGAR

Tipo Previsión	N° casos	Porcentaje
AFP u otro	113	56
INP	13	6
Sin previsión	76	38
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>99,9</b>

TABLA N° 22: CARACTERÍSTICAS DEL SITIO DONDE VIVEN

Descripción	N° casos	Porcentaje
Dueño	110	56
Paga dividendo	31	16
Arrendatario	26	13
Préstamo o usufructo	2	1
Toma de terreno	0	0
Allegado	28	14
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>100</b>

TABLA N° 23: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo vivienda	N° casos	Porcentaje
Sólida unifamiliar más de 140 m <sup>2</sup>	2	1,2
Sólida unifamiliar, menos de 140 m <sup>2</sup>	16	9,5
Casa SERVIU en población	109	64,5
Autoconstrucción	12	7,1
Madera 3 y más piezas	6	3,6
Madera 1 a 2 piezas (mejora)	24	14,2
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

TABLA N° 24: ANTECEDENTE DE HACINAMIENTO (DUERMEN 2 EN CAMA SIN SER PAREJA)

Categoría	N° casos	Porcentaje
No hay hacinamiento	154	73
Hay hacinamiento	56	27
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

TABLA N° 25: DISPONIBILIDAD DEL AGUA

Categoría	N° casos	Porcentaje
Red de cañería	224	98
Llave en el sitio	4	2
<b>Total</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

TABLA N° 26: CARACTERÍSTICAS DEL BAÑO

Característica	N° casos	Porcentaje
Alcantarillado	230	99,1
Pozo negro o letrina	1	0,45
Campo abierto	1	0,45
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>100</b>

TABLA N° 27: DISTRIBUCIÓN DE LA COCINA

La cocina está en pieza independiente	N° casos	Porcentaje
Si	185	87
No	28	13
<b>Total</b>	<b>213</b>	<b>100</b>

### III. Situación en que vive al egreso

TABLA N° 28: VIVIENDA AL EGRESO

Situación	N°	%
Vive con pareja en casa de padres o suegros	32	32
Viven con padres sin su pareja	48	48
Vive con pareja en el sitio de un familiar	5	5
Vive con pareja en casa, depto. o mejora	11	11
Otro	4	4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

TABLA N° 29: SITUACIÓN DE PAREJA AL EGRESO

Tipo de relación	N°	%
Casada con el progenitor	10	10
Convive con progenitor	40	40
Convive con otra pareja	1	1
Pololea con el progenitor	25	25
Pololea con otra pareja	5	5
No tiene pareja	18	18
<b>Total casos</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

TABLA N° 30: APOYO DE LA PAREJA AL EGRESO

Tipo	N°	%
Apoyo afectivo y económico	66	66
Sólo apoyo afectivo	11	11
Sólo apoyo económico	8	8
Sin apoyo	15	15
<b>Total casos</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

TABLA N° 31: SITUACIÓN ESCOLAR AL EGRESO

	N°	%
Completó educación media	26	25
Se reinserta en el colegio	16	16
No continúa estudiando	61	59
<b>Total casos</b>	<b>103</b>	<b>100</b>

TABLA N° 32: PLANIFICACIÓN FAMILIAR AL EGRESO

Tipo planificación	N°	%
Dispositivo intrauterino	61	50
Anticonceptivos orales	46	38
Anticonceptivo inyectable	1	1
Preservativos	2	2
Otro	4	3
Total planificadas	114	93
No planificadas	8	7
<b>Total casos</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

## Anexo 2: Tablas de ingresos a programa según año y consultorio

### Ingresos y Total Participantes según Año y Consultorio

Centro de Salud	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Total
Los Castaños	Ingresos 26	Ingresos 27	Ingresos 26	Ingresos 12	Ingresos 15	
	<b>Total 26</b>	<b>Total 53</b>	<b>Total 53</b>	<b>Total 38</b>	<b>Total 27</b>	<b>106</b>
Los Quillayes	Ingresos 20	Ingresos 27	Ingresos 25	Ingresos 20	Ingresos 37	
	<b>Total 20</b>	<b>Total 47</b>	<b>Total 52</b>	<b>Total 45</b>	<b>Total 57</b>	<b>129</b>
Mafiolletti	Ingresos 0	Ingresos 15	Ingresos 0	Ingresos 0	Ingresos 0	
	<b>Total 0</b>	<b>Total 15</b>	<b>Total 0</b>	<b>Total 0</b>	<b>Total 0</b>	<b>15</b>
Bellavista	Ingresos 0	Ingresos 23	Ingresos 0	Ingresos 2	Ingresos 0	
	<b>Total 0</b>	<b>Total 23</b>	<b>Total 0</b>	<b>Total 0</b>	<b>Total 0</b>	<b>23</b>
Villa O'Higgins	Ingresos 0	Ingresos 0	Ingresos 13	Ingresos 19	Ingresos 23	
	<b>Total 0</b>	<b>Total 0</b>	<b>Total 13</b>	<b>Total 32</b>	<b>Total 42</b>	<b>55</b>
<b>Total</b>	<b>Ingresos 46</b>	<b>Ingresos 92</b>	<b>Ingresos 64</b>	<b>Ingresos 53</b>	<b>Ingresos 75</b>	
	<b>Total 46</b>	<b>Total 138</b>	<b>Total 118</b>	<b>Total 115</b>	<b>Total 126</b>	<b>328</b>

### Ingresos a Programa según Consultorio y Año

#### Año 2002

Consultorio	Ingresos	Invitadas	Asisten	Permanecen
Quillayes	188	84	39	27
Bellavista	109	69	25	23
Castaños	83	47	30	27
Mafiolletti	135	36	16	15
<b>Total</b>	<b>515</b>	<b>236</b>	<b>110</b>	<b>92</b>
<b>Total en porcentajes</b>	<b>100</b>	<b>45,8</b>	<b>21,4</b>	<b>17,9</b>

#### Año 2003

Consultorio	Ingresos	Invitadas	Asisten	Permanecen
Quillayes	156	75	31	25
Bellavista	52	0	0	0
Castaños	76	36	29	26
Mafiolletti	87	0	0	0
Villa O'Higgins	108	28	13	13
<b>Total</b>	<b>479</b>	<b>139</b>	<b>73</b>	<b>64</b>
<b>Total en porcentaje</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>15,2</b>	<b>13,4</b>



**Año 2004**

Consultorio	Ingresos	Invitadas	Asisten	Permanecen
Quillayes	230	98	37	20
Bellavista	119	10	0	0
Castaños	119	40	20	12
Maffioletti	136	0	0	0
Villa O'Higgins	150	77	31	19
<b>Total</b>	<b>754</b>	<b>225</b>	<b>88</b>	<b>51</b>
<b>Total en porcentaje</b>	<b>100</b>	<b>29,8</b>	<b>11,7</b>	<b>6,8</b>

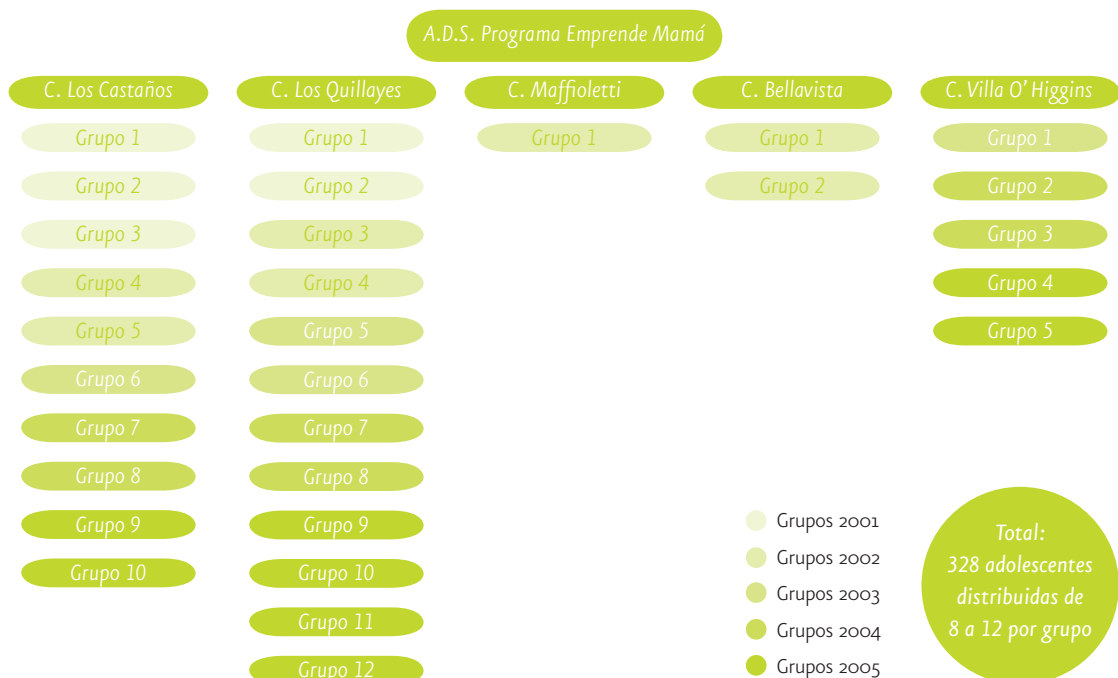
**Año 2005\***

Consultorio	Ingresos	Invitadas	Asisten	Permanecen
Quillayes	184	114	49	37
Bellavista	55	0	0	0
Castaños	69	31	17	15
Maffioletti	102	0	0	0
Villa O'Higgins	98	67	26	23
<b>Total</b>	<b>508</b>	<b>212</b>	<b>92</b>	<b>75</b>
<b>Total en porcentaje</b>	<b>100</b>	<b>41,7</b>	<b>18,1</b>	<b>14,8</b>

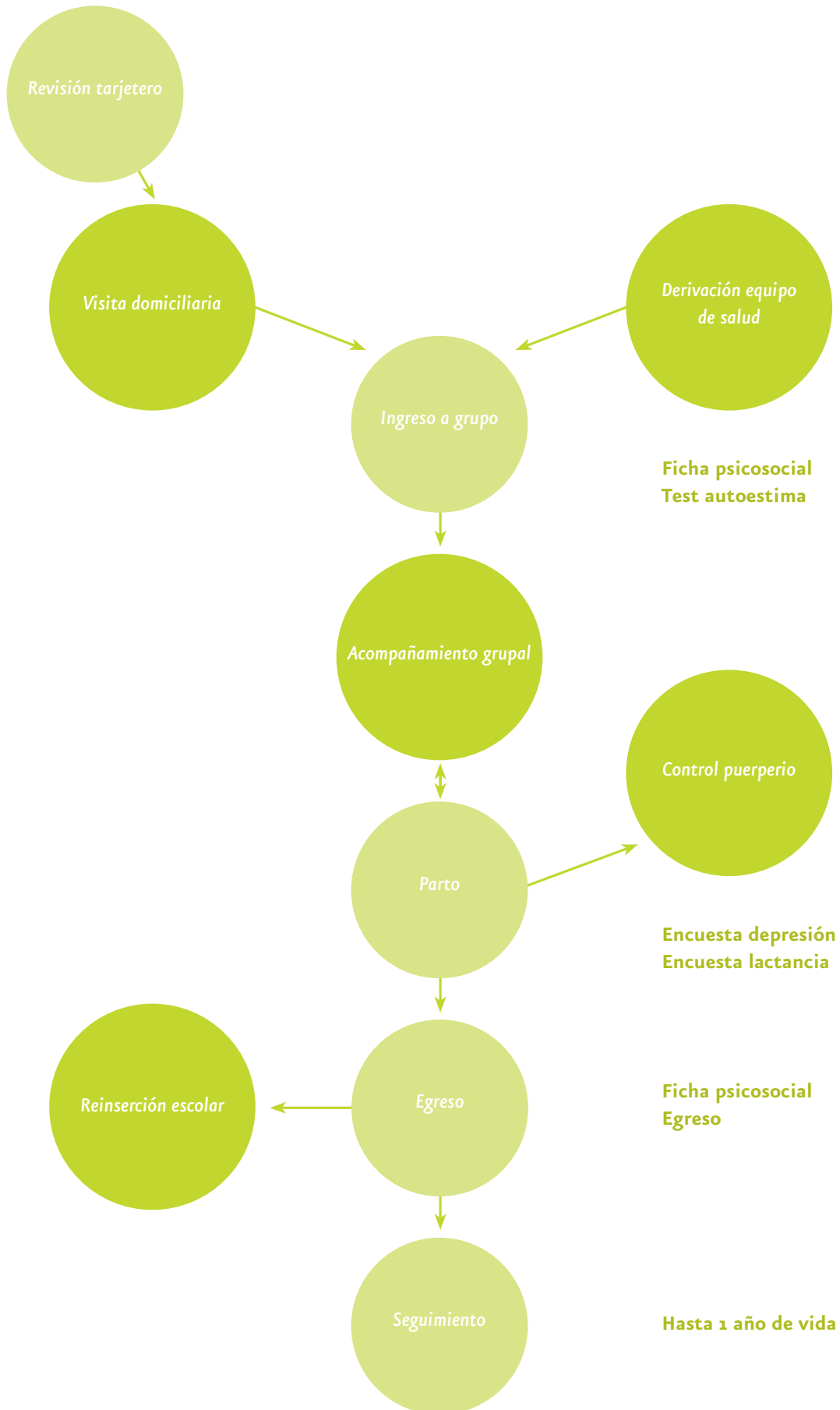
\* = las cifras comprenden Enero a Octubre

**Anexo 3: Grupos funcionando según año**

**Grupos formados 2001 al 2005**



### Anexo 4: Fluxograma





**2<sup>da</sup> Parte**

**Informe comparativo de  
proceso de dos experiencias  
realizadas: Acompañamiento a  
primigestas y acompañamiento  
a adolescentes embarazadas**

Asociación de Damas Salesianas, Programa Emprende Mamá.



# *Índice*

<b>1. Introducción.....</b>	<b>58</b>
<b>2. Primera etapa: Antecedentes y diagnóstico previo para desarrollo de piloto.....</b>	<b>60</b>
A) Marco de referencia de investigación–acción.....	61
A.1) Localización geográfica.....	61
A.2) Universo y criterios de selección de la muestra.....	61
B) Diagnóstico.....	61
B.1) Focus group.....	61
B.2) Características de las participantes en focus group.....	62
B.3) Síntesis y conclusiones del focus group.....	62
<b>3. Segunda etapa: Ejecución de experiencia piloto con madres primigestas.....</b>	<b>64</b>
A) Formación de grupos participantes.....	65
B) Caracterización de las primigestas participantes en el programa	65
C) Síntesis y conclusiones.....	67
<b>4. Tercera etapa: Descripción del “Programa Emprende Mamá” para madres primigestas.....</b>	<b>68</b>
A) Objetivos.....	69
B) Metodología de trabajo.....	69
B.1) Aspecto educativo.....	69
B.2) Aspecto psicoafectivo.....	69
B.3) Aspecto grupal.....	69
C) Contenido educativo.....	70
D) Estrategia de ejecución.....	71
E) Evaluación de la experiencia.....	71
E.1) Registros e instrumentos de evaluación.....	71
E.2) Resultados de la evaluación de la experiencia.....	72
I. Evaluación cuantitativa por parte de las participantes a las actividades realizadas	72
II. Evaluación cualitativa de las participantes sobre Programa “Emprende Mamá”	72
E.3) Análisis comparativo de aplicación del Programa “Emprende Mamá” a madres primigestas y a madres adolescentes.....	75
<b>5. Conclusiones generales del equipo ejecutor.....</b>	<b>80</b>

## **Anexos..... 83**

- Anexo 1: Datos sociodemográficos de las participantes en focus group..... 84
- Anexo 2: Opiniones expresadas por las participantes de focus group..... 85
- Anexo 3: Caracterización primigestas participantes..... 89
- Anexo 4: Encuentros educativos para el desarrollo de habilidades parentales.... 93
- Anexo 5: Evaluación de contenidos educativos..... 100
- Anexo 6: Evaluación y opiniones de las participantes grupos primera etapa..... 101
- Anexo 7: Tablas resumen de evaluación encuentros segundos grupos..... 103

*Introducción*

**1**



Esta Investigación–Acción, se enmarca como proyecto preinversional, solicitado por FOSIS/MIDEPLAN, en el contexto de la existencia de una voluntad, por parte del gobierno, de promover la creación de un SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA.

Este documento corresponde al segundo producto del acuerdo FOSIS/MIDEPLAN/ADS, suscrito en Agosto del 2005, y se define como un informe comparativo entre la ejecución del Programa “Emprende Mamá” con madres adolescentes, el cual se está implementando en la comuna de La Florida desde el año 2001, y un piloto del mismo programa ejecutado con madres primigestas (no adolescentes).

“Emprende Mamá”, se ha definido como un Programa de acompañamiento psicoafectivo, educativo y formativo a la madre adolescente, durante el proceso que va desde la gestación hasta el año de vida del niño(a).

La finalidad de esta Investigación–Acción es analizar la posibilidad de ampliar la cobertura de este acompañamiento a madres primigestas que controlan su embarazo en Centros de Salud Primaria.

Los principales aspectos trabajados tienen que ver con las características y requerimientos de este grupo de madres y con el diseño de un modelo de acompañamiento psicoafectivo y educativo al proceso que hemos llamado “el nacimiento de una madre”.

Entendemos el ejercicio de la maternidad como primer factor de protección de la vida de un niño o niña, y contemplamos como objetivo, el desarrollo de las habilidades maternas.

Estamos concientes de que éste es un gran desafío. Sin embargo, es profunda la motivación que nos impulsa como equipo de trabajo al constatar cuán significativamente afecta la pobreza afectiva, espiritual, cultural y material cuando se gesta una nueva vida y cómo esta etapa inicial incide en el futuro de la persona y en sus oportunidades de desarrollo y promoción humana.

Si bien el embarazo adolescente presenta en sí un mayor riesgo, por lo cual se hace muy necesaria una intervención y apoyo específicos, no es menos cierto que una intervención integral temprana, desde la gestación, puede ser de gran impacto para la superación de la pobreza y disminución de la brecha social existente en nuestro país.

Como equipo de trabajo, integrado por profesionales y voluntarias, agradecemos la posibilidad de investigar, proponer y colaborar con el desafío que significa la protección de la infancia en nuestro país. Gracias al financiamiento de FOSIS se pudo contar con la colaboración de un equipo profesional más amplio, en el cual se incorporaron: María Ignacia García (psicóloga), Pascale Pagola (matrona), Flor Cerpa (asistente social) y Carmen Gloria Brevis (orientadora familiar).

*Primera etapa:  
Antecedentes y diagnóstico  
para desarrollo de piloto*



## A) Primera etapa: Antecedentes y diagnóstico para desarrollo de piloto

### A.1) Marco de referencia de la investigación—acción

#### I. Localización geográfica

La experiencia se desarrolló en la comuna de La Florida, ubicada en el área sur-oriente de la capital. De acuerdo al último Censo (2002), la población de la comuna es de 365.373 habitantes y la tasa de crecimiento estimada es de 1,109% anual.

La Florida cuenta con 6 Centros de Salud municipales: Bellavista, Los Castaños, Los Quillayes, Maffioletti, Villa O'Higgins y Santa Amalia, este último inició su atención en el año 2004.

De acuerdo a datos proporcionados por la Comudéf, en el año 2003 la población inscrita para atención de salud fue de 248.140 personas. Ese mismo año el total de recién nacidos de la comuna fue de 4.806, de los cuales 4.255 correspondieron a hijos(as) de madres mayores de 19 años.

#### A.2) Universo y criterios de selección de la muestra

Según los datos obtenidos a través de la Comudéf (Corporación Municipal de La Florida) —a partir de los registros de ingreso a control prenatal— durante el año 2004 se controlaron 1.812 primigestas, cifra que corresponde al 40% del total de embarazos.

La selección del grupo muestral para la investigación se realizó sobre la base de los ingresos de primigestas de 5 Centros de Salud de la comuna: Bellavista, Los Castaños, Maffioletti, Los Quillayes y Villa O'Higgins.

En noviembre de 2005 se seleccionaron los datos de primigestas que efectuaron su primer control prenatal entre los meses de mayo a octubre.

Con el fin de realizar un diagnóstico a través de un focus group, se elaboró un listado de primigestas considerando una edad igual o superior a 20 años y una posible fecha de parto posterior a febrero de 2006.

## B) Diagnóstico

### B.1) Focus group

La finalidad de realizar grupos focales con madres primigestas que se atienden en los Centros de Salud de la Comuna de La Florida antes de iniciar la intervención, fue conocer en mayor detalle las necesidades percibidas por ellas en relación a su preparación a la maternidad. Esto, a su vez, permitiría, por una parte, orientar mejor las actividades ofrecidas de modo que fueran acorde a sus necesidades y, por otra, establecer las primeras diferencias y similitudes con los grupos de madres adolescentes con que hemos venido trabajando.

Se llevaron a cabo 5 focus group entre noviembre y diciembre de 2005 en los Centros de Salud Bellavista, Los Castaños, Mafiolletti y Los Quillayes, con un total de 45 participantes.

Centro de salud	N° participantes
Bellavista	15
Los Castaños	13
Mafiolletti	6
Los Quillayes	11
<b>Total</b>	<b>45</b>

## B.2) Características de las participantes en focus group

Se describen a continuación algunos datos sociodemográficos del grupo participante (Anexo 1).

### Edad

- Edad promedio: 24,3 años.
- El 67% se ubica entre los 20 y 24 años, el 22% entre 25 y 29 años y un 11% igual o mayor a 30 años.

### Estudios

- El 60% ha completado su escolaridad; de este porcentaje un 27% ha completado estudios técnicos o está cursando estudios superiores. Un 11% tiene enseñanza básica o media incompleta.

### Actividad actual

- El 33% trabaja.
- El 16% se encuentra estudiando.
- El 51% se dedica a labores de casa. En los Centros de Salud Bellavista y Los Castaños se concentra un mayor número de gestantes que trabajan.

### Situación de pareja

- El 91% señala tener pareja.
- Un 9% de embarazadas no tiene pareja.
- Del porcentaje que tiene pareja, un 20% se encuentra casada; un 36% convive; un 36% pololea y un 8% no entrega datos.

### Aspecto económico

- El 68% de las parejas hacen un aporte económico.
- De los que aportan al hogar, sólo el 23% mantiene el hogar, mientras que el porcentaje restante hace sólo un aporte parcial a la mantención.

## B.3) Síntesis y conclusiones del focus group

Tomado en su conjunto el grupo focal, se puede apreciar que la mitad de las participantes realizan alguna actividad fuera del hogar, ya sea estudiando o trabajando. Esto se da especialmente entre las personas que se atienden en los Centros de Salud Bellavista y Los Castaños, que corresponden a un nivel socio-económico más alto.

Cuando se trata, en cambio, de primigestas que se controlan en el Centro de Salud Los Quillayes, la mayoría desempeña labores de casa. Esta realidad facilita sus posibilidades de asistencia a programas como “Emprende Mamá” u otros similares.

Se pudo ver que la mayoría ha completado su educación media y algunas incluso tienen estudios superiores o están en vías de lograrlo. Este dato refleja que la muestra en general proviene de un estrato social más alto que el de las adolescentes que han participado en el programa, aún cuando pertenecen a la misma comuna y se atienden en los mismos Centros de Salud. Estas últimas en un 80% no han completado sus estudios al ingreso al programa y sólo un 21% ha logrado reintegrarse al año de vida de su hijo/a. Si bien todas las participantes señalan interés por asistir a encuentros educativos, más de la mitad indica no poder hacerlo en ese momento, ya sea por encontrarse trabajando, estudiando u otro motivo.

En relación a las opiniones vertidas sobre diferentes temas (Anexo 2) podemos concluir que la mayoría vive su embarazo con alegría aún cuando existe cerca de un tercio para quienes éste no fue planificado ni esperado. Cuentan con el apoyo de sus parejas, sin embargo, un pequeño porcentaje se encuentran viviendo el

embarazo solas. En general manifiestan temor al momento del parto y deseos de aprender a cuidar de sus hijos(as), pues sienten que es una gran responsabilidad. Los temores o preocupaciones se centran en la salud del hijo(a) y su bienestar, como también, temor a sufrir problemas de salud a causa del embarazo. Mayoritariamente, señalan miedo al pensar en el momento del parto. Cuando se proyectan al futuro, se observa una cierta contradicción en aquellas que trabajan, pues señalan querer volver luego a trabajar pero a la vez no desean dejar a otros el cuidado de su hijo(a).

Para la formación de los Focus Group, se realizó un gran esfuerzo en visitas domiciliarias con una respuesta menor a lo esperado. Se podría señalar que de cada 5 mujeres visitadas, una asistió al Focus. Esto nos llevó a reflexionar respecto del momento más oportuno para invitar. La mayoría señaló que le resultaba más conveniente participar durante el prenatal, es decir, cerca de un mes antes del parto. Esto restringe el período de tiempo para realizar los encuentros educativos. Ante la duda de contar con buena asistencia después del nacimiento, el equipo decidió realizar encuentros semanales que no abarcaran más de tres meses de gestación. Los temas corresponderían a los señalados por ellas como importantes, reforzados por la propuesta educativa propia del programa “Emprende Mamá”.

*Segunda etapa: Ejecución  
de experiencia piloto con  
madres primigestas*

3

## A) Formación de los grupos participantes

La segunda etapa consistió en la invitación a participar en el Programa “Emprende Mamá”, tanto a las primigestas asistentes a los Focus Group, como a las que no asistieron a él pero contaban con tiempo suficiente antes del nacimiento de su hijo(a).

Se formaron 4 grupos de primigestas que funcionaron entre los meses de noviembre de 2005 y febrero de 2006. Los períodos de duración de estos encuentros fueron variables puesto que se buscaba definir cuánto era el tiempo necesario de funcionamiento para entregar contenidos educativos relevantes y, a la vez, proveer del acompañamiento psicoafectivo necesario.

Una vez evaluada esta experiencia con grupos se realizaron modificaciones a los contenidos, se elaboraron dinámicas educativas nuevas y se adaptó la forma de acompañamiento psicoafectivo ajustándola a un período de 2 meses.

Posteriormente se formaron otros 4 grupos, entre los meses de marzo y junio del 2006, a los cuales se les aplicó el programa con las modificaciones señaladas. De este modo, participaron de esta experiencia un total de 75 primigestas. Alrededor del 70% de ellas asistió a 5 o más sesiones.

A todas las primigestas asistentes a los encuentros se les aplicó una entrevista semi-estructurada con el fin de aportar a un diagnóstico y caracterización del grupo. Esto permitió conocer su situación personal, determinar si presentaban algún factor de riesgo y detectar necesidades específicas de apoyo. Se obtuvo información de 59 participantes, distribuidas en los siguientes Centros de Salud: Maffioletti (n=11), Bellavista (n=18), Los Quillayes (n=20), Villa O'Higgins (n=5) y Los Castaños (n=5).

## B) Caracterización de las primigestas participantes en el programa

A continuación se describen algunas características del grupo. La información relevada se basa en la sistematización de las entrevistas realizadas (Anexo 3):

### Distribución etárea

El promedio de edad de las participantes es de 24 años y la mayoría (71%) se encuentra en un rango de edad entre 20 y 24 años. El 22% se encuentra entre los 26 y 29 años de edad y sólo un 7% de las participantes tienen 30 o más años.

### Escolaridad

La mayoría tiene escolaridad media completa, sólo 8,5% de las personas encuestadas no habían finalizado sus estudios. Un 15,3% tiene además estudios técnicos superiores y un 6,8 % estudios universitarios.

### Reacción personal ante el embarazo

Los sentimientos más comunes descritos por las mujeres al saber del embarazo son felicidad y miedo, seguido de aceptación y angustia. Se destaca un cierto grado de ambivalencia en cuanto a las emociones experimentadas al saber de su embarazo. La gran mayoría de las madres presentan una actitud positiva ante su embarazo, sin embargo, un grupo importante de ellas refiere haber tenido dificultades para asumirlo en un primer momento.

### Estado de salud

Un porcentaje significativo de las madres que asistieron al programa (45,8%) refieren experimentar o haber experimentado problemas de salud durante su embarazo. La principal problemática identificada fue síntomas de pérdida o de parto

prematureo en 10 de las 27 madres que refirieron problemas de salud. Las problemáticas relacionadas al embarazo que siguen en frecuencia son: placenta previa e infecciones urinarias.

Desde una perspectiva psicológica, no se reconocen en la muestra indicadores de alteraciones del estado del ánimo en la mayoría de las madres, sin embargo, un porcentaje significativo refiere algún grado de dificultad para aceptar el embarazo y/o sentirse un poco más sensible o irritable de lo usual.

Al indagar respecto de las preocupaciones que enfrentan las madres en este momento del ciclo vital, las más frecuentes se relacionan con la salud del bebé, temor al parto y dificultades económicas.

En cuanto a factores de riesgo psico-social identificados, los más frecuentes se relacionan con una situación económica precaria y falta de apoyo de la pareja ante el embarazo, seguido de relaciones familiares conflictivas.

### **Situación socio-familiar**

En cuanto al apoyo recibido durante el embarazo, en la gran mayoría de los casos éste proviene de la familia de origen y la pareja, seguido por la familia política. En menor frecuencia refieren apoyo de amistades y familia extensa.

Las reacciones más frecuentes por parte de las familias ante la noticia de embarazo son de felicidad e impacto o sorpresa. En cuanto a la situación de vivienda, casi la mitad de las madres vive con su familia de origen, sin su pareja, sólo un 16,9% de las mujeres viven solas con el padre de su bebé y un 18,7% vive con la pareja en casa de los padres de alguno de ellos. La mayoría de las madres refieren mantener buenas relaciones con quienes viven.

### **Perfil de la pareja**

El 11,9% de las embarazadas se encuentra casada con el progenitor de su hijo(a); un 30,5% convive; un 44,1% pololea y un 13,5% tiene escasa o ninguna relación con el padre del bebé.

Los futuros padres se caracterizan por tener un promedio de edad de 26 años, encontrándose el 47,5 % entre los 20 y 24 años de edad y un 28,8% entre 26 y 29 años.

Respecto a la situación laboral del padre el 54% tiene un trabajo estable, mientras que un 25% trabaja en el mercado informal.

Las reacciones de las parejas ante el embarazo fueron en su mayoría (62,7%) positivas, expresando alegría por la noticia. En segundo lugar se registran reacciones de incredulidad o falta de reacción por el impacto de la noticia (13,6%). Sólo en un 8,5% de los casos existe un claro rechazo por parte de la pareja al embarazo.

Al indagar sobre la calidad de la relación de pareja, la mayoría (84,7%) refiere una buena o muy buena relación. Un 74,6% de las madres se siente apoyada por el padre de su hijo(a). En su mayoría éstos brindan apoyo económico y afectivo. Sin embargo, un 3,4% de los padres sólo brinda apoyo económico, un 13,6% sólo apoyo afectivo y un 11,9% no brinda ningún tipo apoyo.

### **Situación laboral de las gestantes**

En cuanto a la situación laboral de las mujeres que participaron del programa, un 67,8% se dedica exclusivamente a labores de casa y un 22% trabaja. Las restantes estudian y sólo una minoría estudia y trabaja.

Respecto a proyección laboral y de estudio, la mayoría refiere deseos de trabajar y/o continuar estudiando. Sin embargo, existe poca claridad respecto a cuándo iniciarán la búsqueda de trabajo o la continuación de estudios tras el nacimiento de



su hijo(a), a excepción de las embarazadas que trabajan al momento de la entrevista, quienes planean, en su mayoría, reinsertarse laboralmente tras el postnatal.

### **C) Síntesis y conclusiones**

En síntesis, llama la atención que un porcentaje importante experimenta ambivalencia ante la noticia del embarazo, mezclando sentimientos de alegría y preocupación a la vez.

Si bien alrededor de un tercio de las entrevistadas trabaja o estudia una profesión u oficio, la mayoría pretende volver a trabajar o estudiar en el futuro. No más de un 8,5% desea dedicarse sólo al cuidado de sus hijos(as) al menos los dos primeros años de vida de éste.

La red de apoyo está constituida principalmente por la familia de origen y la pareja. Sin embargo, más de la mitad no vive con la pareja, lo que limita las posibilidades de apoyo por parte de ésta en aspectos cotidianos. Destaca el bajo número de relaciones de pareja formalizadas a través del matrimonio. El número de convivencias se triplica comparado con el matrimonio. A su vez, el número de parejas que pololean logra, prácticamente, igualar en cantidad a las casadas y en convivencia. Respecto de las embarazadas que viven con la pareja, llama la atención el alto número que no consigue independizarse económicamente de sus familias de origen. Esto resulta relevante para determinar que el tipo de familia en el que se insertará el hijo (a) será, probablemente, una familia más bien extensa.

A partir de la Investigación–Acción desarrollada con primigestas en la comuna de La Florida, hemos desarrollado la segunda versión del programa “Emprende Mamá”, destinada a acompañar el nacimiento, facilitando el despliegue de las habilidades maternas en beneficio del desarrollo y futuro de su hijo o hija, y la formación de su familia.

*Tercera etapa: Descripción del  
“Programa Emprende Mamá”  
para madres primigestas*

4

## A) Objetivos

### Objetivo general

Generar en las primigestas condiciones afectivas y educativas favorables que permitan propiciar un adecuado cuidado y crianza del hijo(a), promoviendo la protección de derechos de la infancia desde la gestación.

### Objetivos específicos

- Proporcionar a las gestantes una instancia de apoyo y de contención que les permita contactarse con los aspectos afectivos que genera su embarazo y explorar sus emociones dentro de un ambiente protegido.
- Educar a la gestante en los cuidados relacionados al proceso de gestación, nacimiento y crianza, de modo de favorecer un desarrollo integral del hijo(a) y una buena calidad de vida para ambos.
- Estimular las capacidades de vinculación afectiva de la gestante favoreciendo el desarrollo de un vínculo madre–hijo(a) adecuado para ambos.
- Promover la experiencia de un nacimiento humanizado.
- Fomentar la lactancia materna reconociéndola como un elemento fundamental para favorecer el vínculo madre hijo(a) y la salud del niño(a).
- Promover el valor de la paternidad y la importancia del rol del padre.
- Satisfacer la necesidad de toda mujer gestante de ser acompañada en su proceso de embarazo y parto por otras mujeres.
- Informar acerca de las redes de apoyo comunitarias, comunales y estatales existentes, de modo que pueda hacer uso apropiado de éstas en beneficio de ella y su hijo(a).

## B) Metodología de trabajo

El diseño del programa contempla 3 aspectos considerados esenciales:

### B.1) Aspecto educativo

Toda primigesta, tal como se constató en la realización del Focus Group está fuertemente interesada en aprender aspectos relevantes del proceso de gestación, nacimiento y crianza, puesto que carece de experiencia para asumir el nuevo rol de madre. Se encuentra, por tanto, en un momento de especial apertura para incorporar nuevos aprendizajes. Estos contenidos educativos facilitan el desarrollo de un sentido de competencia personal o autoeficacia frente a la tarea que deberá asumir. Así, mientras más preparada se sienta para reconocer las necesidades de su hijo(a) y darles satisfacción, mejor se sentirá en su rol materno.

### B.2) Aspecto psicoafectivo

La maternidad requiere de un ambiente de apoyo afectivo para que se puedan desplegar las capacidades que permitirán el establecimiento de un vínculo madre–hijo(a) adecuado. Especialmente se hace necesario cuando el embarazo se vive con sentimientos de ambivalencia o bien con escaso apoyo de parte de la pareja y/o familia. Sin embargo, también es importante cuando se trata de un embarazo planificado y esperado. El acompañamiento psico–afectivo entregado por una mujer con experiencia en maternidad ayuda a la gestante a sentirse acogida en este proceso.

### B.3) Aspecto grupal

Las mujeres tienden a agruparse en forma natural para compartir etapas de vida.

Esta conducta ancestral se produce a lo largo de toda la vida, pero en especial en etapas de alta exigencia como las relativas a la crianza de los hijos/as. Así lo sostiene la psicóloga Shelley Taylor en su libro “Lazos vitales” (Santillana, 2002), basándose en diversos estudios científicos existentes. La respuesta de las mujeres ante el stress difiere de la de los hombres. Mientras en los hombres la reacción ante el stress es de lucha o huida, las mujeres tienden a agruparse con otras y a mostrar una conducta más sociable, como forma de proteger y cuidar de sí mismas y de sus hijos en estas situaciones. Taylor, considerando investigaciones de otros autores, estima que la hormona oxitocina, presente en los procesos de nacimiento y crianza, así como en situaciones de stress, juega un rol importante en determinar la conducta de protección a los hijos así como de afiliación, lo que lleva a las mujeres, y no a los hombres, a reunirse con otras mujeres para enfrentar estas situaciones. Esta diferencia de género permite que las mujeres busquen en esta etapa de la vida más apoyo mutuo. De este modo aprenden de las experiencias de otras mujeres y se identifican más fácilmente con su rol de madres. La estrategia grupal cumple a la vez con otro objetivo, como es el de permitir socializar la experiencia de la maternidad frente a un grupo en situación similar.

### C) Contenido educativo

Se diseñaron 10 encuentros educativos destinados a cubrir las áreas de interés manifestadas por las primigestas en los encuentros focales (Anexo 4)

#### Listado de encuentros educativos según tema

Sesión	Tema	Profesional
Nº 1	Aspectos psicoafectivos del embarazo	Psicóloga
Nº 2	Cuidados del embarazo	Matrona
Nº 3	Relaciones padres, hijo(a) y familia	Psicóloga
Nº 4	El proceso del parto y preparación para acompañantes de parto (Concepto Doula)	Matrona
Nº 5	Claves para una lactancia exitosa	Matrona
Nº 6	Información sobre beneficios sociales y alternativas de vivienda social	Asistente social
Nº 7	Importancia de la estimulación para un sano desarrollo del niño(a)	Psicóloga
Nº 8	Cuidados del postparto y planificación familiar	Matrona
Nº 9	Cuidados e higiene del recién nacido y lactante	Matrona
Nº 10	Educando a nuestros hijos(as) con amor	Psicóloga

Cada tema es entregado por una profesional: psicóloga, matrona o asistente social y su duración es de aproximadamente una hora y media.

Estos encuentros, a su vez, contemplaron una dinámica educativa participativa, una síntesis con los contenidos reforzados a través de rotafolio o medio audiovisual y la entrega de material escrito de apoyo al finalizar.

Dado que la estrategia esencial del programa consiste en el acompañamiento psicoafectivo, se capacitó a mujeres voluntarias para ser acompañantes de grupo. Cada grupo tuvo 2 a 3 acompañantes encargadas de ofrecer el componente de apoyo afectivo, cercanía emocional y continuidad, ya que las profesionales cambiaban de una semana a la otra según el tema educativo. Para fomentar un clima de confianza e intimidad, se dio un rol preponderante a las acompañantes en, al menos, 3 instancias: al inicio del grupo, en la mitad y al finalizar las sesiones. En estas 3 oportunidades las acompañantes tenían un encuentro con las primigestas sin la presencia de profesionales. En las sesiones en que estaba contemplado un tema educativo, las acompañantes contaban siempre con 30 minutos para conversar sobre cómo se encontraban e informarse de situaciones especiales, como asistencia a controles o exámenes, detectar problemas específicos que hubieran

surgido en alguna de las participantes y reforzar el tema educativo de la sesión anterior a través de 2 preguntas elaboradas previamente por el equipo profesional. Las situaciones problemáticas detectadas fueron derivadas al profesional correspondiente y, posteriormente, a la red existente en la comuna, en aquellos casos necesarios.

## **D) Estrategia de ejecución**

Se obtuvieron los registros de ingreso a control prenatal de los diferentes Centros de Salud de la comuna. Se seleccionó a toda primigesta, mayor de 20 años, cuya fecha de parto le permitiera asistir a los talleres. Una vez seleccionadas, se procedió a invitarlas a través de una visita domiciliaria realizada por la asistente social del programa. La recepción de estas visitas, en general, fue buena. Sin embargo, un número importante, mayor al 50%, señaló no poder asistir por diversas causas, figurando entre las principales el trabajo o estudio.

Se arrendaron sedes sociales cercanas a los Centros de Salud, de modo de facilitar la asistencia de las embarazadas a los encuentros.

El programa funcionó con esquemas de tiempo variable. Los primeros 4 grupos tuvieron, en general, un mayor número de sesiones, ya que se comenzó con una secuencia similar a la utilizada para el programa con adolescentes embarazadas. Se comprobó que, para mantener una adecuada asistencia de las participantes, el número de sesiones debía ser inferior, determinándose la cantidad óptima de encuentros. Los siguientes 4 grupos llevados a cabo, desde Marzo de este año, contaron con un número fijo de 11 reuniones, considerando la última para realizar una actividad de despedida. Se entregó certificados de participación en el programa a todas las participantes que finalizaron sus encuentros.

En forma espontánea todos los grupos acordaron reunirse una vez más cuando todos los niños(as) hubieran nacido, para conocerlos e intercambiar experiencias del parto. Esto dio origen a la sesión número doce.

## **E) Evaluación de la experiencia**

### **E.1) Registros e instrumentos de evaluación**

Se elaboraron registros durante el proceso de invitación así como durante el desarrollo y la evaluación del programa realizado por las participantes. Estos se detallan a continuación:

#### **Registro de ingresos mensuales**

Correspondiente al registro de primigestas que se atienden en los Centros de Salud, extraído de los cuadernos de ingreso mensuales a programa prenatal que se llevan en cada Centro. Esta información fue obtenida a través de la asistente social.

#### **Informe de visita domiciliaria**

Completado por la asistente social, posterior a la realización de la visita domiciliaria de invitación al programa, señalando sus resultados.

#### **Hojas de asistencia**

Correspondiente al registro de la asistencia de las primigestas a cada encuentro realizado.

#### **Registro de talleres de profesionales**

Listado con RUT y firma de cada primigesta asistente a talleres impartidos por profesionales.

#### **Ficha psicosocial**

Ficha que recoge información relevante de entrevista semi-estructurada, rea-

lizada en forma individual y privada a cada participante de taller, por parte de psicóloga y/o asistente social.

#### **Registro de evaluación de taller**

Destinado a recoger la evaluación cuantitativa (en nota) de los diferentes aspectos involucrados en cada encuentro educativo realizado por las profesionales.

#### **Encuesta de evaluación del programa**

Encuesta aplicada a cada participante, al finalizar todos los talleres, con el fin de recoger opiniones respecto del programa.

### **E.2) Resultados de la evaluación de la experiencia**

#### **I. Evaluación cuantitativa, por parte de las participantes, de las actividades realizadas**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la evaluación realizada de las actividades educativas llevadas a cabo con los grupos. Estas se realizaron en forma escrita y anónima.

Los aspectos evaluados fueron:

- Interés por los contenidos expuestos.
- Claridad de la forma en que se presentaron los contenidos.
- Novedad de la información entregada.
- Evaluación general del taller.

Todos estos ítems fueron evaluados cuantitativamente, asignando una nota en escala de 1 a 7, en la que 1 corresponde a “muy malo” y 7 a “excelente”. Los temas “aspectos psico-afectivos del embarazo” y “educando a nuestros hijos(as) con amor” fueron incorporados en los últimos 4 grupos, por lo que no tienen evaluación de los primeros. La evaluación entregada por las gestantes fue muy positiva, ya que todos los encuentros fueron calificados con nota final de 6,8 a 7 (Anexo 5).

#### **II. Evaluación cualitativa de las participantes acerca del Programa “Emprende Mamá”**

Las gestantes que participaron en la primera fase de aplicación realizaron una evaluación muy positiva del programa en general, considerando pertinentes los temas abordados y clara la forma de entregarlos (Anexo 6).

Las sugerencias entregadas para mejorar el programa fueron las siguientes:

- Utilizar más material didáctico y audiovisual.
- Contar con salas mejor equipadas.
- Entregar todo el material de apoyo en un cuadernillo anillado.
- Realizar más ejercicios prácticos (ejercicios físicos, de respiración, cambio de pañales, entre otros).
- Reunirse una vez nacidos sus hijos(as).
- Incorporar el tema de la paternidad y familia.

Se describen a continuación los resultados obtenidos de la encuesta de evaluación aplicada al finalizar la segunda etapa de los programas educativos con embarazadas primigestas. Las mujeres que respondieron la encuesta se atienden en los consultorios Maffioletti (n=4), Bellavista (n=5), Los Quillayes (n=8) y Villa O’Higgins (n=3), conformando un grupo total de 22 personas.

La evaluación general del programa, al igual que en la etapa anterior, fue muy positiva, recibiendo una nota promedio de 6,9 en una escala del 1 a 7, siendo la nota más baja asignada un seis. (Anexo 7) Las madres reconocen que su participación les ha permitido aprender cosas nuevas e interesantes, aclarar sus dudas, sentirse apoyadas afectivamente y más seguras en su rol.

*“Me parece excelente que nos enseñen en este ciclo tan importante de nuestra vida, es rico sentirse apoyada por profesionales”.*

*“Es una buena oportunidad para aprender y comprender el embarazo, además del apoyo emocional que da”.*

*“Me enseñaron y me dejaron claras muchas dudas que tenía y creo que todo y cada uno de los talleres me van a ayudar en el parto como en la educación de mi bebé”.*

### Contenidos del programa

En cuanto a la claridad con la que se abordó los temas trabajados, la totalidad de las madres encuestadas refiere que le parecieron muy claros o claros, identificándose un leve avance con respecto a la evaluación hecha por las madres que participaron del programa en la etapa anterior.

Al ordenar los temas de acuerdo a relevancia para las beneficiarias, los temas que fueron considerados más interesantes e importantes, al igual que en la etapa anterior, fueron: cuidados del embarazo, importancia del vínculo madre–hijo(a) y lactancia materna.

Los temas que recibieron menores puntajes fueron: beneficios sociales y vivienda y post–parto y planificación familiar.

Respecto a la utilidad de los temas abordados, todas las madres encuestadas los consideraron muy útiles (91%) o útiles (9%).

Al preguntar si estiman necesario incluir temas no abordados en el programa, la mayoría de las madres (73%) no realiza sugerencias o plantea que los temas abordados fueron suficientes. Quienes realizan sugerencias plantean incluir los siguientes temas:

- Manualidades para el bebé.
- Taller sobre relación padre–hijo(a) y efectos de la ausencia del padre.
- Prevención y tratamiento de enfermedades comunes en el niño(a).
- Sexualidad y embarazo.
- Orientación sobre salas cunas para madre que trabajan.
- Alimentación del niño(a) a partir del año de edad.

### Duración del programa

Respecto a la duración del programa el 36% de las madres considera que la duración fue la adecuada, 59% que fue muy corto y a un 5% les resultó muy extenso. Se reconoce un aumento en el porcentaje de madres que consideran que el programa debería tener una mayor duración, en comparación con la etapa anterior.

Al preguntar ¿Qué sugerencias haría respecto a la duración ideal del programa? las madres sugieren prolongar el programa, ya sea para compartir una vez nacidos los bebés, profundizar en los temas tocados, continuar aclarando dudas, o para seguir compartiendo con otras madres.

*“Lo ideal sería que después de tener el bebé siguiéramos viniendo para seguir aprendiendo”.*

*“A mi me pareció muy bueno porque pudo tocar muy bien los temas, hablaron todo lo*

*necesario pero me gustaría continuar hasta el parto, porque igual es bueno compartir con personas que están en la misma situación que una”.*

*“Debería haber durado más porque igual quedan algunas preguntas que una no tiene clara la respuesta”.*

### **Impacto percibido**

Todas las madres encuestadas consideran que su participación en el programa ha influido en la forma en la que enfrentan actualmente su embarazo. El programa las ha ayudado a sentirse más tranquilas y seguras en su maternidad. Cuentan con mayor información y han podido aclarar dudas y mitos respecto a la gestación y maternidad.

*“Dando tranquilidad a mi embarazo y confianza a mi misma”.*

*“Me siento más relajada y capacitada para enfrentar mi embarazo y tener a mi bebé en brazos”.*

*“En mucho, porque no sabía ni dónde estaba parada frente a mi embarazo y, como estoy sola, no sabía cómo tenerlo, pero ahora estoy preparada”.*

*“Porque me ayudó a enfrentar mi embarazo con más responsabilidad y aprender los cuidados de mi bebé”.*

Las madres consideran que su participación en el programa va a influir en la relación con su hijo(a) cuando nazca, al sentirse más preparadas, contar con mayor información y reconocer la importancia de estimular y establecer un vínculo con sus hijos(as). Algunas madres también refieren que el programa las ha ayudado a vincularse mejor a sus bebés.

*“Porque gracias a este programa aprendí nuevas cosas y así voy a estar preparada para recibir bien y con cariño a mi bebé”.*

*“Porque ahora me siento más feliz y preparada. Quiero que puro nazca. Siento apego y amor a mi bebé”.*

*“Porque nos enseñaron la importancia de la relación y estimulación entre madre e hijo(a)”.*

### **Sugerencias realizadas**

La principal sugerencia realizada por las madres encuestadas fue que el programa tenga una mayor duración. Otras sugerencias consisten en:

- Hacer manualidades
- Ayuda a las madres que enfrentan problemas económicos.
- Más actividades prácticas.
- Mayor participación del padre.

### **Conclusión**

Las madres encuestadas realizan una evaluación muy positiva del programa, considerando pertinentes los temas abordados y clara la forma de entregarlos. En cuanto a la duración del programa, esta fue considerada corta por un porcentaje importante de las madres.

Las mujeres que participaron reconocen que el programa ha tenido un impacto positivo en la vivencia de su embarazo, ayudándolas a enfrentar su maternidad con mayor seguridad, al contar con más información. También consideran que el haber participado en el programa influirá positivamente en la relación con su hijo o hija, al sentirse más preparadas y tener mayores conocimientos sobre la importancia de la estimulación y el vínculo con su hijo(a).



La principal sugerencia entregada por las madres encuestadas es el extender la duración del programa.

### **E.3) Análisis comparativo de aplicación del Programa “Emprende Mamá” a madres primigestas y madres adolescentes**

Después de la aplicación del programa a un grupo de 75 primigestas entre los meses de noviembre de 2005 y junio de 2006 pertenecientes a centros de salud de la comuna de La Florida y la experiencia realizada durante 6 años con adolescentes estamos en condiciones de realizar un análisis comparativo entre ambos grupos.

En primer lugar constatamos que en ambos grupos: adolescentes y mayores de 20 años un porcentaje importante de los embarazos no son planificados. Se hace necesario, por lo tanto, realizar la invitación con mucha prudencia, ya que muchas veces sus familiares no están informados del embarazo. Esto también se traduce en que un porcentaje alto manifiestan temores, preocupaciones y emociones negativas en la primera etapa de la gestación.

Respecto de la invitación a participar pudimos constatar que la respuesta inicial a ésta de parte de las primigestas es más entusiasta que las adolescentes. Se muestran agradecidas ante la invitación, valoran la iniciativa y reciben en forma atenta a la asistente social. Ello, sin embargo, no se traduce en que asistan masivamente a los grupos después de una primera visita, sino en una comunicación más fluida. Señalan inmediatamente si existe disposición a participar o no y la causa. Un porcentaje importante se excusa de participar porque trabaja o estudia. Es por esta razón que aquellas que participaron están conformadas en general por mujeres que realizan labores de hogar. Aquellas que trabajan o estudian pudieron participar sólo en una pequeña proporción. Si bien se muestran interesadas, dicen tener disponibilidad sólo cuando inician su prenatal, lo que deja un margen estrecho de tiempo para su participación antes del nacimiento de sus hijos/as. Tuvimos 3 casos de mujeres que nos contactaron telefónicamente para solicitar participar una vez que iniciaron su prenatal y coincidió con la formación de los segundos grupos en marzo. Eso refleja su interés, ya que no se olvidaron de la invitación recibida. También se observó un grupo importante que señaló no estar interesada. Este dato creemos que se puede asociar con aquellas primigestas que presentan un embarazo no planificado y que por lo tanto se encuentran en una etapa de negación o no aceptación de su nueva condición.

Las adolescentes en cambio expresan reacciones más variadas al momento de ser invitadas. Algunas se muestran interesadas, otras más bien indiferentes y otras dicen que asistirán pero no llegan al programa. En un alto porcentaje es necesaria más de una visita para lograr que comience a asistir. Como dato podemos decir que de las visitadas (la mayoría 2 veces) cerca del 50% asiste al programa para conocerlo. Este porcentaje resulta ser superior al de primigestas. De las que asisten permanecen en él cerca del 80% después de conocerlo. Cuando se toma contacto con algún familiar de ella, especialmente la madre, es más probable que asista pues las madres generalmente perciben la necesidad de asistencia de las niñas con el fin de ayudarles a asumir su maternidad y las estimulan a ello. En síntesis ambos grupos requieren de un esfuerzo importante en la convocatoria, pero una vez formados la permanencia en él se hace bastante estable.

La motivación inicial para la asistencia al programa por parte de las primigestas es claramente el interés por aprender sobre los cuidados y atención requeridos por su hijo/a. Esto se refleja en que prestan mucha atención a los temas tratados por las profesionales, hacen más preguntas y de este modo las sesiones se hacen más largas. En segunda instancia y recién después de vivenciar la forma de funciona-

miento de los grupos comienzan a valorar el compartir en grupo sus experiencias, el recibir apoyo y sentirse escuchadas. Al término del funcionamiento del grupo ambos aspectos son valorados como igualmente importantes.

En el grupo de adolescentes en cambio la motivación inicial a participar y asistir está más bien dada por la posibilidad de contar con un espacio para compartir con pares en situación similar. Valoran rápidamente el apoyo que reciben de parte de las voluntarias o monitoras de grupo y el componente educativo es considerado secundario, pues las necesidades se centran fuertemente en recibir apoyo y confirmación para su maternidad. Esto se refleja en que la atención y concentración mostrada frente a los temas tratados es menor y éstos deben ser entregados en tiempos más breves, enfatizando unas pocas ideas centrales. Esto también puede deberse a una inmadurez propia de la edad que atraviesan.

Para ambos grupos el componente psicoafectivo del programa termina siendo uno de los atractivos más importantes a medida que avanzan las reuniones. El contar con un espacio y grupo humano que comparte los mismos intereses y que se centra en las necesidades de cada una para ser escuchada les permite imaginarse como madres y así comenzar a aceptar su embarazo y sentirse más confiadas en sus propias capacidades maternas. El componente psicoafectivo es sentido como más necesario, mientras más se encuentre la embarazada en situación de pobreza y/o vulnerabilidad por su corta edad.

Respecto a la duración del programa vimos que para las adolescentes se hace necesario un tiempo más extendido que las mujeres mayores para desarrollar la capacidad para vincularse afectivamente. Las primigestas adultas, en cambio pueden aprovechar con más facilidad la instancia, establecen relaciones de apoyo con mayor facilidad, aprovechan mejor las instancias educativas y tienen sus vidas algo más ocupadas que las adolescentes. La maternidad es asumida más rápidamente por las mayores de 20 años, ya que han completado etapas de desarrollo previas, por lo que el tiempo de acompañamiento necesario es menos extenso comparado con adolescentes. En el caso de estas últimas la maternidad llega de forma sorpresiva interrumpiendo procesos, por lo que el tiempo requerido para asumir su rol materno es mayor y la necesidad de acompañamiento psicoafectivo también. Las primigestas adultas son más constantes en su asistencia a los encuentros, son más proactivas en la búsqueda de información, por lo que aprovechan mejor cada reunión.

La capacidad de entregar apoyo mutuo es menor entre las adolescentes cuando inician grupos comparado con las mujeres mayores de 20 años. Esto se puede explicar por la etapa de desarrollo psicológico en que se encuentran que las lleva a ser más egocéntricas. No les resulta fácil escucharse entre ellas y requieren mucho más de la dirección de las voluntarias para interactuar y conversar sobre sus temas. Van experimentando cambios importantes con el tiempo, de modo que después que han nacido sus hijos se observa un avance en la tendencia a empatizar y dar y recibir apoyo mutuo. En síntesis los grupos de adolescentes al permanecer más tiempo en el programa experimentan cambios más significativos en cuanto a sus habilidades sociales.

En relación al rol de la monitora vemos que en las dos modalidades del programa: la abreviada para primigestas y la más extensa para adolescentes cumple un rol central en generar una atmósfera de confianza, intimidad y un clima de aceptación que permite a las participantes ponerse en contacto con aspectos tanto positivos como conflictivos de su maternidad. En las primigestas, por su mayor grado de madurez los aspectos conflictivos son verbalizados y expuestos con mayor facilidad y desde los primeros encuentros. Las adolescentes, en cambio,

requieren de un mayor tiempo para lograr el nivel de confianza para expresar la vivencia de conflictos. El poder generar la confianza dándoles el tiempo que sea necesario es una tarea crucial de las monitoras con las jóvenes. A su vez juegan un rol más relevante en dirigir los procesos grupales con adolescentes, ya que por su etapa de desarrollo tienden a relacionarse más con las voluntarias que con sus pares. La etapa de mutualidad de un grupo, es decir cuando todos sus integrantes interactúan entre sí fluidamente y las monitoras son sólo facilitadoras de esta interacción, demora más tiempo en surgir con las adolescentes. También debe preocuparse más de incorporar a las que muestran dificultades para sentirse incluidas en el grupo y neutralizar un poco a las que tienden a acaparar la atención. Entre las gestantes adultas esto también suele darse, pero tiende a ser más autorregulado por las mismas participantes. En síntesis en ambas experiencias las voluntarias juegan un rol esencial en dirigir la dinámica grupal, viéndose más exigidas en los grupos con adolescentes, en el que su rol de crear intimidad, confianza y espacio a la participación de cada joven se hace más necesario.

En ambas modalidades es posible detectar los casos de riesgo psicosocial, ya que la participación grupal va acompañada de contacto personalizado con cada gestante.

Las adolescentes tienen mayor necesidad de hablar de ellas mismas. Después de nacidos sus hijos buscan en el grupo la posibilidad de tener un espacio para ellas, ya que durante la semana giran en torno a los cuidados del hijo. Las embarazadas adultas en cambio tienen durante el embarazo su foco en su hijo más que en ellas mismas. No sabemos a ciencia cierta si esto se revertiría después del nacimiento de su hijo/a, ya que los grupos finalizan antes del parto, pero suponemos que la necesidad no es tan apremiante como en el otro grupo.

En relación a los temas tratados por las profesionales podemos ver que las gestantes adultas valoran como más relevante los temas sobre cuidados del embarazo, vínculo madre-hijo y lactancia materna, mientras que las gestantes adolescentes valoran: cuidados del embarazo, cuidados del niño y preparación al parto, ocupando lactancia el quinto lugar en cuanto a importancia percibida. (Información extraída del documento Informe de Resultados de Evaluación de Impacto del Programa *Emprende Mamá*). Es decir que ambos grupos valoran la orientación recibida en términos de los cuidados del embarazo. Coinciden también ambos grupos en asignar menor relevancia para ellas en el tema de planificación familiar. Probablemente ese aspecto de la vida no es percibido como tan relevante en esta etapa pues la atención está centrada en los inicios de la maternidad.

Sobre la metodología utilizada es necesario enfatizar el aspecto participativo que se dio al intercambio de contenidos educativos. La posibilidad de generar desde las involucradas la problematización de la realidad en torno a los temas tratados, a través de dinámicas grupales, permite a nuestro juicio generar instancias de aprendizaje valiosos que se ven enriquecidas por la participación activa de cada una de las participantes, tanto en los grupos de adolescentes como en las gestantes adultas. Ya hemos señalado anteriormente las ventajas del trabajo grupal; sólo nos queda señalar que el aprendizaje cruzado y el intercambio de información que se produce entre las participantes son muy provechosos como experiencia educativa. La mayoría opinó también favorablemente respecto de la utilización de material audiovisual al finalizar las dinámicas educativas, como forma de sintetizar los contenidos esenciales. Señalaron que si bien no era imprescindible su uso, ayudaban a clarificar los contenidos y amenizaba el proceso educativo. En esta experiencia se usaron indistintamente rotafolios y presentaciones en power point.

Al egreso ambos grupos de embarazadas se muestran muy agradecidas y valoran el haber podido participar del programa. Las adolescentes manifiestan claramente

que les es difícil pensar en terminar las reuniones y dejar de verse. Las primigestas adultas también plantean su tristeza al término del ciclo de encuentros, sin embargo, lo asumen como algo natural. Probablemente cuentan con más recursos personales para mantener lazos con otras personas dentro de su familia y entorno social y de esta forma continuar con apoyo afectivo durante la crianza de su hijo/a.

El Programa aplicado a adolescentes abarca la problemática de superación de la pobreza a través de cuatro ejes centrales: El fortalecimiento de las habilidades de cuidado infantil y, por tanto, del cuidado de la familia; el acceso a información sobre las redes de apoyo a nivel estatal y comunitaria para un uso más eficiente de ellas; el fomento de la reinserción escolar, para mejorar la empleabilidad y la promoción humana que lleva a una valorización de la persona, potenciando con ello las capacidades de superación y búsqueda de mejores niveles de vida. En el programa aplicado a primigestas, estos ejes también se encuentran, salvo el fomento de la reinserción escolar, que no surge como necesario, pero con un mayor énfasis en los cuidados infantiles. Probablemente al trabajar con primigestas con mayor vulnerabilidad social se requiere enfatizar más los restantes ejes.

Finalmente queremos señalar algunos aspectos que inciden en los procesos del programa, afectando la convocatoria tanto en primigestas adolescentes como adultas y que son necesarios mejorar. Estos son:

- 1) La diversidad en la forma de recopilación de la información de las usuarias que hace necesario en algunos Centros de Salud revisar tarjetero y ficha además del cuaderno de ingreso al programa maternal, dado que en cada uno hay información parcial.
- 2) La ilegibilidad de la letra manuscrita que dificulta la ubicación de direcciones.
- 3) La necesidad de trabajar con mayor sinergia con los Centros de Salud, ya que la participación al Programa aumenta cuando forma parte de las actividades de éstos.

Síntesis del Análisis Comparativo entre Programa Emprende Mamá aplicado a adolescentes y primigestas.

- La existencia del componente psicoafectivo potencia la adquisición de contenidos educativos en general.
- En las adolescentes el componente psicoafectivo resulta fundamental para la incorporación de contenidos educativos.
- En las primigestas el componente educativo es inicialmente más relevante, comparado con las adolescentes (en primigestas el componente educativo es el que las lleva a participar en los grupos inicialmente).
- En la medida que existe mayor pobreza o vulnerabilidad, el componente psicoafectivo pasa a ser más relevante.
- El sistema grupal con sus características permite detectar los casos de riesgo psicosocial.
- La maternidad es asumida más fácilmente en primigestas, por haber completado procesos previos, por lo que el tiempo de acompañamiento necesario es menos extenso comparado con adolescentes. En cambio en el caso de adolescentes la maternidad irrumpe de forma sorpresiva interrumpiendo procesos, por lo que el acompañamiento requerido para asumir su rol materno es más extenso.
- En los grupos de primigestas hay mayor regularidad de asistencia, son más proactivas en la búsqueda de información y participación.

- Entre primigestas hay mayor diversidad de situaciones socioeconómicas.
- Las adolescentes están más centradas en sus propios procesos de vida y cambios internos, dada la etapa del ciclo vital en que se encuentran, por lo que las preocupaciones se centran más en ellas y sus problemas que en sus hijos como en las primigestas.
- Ambas modalidades del programa apuntan no sólo a la protección de la infancia, sino que también a la superación de la pobreza.

*Conclusiones generales del  
equipo ejecutor*

5

El programa “Emprende Mamá” surgió como una alternativa de intervención al constatar las necesidades de apoyo e información no satisfechas que presentaban las adolescentes embarazadas provenientes de sectores de escasos recursos para ejercer la maternidad y asumir el cuidado de sus hijos(as). La institución ejecutora (A.D.S.) creó un modelo innovador que unió la capacitación en destrezas para la maternidad con el apoyo psicoafectivo, elemento indispensable para el despliegue de la función materna, todo ello en un contexto grupal, acogiendo la necesidad que las jóvenes experimentan de socializar su embarazo.

Para ello, con la ayuda de un equipo multidisciplinario de profesionales, se organizó a un voluntariado femenino y se lo capacitó. La opción de trabajar con voluntariado para el apoyo psicoafectivo surgió del convencimiento de que las mujeres asumen en nuestra sociedad el cuidado de otros en forma natural más allá de sus familias y de que la maternidad es una experiencia que acerca a toda mujer, independiente de su nivel social y cultural, ya que cruza todos los estratos sociales.

La Investigación–Acción realizada con el apoyo de FOSIS/MIDEPLAN consistió en elaborar una propuesta de intervención basada en el programa “Emprende Mamá” dirigido esta vez a primigestas, que ayudara en el desarrollo de un Sistema de Protección a la Infancia, en la etapa que va de la gestación al primer año de vida del niño(a). Para ello se diseñó una metodología de trabajo, se definieron contenidos educativos, se crearon y probaron dinámicas educativas participativas y se aplicaron en una muestra de 75 primigestas mayores de 20 años, distribuidas en 8 grupos, que se atienden en 5 Centros de Salud de La Florida.

De esta manera pudimos probar y evaluar la aplicación del Programa, haciendo modificaciones, de acuerdo al diagnóstico previo, en relación al trabajo realizado con adolescentes, y a la vez manteniendo los aspectos esenciales de éste, constituidos por el apoyo afectivo unido al componente educativo en un contexto grupal.

Hemos podido constatar que este diseño de intervención es una vía posible para ofrecer a las gestantes una instancia fortalecedora de sus habilidades maternas, concretamente porque las ayuda a identificarse en su nuevo rol y satisface una necesidad sentida por ellas en esta etapa de vida, según dan cuenta las evaluaciones realizadas a las participantes de los grupos formados.

En nuestra experiencia, la participación en el Programa debe obedecer a tiempos e intensidades diferentes según se trate de gestantes con mayor o menor grado de vulnerabilidad o riesgo. Consideramos como más vulnerables a las adolescentes embarazadas y todas aquellas mujeres que viven su embarazo en condiciones sociales o ambientales desfavorables, como ausencia del apoyo del padre, de la familia o riesgo social. Estos grupos se ven especialmente beneficiados al experimentar un ambiente facilitador y el apoyo brindado por otras mujeres para desarrollar las capacidades de cuidados maternos.

El fortalecimiento de la capacidad de vincularse con su hijo(a) por parte de la madre es, a nuestro juicio, un elemento indispensable para prevenir riesgos a la salud y asegurar un buen trato a la infancia. Estas capacidades pueden mejorarse a través de la cercanía afectiva con otras mujeres ya que durante el embarazo se producen cambios cerebrales que involucran zonas relacionadas con la afectividad, haciendo a la gestante especialmente sensible a experiencias restauradoras de estos procesos.

La instalación de un sistema de protección a la infancia desde el gobierno, con la oferta de programas que va a traer acompañados en salud, educación, justicia, entre otros, requiere, a nuestro juicio, de la participación de quienes están en mejores condiciones para ser protectores de derechos de los niños(as), es de-

cir, sus padres. Sin padres bien informados respecto de las necesidades de sus hijos(as), estos programas pueden no lograr el impacto buscado, pues corren el riesgo de quedar subutilizados. Creemos que todo programa destinado a la protección de los niños(as) debe incorporar activamente a los padres y en especial durante la gestación pues es ahí cuando se encuentran más abiertos a prepararse para dicho evento.

Una sociedad que busca incorporar un cuidado de calidad a los miembros más vulnerables, como lo son los niños y niñas, debe partir cuidando al binomio madre-hijo(a). Existe evidencia empírica que apoya la necesidad de intervenir en la etapa de la gestación, es decir antes del nacimiento, como oportunidad para potenciar los profundos cambios que experimenta la mujer cuando nace a la maternidad y que la llevan a dar protección y cariño a su descendencia. Estos cambios, que involucran el despliegue de capacidades en el ámbito afectivo, se desarrollan más cuando se ofrece un entorno social apoyador, especialmente para aquéllas que viven esta etapa en situación de vulnerabilidad.

Más allá de la responsabilidad que tiene el estado de generar “ambientes cuidadores” para la población, y en especial a aquélla más vulnerable desde el punto de vista social, el sector civil tiene también un rol importante que ejercer en promover iniciativas que implican fortalecer redes de apoyo para la comunidad. La adecuada integración de instituciones estatales, comunales, empresariales y de la sociedad civil permitirá potenciar iniciativas novedosas en este ámbito.





*Anexos*

## Anexo 1: Datos sociodemográficos de las participantes en focus group

Escolaridad	
Básica completa	3
Media incompleta	2
Media completa	29
Estudios universitarios incompletos	3
Estudios universitarios completos	3
Técnica completa	5
Técnica incompleta	0

Actividades desempeñadas	
Labores de casa	23
Trabaja fuera de la casa	15
Estudia	7

Las mujeres que trabajan lo hacen en:

- Local comercial como cajera
- Cuidado de paciente en casa particular (Aux. Enfermería)
- Fotógrafa particular
- Vendedoras (3)
- Municipalidad del Bosque y proyecto FOSIS (Asistente Social)
- Administrativa de local
- Operadora telefónica (2)
- Nana
- Trabajo ocasional de comerciante en feria navideña
- Aseo en centro médico

De las que estudian, estudian:

- Dibujo Técnico
- Psicología (2)
- Construcción civil
- Derecho
- Peluquería

### Situación de Pareja

Tienen actualmente pareja	
Sí	41
No	4

### Tipo de relación que mantienen con su pareja

Relación	
Esposos	9
Convivencia	16
Pololeo	16
Omisión	4

### Aporte económico que realiza la pareja

Aporte económico	
Mantiene hogar	9
Aporta hogar	18
No aporta	13
Omisión	5

Les gustaría recibir preparación pensando en su futuro rol de madre, en:

- Cuidados del bebé (17)
- Alimentación del bebé, Lactancia (7)
- Preparación para el parto y parto (5)
- Desarrollo del bebé (4)
- Crianza y educación (4)
- Cuidados del embarazo y embarazo (4)
- Aspecto psicológico del bebé (2)
- Desarrollo intrauterino del bebé (1)
- Maternidad (3)
- Tratamiento de enfermedades (1)
- Todo (3)
- Otro (3)

No podrían asistir a talleres debido a:

- Trabajo (10)
- Controles salud (7)
- Problemas de salud (3)
- Emergencia (1)
- Compromiso familiar (2)
- Labores de la casa (1)
- Topes horarios (1)
- Tenga que salir, no estuviera en mi casa (2)

#### Horario que les es más favorable

Mañanas	Tardes	Mañana y tarde	Omisión
27	13	2	3

## Anexo 2: Opiniones expresadas por las participantes de focus group

### A.1) Reacción frente a la noticia del embarazo

Un poco más de la mitad reaccionó con alegría ante la noticia.

*“Alegría, saltábamos, quería decirle a todos que estaba embarazada”.*

*“Supe que estaba embarazada a los cinco meses. Yo quería tener guagua, estaba feliz”.*

Alrededor de un tercio no esperaba embarazarse y reaccionó con susto, temor o llanto ante la confirmación del embarazo.

*“Lo primero fue llorar y como que se me venía el mundo abajo. Se derrumbaron todos mis proyectos, fue bien fuerte”.*

*“Casi me muero...me sentí frustrada...que tengo que dejar la U, que mis papás, la plata, me van a criticar, me sentía muy triste”.*

Un pequeño grupo reacciona ante la noticia con sentimientos encontrados: por un lado sorpresa o susto, pero rápidamente esa sorpresa se transforma en alegría.

*“No lo esperaba, pero bien, fue sorpresa, no sabía como reaccionar”.*

### A.2) Reacción de las parejas ante la noticia del embarazo

El grupo señala mayoritariamente que su pareja ha reaccionado bien ante la noticia del embarazo y se sienten apoyadas por él.

*“Súper bien...toca la guatita, le habla, está comprando cositas...”.*

*“Se embarazó conmigo, siente mas síntomas que yo...”.*

*“Se porta bien, trata de pedir permiso en el trabajo para acompañarme. De repente llega tarde. No vivimos juntos, pero he tenido su apoyo”.*

En pocos casos reportan que su respuesta ha sido regular:

*“Digamos que bien....pero en el fondo es tan raro.... que no haga nada y después tengo que andar tras de él”.*

*“Recién ahora asumió que hay que hacer cosas concretas para prepararse”.*

En dos casos los padres no han asumido su paternidad y las embarazadas están viviendo su embarazo solas.

*“Dijo que iba a apoyar pero no lo ha hecho”.*

Varias embarazadas dicen también sentirse más sensibles y necesitar más apoyo de parte de su pareja. Se quejan de que aún cuando él las apoya pasan poco tiempo con ellas debido al trabajo. En pocos casos son ellas quienes han decidido mantener al padre de sus hijos(as) fuera de sus vidas y no dejarlo participar del embarazo:

*“No espero mucho de él, estoy asumiendo el embarazo “mío”...me ha acompañado a la eco... yo no lo incorporo mucho”.*

### **A.3) Apoyo recibido**

En relación a quién las ha apoyado la gran mayoría señala simultáneamente a la madre y la pareja. Muy pocas señalan a la suegra y la familia de la pareja como principal fuente de apoyo y finalmente dos señalan a su abuela y tía respectivamente.

*“Mi mamá, aunque ella no es mi mamá para mi lo es. No me deja que tome la escoba...Ella más que mi pareja”.*

*“El de mi mamá. Es la única que evita que tenga rabia, me aconseja, no pelea conmigo, me cuida”.*

*“El de mi mamá porque mi esposo trabaja todo el día, yo vivo cerca de mi mamá. Se preocupa de que tome leche”.*

Llama la atención que una señala no recibir apoyo de nadie.

*“Nadie. Hago todo sola, veo comedias y duermo, no converso con nadie de mi embarazo”.*

### **A.4) Principales preocupaciones expresadas**

En relación a las preocupaciones expresadas por las gestantes éstas se centran en primer lugar en torno al hijo(a). Se expresa temor a que el hijo(a) presente algún problema de salud o le ocurra algo al nacer.

*“Que nazca sanita y que se sienta bien dentro mío”.*

*“Que mi guagüita venga enferma, tomaba pastillas diazepam para dormir”.*

*“Me preocupa que nazca sana, cuando supe que estaba embarazada yo había consumido tanto alcohol”.*

En segundo lugar se expresan preocupaciones en torno al parto, a sufrir dolor y a no saber reconocer los síntomas de éste.

*“Temor a que pase algo en el parto y miedo a no saber reconocer cuando es el momento”.*

*“Del momento de sentir los dolores...los puntos...pinchazos”.*

*“Dolores del parto...reconocer el momento”.*

En tercer lugar aparecen preocupaciones referidas a la propia salud:

*“tengo miedo a que me pueda pasar algo...”.*

*“¡Terror a la anestesia!”.*

*“Me preocupo porque tengo anemia”.*

Algunas manifiestan preocupación de que les cambien la guagua en el hospital y a estar solas después del nacimiento.

*“Que me deje sola en el hospital, que me sienta sola y abandonada”.*

*“Que el papá no esté en el parto, por el servicio militar”.*

Otras centran sus preocupaciones en aspectos futuros que involucran el bienestar y crianza del hijo(a):

*“Después del parto que voy a hacer cuando la tenga y lllore”.*

*“El futuro, que cuando sea grande se forme como una persona de bien”.*

*“Hacer algo mal y que influya en su adultez”.*

*“Que el bebé no tenga lo que necesita...”.*

*“Que va a ser de mí después... me siento responsable por mi guagua pero no le tengo cariño, me preocupa que esto no cambie”.*

Finalmente unas pocas relatan tener varias preocupaciones a la vez:

*“No saber si voy a ser una buena mamá...miedo al parto...me paso muchos rollos...que nazca sanita mi guagua...Si mi hijo(a) me va a querer”.*

*“El parto y que me cambien la guagua...del momento de sentir los dolores...los puntos...los pinchazos”.*

### **A.5) Sentimientos en relación al parto**

La gran mayoría expresa sentir temor cuando piensan en el parto. Estos temores van asociados a que pueda pasarle algo a su guagua o bien que les ocurra algo a ellas.

*“Que no le den atención cuando uno llama, que salga la guagua y no se den cuenta...”.*

*“Preocupada, he escuchado que se han muerto guaguas en el parto”.*

*“Pánico. Le tengo miedo a dormir en un hospital porque nunca he estado en un hospital”.*

*“Que no pase nada porque tengo un problema al corazón...Me da miedo irme o desmayarme en el parto”.*

Sólo unas pocas expresan sentimientos positivos al pensar en el parto ya que conocerán a su hijo(a).

### **A.6) Planes respecto al futuro**

Cuando se les pregunta respecto a sus planes futuros relativos a estudios o trabajo después del nacimiento de su hijo(a) la mayoría dice que desea volver a trabajar cuando su hijo(a) tenga unos tres a seis meses, pero a la vez sostienen que no desean dejar a sus hijos(as) en salas cuna ni al cuidado de otra persona.

*“Estoy con licencia, tengo prenatal en febrero y postnatal. Me da miedo la sala cuna... No me gustaría perder el trabajo porque es bueno”.*

*“Volvería a trabajar cuando esté más independiente mi guagua”.*

*“Quiero que me conozca como su madre”.*

Algunas, aunque no la mayoría, señala que se quedará cuidando a su hijo(a) los primeros años

*“Dedicarme a mi hijo(a), estar presente para que no le pase lo que nos ha pasado a nosotros”.*

### **A.7) Imagen de su rol materno**

En relación a cómo se imaginan en su nuevo rol de madres, todas dicen querer ser una buena madre. Algunas, sin embargo, relatan tener dudas o preocupación ante la posibilidad de no ser buenas madres.

*“Me da miedo no saber detectar algo, no saber lo que tiene, cómo alimentarlo, acostumbrarlo a un horario. Ojalá que sea buena mamá”.*

*“De que voy a ser buena madre lo voy a ser, pero no me gustaría cometer tantos errores”.*

*“Chocha, con babero hasta el suelo...darle lo mejor, que no aprenda cosas que lo lleven por otro camino, ser buena mamá, educarlo, que no le pase lo que yo”.*

### **A.8) Reacción de la familia**

La relación con la familia se reporta como apoyadora ante el embarazo en general. Sólo en pocos casos la familia reaccionó negativamente ante la noticia del embarazo, pero luego cambiaron su actitud apoyando.

*“Les faltó poco para que me hicieran una fiesta”.*

*(Familia) “más contenta que yo”.*

*“Todo es pura guagua en la casa”.*

### **A.9) Necesidades educativas expresadas en torno a la maternidad**

Todas señalan interés en aprender sobre temas relativos a la maternidad.

La gran mayoría centra los temas de interés en primer lugar en relación a los cuidados que requiere su hijo(a) y la crianza. Entre ellos se manifiestan deseos de aprender sobre lactancia, alimentación, desarrollo, educación y aseo.

*“De todo un poco, tanto lo psicológico como lo físico...”.*

*“Aprender qué necesita el bebé, porqué llora...”.*

*“En todo sentido de mi y el bebé”.*

*“Cómo tratarlo, no ser brusca, tener paciencia”.*

*“Todo sobre el bebé y cómo llevar situaciones inesperadas”.*

En segundo lugar expresan también interés por aprender a cuidarse ellas y conocer más sobre el proceso de parto.

*“Cuidado del embarazo., parto y nacimiento”.*

*“Labores de parto y ejercicios que facilitan eso”.*

Varias expresan necesidad de aprender en general sobre todo lo relativo a esta etapa de vida.

*“En todo sentido de mi y el bebé”.*

### **A.10) Posibilidades de asistencia a encuentros educativos**

Todas señalan que les gustaría participar en encuentros educativos. Sin embargo más de la mitad señala que no puede porque: trabaja (22%), por asistir a controles de salud (16%), por problemas de salud (7%) y otras causas (13%).

### Anexo 3: Caracterización primigestas participantes (N=59)

Grupo	N°
M3	6
V06	5
B4	12
Q14	12
Q13	8
C11	5
B3	6
M2	5
<b>Total</b>	<b>59</b>

Edad de las embarazadas	N°	%
Entre 20 y 24 años	42	71%
Entre 26 y 29 años	13	22%
Entre 30 y 34 años	1	1,6%
Entre 35 y 39 años	1	1,6%
40 años o más	2	3,3%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>

Escolaridad	N°	%
Escolaridad básica incompleta	2	3,4%
Escolaridad media incompleta	3	5,1%
Media completa	41	69,5%
Estudios técnicos superiores	9	15,3%
Estudios universitarios	4	6,8%

CUADRO N° 1: ¿CÓMO REACCIONASTE AL DARTE CUENTA DE TU EMBARAZO? (SE PUEDEN SELECCIONAR VARIOS)

Sentimientos experimentados	N°	%
Felicidad	41	69%
Rechazo	2	3%
Miedo	29	49%
Resignación	4	7%
Impotencia	7	12%
Indiferencia	0	0%
Aceptación	11	19%
Angustia	8	14%
Rabia	4	7%
Rencor	1	2%
Culpa	5	8%
Tristeza	7	12%

CUADRO N° 2: ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO DETECTADA POR LA ENTREVISTADORA

Respuesta	N°	%
Positiva, contenta	35	59,3%
Al principio complicada, pero aceptando actualmente la situación	18	30,5%
Indiferente o no definida	4	6,7%
Relativamente triste o afectada con el embarazo pero con fuerza para salir adelante	1	1,6%
Muy afectada por la situación	1	1,6%

CUADRO N° 3: ¿HAS TENIDO PROBLEMAS DE SALUD DURANTE EL EMBARAZO?

	N°	%
Sí	27	45,8%
No	32	54,2%

CUADRO N° 3.1: PROBLEMAS DE SALUD IDENTIFICADOS EN LAS EMBARAZADAS QUE REFIEREN PROBLEMAS DE SALUD

Tipo de problema de salud	N°	%
Síntomas pérdida o parto prematuro	10	37%
Anemia	1	4%
Nauseas/Vómitos	2	7%
Infección urinaria o riñón	4	15%
Molestias propias del embarazo	0	0%
HTA	2	7%
Dolores musculares	1	4%
Enfermedad no vinculada al embarazo	5	19%
Diabetes gestacional	1	4%
Placenta previa	4	15%
Otro	9	33%

CUADRO N° 4: ¿CÓMO TE HAS SENTIDO ANÍMICAMENTE DURANTE EL EMBARAZO?

	N°	%
Sin grandes conflictos	30	50,8%
Con algunas dificultades para aceptar embarazo	25	42,4%
Con muchas dificultades para enfrentar el embarazo	3	5,1%
Otro	1	1,7%

CUADRO N° 5: ¿DE QUIÉN HAS RECIBIDO APOYO? (SE PUEDEN SELECCIONAR VARIOS)

	N°	%
Pareja	50	84,7%
Familia de origen	51	86,4%
Familia extensa	5	8,5%
Familia política	23	39,0%
Trabajo	1	1,7%
Amistades	6	10,2%
Red comunitaria	1	1,7%
Otro	0	0,0%

CUADRO N° 6: ¿CUÁL ES TU PRINCIPAL PREOCUPACIÓN EN ESTOS MOMENTOS?

	N°	%
Salud del bebé y parto	32	54,2%
Condiciones materiales, económicas	13	22,0%
Situación o interrupción de estudios o trabajo	4	6,8%
Falta de apoyo ante embarazo	1	1,7%
Salud de la madre	3	5,1%
Dificultades familiares o de pareja	3	5,1%
Otro	12	20,3%

CUADRO N° 7: ¿CON QUIENES VIVES?

	N°	%
Pareja	10	16,9%
Pareja y familia origen	5	8,5%



...CUADRO N° 7.

	N°	%
Pareja y familia política	6	10,2%
Familia de origen	29	49,2%
Otro	9	15,3%

CUADRO N° 8: ¿CÓMO TE LLEVAS CON ELLOS?

	N°	%
Muy bien	7	11,9%
Bien	44	74,6%
Regular	7	11,9%
Mal	1	1,7%

CUADRO N° 9: ¿CÓMO HA REACCIONADO TU FAMILIA CON TU EMBARAZO?

	N°	%
Sorpresa o impacto, pero lo han aceptado	17	28,8%
Bien, felicidad	30	50,8%
Rechazo	5	8,5%
Indiferencia	0	0,0%
Otro	7	11,9%

CUADRO N° 10: ¿CUÁL ES TU SITUACIÓN DE PAREJA?

	N°	%
Casada	7	11,9%
Convive	18	30,5%
Pololea	26	44,1%
Relación escasa	2	3,4%
No tiene	6	10,2%

CUADRO N° 11: ¿QUÉ EDAD TIENE TU PAREJA?

	N°	%
menor 20	3	5,1%
20-24	28	47,5%
26-29	17	28,8%
30-34	7	11,9%
35-39	2	3,4%
40 o más	1	1,7%
Sin información	1	1,7%

CUADRO N° 12: ¿A QUÉ SE DEDICA?

	N°	%
Trabajo estable	32	54,2%
Trabaja en mercado informal	15	25,4%
Estudia	5	8,5%
Cesante	1	1,7%
Estudia y trabaja	2	3,4%
Sin información	4	6,8%

CUADRO N° 13: ¿CÓMO REACCIONÓ AL SABER DEL EMBARAZO?

	N°	%
Bien, felicidad	37	62,7%
Rechazo	5	8,5%

...CUADRO N° 13.

	N°	%
Preocupación	2	3,4%
Indiferencia	0	0,0%
No lo creía, impactado	8	13,6%
Otro	3	5,1%
Felicidad y preocupación	4	6,8%

CUADRO N° 14: ¿CÓMO TE LLEVAS CON ÉL?

	N°	%
Muy bien	10	16,9%
Bien	40	67,8%
Regular	3	5,1%
Mal	1	1,7%
No se llevan	5	8,5%

CUADRO N° 15: ¿TE SIENTES APOYADA POR ÉL?

	N°	%
Sí	44	74,6%
No	10	16,9%
A veces, más o menos, un poco	5	8,5%

CUADRO N° 16: ¿QUÉ TIPO DE APOYO TE DA EN ESTOS MOMENTOS?

	N°	%
Apoyo económico y afectivo	42	71,2%
Sólo apoyo económico	2	3,4%
Sólo apoyo afectivo	8	13,6%
No da apoyo	7	11,9%

CUADRO N° 17: ¿A QUÉ TE DEDICAS EN ESTOS MOMENTOS?

	N°	%
Labores de casa	40	67,8%
Estudia	4	6,8%
Trabaja	13	22,0%
Trabaja y estudia	2	3,4%

CUADRO N° 18: ¿QUÉ PLANES TIENES PARA EL FUTURO RESPECTO A TU TRABAJO O ESTUDIOS?

Planes	N°	%
Estudiar	8	13,6%
Buscar trabajo	21	35,6%
Reinsertarse laboralmente tras postnatal	8	13,6%
Dedicarse a la crianza de su hijo (a) (al menos los dos primeros años)	5	8,5%
No sabe	0	0,0%
Estudiar y trabajar	14	23,7%
Estudiar y reinsertarse laboralmente	3	5,1%

CUADRO N° 19: RIESGOS DETECTADOS (SE PUEDEN SELECCIONAR VARIOS)

Riesgo	N°	%
Relaciones familiares conflictivas	5	8,5%
Situación económica precaria	6	10,2%
Falta de apoyo por parte de su familia frente al embarazo	1	1,7%

...CUADRO N° 19.

Riesgo	N°	%
Falta de apoyo por parte de su pareja frente al embarazo	6	10,2%
Problemas con drogas y/o alcohol	2	3,4%
Rechazo a su situación de embarazo o al hijo	1	1,7%
Presencia de violencia intrafamiliar	1	1,7%
Antecedentes de violencia intrafamiliar previa	3	5,1%
Otro	3	5,1%
<b>Total con algún factor de riesgo</b>	<b>21</b>	<b>35,6%</b>

## Anexo 4: Encuentros educativos para el desarrollo de habilidades parentales

### Tema N° 1: “Aspectos psicológicos del embarazo”

#### Objetivo general

Que las primigestas puedan expresar y compartir sus sentimientos en torno al embarazo en un clima de aceptación y afecto.

#### Objetivos específicos

- Identificar los cambios psicológicos que se producen.
- Durante la gestación y los factores facilitadores en esta etapa de la vida.
- Detectar necesidades específicas de apoyo en cada primigesta con el fin de brindar una ayuda eficaz movilizandando la red de apoyo.
- Compartir las experiencias vivenciadas durante la gestación con otras embarazadas con el fin de promover una red de apoyo grupal.

#### Contenidos

- Gestación y proceso de identidad.
- La maternidad como crisis y transición hacia una nueva etapa del desarrollo psicoafectivo.
- Importancia del apoyo psicoafectivo.

#### Metodología

- Actividad grupal participativa a través de la utilización de tarjetas estímulo con frases incompletas.
- Discusión de grupo.
- Resumen temático expositivo con medio audiovisual.

### Tema N° 2: “Cuidados de embarazo”

#### Objetivo general

Que la embarazada identifique los cambios físicos y psicológicos que va experimentando durante las diferentes etapas de la gestación, de modo de asumir las medidas necesarias para su autocuidado, favoreciendo un embarazo saludable.

#### Objetivos específicos

Las participantes serán capaces de:

- Analizar los órganos del cuerpo y los procesos fisiológicos involucrados durante la gestación.
- Reconocer las etapas del desarrollo fetal.

- Conocer las capacidades sensoriales del feto y como estimularlas desde la vida intrauterina.
- Identificar los cambios fisiológicos y psicológicos que se producen en cada trimestre del embarazo y los cuidados que se requieren.
- Reconocer la importancia de una alimentación sana y equilibrada.

#### **Contenidos**

- Descripción de los órganos que participan y la fisiología en el proceso de embarazo.
- Características de los cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos que se producen en los tres trimestres del embarazo y sus cuidados.
- Características del desarrollo y crecimiento fetal en las diferentes etapas de la gestación.
- Desarrollo de las capacidades sensoriales del feto y medidas para la estimulación intrauterina.
- Ejemplo de una dieta saludable y equilibrada durante el embarazo.

#### **Metodología**

- Ludo del embarazo y discusión de grupo (juego en que las embarazadas participan a través de preguntas).
- Presentación Power Point o rotafolio mostrando las etapas del desarrollo fetal.
- Entrega de material escrito.

### **Tema N° 3: Relaciones padres, hijo(a) y familia**

#### **Objetivo general**

Entregar los elementos mínimos necesarios para que los futuros padres y madres.

Conozcan la importancia de establecer un vínculo seguro con su hijo(a) basado en el afecto y buen trato.

#### **Objetivos específicos**

Que los futuros padres logren:

- Identificar las capacidades innatas que trae el niño(a) para vincularse con sus progenitores.
- Analizar los roles que les caben a padre y madre en el cuidado y protección de sus hijos(as).
- Reconocer la importancia de la familia como elemento de apoyo en la crianza del hijo(a).
- Identificar la importancia de las primeras horas de vida para el desarrollo del apego.
- Reconocer los efectos que un vínculo sano produce en el niño(a) en su desarrollo y salud.

#### **Contenidos**

- Aspectos esenciales del apego como protector de la supervivencia humana.
- Capacidades del recién nacido que lo predisponen al apego.
- Características del proceso del nacimiento que facilitan la vinculación hijo(a), progenitores.
- Importancia del padre y la familia en el desarrollo de un vínculo sano.
- Evolución del apego durante los primeros años de vida.

- Condiciones y características parentales que promueven un vínculo sano.
- Ventajas de crecer con vínculos padres–hijo(a) seguros.

### Metodología

- Discusión grupal con ayuda de tarjetas estímulos para motivar al grupo a compartir experiencias sobre las necesidades y capacidades de vinculación que presentan los hijos(as) y sus padres.
- Presentación de power point para reforzar los contenidos más relevantes.
- Entrega de material escrito de apoyo.

### Tema N° 4: “El proceso del parto y preparación para acompañantes de parto o doula”

#### Objetivo general

Que la embarazada sea protagonista de su parto y experimente el nacimiento de su hijo(a) como una experiencia positiva y humanizada, a través del acompañamiento psicoafectivo, entregado por una doula capacitada y la información adecuada sobre los procesos del nacimiento.

#### Objetivos específicos

Las participantes serán capaces de

- Reconocer las diferentes etapas del trabajo de parto y lo que ocurre en cada una de ellas.
- Conocer las características de la contracción uterina y su importancia y manejo durante el trabajo de parto.
- Conocer y practicar técnicas de respiración para aplicar durante las contracciones y la etapa expulsiva del parto.
- Definir condiciones que indican inicio de trabajo de parto y necesidad de traslado al hospital.
- Conocer y practicar algunas medidas de confort para facilitar el trabajo de parto.
- Reconocer la importancia del apoyo físico y emocional como elemento favorecedor del trabajo de parto.
- Reconocer los procesos naturales del nacimiento como actos evolutivos destinados a asegurar la sobrevivencia de la especie humana.

#### Contenidos

- Etapas del trabajo de parto y sus características.
- Características de la contracción uterina y mecanismo de acción.
- Técnicas de respiración utilizadas durante el trabajo de parto.
- Reflejo de pujo efectivo durante la etapa del expulsivo.
- Visualización, masaje y relajación como técnicas de apoyo al manejo del trabajo de parto.
- Importancia y efectos del apoyo emocional durante el trabajo de parto.

#### Metodología

- Clases expositivas.
- Práctica de ejercicios.
- Discusión de grupo.
- Entrega de material escrito.

## **Tema N° 5: Claves para una lactancia exitosa**

### **Objetivo general**

Promover y fomentar la lactancia materna como la mejor alternativa de alimentación para el hijo(a).

### **Objetivos específicos**

Las participantes serán capaces de:

- Identificar la lactancia materna como un elemento esencial del proceso natural del nacimiento.
- Identificar las ventajas de la lactancia materna tanto para la madre como para él.
- Niño(a).
- Reconocer características básicas anatómicas y funcionales de la glándula mamaria.
- Identificar técnicas apropiadas de amamantamiento y diferentes posiciones según situaciones especiales.
- Promover las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto a la lactancia materna exclusiva y su duración.

### **Contenidos**

- Ventajas biológicas, psicológicas y sociales de la lactancia materna.
- Anatomía y estructura de la glándula mamaria y su funcionamiento.
- Técnicas de amamantamiento y posiciones para amamantar en diferentes circunstancias.
- La lactancia como práctica favorecedora del vínculo madre e hijo(a).
- Recomendaciones de la OMS en relación a la duración de la lactancia.

### **Metodología**

- Puzzle de la lactancia (las participantes armarán puzzles con contenidos sobre la lactancia y contestarán preguntas cuyas respuestas se encuentran en los puzzles).
- Power point o rotafolio con técnica y posiciones para el amamantamiento.
- Demostración y devolución de procedimiento con modelo de recién nacido y de mama.

## **Tema N° 6: “Beneficios sociales y alternativas de vivienda social”**

### **Objetivo general**

Informar y orientar a las participantes del PEM respecto de la oferta de Beneficios y Subsidios desde el Estado, la forma de acceso a éstos y los requisitos para su obtención.

### **Objetivos específicos**

- Dar a conocer la oferta de Beneficios del Estado canalizados a través de los Municipios.
- Promover el uso de los recursos existentes y los orientar respecto a los trámites para su obtención mediante la postulación.

### **Contenidos**

- Beneficios Municipales disponibles
- Programa de asistencia social
- Servicios Funerarios

- Unidad de atención al vecino
- Programa de Salud Ambiental
- Programa de Infancia y Adulto Mayor
- Emergencia y Situaciones de catástrofe
- Centro de Atención Familiar (CAF)
- Casa de la Familia
- Corporación de Asistencia Judicial
- Oficina Municipal de Información Laboral (OMIL)
- Subsidios
- Subsidio Maternal
- Subsidio al Recién Nacido
- Subsidio Único Familiar (SUF)
- Pensiones (Pasis) Invalidez y asistencial (vejez)

### **Tema N° 7: “Importancia de la estimulación para un sano desarrollo del niño(a)”**

#### **Objetivo general**

Que los padres se informen de la relevancia del aprendizaje temprano y su influencia en el desarrollo cerebral de sus hijos(as), de modo que incorporen, desde el nacimiento, aspectos educativos en su interacción con ellos.

#### **Objetivos específicos**

A través de este encuentro se espera que los padres:

- Identifiquen los primeros años de vida como una etapa especialmente sensible para el desarrollo de aprendizajes significativos para la especie humana.
- Reconozcan las diferentes áreas del desarrollo que requieren ser estimuladas desde el nacimiento.
- Identifiquen los grandes hitos del desarrollo del niño(a) durante el primer año de vida de y los ubiquen de acuerdo al momento normal de aparición.
- Conozcan algunas actividades que facilitan los aprendizajes asociados a estos procesos evolutivos.

#### **Contenidos**

- Características del recién nacido que lo predisponen a aprendizajes significativos desde su gestación.
- Concepto de estimulación temprana y período sensible.
- Cómo aprenden los niños(as): rol de la ejercitación y la imitación en la adquisición de aprendizajes.
- Áreas del desarrollo que requieren ser estimuladas y su función: área social, motricidad, lenguaje y cognición.
- Diez hitos principales del desarrollo durante el primer año de vida y actividades apropiadas para su estimulación.

#### **Metodología**

- Discusión grupal en torno a preguntas estímulo que abordan la importancia de la estimulación.
- Resumen temático expositivo con medio audiovisual o rotafolio: “Importancia de la estimulación en el desarrollo infantil”

- Dinámica grupal abordando hitos del desarrollo y actividades de estimulación para el primer año de vida.

### Actividades

- 1) Discusión grupal en torno a las siguientes preguntas: ¿Qué entienden ustedes por estimular a un niño(a)? ¿Qué importancia tiene la estimulación en el desarrollo de los niños(as)? ¿Cuándo se debe comenzar a estimular a un niño(a)?
- 2) Presentación breve a través de medio audiovisual para aclarar dudas y explicar el concepto de estimulación y la relevancia de comenzar a estimular desde la gestación.
- 3) Trabajo grupal utilizando el tablero: cronograma del desarrollo del bebé.
- 4) Sobre el tablero los participantes deben ubicar cada una de las tarjetas de desarrollo (tarjetas azules) según la edad en que aparecen estas habilidades en el niño(a).
- 5) Posterior a esto tomarán las tarjetas rojas, que contienen actividades de estimulación, ubicarán al lado de cada tarjeta azul una actividad que estimula la aparición de esa conducta.

## Tema N° 8: “Cuidados del postparto y planificación familiar”

### Objetivo general

Que la puérpera reconozca las características anatómicas, fisiológicas y psicológicas del período de postparto, de modo de enfrentar informadamente los cambios propios de esta etapa.

### Objetivos específicos

Las participantes serán capaces de:

- Identificar los cambios corporales que se producen después del parto.
- Reconocer estados anímicos atribuidos a los cambios hormonales que se presentan durante el postparto.
- Reconocer los cambios psicológicos que enfrenta una mujer después del nacimiento de un hijo(a).
- Conocer alternativas para mantener períodos intergenésicos que le permitan recuperar su estado de salud y dar los cuidados necesarios a su hijo(a).
- Conocer algunas estrategias que le permitan enfrentar los cambios fisiológicos y psicológicos que experimentará en este período.

### Contenidos

- Cambios que experimenta el cuerpo en el postparto, especialmente las mamas, útero y genitales.
- Cambios anímicos que se producen por la disminución de los estrógenos y la progesterona y la presencia de la prolactina.
- Aspectos psicológicos que implica las responsabilidades de la llegada de un hijo(a).
- Mecanismo de acción, efectos secundarios y complicaciones en el uso de diferentes métodos de planificación familiar.
- Medidas específicas para enfrentar los cambios que se experimentan en el puerperio.

### Metodología

- Metròpoli del embarazo
- Discusión de grupo



- Power Point o rotafolio sobre
- Entrega de material escrito

### **Tema N° 9: “Cuidados del recién nacido y lactante”**

#### **Objetivo general**

Reconocer las características físicas y fisiológicas del niño(a) en los primeros meses de vida para proporcionarle los cuidados necesarios para un buen crecimiento y desarrollo.

#### **Objetivos específicos**

- Identificar medidas generales de cuidados e higiene del recién nacido y lactante.
- Reconocer signos fisiológicos del período de transición del recién nacido y lactante.
- Reconocer características generales de la piel del niño(a) y sus cuidados.
- Practicar aseo del antes y después de la caída del cordón umbilical.
- Reforzar la confianza de las embarazadas en la capacidad para cuidar a sus hijos(as).

#### **Metodología**

- Clases expositivas y ejercicios prácticos.
- Discusión de grupo.
- Demostración y devolución de procedimiento con modelo de muñeco recién nacido.
- Entrega de material de apoyo escrito.

### **Taller N° 10: “Educando a nuestros hijos(as) con amor”**

#### **Objetivo general**

Promover una instancia de reflexión respecto a la forma en que los padres proyectan educar a su hijo(a) sobre la base de un trato respetuoso.

#### **Objetivos específicos**

Las participantes serán capaces de:

- Identificar las responsabilidades que asume una pareja en la crianza de un nuevo hijo(a).
- Reconocer los derechos que tiene todo niño(a) desde su gestación.
- Conocer estrategias básicas para educar a los niños(as) basadas en el respeto y el desarrollo de la capacidad reflexiva de éstos.

#### **Contenidos**

- Responsabilidades y tareas que asumen los padres al criar hijos(as).
- Los derechos de los niños(as) desde su gestación.
- Estilos parentales que favorecen una educación basada en los buenos tratos a la infancia.
- Relevancia de los límites como parte de la tarea educativa de los progenitores y caracterización de límites basados en el buen trato.
- La vivencia familiar como modeladora del aprendizaje infantil.
- El estímulo positivo como guía para el aprendizaje social infantil.
- Reflexión en torno a los valores que subyacen la educación de los hijos(as).

### Metodología

- Lectura y análisis grupal en torno a 4 casos que reflejan diferentes estilos de crianza parental.
- Presentación de power point con contenidos que redondean los casos.
- Entrega de material escrito de apoyo.

### Anexo 5: Evaluación de contenidos educativos

#### Aspectos psicoafectivos del embarazo

Aspectos evaluados	Promedio 1 (**)	Promedio 2 (n=20)
Interés por los contenidos expuestos		6,8
Claridad en la forma en que se han presentado los contenidos		7
Cuan novedosa resulta la información entregada		6,4
Evaluación general del taller		6,8

#### Cuidados del embarazo

Aspectos evaluados	Promedio 1 (n=17)	Promedio 2 (n=34)
Interés por los contenidos expuestos	6,7	7
Claridad en la forma en que se han presentado los contenidos	6,9	7
Cuan novedosa resulta la información entregada	6,8	6,9
Evaluación general del taller	6,6	7

#### Importancia del vínculo

Aspectos evaluados	Promedio 1 (n=14)	Promedio 2 (n=30)
Interés por los contenidos expuestos.	6,6	6,8
Claridad en la forma en que se han presentado los contenidos	6,7	6,9
Cuan novedosa resulta la información entregada	6,8	6,7
Evaluación general del taller	6,6	6,8

#### Lactancia materna

Aspectos evaluados	Promedio 1 (n=21)	Promedio 2 (n=30)
Interés por los contenidos expuestos	7	7
Claridad en la forma en que se han presentado los contenidos	7	7
Cuan novedosa resulta la información entregada	6,9	7
Evaluación general del taller	7	7

#### Subsidio y vivienda

Aspectos evaluados	Promedio 1 (n=23)	Promedio 2 (n=28)
Interés por los contenidos expuestos	6,9	6,9
Claridad en la forma en que se han presentado los contenidos	6,8	6,9
Cuan novedosa resulta la información entregada	6,9	6,9
Evaluación general del taller	6,9	6,9

#### Parto y preparación para la acompañante al trabajo de parto (doula)

Aspectos evaluados	Promedio 1 (n=36)	Promedio 2 (n= 50)
Interés por los contenidos expuestos	6,8	6,9
Claridad en la forma en que se han presentado los contenidos	6,9	7
Cuan novedosa resulta la información entregada	6,8	6,9
Evaluación general del taller	6,9	6,9

**Importancia de la estimulación**

Aspectos evaluados	Promedio 1 (n=17)	Promedio 2 (n=18)
Interés por los contenidos expuestos	6,6	6,8
Claridad en la forma en que se han presentado los contenidos	6,8	6,8
Cuan novedosa resulta la información entregada	6,7	6,6
Evaluación general del taller	6,6	6,8

**Post-parto y planificación familiar**

Aspectos evaluados	Promedio 1 (n=14)	Promedio 2 (n=20)
Interés por los contenidos expuestos	6,9	7
Claridad en la forma en que se han presentado los contenidos	6,9	7
Cuan novedosa resulta la información entregada	6,7	7
Evaluación general del taller	6,8	7

**Cuidados e higiene del recién nacido**

Aspectos evaluados	Promedio 1 (n=13)	Promedio 2 (n=22)
Interés por los contenidos expuestos	6,7	7
Claridad en la forma en que se han presentado los contenidos	6,8	7
Cuan novedosa resulta la información entregada	6,6	6,9
Evaluación general del taller	6,7	7

**Educando en el amor**

Aspectos evaluados	Promedio 1 <sup>***</sup>	Promedio 2 (N=23)
Interés por los contenidos expuestos		6,8
Claridad en la forma en que se han presentado los contenidos		6,8
Cuan novedosa resulta la información entregada		6,8
Evaluación general del taller		6,8

(\*\*) Los temas “Aspectos psicoafectivos del embarazo” y “Educando en el amor” no tienen nota en el Promedio 1 porque se impartieron sólo a las primigestas de los últimos 4 grupos formados entre los meses de marzo y junio.

**Anexo 6: Evaluación y opiniones de las participantes de los grupos de la primera etapa (N=18)**

A continuación se describen los resultados obtenidos a partir de la encuesta de evaluación aplicada al finalizar el programa a primigestas. Las mujeres que respondieron la encuesta se atienden en los consultorios Maffioletti (n=4), Bellavista (n=5), Los Quillayes (n=6) y Los Castaños (n=3), conformando un grupo total de 18 personas.

En cuanto a la evaluación general del programa esta fue muy positiva, recibiendo una nota promedio de 6,9 en una escala del 1 al 7, siendo la nota más baja asignada un seis.

Las personas encuestadas justifican las notas asignadas planteando, en su mayoría, que el programa les permitió aclarar dudas e inquietudes respecto del embarazo y maternidad, pudiendo de este modo adquirir mayor seguridad en su rol de madres.

“Como mamá primeriza hay muchas dudas, y estos talleres me ayudaron mucho”.

**Contenidos del programa**

En cuanto a la claridad con la que fueron abordados los temas trabajados, la totalidad de las madres encuestadas refiere que les parecieron muy claros o claros.

Al ordenar los temas de acuerdo a la relevancia percibida, los temas que fueron considerados más interesantes e importantes fueron: Cuidados del Embarazo, Importancia del Vínculo Madre-hijo(a) y Lactancia Materna. Los temas que recibieron menores puntajes fueron “Post-Parto y Planificación Familiar” y “Beneficios Sociales y Vivienda”, en el caso de éste último, es importante tener en consideración que solo el 61% de las madres que respondieron la encuesta participaron del taller, lo que puede estar influyendo en los resultados.

Respecto a la utilidad de los temas abordados todas las madres encuestadas los consideraron muy útiles (88%) o útiles (12%).

Al preguntar si creen necesario incluir algún tema que no haya sido abordado en el programa, la gran mayoría de las madres (83%) no realiza sugerencias o plantea que los temas abordados fueron los necesarios. Quienes realizan sugerencias plantean incluir los siguientes temas:

*“Relación de pareja frente al embarazo”.*

*“Temas de padres y madre...importancia de ser padres, concepto de familia”.*

*“Como cuidarse uno, los cambios de peso, como cuidar la piel, etc.”.*

### **Duración del programa**

Respecto a la duración del programa el 78% de las madres considera que la duración fue la adecuada, 16% que fue muy corto y a un 5% les resultó muy extenso. Sin embargo, al preguntar ¿Qué sugerencias haría respecto a la duración ideal del programa? Más de un tercio de las madres sugiere prolongar el programa o reunirse una vez que hayan nacido sus hijos(as).

*“Creo que en este periodo ya solo sentirse acompañada por otras más resulta bueno, me hubiese gustado que durara más”.*

*“Me pareció bien la duración del programa”.*

*“La duración estuvo bien, solo que a lo mejor sería bueno que después de tener el bebe volver a juntarnos”.*

### **Impacto percibido**

La gran mayoría de las madres encuestadas consideran que su participación en el programa ha influido en la forma en la que enfrentan actualmente su embarazo. El programa las ha ayudado a sentirse más seguras al contar con mayor información, adaptarse a los cambios vividos, asumir mejor el embarazo y fortalecer el vínculo con sus hijos(as):

*“Porque me enseñaron a conocer más a mi hija en mi vientre”.*

*“En tener que aceptar que tengo una vida dentro y que me necesita”.*

*“Aprendiendo a adaptarme a los cambios de una, o sea del cuerpo humano”.*

*“Con lo que me enseñaron me siento mucho más confiada y segura”.*

A su vez, consideran que su participación en el programa va a influir en la relación con su hijo(a) cuando nazca, al contar con mayor información respecto a cómo interactuar, estimular y cuidar de sus hijos(as). Algunas madres también refieren que el programa las ha ayudado a vincularse mejor a sus bebés.

*“Porque ahora me queda más claro como estimular y cuidar más a mi hijo”.*

*“Porque ya sabemos como llegar a ellos (bebés)”.*

*“Estar más preocupada, apegada al bebé”.*

## Anexo 7: Tablas resumen de evaluación de los encuentros segundos grupos

### A.1) Nota asignada al programa

Grupo	Promedio
Maffioletti 3	7
Bella Vista 4	7
Villa O'Higgins 6	6,9
Los Quillayes 14	6,8
<b>Total</b>	<b>6,9</b>

### A.2) Evaluación respecto a la relevancia de los temas abordados

Temas abordados	Más relevante (1-3)	Moderada relevancia (4-6)	Menos relevantes (7-8)	Omisiones
Cuidados del embarazo	81,8%	13,6%	0%	4,5%
Importancia del vínculo madre hijo(a)	81,8%	18%	0%	0%
Acompañamiento para el parto	45,5%	40,9%	13,6%	0%
Lactancia materna	72,7%	27,3%	0%	0%
Beneficios sociales y vivienda	27,7%	18%	50%	4,5%
Importancia de la estimulación	45,5%	45,5%	9%	0%
Post-parto y planificación familiar	22,7%	27,3%	31,8%	18,8%
Higiene, alimentación y cuidados gales. del lactante	45,5%	27%	22,7%	4,5%

### A.3) Duración del programa

Grupo	Adecuada	Poco extenso	Muy extenso
Maffioletti	50%	25%	25%
Bella Vista	60%	40%	0%
Villa O'Higgins	60%	40%	0%
Los Quillayes	0%	100%	0%
<b>Total</b>	<b>36%</b>	<b>59%</b>	<b>5%</b>

### A.4) Claridad de los contenidos

Grupo	Muy claros	Claros	Poco Claros	Confusos	Omisión
Maffioletti	100%	0%	0%	0%	0%
Bella Vista	80%	20%	0%	0%	0%
Villa O'Higgins	60%	40%	0%	0%	0%
Los Quillayes	75%	25%	0%	0%	0%
<b>Total</b>	<b>77%</b>	<b>23%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

### A.5) Utilidad de los temas abordados

Grupo	Muy útiles	Útiles	Poco útiles	Ninguna utilidad	Omisión
Maffioletti	100%	0%	0%	0%	0%
Bella Vista	100%	0%	0%	0%	0%
Villa O'Higgins	100%	0%	0%	0%	0%
Los Quillayes	75%	25%	0%	0%	0%
<b>Total</b>	<b>91%</b>	<b>9%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

**A.6) ¿Crees que el haber participado del programa ha influido en la forma en la que has enfrentado tu embarazo?**

Grupo	Sí	No	Omisión
Maffioletti	100%	0%	0%
Bella Vista	100%	0%	0%
Villa O'Higgins	100%	0%	0%
Los Quillayes	100%	0%	0%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

**A.7) ¿Crees que el haber participado del programa va a influir en la relación con tu hijo(a) cuando nazca?**

Grupo	Sí	No	Omisión
Maffioletti	100%	0%	0%
Bella Vista	100%	0%	0%
Villa O'Higgins	80%	0%	20%
Los Quillayes	100%	0%	0%
<b>Total</b>	<b>95%</b>	<b>0%</b>	<b>5%</b>



GOBIERNO DE CHILE  
FONDO DE SOLIDARIDAD E INVERSIÓN SOCIAL  
MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN

En función del diseño de un Sistema de Protección Integral a la Infancia que asuma como tarea principal la generación de condiciones de equidad para todos los niños y niñas, se desarrolló un conjunto de estudios a modo de preinversión. Para ello FOSIS en asociación con MIDEPLAN elaboraron un conjunto de convenios con diversas instituciones tanto del mundo público como privado, para elaborar investigaciones temáticas y sistematizaciones de experiencias en ejecución, abarcando distintas realidades y zonas del país.

La presente publicación es parte de dichos estudios y sistematizaciones que tienen por objetivo el ser puestos a disposición de todas las instituciones, organizaciones o personas a las que la presente información les pueda ser de utilidad, esperando contribuir con este trabajo a la elaboración de políticas, prestaciones e intervenciones que protejan el desarrollo integral de todos los niños y niñas que habitan el país.