

EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES PRIORIZADAS EN EL PROGRAMA DE APOYO AL RECIEN NACIDO

Grupo Nous Ltda.

INFORME FINAL DE RESULTADOS

EQUIPO DE TRABAJO:

Sra. Irene Agurto, jefa del proyecto
Sra. Ximena Sgombich, co investigadora
Dra. Helia Molina, asesora experta en políticas de infancia
Dra. Francisca Navarro, asesora técnica del estudio
Sr. Nicolás Soto, analista cuantitativo
Sra. Valentina Villegas, coordinadora operativa
Sr. Juan Carlos Munizaga, analista cualitativo
Sra. Nora Donoso, coordinadora trabajo de terreno

PRESENTACIÓN	5
I. OBJETIVOS.....	6
1.1 OBJETIVO CENTRAL	6
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
II. METODOLOGÍA	7
1. METODOLOGÍA DE REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
2. METODOLOGÍA DE REVISIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS NACIONALES E INTERNACIONALES DE INTERVENCIÓN .	10
3. ENTREVISTAS A EXPERTOS	11
4. ENTREVISTAS FAMILIARES A BENEFICIADOS POR EL PARN	11
5. COMPONENTE CUANTITATIVO: ENCUESTAS A BENEFICIARIOS DEL PARN.....	12
III. RESULTADOS.....	17
3.1 ANTECEDENTES TEÓRICOS CLÁSICOS DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.....	17
3.2 SÍNTESIS DE RESULTADOS DE LAS BÚSQUEDAS DE LA LITERATURA HASTA 2007 Y 2008-2013	20
3.3 RESULTADOS DE LAS BÚSQUEDAS DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INTERVENCIÓN	27
3.4 ELEMENTOS RELEVANTES DE INTERVENCIONES DE APOYO AL DESARROLLO EXITOSAS	33
3.5 ENTREVISTAS A EXPERTOS	37
3.6 ENTREVISTAS FAMILIARES	44
1. DISPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR HACIA EL RECIÉN NACIDO	44
2. CUIDADO DEL NIÑO/A Y RELACIÓN CON EL PARN.....	45
3. DÓNDE RETIRAN EL AJUAR	46
4. LA VALORACIÓN DEL AJUAR.....	46
5. IMPLEMENTOS	48
6. ASISTENCIA A TALLERES ANTES DEL PARTO	51
7. ASISTENCIA A TALLERES ANTES DE SALIR DEL HOSPITAL	54
8. CRIANZA Y CUIDADOS DEL NIÑO/A	55
3.7 ANÁLISIS CUANTITATIVO	58
1. CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA DE LOS HOGARES	58
2. ASPECTOS PRIORITARIOS DESARROLLO DEL NIÑO	64
3. ORIENTACIONES PARA RESOLVER ASPECTOS PRIORITARIOS DE LA CRIANZA DE NIÑOS PEQUEÑOS	69
4. ÍNDICE SINTÉTICO DE CRIANZA	73
5. MOTRICIDAD Y ESTIMULACIÓN EN LA CRIANZA DEL BEBÉ	75
6. ÍNDICE DE CREENCIA EN LAS CAPACIDADES DEL BEBÉ (ICBB).....	89
6. APOYO INSTRUMENTAL Y PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS DEL PARN	92
7. PERCEPCIÓN EFICACIA PARENTAL	101
IV. AREAS DE DESARROLLO Y CONDICIONES MINIMAS DE SATISFACCCION: ASPECTOS OPERACIONALES	107

1.	CONDICIONES MÍNIMAS	107
2.	ASPECTOS DEL DESARROLLO INFANTIL DE 0 A 6 MESES	109
3.	LOGROS DEL DESARROLLO MES A MES	111
V.	SÍNTESIS Y CONCLUSIONES.....	116
1.	EL COMPONENTE INSTRUMENTAL DEL PARN Y LAS ÁREAS DE DESARROLLO PRIORIZADAS	116
2.	EL COMPONENTE EDUCATIVO DEL PARN, FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA CRIANZA Y SUGERENCIAS DE MEJORAS	120
3.	POSIBLES ÁREAS DE DESARROLLO	122
4.	ASPECTOS DE POLÍTICA PÚBLICA Y MODALIDADES DE INTERVENCIÓN	123
5.	TABLA DE SÍNTESIS.....	124
	ANEXO 1: BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	129
	ANEXO 2: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EXPERTOS Y FAMILIARES	129
	ANEXO 3: PAUTA DE ENTREVISTA A EXPERTOS.....	129
	ANEXO 4: PAUTA DE ENTREVISTAS FAMILIAS BENEFICIARIAS	129
	ANEXO 5: INSTRUMENTO ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL PARN	129
	ANEXO 6: MANUAL DEL ENCUESTADOR	129
	ANEXO 7: INFORME DE TERRENO	129
	ANEXO 8: TABLAS DE FRECUENCIA SIMPLE	129
	ANEXO 9: PRUEBAS DE INDEPENDENCIA Y DIFERENCIAS DE PROPORCIONES.....	129
	ANEXO 10: TRANSCRIPCIONES ENTREVISTA A EXPERTOS Y ENTREVISTAS FAMILIARES	129
	ANEXO 11: BASE DE DATOS.....	129

PRESENTACIÓN

Desde el año 2006 el estado de Chile, a través del Sistema de Protección Integral de la Primera Infancia, Chile Crece Contigo (CHCC), busca generar condiciones claves de desarrollo de niños y niñas, para avanzar a la igualdad de derechos y oportunidades de toda la población. La misión de CHCC es *acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: “a cada quien según sus necesidades”*. Las prestaciones universales de Chile Crece Contigo, es decir, aquellas dirigidas a todos los niños, niñas y sus familias, comenzaron a desplegarse en el año 2007¹.

Como se ha señalado “el Sistema de Protección a la infancia Chile Crece Contigo (CHCC), ha sido diseñado en torno a la red básica de prestadores de salud y educación inicial, que busca articular e integrar a nivel comunal los servicios a favor del desarrollo infantil, con el objeto de responder en forma oportuna y pertinente a las necesidades de cada niña, niño y su familia” (MINSAL; 2010). Tal como se indica en la web institucional: “Desde el mes de septiembre del año 2009 la **ley 20.379** crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza Chile Crece Contigo, transformándose así en una política pública estable y que le da continuidad a todo lo avanzado”². El Sistema CHCC recoge el enfoque de derechos sociales y el derecho a la salud lo que implica que las políticas públicas valoran a las personas como ciudadanos titulares de derechos y, por lo tanto, pueden demandar al Estado ciertas prestaciones y condiciones para hacer efectivos los beneficios que éste compromete para el bienestar de la ciudadanía.

El Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) es uno de los componentes del Sistema de Protección de la Infancia CHCC y, como se expresa en las bases técnicas de esta licitación, está dirigido “a lograr la equidad desde el nacimiento”. El programa otorga apoyo directo a las familias para la atención y el cuidado de los niños y niñas recién nacidos(as) en los hospitales del Sistema Público de Salud facilitando la tarea de los padres y cuidadores y morigerando los gastos de manutención en que incurren las familias cuando nace un hijo (a). Para ello el Programa busca – a partir de la evidencia científica – fortalecer ciertas condiciones que han sido consideradas mínimas para asegurar el adecuado desarrollo de los/as niños/as. Esas condiciones son:

1. Lactancia materna exclusiva al menos hasta el sexto mes de vida.
2. Proteger el sueño regular y facilitar condiciones para un dormir seguro.
3. Proveer experiencias tempranas de estimulación: hablarles, cantarles, jugar, etc.
4. Mantener una relación de cuidados con personas significativas o estables en el tiempo.

¹ www.mideplan.cl.

² www.chilecrececontigo.cl.

Este estudio buscó identificar y verificar las condiciones mínimas de cuidado y protección del recién nacido desde distintas perspectivas: la evidencia científica, los expertos en primera infancia y la percepción, pertinencia y receptividad del PARN en la población usuaria.

I. OBJETIVOS

1.1 Objetivo Central

Realizar un estudio de caracterización de diagnóstico integral para determinar cuáles son las condiciones mínimas que se requieren para fortalecer el desarrollo integral de los niños y niñas RN. A partir de lo anterior, el programa podrá establecer si la priorización actual es la más adecuada o si es necesario reformularla.

1.2 Objetivos Específicos

- 1) Revisión de literatura internacional y nacional sobre teorías actualizadas de salud y del desarrollo infantil para determinar cuáles son las áreas o dominios del desarrollo del niño de 0 a 6 meses y el estado esperado en cada una de estas áreas.
- 2) Además, conocer cuáles son las condiciones mínimas que la teoría actualizada recomienda para la satisfacción adecuada en cada una de estas áreas con el fin de potenciar el mejor nivel de desarrollo infantil.
- 3) Conocer programas internacionales y nacionales similares de apoyo instrumental a las familias en el momento del nacimiento; breve descripción, montos del apoyo, objetivos del programa, efectividad o evaluaciones.
- 4) Realizar recomendaciones en base a este análisis de experiencias internacionales para el PARN, de una manera comprensiva y considerando la realidad nacional.
- 5) Conocer la percepción de expertos en primera infancia a nivel nacional sobre cuáles son las condiciones mínimas de satisfacción en cada área del desarrollo infantil para fomentar el máximo nivel de desarrollo y bienestar infantil temprano; y elaborar recomendaciones.
- 6) Conocer la percepción de los padres y cuidadoras directas de niños y niñas sobre cuáles son las áreas del desarrollo y sus condiciones mínimas de satisfacción de los niños y niñas RN en Chile para fortalecer su desarrollo integral.
- 7) Conocer la percepción de los padres, madres y cuidadoras directas de niñas y niños sobre la pertenencia de los utensilios para la satisfacción de estas condiciones identificadas. (Realizar sugerencias basadas en la percepción de las familias para la satisfacción de condiciones no cubiertas).
- 8) Conocer la percepción de los padres, madres y cuidadoras directas de niños y niñas RN sobre cuáles son las creencias y mitos que más influyen en la crianza temprana de RN en Chile.

II. METODOLOGÍA

La propuesta metodológica integró 4 componentes que abordaron los objetivos de la investigación, estos son:



El componente 1 corresponde a la revisión de literatura nacional e internacional, además de información secundaria que dé cuenta de los resultados del Sistema CHCC. El componente 2 corresponde a la consulta a expertos. El componente 3, indaga sobre los discursos sociales (familias usuarias) en relación a la pertinencia, utilidad, durabilidad, sostenibilidad de las ayudas que entrega el PARN y los beneficios identificados, así como los mitos y creencias en relación a alguno de los insumos de los paquetes. Finalmente, el componente 4 es la realización de una encuesta a padres, madres u otros cuidadores directos de niños y niñas recién nacidos que han sido usuarios del PARN.

1. Metodología de revisión de la literatura

a) Rango de edad

La revisión de la literatura nacional e internacional se realizó teniendo en consideración la restricción de edad de los recién nacidos, a saber, 0 a 6 meses. Esta restricción, que si bien se explica por la razón de que este grupo es el foco del programa, acota la selección de documentación técnica pues el tramo de edad normalmente encontrado en la literatura se refiere al niño de 0 a 3 meses, y en algunos hasta el año. Cuando fue posible, se focalizó en el

tramo de edad de 0 a 6 meses; cuando no fue posible, se buscó focalizar en el tramo de 0 a 1 año.

b) Bases de datos

Para abordar este objetivo específico se realizaron búsquedas sistemáticas de la literatura en bases de datos (Google Scholar, Pubmed- base de datos médica del US National Library of Medicine-, Scielo- biblioteca virtual de salud en Brasil- , WHOLIS- base de datos de la OMS). Las búsquedas se realizaron en castellano e inglés. Dada la secuencia de palabras claves empleadas- como se describe más adelante- se empleó en primera instancia Google Scholar pues remite a diversas bases de datos y, en segunda instancia, a las fuentes que emergen de esta primera selección.

c) Rango temporal

De acuerdo a los Términos de Referencia, y según lo acordado con la contraparte, esta revisión de la literatura es una actualización. Se fijó pues el periodo 2008- 2013 para la actualización. Para abordar la literatura anterior, se sintetiza la misma empleando un estudio previo sugerido por la contraparte: “Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la prevención de la salud mental en Familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura”³.

d) Variables consideradas

Para la revisión de la literatura concerniente al Desarrollo Temprano del Recién Nacido y los programas e intervenciones a esta población, se divide el desarrollo temprano en las variables pertinentes de acuerdo al propio desarrollo de este segmento de edad y que, a la vez, son atingentes al PARN en sus componentes instrumentales (ajuar) y educativo. Estas son las siguientes:

- Higiene y abrigo
- Lactancia/ nutrición
- Ciclo sueño/alerta
- Manejo del llanto
- Ambiente seguro y prevención del daño
- Desarrollo motor
- Relaciones/ interacciones
- Sensibilidad parental
- Desarrollo cognitivo y de lenguaje

³“Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la prevención de la salud mental en Familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura” e Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la promoción de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura- Medwave- MINSAL, noviembre 2007.

c) Palabras claves para revisión de intervenciones

Las palabras claves de búsquedas en las bases de datos se construyeron anteponiendo de la palabra clave *recién nacido 0-6 meses* y luego cada una de las variables del desarrollo antes mencionadas. Para cada búsqueda, se incluye el rango temporal 2008-2013:

- Newborn 0-6 months- hygiene body temperature interventions. Recién nacido 0- 6 meses intervenciones higiene corporal temperatura
- Newborn 0-6 months- breastfeeding/ nutrition interventions. Recién nacido 0- 6 meses intervenciones lactancia alimentación
- Newborn 0-6 months – sleep/ alertness interventions. Recién nacido 0- 6 meses intervenciones sueño/ alerta
- Newborn 0-6 months- crying interventions. Recién nacido 0- 6 meses intervenciones manejo del llanto
- Newborn 0-6 months- motor development interventions. Recién nacido 0- 6 meses intervenciones desarrollo motor
- Newborn 0-6 months- safety and injury prevention interventions. Recién nacido 0- 6 meses ambiente seguro prevención de daño
- Newborn 0-6 months- relationships/ interactions interventions. Recién nacido 0- 6 meses intervenciones relaciones/ interacciones
- Newborn 0-6 months – parent sensitivity. Recién nacido 0- 6 meses intervenciones sensibilidad parental
- Newborn 0-6 months- language cognitive development. Recién nacido 0- 6 meses intervenciones desarrollo cognitivos lenguaje

Se incluyen también aquellas palabras claves relativas a las necesidades que buscan suplir los elementos de apoyo instrumental contenidos en el ajuar del PARN, a saber:

- Porteo (carriage)- en relación con el Mei Tai
- Prono – en referencia a la goma eva
- Cojín de lactancia (breastfeeding cushion, breastfeeding pillow)
- Masajes- en relación con el aceite de masajes
- Artículos de aseo (newborn toileteries)

d) Criterios temáticos de inclusión y de exclusión

Criterios temáticos de inclusión:

- Artículos acotados principalmente en el rango de edad de 0 a 6 meses
- Artículos referidos específicamente a aspectos centrales del PARN, de acuerdo a las variables del desarrollo infantil antes mencionadas

- Intervenciones que reportan experiencias que no funcionan, fallidas, o no recomendadas. Si lo anterior se debiera a sesgos metodológicos, o evidencia insuficiente, se explicita la situación.

Criterios temáticos de exclusión:

- Artículos que no incluyeran a los recién nacidos entre 0 y 6 meses o que no especificaran el rango de edad
- Artículos que abordaran niños mayores de 1 año
- Artículos referidos a patologías y disfunciones específicas de los recién nacidos
- Artículos que sólo contemplaran intervenciones médicas y/o psicológicas específicas

e) Calidad de la evidencia

Los criterios de calidad de la literatura fueron los siguientes:

- Publicaciones en revistas indexadas con revisión de pares
- Artículos de revisiones (*reviews*)
- Metodologías cuantitativas y cualitativas siempre y cuando los resultados estén especificados
- Publicaciones oficiales de organismos internacionales (OMS- UNICEF- BANCO MUNDIAL)

La selección de artículos fue realizada por dos personas del equipo con amplia experiencia en revisiones bibliográficas. Además se acogieron las sugerencias realizadas por los asesores y contrapartes técnicas del estudio.

2. Metodología de revisión de programas y proyectos nacionales e internacionales de intervención

Para la selección de los programas y proyectos de intervención, los criterios de inclusión son:

- Cobertura del rango de edad de 0 a 6 meses, aun cuando el límite de edad fuera superior a este.
- Preferentemente, programas públicos, o que hubieran sido evaluados en sus efectos y/o impactos, o que estuvieran avalados por algún organismo internacional.
- Programas que consideren el desarrollo infantil temprano entre sus componentes.
- Programas que consideren apoyo instrumental para el grupo de edad.
- Se privilegió, aunque no se limitó a, programas y proyectos en América Latina.

Los criterios de exclusión fueron:

- Programas que no cubrieran directa o indirectamente el rango de edad considerado en este estudio, es decir, que estuvieran dirigidos a niños mayores de 6 meses.

- Programas que no consideraran el desarrollo infantil temprano.
- Programas privados que no estuvieran avalados por el Estado, u organismos internacionales, o que no hubieran sido evaluados.
- Programas en fase piloto sin evaluación, incluyendo evaluación de seguimiento
- Programas centrados exclusivamente en atención de salud.
- Programas especializados de atención de salud y de atención psicológica a menores con enfermedades, disfunciones, discapacidades, o patologías.

Los programas y proyectos fueron seleccionados según las sugerencias de expertos, buscados en internet, y utilizando referencias secundarias.

3. Entrevistas a Expertos

Se realizaron entrevistas a 5 expertos que la contraparte técnica del Ministerio de Desarrollo Social aprobó dentro de una lista de personas propuesta. Los entrevistados fueron los siguientes:

- Diana Godoy, Matrona. Depto. Gestión y Coordinación de Red de Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
- Nelson Vargas, Pediatra Universidad de Chile.
- Heather Strain, Pediatra, Ministerio de Salud, Chile.
- Magdalena Muñoz. Psicóloga y Magíster en Psicología Clínica, PUC y Diplomada en Estrategias de Intervención en Infancia Temprana, UDD.
- Paula Bedregal. Médico Depto. De Salud Pública Universidad Católica de Chile.

Las entrevistas fueron grabadas previa firma de consentimiento por parte de los profesionales.

El propósito de estas entrevistas fue someter al juicio experto los principales hitos de la discusión nacional e internacional sobre el tema y las percepciones de los usuarios para poder contar con un marco explicativo más amplio a los resultados más relevantes del estudio.

4. Entrevistas familiares a beneficiados por el PARN

Se aplicó la técnica de Entrevista Familiar (EF) para conocer el grado de conocimiento y acuerdo/desacuerdo que la familia manifiesta sobre el tema de investigación; y para conocer los efectos en la familia de un suceso que les ha ocurrido: recibir un nuevo miembro; ser beneficiado por la acción del Estado, mejorar sus condiciones de reproducción, definir los roles y estrategias de cuidado del recién nacido.

Se buscó conocer cómo la familia participa del proceso de crianza, qué ajustes suceden en el núcleo familiar con la llegada de un nuevo miembro, qué creencias que se encuentran a la base de las acciones que realizan para asegurar su bienestar y cómo se transfieren pautas de cuidado de una generación a otra.

En este contexto se buscó comprender la influencia del apoyo del PARN en las decisiones familiares de crianza; el ahorro familiar en torno a los implementos entregados por el PARN; la percepción de este tipo de apoyo, qué harían los padres, madres y cuidadores directos si no hubiesen contado con estos implementos; revelar si se comparte el valor de uso de estos implementos en las diferentes familias; la relevancia de los ajuares desde el punto de vista de la cultura. De tal forma que se buscó visualizar la satisfacción/insatisfacción con el PARN.

Para concertar las entrevistas, las familias fueron seleccionadas en forma aleatoria, desde la base entregada por la contraparte, para cada una de las comunas definidas desde un inicio, manteniendo los criterios de base con los que debían contar las familias. La muestra fue la siguiente:

Muestra Final

Perfil	N	Localización
Familias con un recién nacido entre 0 y 3 meses	4	Santiago Centro Pañaflo Los Ángeles Antofagasta
Familias con un recién nacido entre 3 y 6 meses	4	Puente Alto Coquimbo Valparaíso Temuco
TOTAL ENTREVISTAS	8	

5. Componente Cuantitativo: Encuestas a beneficiarios del PARN

La encuesta aporta información relevante tanto en relación a la pertinencia del diseño del PARN y como a las acciones desarrolladas en el marco del programa.

Universo: Cuidadores principales de niños y niñas entre 0 y 6 meses nacidos en el sistema público de salud, incluidos niños prematuros con edad corregida, nacidos en hospitales públicos y beneficiarios del PARN.

Construcción del instrumento: Para la elaboración del instrumento se tuvo en consideración los resultados de los componentes 1, 2 y 3 del estudio, con lo cual se elaboró una propuesta que fue revisada con la contraparte técnica. Posteriormente, para generar una versión final del cuestionario, se realizaron 2 pilotos para evaluar la aplicación del instrumento en terreno, la coherencia del contenido y su duración.

Pre test: Se realizaron dos pruebas pilotos atendiendo a la necesidad de validar distintas versiones del cuestionario. El detalle de aplicación de las encuestas pilotos es el siguiente:

PILOTO 1:

Fecha aplicación:	de 7 de mayo de 2013
N° de casos:	12
Comunas:	Recoleta, Macul, Santiago Centro
Tiempo promedio de aplicación:	35 minutos
Número de preguntas:	de 48

PILOTO 2:

Fecha aplicación:	de 10 de mayo de 2013
N° de casos:	9
Comunas:	Quinta Normal, Peñalolén, Santiago Centro
Tiempo promedio de aplicación:	30 minutos
Número de preguntas:	de 39

En este contexto, fue necesario solicitar 2 versiones diferentes de bases de datos que llevarsen una actualización de beneficiarios entre el momento de aplicación del piloto y la aplicación final del cuestionario, para que así la población a encuestar cumpliera con los requisitos de la muestra.

Muestra: Se utilizó una muestra estratificada con afijación aporportional por región, ya que se considera que cada región es suficientemente homogénea en su interior, y como segunda razón es que entre las regiones se observa una alta dispersión respecto de la cantidad de casos. Se trabajó con un nivel de confianza de 95% y un error de muestreo es de $\pm 3\%$.

Dentro de cada estrato se seleccionó una cuota de los individuos por medio de muestreo aleatorio simple. En este procedimiento todos los miembros de la población en estudio tienen la misma probabilidad de ser parte de la muestra.

Pese a que la muestra inicial contemplaba encuestas a familias con bebés entre 0 y 6 meses, la edad de los bebés debió ser ampliada en relación a las bases con las que se contaba para la aplicación del estudio, pues en la medida que avanzaba el trabajo en terreno, los bebés que aparecían en las bases iban quedando fuera de los márgenes de la muestra. Esto se debió principalmente a:

- Que una primera base entregada por la contraparte carecía de fecha de nacimiento de los bebés por lo que muchas de las familias contactadas tenían hijos/as con más de 7 meses de edad, quedando fuera del estudio.
- Se solicitó una nueva base que contaba con ingresos actualizados y con fecha de ingreso. Pese a que se consideró en un inicio –por falta de especificación de la base- que se trataba de la fecha ingreso de la madre a la ficha del hospital, lo que produjo errores en relación a la edad del bebé, contado con varios casos en donde los niños/as tenían más de 7 meses, incluso se encontró niños que tenían más de 2 años de edad.

- Debido a que disminuyó la cantidad de casos posibles de aplicación por la edad de los bebés que aumentaba semana a semana, además de los casos ya obsoletos desde la obtención de la base, más los casos imposibles de contactar por caducidad de los datos ingresados, fue necesario ampliar la muestra a niños/as hasta los 7 meses y 20 días. Esto permitió alcanzar la meta de encuestas en regiones con bases que presentaban un importante desfase temporal entre la edad del bebé y la muestra del estudio.

La encuesta fue aplicada de forma presencial en los hogares de los beneficiarios, previo contacto telefónico o visita en el hogar cuando no se contaba con un número de teléfono de contacto. Cada persona contactada firmó un consentimiento cuando aceptó responder la encuesta.

La muestra inicial consideraba 100 casos para cada región del país. El detalle de la tabla presenta la distribución de la muestra efectivamente lograda por comuna.

Comuna	n	%
Arica	102	7,0%
Iquique	100	6,9%
Antofagasta	49	3,4%
Calama	49	3,4%
Copiapó	75	5,2%
Caldera	10	0,7%
Ovalle	20	1,4%
La Serena	20	1,4%
Coquimbo	60	4,1%
Valparaíso	47	3,2%
Viña del Mar	45	3,1%
San Felipe	10	0,7%
Rancagua	63	4,4%
San Fernando	36	2,5%
Curicó	57	3,9%
Talca	19	1,3%
Linares	14	1,0%
Concepción	67	4,6%
Los Ángeles	28	1,9%
Temuco	68	4,7%
Villarrica	20	1,4%
Puerto Montt	59	4,1%
Osorno	29	2,0%
Ancud	10	0,7%
Valdivia	99	6,8%
Coihaique	98	6,8%
Punta Arenas	113	7,8%
Puente Alto	29	1,7%
San Bernardo	19	1,3%
San Ramón	27	1,8%
Peñalolén	5	0,3%
Macul	11	1,4%
Total	1458	100%

Manual del encuestador: Una vez elaborado el instrumento cuantitativo final, se elaboró el “Manual del Encuestador”, documento que indica los procedimientos y los contenidos de la realización de la encuesta. Este manual se compone de las siguientes partes:

- Presentación de los objetivos del estudio
- Procedimiento de firma del consentimiento informado
- Definición de variables
- Anexo gráfico de los 4 paquetes de implementos del PARN

Capacitación de encuestadores: Los encuestadores y coordinadores fueron capacitados en una sesión de trabajo presencial de 2 horas y 30 minutos de duración, en donde se trabajó con el manual terminado. Este proceso incluyó aspectos relacionados con los contenidos, así como ejercicios de juego de rol. La explicación del manual del encuestador fue a su vez grabada en video, para que el material audiovisual pudiese estar a disposición de los profesionales y encuestadores en terreno.

Consentimiento informado: La participación de los casos seleccionados se realizó previa firma de un consentimiento informado, documento que señala que la persona entrevistada está en conocimiento de los objetivos del estudio, que conoce el destino de la información que entrega y que aceptó participar libremente.

Revisión de encuestas: El 100% de las encuestas fueron revisadas en sala. La revisión directa en oficina orientó las decisiones del proceso de digitación tales como:

- Imputación de respuestas, es el caso de preguntas vacías que se ingresaron como “No sabe/No responde”
- Definición de discordancias, decisiones asociadas a dirimir una respuesta aparentemente ambigua o contradictoria
- Anulación de respuestas por ejemplo, cuando una pregunta tenía dos respuestas.
- Omisión de respuestas que no corresponden, es decir, no se digitarían respuestas que – por la presencia de filtros – no deberían estar respondidas para no generar inconsistencias en el proceso de validación de la base de datos.
- Definición de encuestas objetables por inconsistencias

Supervisión: Se supervisó en terreno el 10% de la muestra total que equivalen a un 10% de las encuestas aplicadas en cada región. Esta actividad fue llevada a cabo por los supervisores regionales.

Base de datos: La información obtenida fue ingresada y analizada en SPSS.

Plan de análisis: Se incluyó entre otros los siguientes tipos de análisis por dimensiones:

- 1) Análisis de estadígrafos descriptivos comparados por variables definidas

2) ANOVAS y MANOVAS y prueba de proporciones

Revisión de base de datos: Se seleccionó un 15% de cuestionarios y se verificaron las preguntas trazadoras. Los errores encontrados se rectificaron en la base de datos.

Validación de base de datos: Para validar la base de datos se realizó un cruce de preguntas con el total de los casos, verificando la presencia de respuestas anómalas o inconsistentes. La presencia de inconsistencias determinó la revisión del cuestionario de origen para determinar si corresponde a un error de digitación o a un error de aplicación de la encuesta y analizar su pertinente corrección.

Manejo y confidencialidad de la información y revisión del Comité de Ética: Todo el proceso definido en este estudio se ajusta a los principios éticos de investigación social: confidencialidad, principio de no maleficencia, ni de compromisos posteriores de la población consultada con los mandantes de la investigación. Los instrumentos (encuestas, pautas de entrevistas) fueron sometidos a la revisión de un comité de ética autónomo.

Taller de entrega de resultados: Se realizará un taller de entrega de resultados cuya duración se definirá con la contraparte técnica. Los aportes recogidos por la consultora en esta actividad serán considerados en una minuta técnica que se anexará al Informe Final de Resultados.

III. RESULTADOS

3.1 Antecedentes teóricos clásicos del desarrollo infantil temprano

El desarrollo infantil es cada vez más estudiado y considerado fundamental para pensar en las trayectorias adultas, tanto patológicas como sanas. Se han construido estudios y teorías del “desarrollo normal” y universal de los niños(as), donde hay estructuras que, pese a las diferencias ambientales, debieran alcanzarse de forma similar. Los modelos y teorías del desarrollo incluyen la dimensión física, la dimensión cognitiva y la dimensión afectiva y social.

Uno de los pioneros en el estudio del desarrollo desde el nacimiento hasta la adultez fue Jean Piaget, quien plantea una noción de desarrollo infantil que se basa en un proceso de construcción de estructuras cognitivas a través de 4 sucesivos estadios o etapas del desarrollo, las cuales son cualitativamente diferentes y consideradas como universales e invariables en su secuencia y orden. Estos estadios son: Sensorio Motriz, Pre-operacional, Operacional Concreto y Operacional Formal. El dinamismo del desarrollo cognitivo se explica a través de un constante proceso de equilibrio entre dos fuerzas que permiten la adaptación, estas son la asimilación y la acomodación. Estos mecanismos operan en el equilibrio y en el interjuego del sujeto con el mundo (Piaget, 1967). Las limitaciones de su teoría se orientan a que su énfasis recae en la mera esfera cognitiva y biológica, dejando de lado aspectos relevantes en el desarrollo, como el social, cultural y emocional.

Vygotsky complementa las teorías psicológicas en torno al desarrollo con su modelo histórico-cultural, en el cual, el progreso de la humanidad no se explicaría por su potencial biológico, sino que por la línea de desarrollo inaugurada por la creación de herramientas materiales y sociales ligadas a la organización del trabajo humano y la incorporación de signos desarrollados históricamente, los cuales cambian por completo la naturaleza y expresión de los procesos psicológicos elementales de la línea natural, dando pie a la aparición de procesos psicológicos superiores (Vygotsky, 1979).

Con la aparición de las funciones psicológicas en los sujetos, emerge la capacidad de “mediar” a través de instrumentos, propia de la psique humana y la capacidad de usar los signos y el lenguaje para actuar sobre la propia conducta y procesos cognitivos. La Zona de Desarrollo Próximo (ZDP) es un concepto clave en la teoría de Vygotsky pues propone una nueva concepción de la relación entre desarrollo y aprendizaje. La ZDP “es la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz”. El concepto de ZDP enfatiza que el aprendizaje es interpersonal, un evento social dinámico que depende de un mínimo de dos mentes, una mejor informada y más experimentada que la otra. La relación de colaboración que se establece entre el niño y el adulto, generan un plano intersubjetivo en el cual el niño emplea signos que voluntariamente aún no puede ejercer, pero

que gracias a la colaboración entre las partes, podría internalizar pronto, apropiándose de ellas (Vygotsky, 1979).

Para Vygotsky (1979) existe un período inicial en el desarrollo del niño que está fuertemente marcado por la línea natural. Hasta los 18-20 meses, el niño desarrolla de una inteligencia práctica, perfectamente análoga a la de los chimpancés. Hoy vemos que esta visión de la primera infancia ha variado posicionando al bebé desde un lugar más activo y en constante interacción con su medio.

El modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) viene a ampliar los campos de interacción del sujeto con su medio. Rescatando la importancia de la persona en desarrollo, del ambiente y de la interacción que se desenvuelve entre ambos. El concepto de ambiente es nuevo entre las teorías que han sido revisadas y es un aporte en la comprensión integral del desarrollo. El ambiente ecológico es un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente. Siendo una sucesión de esferas interpenetradas de influencia que ejercen su acción combinada y conjunta sobre el desarrollo. Las relaciones entre los entornos pueden ser decisivas para el desarrollo. Estos entornos son el microsistema, que se basa en un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares, siendo el más cercano e íntimo; el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente; el exosistema, comprende uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno; y el macrosistema que se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro-, meso- y exo-) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente esas correspondencias.

Bowlby plantea “que existe una necesidad constitucional de tocar y aferrarse a un ser humano” (en Marrone 2001). Este factor constitucional del recién nacido se puede apreciar en el sistema conductual del cual está dotado y que despliega con el fin de obtener seguridad física y emocional. Esta disposición biológica tiene como función (1) unir al niño con su madre y (2) contribuir a la dinámica recíproca: chupeteo, conducta de aferramiento, seguimiento, llanto y sonrisa (Bowlby, en Marrone, 2001). Fonagy (1999) menciona que las conductas de apego del infante humano (por ejemplo, búsqueda de la proximidad, sonrisa, colgarse) son correspondidas con las conductas de apego del adulto (tocar, sostener, calmar), lo que da cuenta de una correlación entre las distintas conductas humanas, por un lado las del infante, y, por otro, las de la madre. La interacción entre la madre y el bebé toma gran relevancia, el cómo ella cuida y satisface las necesidades del bebé, hacen surgir el concepto de “respuesta sensible”, la cual se entiende como la capacidad de “notar las señales del bebé, interpretarlas adecuadamente, responder apropiada y rápidamente” (Marrone, 2001). La respuesta sensible conlleva por lo menos dos operaciones: la primera es ganar acceso al estado mental del niño, y la segunda es atribuirle significado a ese estado mental. Para que un bebé y su cuidador

puedan establecer una óptima relación de apego, el cuidador debe estar en sintonía con las señales del bebé, tener la capacidad de leerlas correctamente y atenderlas atinentemente. Así el bebé podrá contar con una relación de apego con un cuidador que efectivamente pueda satisfacer sus necesidades físicas y también regularlo afectivamente frente a situaciones de ansiedad, miedo, entre otros sentimientos difíciles de manejar en los primeros momentos de vida. Este reconocimiento del cuidador hacia los estados internos del niño le permitirán un desarrollo saludable (Gerhardt, 2004).

Como primer antecedente neuroafectivo, es relevante considerar la relación existente entre las experiencias positivas de la díada madre-hijo, donde a mayor número de experiencias positivas, más conexiones neuronales producirá el bebé. Así su desarrollo cerebral será mucho más rico en conexiones, las cuales se realizan especialmente entre los 6 meses y el año de vida (Gerhardt, 2004). Además, la respuesta del cuidador principal a las necesidades del bebé y la contención en situaciones de estrés y angustia, permite que dicho bebé tenga niveles de cortisol (neurohormona del estrés) adecuados. Estos niveles de cortisol son necesarios para que el infante despliegue los sistemas exploratorios que le permitan estar alerta a situaciones de peligro y la activación de conductas defensivas. Mientras que, al exceder los niveles de cortisol el rango necesario, pueden afectar el desarrollo de conexiones neuronales y de la corteza orbito-frontal, la cual se encarga de leer las claves sociales y por la cual se juega en un alto nivel la capacidad de empatizar y de inferir estados emocionales propios y de los otros. Esta capacidad también está ligada con el hemisferio derecho, el cual está controlado por esta corteza orbito-frontal. Además, esta corteza conecta sistemas subcorticales como la amígdala e hipotálamo donde se generan las emociones más intensas, de esta manera la corteza orbito-frontal es la encargada de modular las respuestas emocionales para que sean expresadas de un modo socialmente aceptado. Cuando los bebés han estado sometidos a altos niveles de cortisol (estrés) hay una preponderancia a que sus estilos de apego sean del orden ansioso-ambivalente o resistentes, mientras que si han sido sometidos a bajos niveles de cortisol habría una tendencia a estilos de apego evitativo (Gerhardt, 2004).

Otra estructura cerebral importante que se desarrolla en gran medida gracias a la interacción del bebé y su madre es la corteza pre- frontal, la que actúa como centro de control de la amígdala y el hipotálamo, activando o inhibiendo estas estructuras, los cuales generan y dan paso a sentimientos sociales más intensos, como lo son los gatillados por separaciones, la vergüenza, entre otros. Pero los seres humanos no nacen con estas capacidades, sino que se desarrollan a través de la experiencias sociales con otros, y en un inicio, con la figura de cuidado y a medida que en estas interacciones prevalecen los sentimientos placenteros se va construyendo la corteza pre- frontal (Gerhardt, 2004).

En síntesis, las teorías clásicas sobre el desarrollo infantil se han complejizado y ampliado buscando una mejor comprensión e interpretación de los procesos por los cuales atraviesa el niño, ampliando de este modo el espectro de sus necesidades y del tipo de cuidados y de intervenciones que es necesario proveer al niño para su adecuado y pleno desarrollo. En este marco, la sección siguiente revisa la literatura especializada en desarrollo infantil, segmentado por variables pertinentes a dicho desarrollo.

3.2 Síntesis de resultados de las búsquedas de la literatura hasta 2007⁴ y 2008-2013

En esta sección, se sintetizan los resultados de las revisiones de literatura – hasta 2007 y su actualización 2008-2013, organizado por variables relevantes. Cabe notar, que dado el tramo de edad de los recién nacidos considerados en este estudio, así como los desarrollos teóricos y empíricos actuales, no siempre existe coincidencia en las variables en estudio, o no se encuentra literatura.

- Lactancia materna

De Oliveira (2001) realiza una revisión de 11 intervenciones para fomentar la lactancia materna en diversos países de ingresos altos, medios y bajos. Estas intervenciones utilizaron estrategias mixtas que contemplaban sesiones en sala (consejeros, matronas, enfermeras), visitas domiciliarias de extensión variable, incorporación de las familias, material escrito y visual, asesoría individual, relaciones de pares (otras madres con experiencia positiva en lactancia), y llamadas telefónicas de seguimiento. En todas ellas se reportan incrementos en los porcentajes de madres que amamantan y en la duración de la lactancia. Una de las estrategias de la intervención, realizada en USA, no mostró efectos: la sesión en sala y seguimientos sin intervención; mientras que en las intervenciones realizadas en Canadá y en Bangladesh (la primera con 1 visita domiciliaria (VD), VD y llamadas telefónicas hasta el quinto mes y la segunda con VD, conversaciones, canciones radiales y material impreso) no se observaron efectos en los primeros 6 meses. De Oliveira (2001) revisa también estudios con diseño de Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) y uno cuasi experimental que incluyen estrategias más intensivas (visita diaria en hospital, aproximación psicológica, combinaciones de técnicas ofrecidas por distinto tipo de personal con frecuencia regular) y todas ellas tuvieron efectos en la lactancia.

Sikorski (2003) revisando 14 estudios muestra que las intervenciones de apoyo extra- más allá de los cuidados standard - resultaron con un efecto protector estadísticamente representativo en áreas con prevalencia de lactancia alta: > 80%, y un efecto no significativo en áreas de menor prevalencia. Revisando otros 11 estudios Sikorski (2003) que consideraban intervenciones en el periodo prenatal y postparto en contextos hospitalarios, comunitarios y telefónicos, observa un efecto protector global, pero no reporta duración de la lactancia (2013) organizado por variables del desarrollo infantil temprano.

⁴ La revisión de literatura hasta el año 2007 fue extraída de los documentos "Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la prevención de la salud mental en Familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura" e "Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la promoción de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura- Medwave-MINSAL, noviembre 2007"

Una revisión sistemática de la literatura realizada por Duijts et al (2009) sobre los efectos de la lactancia materna en países industrializados muestra que esta protege a los bebés contra infecciones generales, gastrointestinales y del aparato respiratorio. Señalan, sin embargo, que la duración óptima de la lactancia aun es un asunto a estudiar. Keister y Roberts (2008) señalan que en los Estados Unidos no se han cumplido las metas de lactancia materna establecidas en Healthy People 2010 y que la educación en lactancia materna, antes y después del parto, son las maneras más efectivas para lograr el éxito de la misma, así como proveer de facilidades para las madres que trabajan.

Además de las ventajas en términos de prevención de enfermedades, la lactancia materna resulta en efectos positivos sobre el vínculo y la empatía en la relación madre- hijo, mostrado a través la medición de activaciones cerebrales producidas ante el llanto del bebé y comparando según lactancia o alimentación de fórmula. Las conclusiones muestran vínculos entre el amamantar y una mayor respuesta a las señales del infante en las regiones cerebrales implicadas en la vinculación afectiva y la empatía entre madre e infante durante el postparto temprano. Estas activaciones cerebrales durante la lactancia pueden facilitar una mayor sensibilidad materna a medida que sus bebés conozcan el mundo (Pilyoung et al, 2011).

- Ciclo sueño/ alerta

Regalado (2007) revisa dos ECA con actividades clínicas en atención pediátrica primaria (educación, guías anticipatorias, asesoría), uno de ellos en bebés de 0 a 2 meses y el otro de 4 a 9 meses. El primero incluye actividades de educación para promoción del desarrollo en atención clínica (Guías anticipatorias) y sesiones de asesoría preventiva e instrucciones escritas en bebés de 0 a 2 meses y se muestra que es efectivo en promocionar mejores patrones de sueño, reducir el stress y aumentar la confianza parental. El segundo incluye actividades clínicas en atención médica pediátrica primaria en salud: actividades de educación para promoción del desarrollo en atención clínica (Guías anticipatorias) y guía anticipatoria sobre prácticas de hábitos de sueño, en bebés de 4 a 9 meses. Estos fueron efectivos en reducir las levantadas nocturnas en infantes.

Underdown (2006) revisa dos estudios de aplicación de masajes a bebés entre 0 y 6 meses: uno de ellos no presentó diferencias significativas entre bebés a quienes se aplicaron masajes y a los que no. Otro estudio tuvo como resultado que en aumentó el sueño activo en el grupo intervenido.

Dos de los estudios encontrados sugieren que el sueño está significativamente relacionado al crecimiento físico de los bebés, medido como la relación peso- tamaño, incluso en los primeros meses de vida, aunque se observaron diferencias según el sexo del bebé. No se encontraron diferencias significativas por sexo para el peso al nacer (media para los niños = $3\,301 \pm 481$ y para las niñas : $3\,165 \pm 451$), pero a la edad de los niños de 6 meses pesaba mucho más que las niñas ($F = 27.55$, $p < 0,0001$; significa para niños = $8\,146 \pm 791$ y para las niñas = $7\,322 \pm 617$), las correlaciones de Pearson se calcularon entre el peso al nacer y el peso a los 6 meses . La correlación de las niñas fue de 0,29 ($P < 0,05$) y una correlación similar se encontró para los

niños ($r = 0,26$, $P < 0,05$) . No se encontraron diferencias significativas por sexo en ninguna de las medidas de sueño de los niños (Tikotzky et al, 2010 y Lampl y Johnson, 2011).

Definir una organización del sueño basado en la transición entre estados, resultó útil para definir indicadores de riesgo y resiliencia en la conducta neonatal y para pronosticar trayectorias de crecimiento neuroconductual, emocional y cognitivo: a mayor neuromaduración neonatal, menor emocionalidad negativa, mejor desarrollo cognitivo, y mejores competencias verbales, simbólicas y ejecutivas a los 5 años (Weisman et al 2011).

Para el recién nacido prematuro, el sueño es un elemento muy importante para el desarrollo pues ayuda a crear una buena condición clínica, aumento de peso saludable, dominar la alimentación oral completa y a mejorar la relación cuidador-bebé, y el desarrollo del cerebro. Además de asegurar las condiciones básicas para el sueño (reducir los niveles de ruido, crear un período de semi-oscuridad y proteger la cara del infante de la luz directa), se señala la importancia de la presencia de los padres y un cuidado individualizado (Colombo y De Bon, 2011).

- Conducta de apego y sensibilidad parental

Moore (2007) revisa 10 estudios, uno de ellos un ECA, que incorporan contacto piel a piel (CPP) de diversa duración y en diversos momentos desde el nacimiento. Los resultados no son concluyentes para CPP. Underdown (2006) no encontró efectos significativos en seguridad de apego entrenando a madres de niños menores de 6 meses en el uso de masajes. Van Ijzendoorn (1995), en cambio, encontró efectos positivos significativos en apego seguro usando un portabebés suaves, y efectos positivos pero no significativos en sensibilidad materna. Otras intervenciones revisadas por Van Ijzendoorn (1995) que empleaban diversos tipos de estrategias combinadas tampoco ofrecen resultados significativos en seguridad del apego y sensibilidad parental.

Bornstein et al (2011) midieron la sensibilidad materna y la capacidad de respuesta del bebé empleando un índice de disponibilidad emocional, y mostraron que a mayor habla materna aumenta la sensibilidad de la madre y que el mayor cuidado psíquico mejora las interacciones con el hijo; pero que el cuidado físico por sí sólo no asegura necesariamente mayor sensibilidad parental ni capacidad de respuesta (responsiveness). Henning (2011) observa que el tiempo de respuesta de las madres es relevante en la percepción del bebé. Este factor temporal pareciera ser un mediador en la interacción. El tiempo de respuesta también fue medido en relación con el tono vagal⁵ de madre e hijo, y se muestra que la percepción de la capacidad de respuesta de los padres puede ayudar a regular y estructurar la autorregulación psicológica del bebé (Moore et al, 2009).

⁵ Tono del Nervio Vago o nervio neurogástrico que es parte de los doce pares de los nervios craneales. Da sensibilidad a varias estructuras: amígdalas, laringe entre otras. Aporta al componente motor por medio del nervio laríngeo en dos ramas.

La psicoterapia centrada en mejorar el vínculo entre madres con depresión post parto y sus bebés, como la psicoterapia individual, tienen un impacto positivo en la madre, el bebé y en su relación. Se utilizó una base de datos piloto de una evaluación de psicoterapia domiciliaria a diadas madre-bebé. La efectividad de la intervención se midió enfocándose en los cambios de ánimo de la madre, experiencia parental y relación con el bebé. Además se realizó una autoevaluación que medía en cambio pre y post tratamiento con variables como angustia y percepciones sobre la parentalidad. Las mismas variables fueron evaluadas por el observador, midiendo el cambio en la interacción madre-bebé. Los resultados arrojaron mejoras en la depresión de las madres, disminución de la angustia y una percepción de la parentalidad positiva: la autoestima de la madre y el estrés parental fueron asociadas con mejores interacciones madre-bebé. (Paris y Rendell, 2011).

La regulación psicológica de los padres puede ser el soporte para la regulación de los bebés. Los padres pueden apoyar su desarrollo aliviando las emociones negativas y reforzando las positivas y estructurando las interacciones en las cuales los bebés participan y de las cuales, eventualmente, van a adquirir la propia capacidad de regular emociones (Moore, 2009).

- Ambiente doméstico de calidad⁶

Regalado (2007) reporta un estudio que emplea guías anticipatorias sobre temperamento en el primer año de vida, para madres de bebés de 4 a 12 meses en la atención clínica e indica que los padres reportan la utilidad de la información, sobre todo, para niños energéticos.

Gardner (2005) revisa 3 ensayos controlados para promover la maternidad⁷ a través de visitas domiciliarias dos días después del alta. Las visitas domiciliarias (VD) son importantes para la evaluación de la salud, pero no favorecen la autoconfianza, los conocimientos o la lactancia en madres que ya estaban lactando antes del alta, no hay efectos en el ánimo, ni en el rol materno, ni en el ambiente doméstico. Otro estudio basado en VD, proyectos comunitarios, terapia de familia, educación y cuidados clínicos muestra efectos en la conducta de los niños y en el ambiente del hogar medido a los 7 meses (Eschel 2006).

- Manejo del llanto

Regalado (2007) examina 5 estudios con actividades clínicas localizados en problemas del desarrollo y manejo del llanto excesivo y asesoría a los padres en bebés de 0 a 5 meses. Cuatro de ellos muestran efectividad en el grupo de intervención, ayudando a los padres a calmar a los bebés. Otro estudio de CPP al nacimiento muestra similares efectos (Moore, 2007). Dodd (2005) reporta 3 ECA que emplean la técnica canguro en niños pre- término, y, aunque no se reporta magnitud del efecto, todos resultan en menor llanto en los grupos intervenidos; del mismo modo, el CPP inmediato o minutos después del parto, o masajes, muestran disminución

⁶ No se encontraron estudios relativos a esta variable en la actualización.

⁷ Mother hood: la capacidad de ejercer como madre.

del llanto en el grupo intervenido (Regalado 2007), así como también entre madres adolescentes depresivas con bebés menores de 6 meses (Underdown, 2006).

La variable manejo del llanto en la literatura 2008-2013 esta subsumida en los estudios del contacto piel a piel, según se expone abajo.

- Contacto piel a piel (CPP) o Cuidados Canguro y efectos en lactancia, en manejo del llanto y del dolor

Los estudios encontrados en esta revisión se refieren fundamentalmente a CPP inmediatamente post- parto. Sus efectos se miden en relación a la lactancia exclusiva, al dolor, al manejo del llanto y al manejo del stress.

Christensson et al (2008), en un estudio tendiente a observar el llanto del bebé durante los primeros 90 minutos después del nacimiento en diferentes posiciones, notan que la posición más apropiada para el bebé recién nacido de término, saludable, después de su nacimiento, es en contacto físico cercano con su madre. Indican también que el llanto postnatal es una respuesta de muchos mamíferos, incluyendo el humano, para reparar la situación de la separación con la madre.

En términos de la lactancia exclusiva, esta se asociaba a madres que habían tenido la experiencia piel a piel durante 1 a 15 minutos posteriores al nacimiento (Bramson et al, 2010).

En términos de disminución del dolor, Kostandy et al (2008) encontraron que el CPP entre la madre y el bebé prematuro, luego de una punción en el talón, reduce el dolor según las mediciones del "Perfil de dolor de bebé prematuro" [Premature Infant Pain Profile], e incluso reduciría el llanto comparados con aquellos bebés dejados en la incubadora luego de la punción. Ferber y Makhoul (2008) mostraron disminución del dolor y de los signos de estrés neuroconductuales luego de realizar pruebas de sangre en bebés prematuros con CPP o Cuidado Canguro, comparado al mismo procedimiento pero efectuado en la cuna. Estos últimos sugieren que al realizar procedimientos dolorosos para el bebé, estos se realicen en posición canguro.

Estudiando la secuencia de comportamiento del bebé entre el nacimiento, encontrar el pezón, succionar y dormirse, Widström et al (2011) encontraron que cuando al bebé se le da la opción de lentamente atravesar las 9 fases de comportamiento (llanto al nacer, relajación, despertar, actividad, arrastre, descanso, familiarización, succión y sueño) mientras hay contacto piel a piel con la madre, los resultados son una temprana y óptima auto-regulación. El factor de tiempo extra, junto con el contacto piel a piel, es considerado relevante en el largo plazo (3 meses): de incrementarse el tiempo del CPP luego del parto - 15-20 minutos de succión y CPP durante la primera hora después del parto- se observan efectos positivos en la lactancia materna a los 3 meses, así como la capacidad de sonreír del bebé y la disminución del llanto, en comparación con aquellos bebés que no habían obtenido el tiempo extra de CPP; sin embargo, la influencia

del contacto extra en el comportamiento fue más pronunciado en la interacción niño-madre que niña-madre. (De Chateau y Wiberg, 2008).

Es importante notar que no toda estimulación táctil puede resultar beneficiosa para el bebé. White- Trout et al (2009) compararon cambios en las reacciones estresoras (medidas por el biomarcador del cortisol salival) y estado comportamental en bebés sanos con un grupo de control, luego de 1 o 2 intervenciones: (1) estimulación táctil (2) estimulación multisensorial, auditiva, táctil, visual y vestibular y encontraron que grupo de bebés con estimulación táctil tuvieron la mayor alza en los niveles de cortisol, seguidos por el grupo de control. En contraste, los bebés que recibieron la intervención multisensorial mostraron una disminución constante y significativa de cortisol. Cabe considerar que ambas intervenciones fueron realizadas antes de la alimentación y que el estudio no especifica si la estimulación táctil incluyó específicamente la posición canguro u otro tipo de contacto piel a piel.

- Desarrollo cognitivo y de lenguaje

Las visitas domiciliarias a mujeres en periodos pre y post natal y las discusiones con madres durante la visita muestran conductas más favorables a la interacción y un mejor desarrollo lingüístico (Elkan, 2000; Regalado, 2007), no así las intervenciones con la aplicación de masajes para esta variable (Underdown, 2006).

No se encontró literatura para esta variable en la actualización de la misma, considerando los parámetros de búsqueda empleados. En cambio, se encontró literatura referida a disfunciones y enfermedades, que no caben en los parámetros empleados.

- Interacción/ relación e intervenciones que promueven maternidad

Se mantiene el nombre original de esta variable en los estudios hasta 2007; sin embargo, en la actualización, algunos de los aspectos de esta variable están contenidos en sensibilidad parental y apego, o en contacto piel a piel.

Un estudio no controlado en el cual las madres recibían entrenamiento en habilidades para enseñar competencias del recién nacido en bebés de 0 a 1 mes mostró efectividad en las interacciones, así como las discusiones con madres durante la visita médica (Regalado, 2007). También se observan efectos positivos en entrega de información a las madres respecto a las capacidades perceptuales y sensoriales de los recién nacidos (Turley, 1985), pero no en las intervenciones educativas prenatales dirigidas a padres sobre embarazo, parto y paternidad (Gagnon, 2007). Shaw (2006) revisa tres estudios ECA de apoyo post parto para mejorar destrezas maternas y salud mental pero no se observan diferencias en ninguno de ellos. De otros 4 estudios ECA de similares características, sólo uno de ellos muestra efectos en la mejora de la relación madre- hijo medido como interacción, cooperación, sensibilidad y rol (Shaw, 2006). Otro ECA revisado por Shaw (2006) de similares características pero en embarazadas de alto riesgo de disfunción familiar y abuso muestra también efectos positivos en la interacción.

Los estudios revisados por Gardner (2005) muestran que el uso de la técnica canguro y el CPP, así como la educación individual y apoyo, muestran efectividad en sensibilidad materna a las señales del bebé, mejoras en la interacción, responsividad⁸, demanda de alimentación y competencias para alimentar al bebé.

- Desarrollo motor⁹

Respecto al desarrollo motor de los recién nacidos entre 0 y 6 meses, un estudio (Carmelli et al, 2009) señala que no encontró una relación significativa entre las posiciones para dormir, para despertar y para el juego con el desarrollo motor a los 6 meses de edad y que, si bien un cambio significativo había sido el incremento de la posición reclinada a medida que el niño crecía, esta no interfería con el desarrollo motor (Carmeli et al, 2009). En la misma línea, un estudio sobre intervenciones tempranas en bebés prematuros para el desarrollo motor y cognitivo de los mismos post- alta del hospital, tampoco arrojó efectos significativos, lo cual, señalan los autores, puede deberse a la heterogeneidad de las intervenciones analizadas (Spittle et al, 2012).

Un estudio longitudinal para evaluar la campaña Prone to Play en Taiwan, midió el impacto de la posición prona cuando el bebé está despierto en el desarrollo motor en la vida temprana. Los datos sobre experiencia, duración y preferencia de la posición prona estando despiertos se midió en 288 recién nacidos a los 4 y a los 6 meses, y luego el desarrollo motor grueso y el fino fueron evaluados a los 6 y 24 meses. La duración de la posición prono afectó significativamente los tiempos de adquisición de 3 hitos específicos de la posición prono (rodar, gatear-en-abdomen, gatear con brazos y piernas) y sentados, sin afectar a los otros 2 hitos específicos de la posición prono (caminar y transferir objetos), y el desarrollo motor grueso y fino. Los lactantes de preferencia prona consiguen hitos específicos antes que los de preferencia no prono. La preferencia por la posición prona afectó a la edad de adquisición de gatear-en-abdomen, pero no el resto de resultados de motor (Kuo et al, 2008). En este estudio se utilizó la Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS), con el objetivo de caracterizar el tipo de adquisición motora en 70 niños sanos brasileños de 0 a 6 meses de edad, así como la comparación de ambos emergencia (edad inicial) y el establecimiento (edad final) de cada habilidad entre la muestra del estudio y los datos normativos AIMS. Nuevas habilidades motoras fueron adquiridas de forma continua desde 0 a 6 meses de edad para los niños brasileños, pero su tasa de adquisición fue no lineal. En comparación con la muestra de AIMS, los niños brasileños lograron percentiles más bajos, y su edad inicial para adquirir las habilidades que requieren mayor demanda antigravedad fue mayor. Por el contrario, los niños brasileños dejaron de exhibir los patrones primitivos más temprano y la edad final para adquirir habilidades antigravedad fue menor. Estas diferencias en el desarrollo motor sugiere que son una consecuencia de las diferentes prácticas de los padres y no indican necesariamente retraso motor. Así, los valores normativos del AIMS deberían adaptarse a las particularidades culturales a fin de evitar que los niños se mal clasificadas como en riesgo de retraso motor. Por

⁸ Capacidad de respuesta.

⁹ Esta variable no fue incluida en la revisión de literatura anterior para el tramo de edad de 0 a 6 meses.

otra parte, una evaluación adecuada del desarrollo motor debe tener en cuenta no sólo la edad en que se apareció una habilidad, sino también la edad en la que se establece como una habilidad en el repertorio motor del infante (Lamy et al, 2009).

- Masajes

Los estudios hasta 2007 relativos a aplicación de masajes está referido, y citado, en la variable ciclo sueño/ alerta.

Un estudio comparativo muestra que la intervención de masajes afecta la maduración de la actividad eléctrica del cerebro y favorece un proceso similar a aquel observado en el útero en bebés prematuros (Guzzeta et al 2011).

Un estudio que incluye a los masajes como uno de los métodos para aumentar la temperatura corporal del bebé muestra que los 3 métodos empleados son igualmente efectivos para estos efectos: (el Método Canguro [Kangaroo Method], el masaje con aceite tradicional o un "envoltorio plástico" [plastic swaddler] fueron igualmente efectivos: 38% de los bebés tenía temperaturas $>36^{\circ}\text{C}$ a las 2 horas, y 18% a las 24 horas y ninguno tenía $< 35^{\circ}\text{C}$) (Johanson et al, 2008).

En síntesis, se puede observar que el punto de corte de edad en esta revisión, tiende a acotar las intervenciones reportadas a aquellas post- parto. Cabe notar, además, que no se encontró literatura para algunas de las variables de desarrollo infantil consideradas, principalmente aquellas relativas a aspectos funcionales (higiene) o ambientales (ambientes seguros). Para algunas de las variables relativas a los elementos de apoyo funcional otorgadas por el PARN, no se encontró literatura específica pero fueron abordadas en un marco más general. Es así como, el concepto de *porteo* en relación con el porta bebé, está incorporado en el concepto mayor de contacto piel a piel; la posición prono, en relación con el elemento goma eva, está incorporado en el desarrollo motor; el cojín de lactancia está comprendido en el concepto general de lactancia¹⁰.

3.3 Resultados de las búsquedas de programas y proyectos de intervención

Se seleccionaron 16 proyectos y programas que cumplieran con los criterios de inclusión, 13 de ellos en América Latina y el Caribe, uno de ellos en Estados Unidos, uno en Finlandia y uno en el Reino Unido¹¹.

Los programas y proyectos que especifican intervenciones para el segmento de edad de 0 a 6 meses son cinco: dos de ellos dedicados a fomento de la lactancia materna, y tres de ellos que consideran un paquete de apoyo instrumental a los recién nacidos, sea en dinero o en especies.

¹⁰ Al respecto, los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, NIH, sugieren un set de implementos para el recién nacido, incluido en este informe en el siguiente punto.

¹¹ No se incluyen en esta síntesis los programas de apoyo a niños de 0-3/6 años que no especifican el tramo de edad 0 -6 meses. Al respecto, ver Informe III, abril 2013 de este estudio.

El programa de la Madre Canguro, iniciado en Colombia, que lleva a cabo el Ministerio de Salud de Brasil para tratar recién nacidos prematuros y de bajo peso se basa en sacar a los recién nacidos de la incubadora, si están en buenas condiciones de salud, y ubicarlos en contacto piel a piel con sus madres, con la cabeza cerca del corazón de las mismas. Este programa fue pilotado, ampliado y evaluado, y actualmente se lleva a cabo en calidad de mejores prácticas. Se ha demostrado que este programa es, sobre todo, una buena estrategia para promover la lactancia materna, en comparación con la estrategia convencional de uso de incubadoras para recién nacidos de bajo peso. Dado que se trata de un programa que se ejecuta fundamentalmente en un marco hospitalario, los efectos medidos fueron principalmente clínicos, además del ya mencionado efecto en lactancia materna. Los principales resultados se presentan a continuación (Lamy et al, 2008):

Table 3 - Mortality and some clinical conditions during stay in a conventional or kangaroo unit (Brazil, 2005)

Variables	Conventional unit		Kangaroo unit		Raw analysis			Adjusted analysis*		
	n	%	n	%	RR	95%CI	p	RR	95%CI	p
Readmission to NICU										
No	352	94.9	592	94.3						
Yes	19	5.1	36	5.7	1.11	0.50-2.47	0.682	1.45	0.61-3.44	0.397
Retinopathy of prematurity										
No	168	75.0	375	84.7						
Yes	56	25.0	68	15.3	0.63	0.37-1.08	0.092	0.89	0.46-1.71	0.732
Necrotizing enterocolitis										
No	348	96.9	587	96.7						
Yes	11	3.1	20	3.3	1.07	0.40-2.85	0.893	1.33	0.54-3.29	0.536
Death										
No	364	99.5	616	99.3						
Yes	2	0.5	3	0.5	0.88	0.08-9.32	0.917	1.99	0.20-19.70	0.555
Bronchopulmonary dysplasia										
No	303	85.8	552	90.9						
Yes	50	14.2	55	9.1	0.66	0.37-1.19	0.170	1.05	0.54-2.06	0.879
Intracranial hemorrhages										
No	206	78.9	267	78.1						
Yes	55	21.1	75	21.9	1.07	0.54-2.11	0.841	1.56	0.71-3.42	0.269
Apnea										
No	307	94.5	542	96.6						
Yes	18	5.5	19	3.4	0.61	0.23-1.61	0.317	0.73	0.25-2.16	0.573
Sepsis										
No	332	92.2	590	96.1						
Yes	28	7.8	24	3.9	0.50	0.17-1.46	0.205	0.54	0.18-1.60	0.264
Hypothermia or hyperthermia										
No	347	96.9	552	91.1						
Yes	11	3.1	54	8.9	2.88	0.75-11.04	0.122	2.73	0.74-10.05	0.131
Exclusive breastfeeding at discharge										
No	275	76.2	189	30.8						
Yes	86	23.8	425	69.2	2.89	1.43-5.83	0.003	2.34	1.13-4.82	0.022

95%CI = 95% confidence interval; NICU = neonatal intensive care unit; RR = relative risk.

* Models adjusted for birth weight, gestational age, SNAPPE II, NTISS, maternal age and educational level and corrected for the cluster effect (maternity of birth). The totals for each variable differ as a result of missing data.

El Proyecto de Nutrición y Protección Social AIN-C ejecutado en Honduras tiene un componente de fomento a la lactancia materna para los menores de 6 meses como parte de una estrategia para el aumento de peso de los niños con desnutrición crónica. La estrategia, sin embargo, es muy diferente de aquella del programa de Brasil. Esta consiste en pesar a los niños regularmente desde su nacimiento y recibir la visita de una promotora de salud en el hogar para aconsejar a las madres. El programa fue evaluado en 2008. Los resultados demuestran que la AIN-C tuvo un impacto significativo y positivo en la alimentación de niños pequeños y las prácticas de atención y en el estado nutricional, especialmente entre los hogares más pobres y los niños que han participado con mayor regularidad en el programa. Las tasas de lactancia materna exclusiva entre los lactantes menores de seis meses de edad, la proporción de cuidadores que los niños alimentados 6-23 meses adecuadamente, el porcentaje de niños que estaban completamente inmunizados a los 13 meses, y el porcentaje de niños a través de 23 meses que recibieron suplementos de hierro y vitamina A fueron significativamente mayores en el grupo de AIN-C que en el grupo que no lo participa en GMP. Al controlar por la situación socioeconómica y la edad, los participantes del programa AIN-C tenían el peso medio para la talla puntuación Z 0,122 más alto que los no participantes. El impacto de la AIN-C fue dos a tres veces mayor entre los hogares más pobres. La intensidad de la participación también aumentó el impacto, cada mes adicional de participación produjo un aumento 0,042 en peso para la edad de puntuación Z-.

El programa Uruguay Crece Contigo ha sido moldeado siguiendo el ejemplo de Chile Crece Contigo, y del programa uruguayo Canelones Crece Contigo; se inició en 2012 para cubrir todo el país en 2013. Dispone de un componente de apoyo instrumental, denominado Set de Bienvenida un set es focalizado y el otro es instrumental. Los componentes del Set de Bienvenida son los siguientes¹²:

Set focalizado:

- Juguete para el agua
- Manta de abrigo para bebé
- Juguete apilable
- Plato, cuchara y vaso para las primeras comidas
- Alfombrita de material lavable
- Juguete móvil

Set Universal:

- Publicaciones: "Bienvenido bebé" (cubre los primeros 3 meses de vida del niño), "Los primeros olores de la cocina de mi casa" (guía para la adecuada introducción de alimentación complementaria), "Mucho,

¹² Información proporcionada por el Programa Uruguay Crece Contigo

poquito y nada" (texto sobre prácticas de crianza) y "Acompañando un crecimiento sano y feliz" (guía desde el embarazo)

- CD de música infantil
- Libro de cuentos de autor nacional
- Juguete móvil

No obstante, los elementos que componen el set son diferentes a aquellos del PARN (Ver Anexo 3). Estas diferencias radican en el tipo elementos contenidos; en la cantidad de ellos, y, posiblemente, en el costo total. La diferencia principal, pareciera radicar en que en el marco del PARN se distinguen el paquete de apoyo instrumental y las actividades educativas realizadas en la Atención Primaria y en la maternidad; mientras que el set entregado en Uruguay funde los dos elementos pues se entregan varios libros de orientación a la madre y a la familia respecto al recién nacido, aparentemente, en apoyo o en sustitución de las actividades educativas entre el personal de salud y la madre y la familia.

Early Childhood Education and Care en Finlandia es una política de atención diurna de niños y preparación para la escuela. Uno de sus programas, Maternity Grant, permite a la mujer embarazada optar por un beneficio en dinero o por un paquete maternal. Este último consiste en ítems para el cuidado del recién nacido, un saco de dormir y vestuario del recién nacido. Cabe notar que el 76% de las madres prefieren el paquete maternal antes que el beneficio en dinero, y el porcentaje es mayor entre aquellas que esperan el primer hijo.

- El Gobierno de Finlandia ofrece una serie de apoyos a las familias con niños hasta los 17 años. El **Maternity Grant**, que se ofrece a cada mujer embarazada, después del quinto mes de embarazo, cuyo requisito es tener un control de la gestación antes del cuarto mes de gestación. Este apoyo consiste en un subsidio económico de 128 Euros o un paquete con materiales para el cuidado del recién nacido, que consta de ropa, un saquito de dormir para el bebé, accesorios para la atención de necesidades básicas, libritos de imágenes y juguetes adecuados para la edad. Este set es de mayor preferencia que el dinero dado que un 76% de las familias lo eligen, sobretodo aquellas familias que reciben su primer hijo. También se ofrece un **Child Allowance**, que consiste en apoyo para la mantención del 50% de los costos de los niños hasta los 17 años y está diferenciado según el número de hijos en un rango desde 90 hasta 172 Euros mensuales, libres de impuestos, y se le agregan 33 Euros más para aquellas familias monoparentales. Por último está el **Maintenance Allowance**, que consiste en apoyo económico mensual de 107 Euros, libres de impuesto, dirigidos a aquellas familias que no logran llegar a un ingreso mínimo para sostener el cuidado de sus hijos, o bien para aquellos padres o madres divorciados que no cancelen la pensión alimenticia mensual.

<http://pre20031103.stm.fi/english/pao/publicat/childcare/section1.htm>

El Programa Sure Start del Reino Unido ofrece un conjunto de servicios, subsidios y apoyos diversos a las familias con recién nacidos y hasta los 5 años. En este marco, el programa ofrece un subsidio maternal en dinero- £500 - provisto por el gobierno para ayudar con el costo de los nuevos implementos para el recién nacido. Se entrega por una vez y no tiene que ser devuelto.

Es otorgado por las oficinas de Seguridad Social y pueden postular las personas más vulnerables y que están recibiendo apoyo estatal. No se encontraron evaluaciones de este programa.

De lo anterior, es posible inferir que el PARN es un programa con una identidad única porque el paquete de implementos entregados en los programas de Finlandia y el Reino Unido no van asociados a educación sobre crianza temprana, tal como es el PARN, sino que parecen suplir únicamente una necesidad económica, pero no se espera que estos implementos puedan ayudar a satisfacer otras necesidades del recién nacido, ni que los cuidadores principales pueden establecer una relación entre la crianza y el set de implementos. De hecho, el subsidio maternal para comprar implementos para el recién nacido en el Reino Unido se entrega en dinero, es decir, la madre o el cuidador principal puede comprar lo que considere necesario de acuerdo a sus pautas y creencias respecto a la crianza.

El set de bienvenida del programa de Uruguay, en cambio, presenta algunas similitudes con el PARN, aunque más limitado: los juguetes están destinados a estimular al recién nacido hasta el año, desarrollar motricidad, sentido del oído y tacto; el libro para el agua tiene como objetivo, además de la higiene, el fomento del juego, intercambio y estimulación; la alfombra busca darles un lugar seguro y limpio para el juego; la manta, además de proveer calor, busca también el contacto físico con el cuidador.

Como se ha señalado, no se encontraron programas con un componente importante de apoyo instrumental tal como el PARN. A modo de referencia, los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NIH)¹³ sugiere el siguiente set de implementos para los recién nacidos¹⁴, a ser obtenidos por los padres o cuidadores principales:

La cuna y la ropa de cama:

- Sábanas (3 o 4 conjuntos). Las sábanas de franela son buenas para el invierno.
- Móvil. Esto puede entretener y distraer a un bebé que está molesto o está teniendo dificultades para conciliar el sueño.
- Máquina de sonido de fondo (ruido blanco). Usted tal vez quiera conseguir una máquina que produzca sonido de fondo (como estática suave o un aguacero). Estos sonidos pueden ser tranquilizadores para el bebé y pueden ayudarlo a dormir.

Suministros para la mesa de cambiar:

- Pañales (8 a 10 por día).
- Toallitas para bebé: sin perfume y libres de alcohol. Tal vez deba comenzar con una provisión pequeña porque algunos bebés son sensibles a ellas.

¹³ National Institutes of Health de los Estados Unidos
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/patientinstructions/000541.htm>

¹⁴ Componentes del set actualizado al 25/6/2012.

- Vaseline (vaselina): buena para prevenir la dermatitis del pañal y para el cuidado de la circuncisión de un niño.
- Motas de algodón o gasas para aplicar Vaseline.
- Crema para la dermatitis del pañal.

Mecedora con banquita

- Almohada para descansar el brazo al amamantar.
- Almohada en forma de "rosca": esto ayuda si usted está adolorida por un desgarre o una episiotomía a causa del parto.
- Manta para cubrirse usted y cubrir a su bebé cuando haga frío.

Ropas para el nuevo bebé

- Pijamas enterizas (4 a 6 meses). Los tipos bata son los más fáciles para cambiar pañales y asear al bebé.
- Mitones para las manos del bebé para evitar que se rasque la cara.
- Calcetines o escarpines.
- Vestidos enterizos de abrochar para el día (más fácil para cambiar pañales y asear al bebé).

Elementos generales

- Baberos (una docena, al menos).
- Mantas (cobertores) para envolver al bebé (4 a 6).
- Toalla de baño con capucha (2).
- Paños de limpieza (4 a 6).
- Bañera: una con "hamaca" es mejor cuando el bebé es pequeño y se resbala.
- Champú y baño para bebés (que sea seguro para bebés: busque fórmulas que "no produzcan lágrimas").
- Almohadillas y sostén para amamantar.
- Extractor de leche.
- Asiento de automóvil para bebé: la mayoría de los hospitales exigen que éste esté correctamente instalado antes de salir de allí. Si necesita colaboración, se solicita ayuda al personal de enfermería en el hospital para instalarlo antes de recoger al bebé.

3.4 Elementos relevantes de intervenciones de apoyo al desarrollo exitosas

En esta sección, se busca identificar aquellos elementos programáticos que la literatura indica son esenciales para llevar a cabo intervenciones de desarrollo exitosas. Para esto, se buscaron estudios comparativos y evaluativos preferentemente en países de ingresos medios y bajos. Es preciso tener en cuenta que las intervenciones identificadas por los autores son distintas entre sí y se componen de diversas líneas de acción. Además, tal como se ha señalado anteriormente, el tramo de edad considerado es la infancia temprana, más que el tramo preciso del recién

nacido entre 0 y 6 meses según ha solicitado el Ministerio de Desarrollo Social para este estudio.

Engle et al (2007) indican que existe evidencia robusta para mostrar que las intervenciones tempranas pueden revertir la actual pérdida de desarrollo potencial y que el único periodo de la vida de un niño en la cual una intervención puede ser costo- efectiva es durante la infancia temprana. Señala que la evidencia es clara, pero que, a menudo, la acción falta. Atribuye esto principalmente a la **falta de un paquete de intervenciones acordado** (destacado en este informe).

En una revisión en países de ingresos bajos y medios en el mundo acerca de las intervenciones más eficaces para reducir las desigualdades y mejorar los resultados de desarrollo infantil realizado en 2011 por Engle et al (2011), se identificaron 15 evaluaciones de programas; 11 ensayos de efectividad, 4 programas de gran escala basados en visitas a domicilio, educación para la salud en centros de atención primaria y sesiones de grupo con los cuidadores, y una combinación de educación preescolar basada en el centro o en la comunidad, además de servicios sanitarios y de nutrición. Siete intervenciones se implementaban en base al trabajo con los padres o cuidadores y ocho estaban basadas en intervenciones con los padres o cuidadores en conjunto con sus hijos. Las 15 intervenciones habían definido un currículo claro o mensajes claves.

De esta revisión, los autores extrajeron las orientaciones principales que debe tener una intervención eficaz:

- La educación para padres y el apoyo pueden mejorar el desarrollo cognitivo y psicosocial de los niños.
- Los efectos son mayores en las poblaciones más desfavorecidas.
- Los efectos son mayores cuando hay programas de estudios sistemáticos y oportunidades de capacitación para los trabajadores al cuidado de los niños y de los padres.
- Los efectos son mayores cuando hay estrategias activas para mostrar y promover conductas de cuidados-por ejemplo, practicar, realizar juegos de rol o efectuar capacitación para mejorar las interacciones entre padres e hijos.
- Los programas de centros basados en principios de aprendizaje suelen mejorar el funcionamiento cognitivo de los niños, la preparación para la escuela y el rendimiento escolar.
- Los efectos son mayores para los niños en circunstancias de desventaja
- Los efectos son mayores como resultado de los programas de mayor calidad, ya sea formal o informal.
- Las direcciones prometedoras para las intervenciones incluyen la ampliación de los medios educativos para los niños, y la vinculación de las transferencias monetarias condicionadas y la nutrición con intervenciones tempranas del desarrollo infantil.

- Aunque hay algunos informes que acreditan la eficacia de las intervenciones para los niños de alto riesgo en los países de ingresos bajos y medianos, la evidencia aún no es suficiente para establecer las mejores estrategias. (Engle et al, 2011)

Basándose en Jaramillo y Mingat (2003), los autores proponen un conjunto de aspectos que deben tener las intervenciones de desarrollo en la primera infancia:

Características de intervenciones exitosas de desarrollo de la primera infancia:

- Integración de la salud, la nutrición, la educación, y el desarrollo económico así como la colaboración entre las agencias gubernamentales y la sociedad civil.
- Centrar la atención en los niños desfavorecidos.
- Intervenciones de suficiente intensidad y duración¹⁵ y que incluyan el contacto directo con los niños empezando tempranamente en la vida.
- Los padres y las familias como socios con los maestros o los cuidadores en el apoyo al desarrollo de los niños.
- Proporcionar oportunidades para que los niños inicien e instiguen su propio aprendizaje y la exploración de su entorno con actividades apropiadas para su edad.
- Mezclar prácticas de crianza tradicionales y creencias culturales con los enfoques basados en la evidencia.
- Proporcionar entrenamiento sistemático en servicio al personal, así como supervisión continua de apoyo, métodos de observación para monitorear el desarrollo de los niños, y buen apoyo teórico y material educativo.

De lo anterior, se puede inferir que las intervenciones de desarrollo infantil exitosas son aquellas que:

- i) empiezan tempranamente en la vida del niño,
- ii) contienen intervenciones coordinadas que incluyen salud, nutrición, educación y desarrollo económico,
- iii) tienen un curriculum definido y modalidades de entrenamiento del personal y de los cuidadores principales,
- iv) consideran oportunidades prácticas para que los cuidadores principales y los propios niños experimenten e instiguen su propio aprendizaje,
- v) otro elemento no menor es la articulación entre el Estado, la comunidad y las familias.

No obstante, tal como se señalaba al comienzo, no existe un paquete de intervenciones acordadas que aseguren el mejor desarrollo infantil posible, y también existen interrogantes

¹⁵ La mayor exposición resulta en efectos más consistentes y mayores en el desarrollo del niño. Por ejemplo, niños preescolares en desventaja en Cali, Colombia, con 4 años de intervención lograron resultados en las pruebas que eran similares a una muestra de niños de clase media; en cambio los niños con menos intervención se quedaban atrás (Engle et al, 2007).

importantes respecto a la focalización de las intervenciones, es decir, en cuales grupos de niños las intervenciones resultan mejor.

Una revisión de la evidencia sobre las prácticas comunitarias y familiares que promuevan la supervivencia, el crecimiento y desarrollo infantil realizado por la London School of Hygiene and Tropical Medicine (2001), tomando como base el análisis de las prácticas claves identificadas por la OMS y UNICEF señala las siguientes prácticas claves:

Prácticas claves para el desarrollo infantil¹⁶

Todas estas prácticas son importantes, y hay evidencia suficiente que respalde su ejecución. Sin embargo, la eficacia depende del contexto en el cual se implementen en cada país y al interior de cada país.

La práctica de inmunizaciones ha demostrado su efectividad en reducir la mortalidad y morbilidad en los menores de un año. La mejor práctica consiste nuevamente en aprovechar las oportunidades para vacunar a los niños, en programas integrados.

La lactancia materna exclusiva es una práctica en aumento. Las estrategias de intervención basadas en el hospital (atención precoz del recién nacido) y en la comunidad, han mostrado ser claves para el éxito, acomodándose a las necesidades de la madre y el niño.

La incorporación a los 6 meses de alimentos sólidos balanceados no ha sido tan exitosa. Especialmente en el aporte de micronutrientes en poblaciones deprivadas.

Asegurar acceso a micronutrientes se relaciona con el punto anterior y la disponibilidad de éstos en las comunidades. Falta estudiar los adecuados mecanismos de entrega a la población.

Adecuada disposición de excretas. Existen estrategias eficientes que se han ido incorporando a través de educación individual y a través de los medios de comunicación.

Continuar la alimentación y ofrecer fluidos, incluyendo lactancia materna a los niños enfermos es una estrategia eficaz para prevenir deshidratación y malnutrición. Hay evidencia que sustenta intervenciones educativas para cambiar las conductas al respecto, pero hay carencia de evaluaciones a gran escala.

Reconocer cuando los niños requieren tratamiento fuera del hogar y requieren asistencia sanitaria. Estas prácticas son efectivas pero su cobertura aún es insuficiente.

Seguir las indicaciones dadas por los trabajadores de la salud. Falta evidencia sobre la efectividad de programas que aumentan la adherencia a tratamiento a gran escala.

Promover el desarrollo mental y social respondiendo a los cuidados, hablándoles, jugando y estimulando a los niños. Estos programas integrados de estimulación han demostrado su efectividad, especialmente en grupos de alto riesgo. Aún falta mejorar aspectos de identificación de subgrupos y de cobertura.

Asegurar que cada mujer embarazada tenga el adecuado cuidado prenatal. Hay efectividad comprobada, falta

16 Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. "Family and community practices that promote child survival, growth and development: a review of the evidence". Public Health intervention research unit. Department of Epidemiology and Population Health. LSHTM, September 2001.

3.5 Entrevistas a expertos

Se definió, en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud, una lista con 5 expertos a entrevistar. La selección de expertos en desarrollo infantil se basa en criterios de diversidad de profesiones y experiencias – prácticas y académicas. Los expertos acordados fueron:

- Dra. Heather Strain
- Ps. Magdalena Muñoz
- Dr. Nelson Vargas
- Dra. Paula Bedregal
- Mt. Diana Godoy

El objetivo de estas entrevistas es recoger experiencias y opiniones de los expertos desde sus áreas de competencia (Ver Anexo Pauta de entrevista a expertos). Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, previa firma de consentimiento informado (Ver Anexo Consentimiento Informado). Las entrevistadoras fueron Ximena Sgombich e Irene Agurto. La duración de ellas fue entre 1 hora y 1,5 horas. A continuación, se sintetizan los principales resultados, organizados según los tópicos de la pauta.

a) Evaluación de políticas de infancia en Chile en los últimos 10 años

Los expertos coinciden en que ha habido un vuelco importante en las políticas de infancia en Chile, caracterizado por un cambio del enfoque biomédico a uno biopsicosocial y un centrarse en el niño desde recién nacido. Los aspectos que es necesario mejorar o introducir varían según la opinión de cada experto:

- Mejorar la calidad de las prestaciones en la Atención Primaria, buscando una gestión más integral y con mejor integración entre los sectores públicos (Diana Godoy)
- Mejorar la formación del personal de salud que se relaciona directamente con las familias, en particular en este nuevo enfoque descrito arriba y educar a las familias y la comunidad en el mismo. Especializar a profesionales en salud mental infantil de cero a tres años (Magdalena Muñoz).
- Mejoramiento de las intervenciones a prematuros, en particular incorporar tamizaje universal de audición para detectar tempranamente hipoacusia y evitar retardos en el desarrollo del lenguaje (Paula Bedregal)
- Poner en práctica el modelo Hospital Amigo de la Madre y del Niño para prevenir partos muy intervenidos, fomentar el rol del padre en el parto, atender al recién nacido junto con la familia, y el fomento de la lactancia materna a libre disposición (Heather Strain)

- Falta focalizar en grupos vulnerables y de riesgo. Posibles acciones nuevas: plan con NANEAS (Niños y adolescentes con necesidades especiales en salud) y familias con síndrome de West (Nelson Vargas).

c) Evaluación general de Chile Crece Contigo

Algunos expertos señalan que Chile Crece Contigo, si bien es un programa de reciente data, efectivamente ha logrado operar bien con respecto a las familias de baja y mediana complejidad, pero no así respecto a aquellas de alta complejidad. Destacan también el componente “Nadie es perfecto” de Chile Crece Contigo, como un ejemplo del tipo de intervención que consideran exitosa, aunque no adecuada para familias de alta complejidad. Señalan también que existe una interrogante acerca de cómo este programa llega a los niños institucionalizados y niños en situación familiar conflictiva o de disfuncionalidad familiar (M d).

d) Evaluación general del PARN

El PARN es en general bien evaluado por los expertos, en el sentido que responde al reconocimiento del niño en sus derechos y es una oportunidad para las familias para cuidar a sus hijos (Diana Godoy); Paula Bedregal señala el rol de dignificar y recibir a un niño. Es un signo de que la madre no está sola, de que la sociedad la apoya (Nelson Vargas). Magdalena Muñoz señala la importancia del ajuar como signo de apoyo para aquellas madres en situación de calle, adolescentes, y aquellas muy pobres, con mucho stress. En síntesis, estos entrevistados recalcan el papel simbólico del PARN respecto a los niños y a las madres, particularmente la entrega del ajuar. (Magdalena Muñoz y Nelson Vargas).

e) Evaluación del ajuar en relación a las necesidades de los niños

Todos los entrevistados estaban al corriente de los componentes del ajuar, aunque no todos ellos de las últimas modificaciones introducidas. Las entrevistas consideraban fotos de cada uno de los implementos. A continuación, se sintetizan las observaciones y opiniones respecto a cada componente.

- Cuna- corral: Diana Godoy destaca el hecho que la cuna esté vestida dado que muchas madres no podrían acceder a comprar las mantas y sabanas. Magdalena Muñoz remarca el hecho que las cunas sean desarmables, considerando que los hogares pobres no suelen tener una habitación para el recién nacido. Paula Bedregal y Magdalena Muñoz consideran que es muy útil para aquellas familias que no pueden financiarla, y que el co- lecho no parece muy adecuado en familias con hacinamiento o familias disfuncionales. Muñoz señala la necesidad de un mayor registro y supervisión en la entrega de la cuna, atendiendo a que estas pueden ser vendidas, o resultar redundantes si se entregan a cada niño que nace en una misma familia y no se reutilizan.
- Porta bebé Mei- Tai: Diana Godoy dice tener dudas si es mejor el porta bebé tipo bandolera o el Mei –Tai, aunque coincide que cualquiera de ellos fomenta el contacto

con el niño, a diferencia de otros. Señala también las dificultades de uso del Mei-Tai. De acuerdo a Bedregal, el tipo de porta bebé debiera ser optativo según las pautas culturales propias. Strain, en cambio señala que el cambio de la bandolera del anterior ajuar por el Mei-Tai es un gran avance pues en este el bebé no tiene el cuello semi-flectado y fomenta el contacto piel a piel. Señala además la existencia de casos de muerte súbita en Estados Unidos ocasionados por el tipo de porta bebé tipo bandolera

Goma eva: de acuerdo a Diana Godoy, este es un implemento al cual las madres podrían no tener acceso de no ser parte del ajuar; asimismo, señala que responde a la necesidad de un espacio propio y limpio para el niño, y que responde a la necesidad de estimulación y afecto madre- hijo. Magdalena Muñoz señala la posibilidad de que la goma eva pueda ser guardada en poco espacio. Heather Strain considera que es muy útil porque permite al recién nacido una posición prona y jugar, facilitando el desarrollo psicomotor, siempre y cuando sea de un tamaño adecuado que amortigüe posibles caídas y que sea de un material lavable. Paula Bedregal, en cambio, considera que la goma es adecuada para niños preescolares, porque les permite jugar, en cambio para los recién nacidos no le parece útil por un asunto de higiene.

- Cojín de lactancia: Para Godoy, este elemento es básico pues además de fomentar la lactancia, fomenta el apego. De acuerdo a Bedregal, el cojín de lactancia sin una adecuada educación para su uso correcto, no resulta muy práctico. En cambio, Strain considera que este elemento es de gran utilidad y comodidad para la madre, fomentando posiblemente la extensión de la lactancia y el apego a través del contacto piel a piel.
- Aceite de masajes: según Godoy, el aceite de masajes podría ser prescindible dado que es más accesible para las personas, al igual que otros útiles de aseo.
- Crema regeneradora para coceduras: Según Vargas, es posible reemplazar la crema regeneradora, por Crema Lassar, que cumple las mismas funciones a bajo precio.
- Mochila para transportar ítems del bebé: Para Strain, el cambio del bolso del ajuar anterior por la mochila actual resulta más práctico para las madres.
- Vestuario: Según Godoy, la ropa es adecuada y los diseños alegran a las madres. Para Bedregal, en cambio, el vestuario sólo sería necesario para las familias más vulnerables, pero no para todas. Strain estima que el vestuario con diseños sin signos de gobierno es adecuado y fomenta su uso. Para Muñoz, el vestuario es importante para las madres más vulnerables.
- Artículos de aseo: Strain indica que no son necesarios pues es mejor usar el menor jabón posible y emplear un shampoo muy suave dado que la piel del bebé es muy sensible. Muñoz destaca la importancia de estos elementos para las familias muy pobres.

f) Elementos del ajuar a cambiar, mejorar o quitar¹⁷

De acuerdo a Muñoz y Vargas, ninguno de los elementos del ajuar debiera quitarse, dado el alto valor simbólico que estos entrevistados otorgan al mismo.

- Cuna- corral, juego de sábanas y colcha: Según Strain, la evidencia es bastante concluyente respecto del riesgo muerte súbita al tapar al bebé. Propone sustituir las sábanas, por una elasticada abajo para que no se enrolle, eliminar la colcha y que se promoviera que el bebé debe dormir descubierto, y, que si hace frío, se le abrigara un poco. Muñoz sugiere que el colchón disponga de un protector para evitar que se humedezca con la orina debido a que las mudas de pañales no suelen ser tan frecuentes como debieran en los sectores populares.
- Goma eva: Strain estima que esta debiera mantenerse, sugiriendo unas dimensiones de 1,1/2mts. X 1,1/2mts y de material grueso y lavable, y que debiera enfatizarse la educación en el desarrollo psicomotor del bebé, evitando que este pase demasiado tiempo en coches o sillas. Indica que también es posible reemplazar la goma eva por un yoga mat.
- Aceite de masajes: Strain sugiere poner atención al tipo de aceite que se entrega, pues este debe ser neutro. Vargas sugiere mantenerlo en atención al fomento del apego a través de los masajes.
- Crema regeneradora para ceceduras: Strain sugiere enfatizar el uso de la crema cuando efectivamente el bebé tenga ceceduras y no de forma preventiva.
- Artículos de aseo: Godoy estima que si bien todos los elementos del ajuar son adecuados, sería posible prescindir de los artículos de aseo. Vargas señala que es necesario mantener, al menos, el alcohol para reforzar la higiene.

g) Elementos posibles a incorporar en el ajuar:

- Juguetes para la estimulación del bebé, de buena calidad y acordes a la edad (Bedregal y Vargas). Elementos para la estimulación sonora y mensajes auditivos, y estimulación en motricidad fina: pelotas o cuadrados acordes al tamaño del niño para ayudarlo a liberar el pulgar (Vargas)
- Sillas para auto, en el futuro, dado que “hoy en día el auto no es un privilegio y que existe una normativa al respecto” (Bedregal).

¹⁷ Algunas de las precisiones sobre los elementos del ajuar mencionados por los expertos ya han sido incorporados en el programa, como es el caso de las sabanas elasticadas, las características de la goma Eva, y el carácter neutro del aceite para masajes.

- Según la experiencia de Godoy, no es necesario introducir un coche para el bebé, dado que las familias los compran por un asunto de status, “equivalente a las zapatillas de marca”. Strain recalca que un coche, o sillas, desestimularía el uso del porta bebé, que, de acuerdo a la evidencia, fomenta el contacto piel a piel, disminuye el llanto y los cólicos.
- Sacaleche: Para Bedregal, este elemento no sería enteramente necesario a menos que fuera acompañado de un taller de lactancia para mejorar la técnica de la misma. Argumentos a favor de este implemento, son permitir que las madres no se aislen en sus casas debido a la lactancia.

h) Evaluación de actividades y materiales educativos del PARN

Dos de las entrevistadas en relación directa con familias de escasos recursos y vulnerables- Godoy a través de la atención directa a las familias en una maternidad del sistema público y Muñoz, quien dirige un centro de atención a niños vulnerables y de alta disfuncionalidad familiar- recalcan la necesidad de que los elementos del ajuar necesitan ser entregados con una educación a las madres respecto al objetivo que buscan lograr y al buen uso de los mismos. Ambas destacan también la necesidad de disponer de metodologías educativas acordes a estos fines, así como de espacios adecuados para la atención, y retroalimentación de las propias usuarias respecto a la educación en términos de contenidos, oportunidad y duración.

Para Godoy, la posibilidad de ofrecer una atención integral y una educación acorde es a través del fortalecimiento de la acción intersectorial, particularmente de aquellas instancias más cercanas a la población como son los DIDEOS, entre otros; mejoramiento a nivel de la atención primaria y el mejoramiento de la gestión de recursos humanos en las maternidades.

Muñoz, en tanto, sugiere el seguimiento a las familias más vulnerables a través de visitas domiciliarias.

Respecto a los contenidos educativos mínimos para las familias de alto riesgo psicosocial, esta entrevistada señala, que debieran ser fundamentalmente la contención y la regulación emocional. Remarca también que, si bien las cartillas empleadas por Chile Crece Contigo son muy buenas, en la práctica no resultan útiles para una población que no lee. Bedregal también considera que las cartillas no resultan del todo útiles por el mismo motivo.

Strain señala que la educación ligada a la entrega del ajuar actualmente es puramente instrumental, y que no se destacan suficientemente los objetivos que se buscan, tal como afecto, fomento del apego y fortalecimiento del vínculo. Sugiere una modalidad de trabajo con monitores comunitarios y de grupos de padres y madres en la comunidad. Estas modalidades podrían, además, revertir el aislamiento social en que viven estas familias.

Vargas, en tanto, sugiere fortalecer el rol del personal de salud en la educación, mencionando que la relación directa de las familias con el personal de salud otorga más legitimidad a la educación que el realizar una búsqueda por Internet. Sugiere también educar no sólo a las madres sino a las familias, en atención que este cambio de paradigma en la primera infancia es de largo plazo, así como educar a los segundos cuidadores. En términos de contenidos mínimos, estos serían enfatizar en apego, lactancia materna y estimulación. En particular, respecto a educación en la lactancia materna, sugiere que esta sea incorporada a la educación de las mujeres desde muy temprana edad. A lo anterior, sugiere agregar el tema de los estilos parentales. El entrevistado distingue 4 formas de crianza en el contexto de su diagnóstico acerca de que Chile es un país de familias en crisis:

- ⇒ Autoritaria
- ⇒ Permisivo – indiferente “no tengo tiempo para ti”
- ⇒ Permisivo- indulgente “haga lo que quiera”(el niño no va a tener un concepto de que la vida no es gratis y se da en todos los niveles socioeconómicos”).
- ⇒ Autoritativo: estilo que pone límites: este es más recomendable que los anteriores.

i) Otras acciones y orientaciones sugeridas

Se ha mencionado ya la necesidad de mayor especialización del personal de salud, y particularmente en salud mental entre 0 y 3 años, así como proveer del aumento de horas de consultas psicológicas en los CESFAM y en hospitales.

Se sugiere agregar exámenes de detección precoz tales como:

- un control mensual por pediatras preferentemente, o médicos
- acceso expedito a elementos de diagnóstico precoz en CESFAM y hospital, por ejemplo, rojo pupilar: descartar retino plastia y glaucoma congénito, pero ahora no hay oftalmoscopio y falta cultura preventiva, además del ya mencionado screening universal de audición para detectar tempranamente hipoacusia y evitar retardos en el desarrollo del lenguaje.

Se sugiere también una mayor coordinación del programa Chile Crece Contigo con salas cunas de JUNJI, dado que existen niños cuyas necesidades más básicas, como higiene y alimentación, no están siendo atendidas por las familias.

En síntesis, los expertos ven un cambio importante de paradigma en la infancia temprana, cuyos efectos se verán en el más largo plazo y que es necesario que las políticas y programas a la infancia mejoren y amplíen gradualmente las prestaciones actuales; que el personal profesional en relación directa con las familias y los niños se perfeccione y que las instituciones ofrezcan las condiciones para ello. También todos ellos coinciden que la sociedad entera debiera ser sensibilizada en los cuidados de la infancia temprana.

Chile Crece Contigo, con el conjunto de intervenciones actuales, es bien evaluado en su diseño y en el mejoramiento de su gestión. El PARN es también bien evaluado, y en este marco, la entrega del ajuar constituye un símbolo de la preocupación del país por la primera infancia.

Respecto de los componentes del ajuar los expertos sugieren pequeñas modificaciones tendientes a mejorar el paquete actual. Destacan que, si fuera necesario priorizar entre los elementos del paquete, ellos se inclinarían por la cuna, el porta bebé y la goma eva, atendiendo que son aquellos los más directamente apuntan fomentar el apego, la seguridad y el desarrollo del niño. En este escenario de priorización, sugieren que otros elementos como aquellos de higiene y de vestuario, podrían ser entregados selectivamente a quienes no puedan obtenerlos por sus propios medios.

Respecto de la educación en atención primaria y en la maternidad, los expertos coinciden en que es necesario reforzarla en dirección de los objetivos de fomentar los cuidados del recién nacido, acordes al paradigma de desarrollo de la infancia, y al uso correcto de los elementos del ajuar. Están también conscientes de que el personal de salud está actualmente insuficientemente capacitado, excedido en sus labores y con recursos logísticos escasos. Es por esto que sugieren otras modalidades de educación, que no radiquen en la entrega de cartillas educativas principalmente, sino que incluyan modalidades de atención y educación cara a cara, como las visitas domiciliarias a las familias en mayor riesgo psicosocial, vulnerables, o de disfuncionalidad familiar. Proponen además que el Estado se apoye más en la comunidad, a través de monitores o promotores de la propia comunidad, y en las familias, a través de la formación de grupos de pares.

Los expertos sugieren algunas mejoras incrementales en la atención a este grupo de edad entre 0 y 6 meses, tendientes al diagnóstico precoz de problemas físicos que podrían afectar el desarrollo infantil futuro y a la incorporación de la salud mental del recién nacido como una especialidad de la psicología.

Si bien el PARN es más bien un programa universal para aquellos niños que nacen en los hospitales públicos del país y para las familias de complejidad baja y media, los expertos llaman la atención sobre la necesidad de focalización en poblaciones especialmente vulnerables a través de acciones específicas a las mismas, como se señalara anteriormente.

3.6 Entrevistas familiares

A continuación se presenta el análisis cualitativo de las entrevistas familiares, este se construye desde el análisis de las conversaciones que las familias elaboran en torno a las pautas de crianza y el aporte del PARN. Se incluyen citas literales de las entrevistas familiares.

1. Disposición del grupo familiar hacia el recién nacido

La familia - extensa o nuclear - se organiza para cuidar al recién nacido. Los padres asumen indistintamente el cuidado emocional y físico de los bebés

Los hermanos cuidan a los miembros más jóvenes de sus familias, se sienten actuando más responsables y por lo tanto, con un lugar jerárquico superior al hermano/a, que compensa el tener que compartir vínculos afectivos con sus padres.

LI: la mamá porque mi papá va a trabajar y yo voy a estudiar, mi mamá se queda más tiempo con él y nosotros mientras llegamos del trabajo y del colegio, a nosotros nos toca cuidarlo mientras ella hace las cosas de la casa. (Entrevista Familiar Temuco)

Existen ciertos peligros en la excesiva confianza, porque el tema del cuidado familiar de los niños recién nacidos es a veces considerado peligroso cuando los hermanos mayores sobreprotegen a aquellos, porque las madres consideran que exageran su cuidado y abandonan los roles de hermanos.

CS: Yo siempre le digo, tú eres la hermana de ella, no la nana de ella, porque hay veces que ella quiere tenerla todo el rato, y yo le digo que es su hermana y nada más, porque yo he visto niñas que pasan como nana de su hermano chico, y yo no, yo mismo la tomo, la paseo y todo porque nosotros estamos encargados de cuidarla. (Entrevista Familiar Coquimbo)

Hay familias que el nacimiento de un nuevo hijo los concentra en el espacio del hogar, e intentan no salir a los espacios públicos, por una mezcla de desconfianza e inseguridad.

Cuando nace el segundo hijo, las familias tienden a confirmar que ahora están en mejores condiciones estructurales para recibir al nuevo niño/a, no sólo por condiciones económicas, sino también porque se sienten más capacitadas emocionalmente y organizadas, además de contar con un capital de conocimiento adquirido en las crianzas anteriores que les genera seguridad en la atención de este nuevo hijo.

M: Más distinto. O sea, estamos cambiando, o sea, en hartas cosas ya como que en él ya aprendí que no tenía que ser en él, ya hay cosas que en eso estamos tomando en cuenta, para que sea mejor... No...(Entrevista Familiar Peñaflor)

2. Cuidado del niño/a y relación con el PARN

- **Cómo se enteran del PARN**

Se carece de un protocolo común para que las madres se enteren del PARN. Sobre la comunicación formal, algunas mujeres señalan enterarse a través del consultorio durante el embarazo. No obstante, la manera más común de enterarse es a través de pares, otras mujeres embarazadas que están en el consultorio, y amigas o vecinas que les contaron su experiencia con este programa.

MV: Sí. Ahí le voy a contar. Yo fui siempre a mis controles y un día esperando exámenes de sangre me encuentro con que hay una niña y me dice “yo te conozco a ti” y acá no se acordaba, saludaba, una tenía guagua, a la otra le faltaba y yo dije ¿de dónde? “¿te acuerdas? del taller” y más encima yo estaba en medio de ellas, una estaba acá, la otra estaba acá, eso lo saqué yo por conclusión, una tiene la guagua, la otra... ¿qué taller? Y presté oído esperando que me llamaran para mis exámenes... (Entrevista Familiar Coquimbo)

M: Sí, si ya sabía ya, porque igual una vecina que tiene por acá igual la guagua les dieron la cuna y todo lo que... Ya sabía que me iban a dar ya la cunita. (Entrevista Familiar Peñaflor)

Otro punto importante a destacar es que, en algunos casos, la información informal que las mujeres reciben sobre el PARN no hay como confirmarla en el consultorio, porque no saben a dónde dirigirse para esto, o desde el consultorio se las deriva sin darle información pertinente y oportuna.

A lo anterior se agrega que algunas mujeres se enfrentan con información falsa acerca de quiénes pueden recibir este beneficio del PARN y no tienen como verificarlo. Por ejemplo, algunas mujeres reciben la información de que sólo si asisten a los talleres de información sobre el embarazo en el consultorio tendrán derecho al ajuar, mientras que otras tienen la información de que es para todas las mujeres que tienen bebés, desconociendo si esto es tanto para clínicas privadas como hospitales públicos.

MV: Sí. Entonces me dice... se terminaron la conversa y me dice “te acuerdas que en el taller, no fuiste más”, y yo “espera ¿qué talleres?” Le digo a la niña “¿de qué talleres habla?” Y me muestra el carné con una lista enorme de talleres ¿quién te manda? la matrona “y ¿por qué no me ha mandado?” “Porque tú tienes que preguntar acá en la oficina de Chile Crece contigo que está allá”, y yo dele con que la matrona y no y la matrona no me había mandado a nada, nada de nada y fui y pregunto en Chile Crece Contigo y me dicen que las horas tengo que pedir las en otra oficina, voy a pedir los talleres y ahí me anotan los días y todos los talleres que tenía que hacer, que eran los días miércoles a las 8 y media. Empecé a ir a los talleres y después pregunté “si tengo

talleres, ¿me dan el ajuar?” del ajuar yo sabía por la gente que te dan un ajuar.
(Entrevista Familiar Coquimbo)

El instante de la confirmación de que este programa realmente existe y que ellas recibirán un ajuar para sus bebés es, cuando la matrona se los dice en el hospital.

El conocimiento y acceso al PARN es difuso, disgregado y múltiple, no existiendo para las beneficiarias de este programa un protocolo que sea conocido y utilizado de manera común.

3. Dónde retiran el ajuar

Sobre este momento nuevamente hay experiencias dispares, porque en algunos casos a la madre (y al padre) se les informa que deben retirar el ajuar días después que salieron del hospital, presentando el carné de alta, y en otros sólo un par de horas antes de salir del hospital.. En las entrevistas se constató que situaciones como estas han implicado en algunos casos que las familias vuelvan una vez dada el alta a buscar el ajuar.

MV: Claro, en la sala donde estaba yo, y después la matrona cuando me dio de alta el doctor, nos explicó que teníamos que pasar a retirar el ajuar y que hasta la una y media estaba abierto, entonces a nosotros el alta nos la dan a las 12, todo el proceso para poder salir y corrimos, corrimos peor porque yo no podía correr, para alcanzar a la una y media ¿a la una y media cerraban?

E: ¿Pero se enteraron el mismo día que te dieron de alta cómo se hacía?

MV: Exactamente.

E: ¿Qué otro requisito? ¿Te pidieron algún documento cuando retiraste el ajuar?

CS: El carné de ella. (Entrevista Familiar Coquimbo)

Respecto de la disponibilidad del material para ser entregado, una de las entrevistadas señaló que no había ajuares en el hospital cuando fue a buscarlo, y tuvo que esperar varios días para recibirlo.

DC: se demoró como dos semanas porque no había, no había stock, llegaban en dos semanas. Después que me dieron de alta el 11 de Agosto, en dos semanas llamamos por teléfono a la línea que me dieron y ahí nos dijeron que había llegado. (Entrevista Familiar Temuco)

4. La valoración del ajuar

Para las mujeres entrevistadas el concepto y nombre del ajuar se remite inmediatamente a lo que son los objetos más preciados de éste, como la cuna, la ropa, el cojín de lactancia y otros implementos como jabón de baño entre otros.

Es interesante constatar que ninguna de las mujeres entrevistadas muestra un agradecimiento explícito hacia el Estado o el Programa, por haber recibido este ajuar como beneficio.

Las madres primerizas se refieren a este beneficio como si se tratase de una acción del Estado que debiera darse de manera obvia, sin que reparen que este beneficio social es prácticamente nuevo en el país. Mientras que las mujeres que tienen hijos de más de 4 años, tienen un punto de comparación entre los beneficios entregados con su primero y segundo hijo.

MV: ...los talleres los encontré buenos, aprendí muchas cosas, a pesar de que ya había tenido una guagua, todo cambia, 11 años... (Entrevista Familiar Coquimbo)

En cuanto a la valoración, ésta depende del lugar social de la madre y su familia. Ya que para las mujeres que provienen de sectores muy vulnerables el ajuar les resulta de gran valor, pues proporciona objetos que no iban a comprar, como la cuna, recibiendo más de lo que esperaban y de lo que tenían.

E: Ya, después vamos a chequear ¿qué les pareció el ajuar que recibieron?

Al: bueno porque de parte de nosotros pa, comprar un ajuar, igual no teníamos por dónde. (Entrevista Familiar Temuco)

E: Y del ajuar, ahora el ajuar como tal.

MV: Yo lo encontré buenísimo.

E: Y cuéntenme un poco ¿qué les ha parecido el ajuar que recibieron?

M: Bien, harto ayuda.

M: Claro, porque cuando nació su hermano no tenía cuna, y dormía conmigo.

P: Claro. Entonces ahora nosotros... también pasó eso, que también, cuando nos alejamos de él, igual como fue... Ahora no, él duerme y se pasa a la cuna y duerme toda la noche. Con él teníamos que estar todos despiertos, porque él despertaba... Entonces, igual es bastante bueno lo que... lo que dieron la cuna. (Entrevista Familiar Peñaflor)

En cambio, las mujeres y familias que están en una situación económica más holgada, tienen una evaluación más discreta del ajuar; de manera tal que toman el ajuar con distancia, reconociendo explícitamente que este bien se dirige a mujeres de menores recursos que ellas. Por lo tanto, desde su mayor integración social, se valora menos el beneficio y el derecho adquirido.

Respecto de la valoración de los componentes del ajuar, este es bien valorado en todos sus implementos, en donde cada mamá acentúa uno u otro; por ejemplo, unas valoran la mochila porque es práctica otras la cuna por ser un bien que no se tenía, o también el mudador, porque es un objeto de fácil manejo, como también la calidad de los jabones y el aceite.

Hay cosas que consideran van a valorar a futuro, cuando el recién nacido esté en condiciones de jugar por sí mismos como la goma Eva.

Llama la atención que algunas entrevistadas en este espacio de valoración de los componentes del ajuar, se mencione en forma irónica que falta el coche para la guagua, como si el beneficio

instrumental tuviese la falla de no estar completo. Esto se asocia a una percepción sobre demandante de las beneficiarias y falta de asociación sobre la lógica que está detrás de la definición del instrumental que compone el ajuar. Se evidencia que las madres tienen poco conocimiento acerca de cuáles áreas de desarrollo son importantes de cuidar en los primeros seis meses y de cómo el ajuar apoya precisamente su fortalecimiento.

En orden de importancia, los artículos pueden jerarquizarse de la siguiente manera:

- 1) Primero es el paquete cuna corral por un tema económico, pero también funcional, dado que se utiliza por mucho tiempo de cuna a corral. En cuanto el material, éste es valorado como un material resistente. Y en cuanto a lo económico, es de gran ayuda para las familias.

H: No teníamos casi nada, o sea con suerte una cama de dos plazas. O sea con eso le digo todo. (Entrevista Familiar Valparaíso)

M: Sí sabíamos. Cuando yo empecé a tratarme en el consultorio, a mí me dijeron que nos iban a regalar una cuna y todo, entonces no compramos. (Entrevista Familiar Los Ángeles)

M: Súper bueno, de hecho la Dánae ocupa la cuna, es exquisita, es súper buena. Aparte que son cosas caras que a veces la gente no tiene para comprar. Aparte que la guagua gasta hartito, entonces... (Entrevista Familiar Puente Alto)

- 2) Luego vienen los elementos de paquete de apego y vestuario, en donde principalmente se valora el cojín de lactancia –pese al poco conocimiento inicial de su forma de uso-, además del vestuario de diferentes tallas.
- 3) En el paquete de cuidados básicos y estimulación, el jabón, mudado y crema.

DC: Los ocupamos todavía, todos los ocupan, ese jabón hipo alergénico, eso le echa un poquito y da harta espuma y todavía le queda y ese aceite lo ocupa para ponerle debajo de las axilas o las piernecitas o limpiarle, aquí la cabecita. (Entrevista Familiar Temuco)

5. Implementos

Es importante comenzar por mencionar que el ajuar que reciben las beneficiarias no tiene un canon estándar de recepción, porque en algunos casos faltan artículos, en otros faltan cartillas informativas; y en otros viene el set completo. Como las beneficiarias no saben a priori qué debe contener el ajuar, no establecen ninguna queja al respecto.

Por otro lado, algunas prendas de ropa son poco valoradas en este momento, porque se las percibe para otra etapa de desarrollo del bebé o porque son muy pequeñas para sus hijos/as.

Se pone énfasis en este punto cuando los niños han nacido prematuros, pues no sólo no les queda la ropa que viene en el ajuar, sino que además el mercado entrega escasas posibilidades para estos bebés.

H: De hecho, ahora hablando de eso del ajuar. Creo que les dan a los niños de término, pero yo creo que no se ha fijado en la parte prematura, que también puede ser que sean niños de tallas más chicas, porque al final no todos son de término. (Entrevista Familiar Valparaíso)

Otra situación por la cual no se usan algunos de los implementos que recibieron es por no saber cómo manejarlos o porque no venían instrucciones ni se les explicó en el hospital como usarlos o armarlos, entre ellos, el armado de la cuna y el uso del Mei Tai.

El armado de la cuna, puede ser algo muy complejo para algunas familias, porque no tenían instrucciones ni verbales ni escritas para hacerlo. Una vez superada esta dificultad, la cuna es altamente valorada por su movilidad y facilidad de traslado.

P: Lo entregaron no más. Lo fui a buscar (...), me lo pasaron y acá tuve que... No, y para armarlo, dije: ah, [tendré que ver]. Me fui a armarla y no pude al comienzo. (Risas).

M: Al principio, claro, le costó armarla. (Entrevista Familiar Peñaflor)

El portabebé tiene dificultades de uso, pues las instrucciones son difíciles de entender, lo que implica que en varios casos las familias simplemente no lo usan. Otro punto de dificultad, es que cuando el bebé ha crecido, las madres consideran que se ve dificultado el transporte del niño/a, pues su peso aumenta. El portabebé estilo Mei Tai es muy difícil de utilizar sin la ayuda de un tercero.

M: Sí, el otro día la estábamos armando.

M2: Yo me la puse “está pa acá”, “no es para allá” (risas).

M: Sí, tiene que quedar bien sujeto porque después. (Entrevista Familiar Puente Alto)

Existe poca claridad con respecto a la funcionalidad del cojín de lactancia, de manera tal que todos los miembros de la familia pueden darle un uso diferenciado de acuerdo a sus necesidades.

E: No, yo creo que estamos bien. Yo quería preguntarte con respecto a eso, por ejemplo, que hablaban de cómo usar las cosas. Si a ustedes les dijeron que esto servía para algo en especial o no les dijeron nada...

M: Eso. Yo no sabía para qué era eso. Y decía ¿y para qué será eso?

P: Sí. Nosotros [nos poníamos] aquí, –en el cuello– ¿(...) será, para acostarnos?

M: Yo le decía (...), yo le decía será para ponerse al (...), será para ponerse (...).

P: Claro, después vino la...

M: Será (...).

P: Claro, y después vino la, la...

M: ¿Para qué será?

P: Yo me acomodaba así. Oye, [uno] queda re bien, dije yo aquí. (Entrevista Familiar Peñaflor)

El dosificador del jabón es de corta duración y en algunos casos, no lo usan porque se contradice con los juicios y creencias que las madres tienen sobre estos aceites, por ejemplo, que ensucian la ropa o que dañan al niño/a. En otros casos se tiene poca claridad del uso del aceite, confundiendo su función con la de un jabón de baño.

MV: No. No me enseñaron para qué era el aceite este, me dijeron que era para piel. (Entrevista Familiar Coquimbo)

Al recibir el ajuar, las mayores sorpresas son el cojín para lactante –tanto para quienes conocen su uso como para quienes lo comienzan a usar- y los útiles de aseo y de baño para bebés; y en algunos casos, de sectores mucho más vulnerables, la cuna.

Es interesante observar que de los mismos implementos que producen sorpresa, algunos quedarían fuera de una lista de productos necesarios si las familias tuviesen que comprarlas. Algunos de ellos son el Mei Tai, cojín de lactancia, el aceite de masajes y el bolso.

M: El bolso tampoco me gustó mucho, porque es una mochila tipo bolso. Así como muy grande, muy cuadrado, [no sé] una cosa más cómoda.

P: Como chiquitito, [usaba] justo los útiles de aseo. (Entrevista Familiar Antofagasta)

En cuanto a la ropa, es importante mencionar que los entrevistados también ponen énfasis en el tamaño y los colores, pues el sexo del bebé determina las preferencias de los padres.

M: Sí, porque era celeste con gris y mi niña es niña. Entonces como que... Pero igual la usé un par de veces pero se me rompió la manilla. (Entrevista Familiar Valparaíso)

M: Sí, claramente. Porque toda la gente va a pensar que es niña, somos bien cuadrados. De todo es lo único que no uso... (Entrevista Familiar Los Ángeles)

En referencia a la ropa, las recomendaciones del personal del hospital se hacen necesarias en torno a qué hacer en casos de alergia en un recién nacido y el uso del ajuar.

H: En él todavía lo tengo guardado porque tengo que empezar en un mes más, que eso en el hospital me lo dieron las matronas, porque como él es alérgico, apenas nació, nació, le pusieron la ropa y todo, le dio alergia, se enronchó entero y eso que la ropa estaba lavada y todo. Y qué es lo que pasa, que la matrona me dijo que ocupara esas cosas después del mes. Entonces en realidad la que dio la capacitación fue la matrona del hospital. (Entrevista Familiar Santiago Centro)

Por último, predomina la opinión generalizada de agregar un coche y pañales. También se menciona la necesidad de juguetes para las distintas fases de edad del niño/a, ejemplo de ello es algo para morder o un móvil.

M: Yo creo que esa cosa para llevarla, yo hubiera preferido un coche paraguas. Porque es más cómodo para llevarla y todo eso.

E: ¿Y qué cambiarían del ajuar? ¿Qué cosas creen ustedes que le faltó?

P: Que pasa que... Yo creo que [está] todo lo que necesita un bebé recién nacido para empezar. Lo que pasa es que... lo que sí, que las tallas, como no se sabe que son grandes o chicas... (Entrevista Familiar Peñaflores)

En relación a las cosas del ajuar que van a seguir comprando, se menciona los pañales de tela y los artículos de aseo del bebé.

Respecto del instrumental que no habrían podido comprar sino se las hubiesen entregado en el hospital, se menciona básicamente a la cuna.

6. Asistencia a talleres antes del Parto

Todas las mujeres entrevistadas consideran relevante contar con apoyo para atender a consultas, dudas y consejos por parte de los profesionales en el hospital y/o el consultorio. Las madres, aunque lo sean por segunda o más veces, señalan importante contar con un conjunto de tips y manejos técnicos acerca del cuidado de los bebés. De hecho, la vez que una mujer señala no necesitar de los talleres, es porque ya tiene conocimientos técnicos obtenidos en capacitaciones anteriores sobre la materia.

E: ¿Y en el Consultorio tuvieron charlas educativas?

Madre: No. O sea, habían talleres igual, pero...

Padre: Habían talleres, pero [ella] no quiso ir.

Madre: No fui.

E: No quisiste ir. ¿Y por qué no fuiste?

Madre: No sé, no quise ir no más. Es que igual al principio estaba haciendo la práctica ahí mismo en el Consultorio. (Entrevista Familiar Antofagasta)

M: En realidad como que ya yo lo sabía, porque es sobre la drogadicción. Sobre qué pasa con la alimentación, ahí salía qué tiene que comer uno en el embarazo, pero eso yo ya lo sabía. Las mamás que son, pa las primerizas yo creo que sirve, pero para una mamá que ya ha tenido hijos que haya ido a otras capacitaciones es lo mismo, reiteradamente es lo mismo. (Entrevista Familiar Santiago Centro)

M: Siento que ha sido súper bueno el apoyo, y bueno yo con Franco no fue, fue diferente porque fui al consultorio, me hicieron controles, lo tuve en el hospital y bien, chao. Pero siento que ahora en estos siete años que han pasado igual cambio el apoyo

de la mujer embarazada a la futura madre es bien potente me di cuenta, es como bien, se nota, se nota mucho. (Entrevista Familiar Los Ángeles)

Por lo tanto, los talleres en los consultorios son de gran ayuda para las madres, especialmente las primerizas, porque dan cuenta de aspectos y manejos que no conocen y que son fáciles de implementar en sus hogares.

Es importante destacar que muchas veces la información que se entrega en los consultorios es de una revelación total para los padres primerizos, pues las mujeres señalan que participan en estos talleres porque suponen adecuadamente que aprenderán técnicas – y no, por ejemplo, discursos morales o valóricos.. Además, las técnicas así aprendidas se consideran fáciles de implementar en la casa, especialmente cuando sus parejas han participado de las actividades.

H: Sí. Te enseña como limpiarlo y todo el tema, y después lo lleva a su piecita y todo, y bueno, después la enfermera la ayudó a la Evelin con lo que es pa que amamante porque no pescaba la pechuga al principio y nada. Antes de entrar al parto “no, tiene que llevarla para acá, tiene que tratar de apoyarla”, qué sé yo, como una especie de charlita (...). (Entrevista Familiar Los Ángeles)

Entonces estos talleres se valoran porque en definitiva reportan modernidad en el mejor sentido de la palabra, y al aprender de estas técnicas ellas mismas se sienten más actualizadas y acogidas en los sistemas de salud.

M: El hospital está bien, o sea te tratan súper bien, no digo en comparación, no recuerdo que me hayan tratado mal. Pero ahora te das cuenta de la buena onda de la preocupación de la gente, de que se preocupan de ti, de lo que tienes, de lo que no sé po, de lo que te puede pasar, siempre te dicen que si te pasa esto ven, y esto también. Es como súper, muy preocupados diría yo desde que llegai a urgencia... (Entrevista Familiar Los Ángeles)

Profundizando en el tema de los talleres, podemos inferir que lo más trascendente para las entrevistadas es poder identificarse con similares experiencias de otras mujeres embarazadas, donde se comparten temores, prejuicios y dudas; el punto importante para ellas es que se dan cuenta que sus aprehensiones y temores sobre la crianza son un lugar común, lo que les permite aliviarse de esta carga simbólica negativa, porque creen que debieran saber más y mejor sobre como esperar a sus hijos. En los talleres la mujeres se dan cuenta que esta relativa falta de conocimiento es compartida y no se trata de una carencia personal. A partir de esta constatación, están más dispuestas a aprender de las profesionales de la salud que dirigen los talleres.

E: Como qué, por ejemplo.

MV: era algo con respecto a algo íntimo y me dijeron que a veces les pasa a los hombres y a veces les pasa a las mujeres, y yo dije en mi caso le pasó al hombre y todas sí,

apoyando, entonces eso también fue interesante, me acuerdo que me puse a reír de cómo hablaban las otras chiquillas entonces a mí me pasa igual.

E: No soy un bicho raro.

MV: Yo pensé que me pasaba a mí no más. Para él fue distinto porque él de todo tenía miedo, trataba de no tocarme nada porque decía “no, la guagua”. (Entrevista Familiar Temuco)

Otro aprendizaje importante para estas mujeres es el valor de la lactancia para sus hijos; este no es un saber innato ni aprendido con anterioridad, sino que es un saber que se asienta en los talleres con las profesionales de la salud

Respecto de la asistencia de los padres a estos talleres, hay consenso entre las mujeres que ellos deben asistir a estos espacios como un integrante más y no sólo como acompañantes; tanto ellas como sus parejas señalan que necesitan recibir estos conocimientos.

CS: Sí porque me decía siempre voy yo, hay maridos que van con su señora y en ese momento estaba cesante, pero había agarrado trabajo de hacer la ampliación de una casa, aparte que en mi rubro de la construcción, así que agarré ese pololito de hacer la ampliación de una casa grande en Coquimbo y ahí me di el tiempo de ir con ella. (Entrevista Familiar Coquimbo)

Los padres necesitan ir a estos cursos porque no tienen una memoria personal sobre el cuidado de recién nacidos, dado que sus progenitores, por un tema cultural, no les transfirieron contenidos de cuidado y crianza por no tener la experiencia. Llegados a este punto de su biografía se encuentran frente a un silencio de no saber qué hacer como padres y se angustian, porque deben responder a las demandas de atención y no saben cómo hacerlo.

El tema de ser padre responsable está en el fondo del interés de participar en estos talleres. Y justamente la principal crítica a los talleres es el horario en que se realizan, porque son incompatibles con los tiempos laborales de los hombres, dificultando las posibilidades de ellos a asistir a las actividades, lo que se contradice con la motivación que quiere incentivar el programa a través del personal en los hospitales y consultorios.

P: [También hay una de familia], para los dos. Pero, como le digo, uno, como yo trabajo, no hay el tiempo. O sea, yo llego a las seis y a las seis el consultorio está cerrado. Me citaban a las cinco, pero no alcanzaba a llegar. Entonces, no, yo tampoco podía, había varios que uno se podía ir, como protección de niños, con accidentes, pero yo tampoco pude ir, por la forma esa de trabajo. (Entrevista Familiar Peñaflor)

También se observan casos en que las madres querían participar de estos talleres pero no se llevaron a cabo en los centros de salud que les correspondía o simplemente no estuvieron al tanto de la existencia de ellos.

En definitiva, tanto para las madres como para sus parejas, es muy valorada la oportunidad de asistir a los talleres, su método y los contenidos que entrega.

7. Asistencia a talleres antes de salir del hospital

La asesoría antes de salir del hospital, cuando ocurre, es bien valorada por las madres porque acceden a un saber técnico que les permite educarse en la atención y cuidado de sus hijos. De este saber rescatan principalmente las enseñanzas de amamantar, de las dificultades y oportunidades de lactancia y de los cuidados y aseo de los hijos.

El principal actor de esta formación son las matronas y enfermeras del hospital, aunque en algunos casos también se menciona a pediatras.

E: Qué hacer si te sentías mal o si no te bajaba la leche.

M: Cuando estuve hospitalizada, cuando iba a tenerlo a él nos dijeron, iba... Algo decían, las mismas matronas nos decían cómo. Porque yo para él, nunca supe que... yo cuando ya le quería sacar el pecho le tiraba no más y me dolía. Yo recién (...) el dedito, el dedo y ahí saca el pecho del niño. Yo, ahora, recién para él; y para él no, lo tiraba y ahí duele el pecho. En eso me acuerdo que la matrona nos enseñó. (Entrevista Familiar Temuco)

Algunas de las experiencias conocidas en el estudio muestran que hay madres que indican que no tuvieron acceso a esta información de las profesionales de la salud y tampoco supieron como solicitarla.

M: Me mencionaron solo lo que iba a recibir y pero no, no me hicieron como ninguna capacitación. (Entrevista Familiar Puente Alto)

En relación a como es la atención de este personal de la salud en los hospitales, indicamos que ésta también carece de protocolo o una manera estandarizada de presentarse ante las madres. Se constata por parte de las entrevistadas, que en algunos hospitales no hay personal de salud que les informe de estos conocimientos; la calidad de la información depende de si el personal tiene o no tiempo para atender a la madre, o si está con la predisposición personal a atender a requerimientos de este tipo.

Por lo tanto, el tipo de atención del personal depende de cuestiones casuísticas que no permiten que las mujeres observen un sistema operando en el hospital, sino más bien iniciativas fragmentadas e individuales de parte del personal de salud.

Finalmente es importante señalar que las madres, primerizas o no, valoran altamente los consejos técnicos del personal de la salud y si señalan aplicarlos en la cotidianidad de su hogar, no sólo porque así se lo indican, sino porque observan efectos reales y positivos derivados de estos saberes.

En este caso, también los padres demandan estar presentes en estas capacitaciones y valoran que se los tomen en cuenta cuando el personal les instruye en cómo atender a sus hijos.

8. Crianza y cuidados del niño/a

Para los padres la crianza de su hijo ha sido una experiencia favorable en lo personal y para el conjunto de la familia, porque en primer lugar se trata de una experiencia que se hace en forma compenetrada por toda la familia, en donde el padre ejerce roles de cuidado que son también de la madre, y los hermanos mayores participan de esta cotidianidad con roles de responsabilidad.

Por lo tanto, el valor central de hacer en forma compartida la crianza es que la familia se ve a sí misma como un todo complementario y no como tareas separadas e individuales.

E: ¿Cómo ha sido la crianza en estos meses de José?, desde que está con ustedes, ¿cómo lo han hecho? digamos.

Al: No bueno, bueno porque hemos sabido, cuando estamos compartimos los tiempos sobretodo, pero ahora como ella ha estado con el hijo y nosotros trabajando, es que ahora en este momento esta semana es la que vamos a empezar, más voy a tener que empezar a cuidarlos yo en la tarde porque ella va a estudiar, ella va a empezar a estudiar en las tardes y voy a tener que quedarme con los dos y ahí es donde se va viendo, pero nosotros siempre tenemos bien los tiempos, así descansa ella también, aparte de que tiene que estudiar; nosotros igual la dejamos que ella estudie que haga sus cosas y ahí yo igual me preocupo del tema de la casa, lo que tenemos que comer, lo que come uno también y esperar la noche cuando llega. (Entrevista Familiar Temuco)

Los padres entrevistados sienten que tienen ganada una base de conocimientos y aprendizajes sobre el cuidado de sus hijos/as, saben que en términos generales pueden apoyar a sus hijos en situaciones de cierta emergencia; esto lo han obtenido de grupos de pares, de profesionales de la salud, de medios como Internet, TV y radios. Y aunque no se trata de un saber sistemático, si son tips que les da cierta seguridad para el cuidado de sus bebés.

Pero esto no significa que vivan experiencias que no sepan cómo manejar, y cuando esto ocurre, sólo atinan recurrir a los centros de salud o atención de personal de salud. En este sentido, es consensual que se decida por visitar un especialista en un centro de salud.

En algunos casos, esta orientación de acudir a la salud institucional es a ultranza, porque en ningún caso se apela a otros saberes, tradicionales o de sentido común, porque sólo se tiene confianza en la medicina profesional.

Sobre las recomendaciones que han recibido los entrevistados de sus familiares en el proceso de crianza, éstas pierden fuerza ante el saber sistemático de los profesionales de la salud que contactan y el acceso a internet como mecanismo de consulta.

En este caso, se contrasta por parte de las madres el saber de la tradición basada en el caso anómalo de una mala experiencia versus el conocimiento sistemático de las ciencias de la salud. No es que se encuentren en una tensión entre ambos saberes, sino que se opta por el pensamiento moderno, desplazando al saber tradicional al pasado, en el sentido de algo que se deja, que se pierde como argumento posible frente a la “ciencia”, representada en el sistema de salud.

Este saber local o de consejos sobre cuidado de los hijos no se distribuye por igual en una familia extensa, sino que está radicado en los padres. Mientras que en la generación de las abuelas, o no se comparte con ellas este saber, o no se les cree lo que manifiestan en el cuidado infantil, principalmente basado en consejos tradicionales como dar aguas de hierbas o medallas para el mal de ojo.

M: Bueno mi mamá dijo que cuando los niños estaban, tienen, están estéticos hay que ponerle por el anito un palito de clavel, no, no es clavel, de una plantita y tiene que ser blanco, Cardenal Blanco. Pero yo lo encuentro, disculpen la expresión, yo lo encuentro medio estúpido (ríe). Porque yo no soy de tradiciones, yo soy cero tradición, porque para mí todo tiene una explicación científica. Porque si le poni cualquier cosa en el anito igual va hacer, no tiene que ser Cardenal Blanco. Bueno esas son las cosas que ella me enseñó. (Entrevista Familiar Valparaíso)

Incluso este saber popular y tradicional tampoco es evidente que se traspase de generaciones anteriores a las actuales, y estas madres ante una emergencia, si no cuentan con consejos médicos se quedan sin información para atender a su hijo/a, lo que finalmente genera angustia y sensación de orfandad.

VS: En realidad nadie nos dijo nada y nosotros no sabíamos cómo hacerlo, la tomábamos, la calmábamos, mi mamá le daba pecho o una mamadera y ella se quedó dormida en el coche algunas veces. (Entrevista Familiar Coquimbo)

Respecto de la importancia de la lactancia a libre demanda, la información que reciben del personal de salud sobre cómo atender y cuidar a su hijo/a es muy similar a la que reciben antes del parto y en el hospital.

También es importante saber que tienen que revisar las caderas de los niños / as, aunque critican que el centro de salud se demore en entregar estas radiografías.

En este sentido, muchas veces no pueden contar con las recomendaciones de este personal de salud, porque no los encuentran en sus centros de salud o a estas mujeres les dilatan las entregas de hora.

Cuando estas mujeres tienen dudas sobre algún punto del cuidado de sus hijos saben donde obtener información para resolverlas. Una de las principales fuentes de información acerca de dudas es la Internet, en este medio las mujeres buscan sitios donde otras madres realicen

preguntas y buscan las respuestas más comentadas. También los programas de televisión orientados a la salud son un buen referente para los padres cuando buscan incorporar prácticas que faciliten el manejo de sus hijos/as.

Es importante para ellas este medio en el sentido de ser un espacio análogo al de los talleres pre parto, porque ‘escuchan’ dudas y preguntas que realizan otras mujeres como ella mismas y tienen respuestas de inmediato. Por lo tanto, van más a los sitios de foros que a una búsqueda personal en sitios con información.

E: ¿Y ustedes por ejemplo a qué páginas entran para estas dudas? O ponen la pregunta solamente...

M: Sí, pos...

P: Claro, a veces uno coloca las preguntas, así, y te salen, así. Y ahí igual te sale por ejemplo, no sé, pos, la respuesta tanto está así por ejemplo cien por ciento, así...

M: Muchos votos.

P: Claro, por votos, porque está la mejor respuesta. (...) salen por votos.

M: O un sitio de bebés, igual salen hartas cosas. Del cuidado, de cómo bañarla...
(Entrevista Familiar Antofagasta)

No obstante esta posición moderna, alguna de estas mujeres señalan que recurren a vecinas que manejan una medicina popular para que la aconsejen en el cuidado infantil, aunque esto se señala con algo de vergüenza, denotando que se está realizando algo indebido (a su edad, a su escolarización, a su modernidad). Lo que sí parece estar en retirada es en recurrir a recomendaciones a las abuelas, porque se asume que ya no están en la experiencia de la época.

H: Es un conocimiento, pero ponte tú el tema, nos dieron un librito, semanas de gestación, los desarrollos que has tenido con tu guagua en el vientre y nos sirvió hartito.
(Entrevista Familiar Los Ángeles)

Son familias donde el saber del cuidado infantil no queda relegado a una persona o rol, la madre generalmente, sino que se distribuye entre padres, hijos mayores, y familia extendida, formando una red complementaria.

DC: Si, que trabajamos juntos de repente, estamos en la pieza, nos vamos a la pieza los cuatro, lo dejamos boca abajo, hacemos que gatee un poco que haga fuerza, que está en el tiempo en que tiene que cambiar y compartir todas esas cositas con él.

Al: ella le cambia paños o le cambio yo

E: Se turnan en el cambio de paños o solamente le toca a la mamá

Al: a veces

E: se corre el papá,

DC: y Luis también que a veces quiere cambiarle paños a su hermano o que tiene moquitos, que está resfriado o que los calcetincitos, zapatos, nos gusta estar con él
(Entrevista Familiar Peñaflor)

Los padres por segunda vez se sienten con más experiencia para enfrentar los distintos acontecimientos del cuidado de sus hijos, ya no son conocimientos los que lo avalan sino conductas y experiencias tangibles que ocurrieron en las crianzas anteriores.

M: Más distinto. O sea, estamos cambiando, o sea, en hartas cosas ya como que en él ya aprendí que no tenía que ser en él, ya hay cosas que en eso estamos tomando en cuenta, para que sea mejor... No... (Entrevista Familiar Peñaflor)

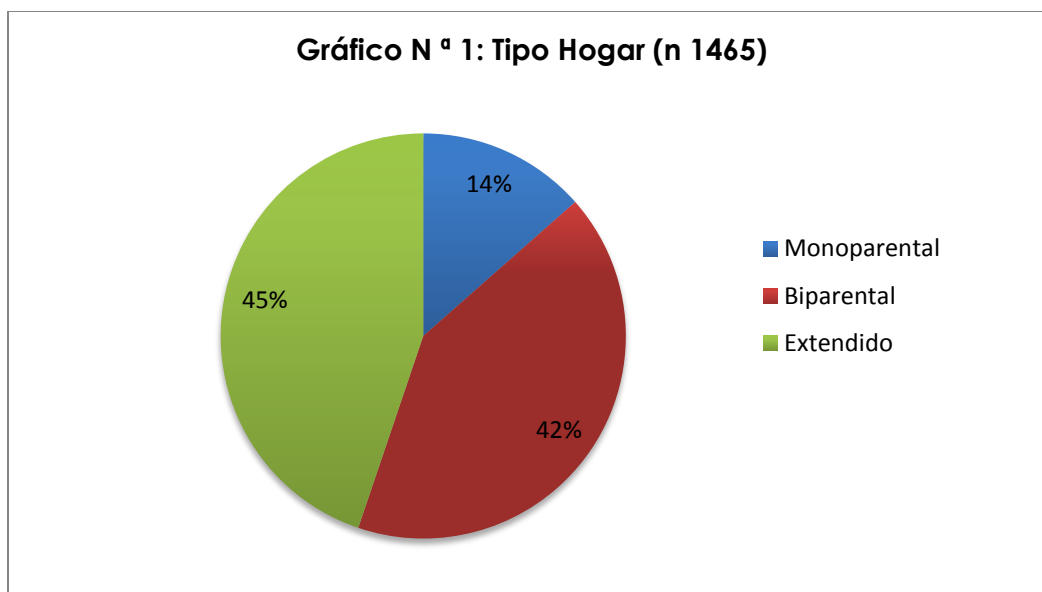
A pesar de todo lo dicho, los padres demandan más recursos en capacitaciones y conocimientos, especialmente para prevenir accidentes o expresiones y llantos en sus hijos que no saben interpretar.

3.7 Análisis cuantitativo

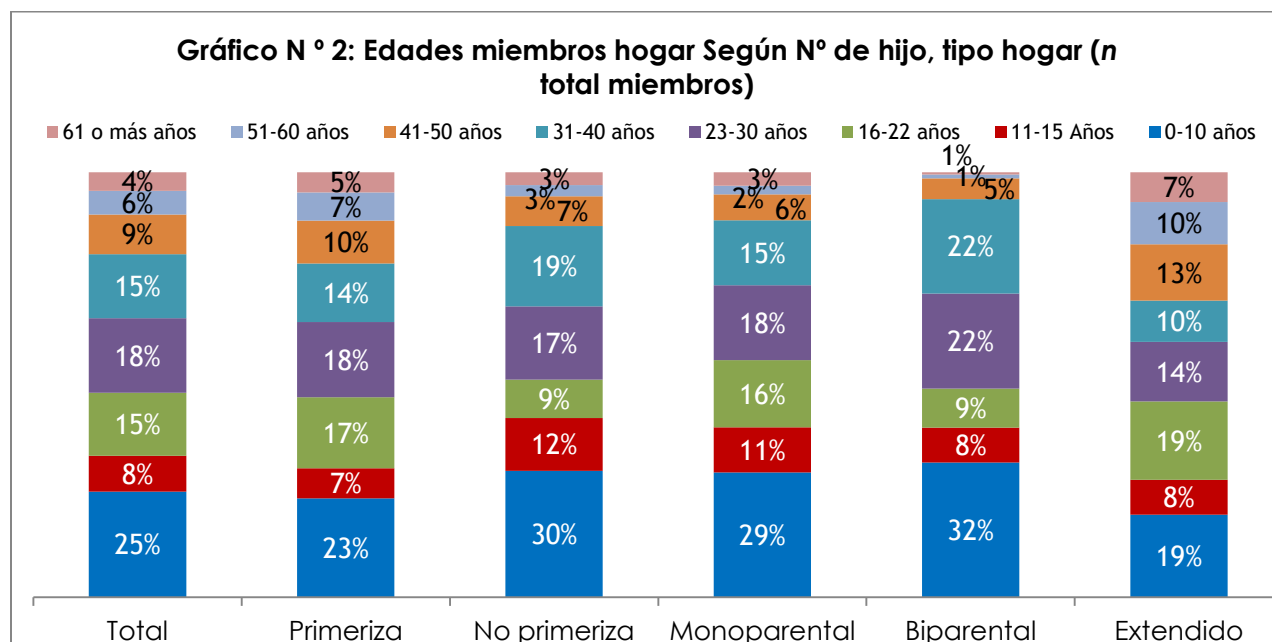
Los resultados del componente cuantitativo del estudio se organizan en ocho acápite: el primero recoge la caracterización socio demográfica de los hogares beneficiados por PARN, el segundo da cuenta de cuáles son los aspectos que las madres/cuidadores principales consideran prioritarios en el desarrollo del niño/a, la tercera sección describe cuáles son las orientaciones que reciben los padres sobre la crianza, el cuarto presenta una descripción de pautas de crianza y un índice sintético, el acápite quinto presenta un índice de creencias en las capacidades de los recién nacidos, el sexto evalúa el apoyo instrumental del PARN y la adhesión de padres y madres a sus acciones educativas, finalmente, el acápite séptimo se dedica a la autopercepción de eficacia parental.

1. Caracterización socio demográfica de los hogares

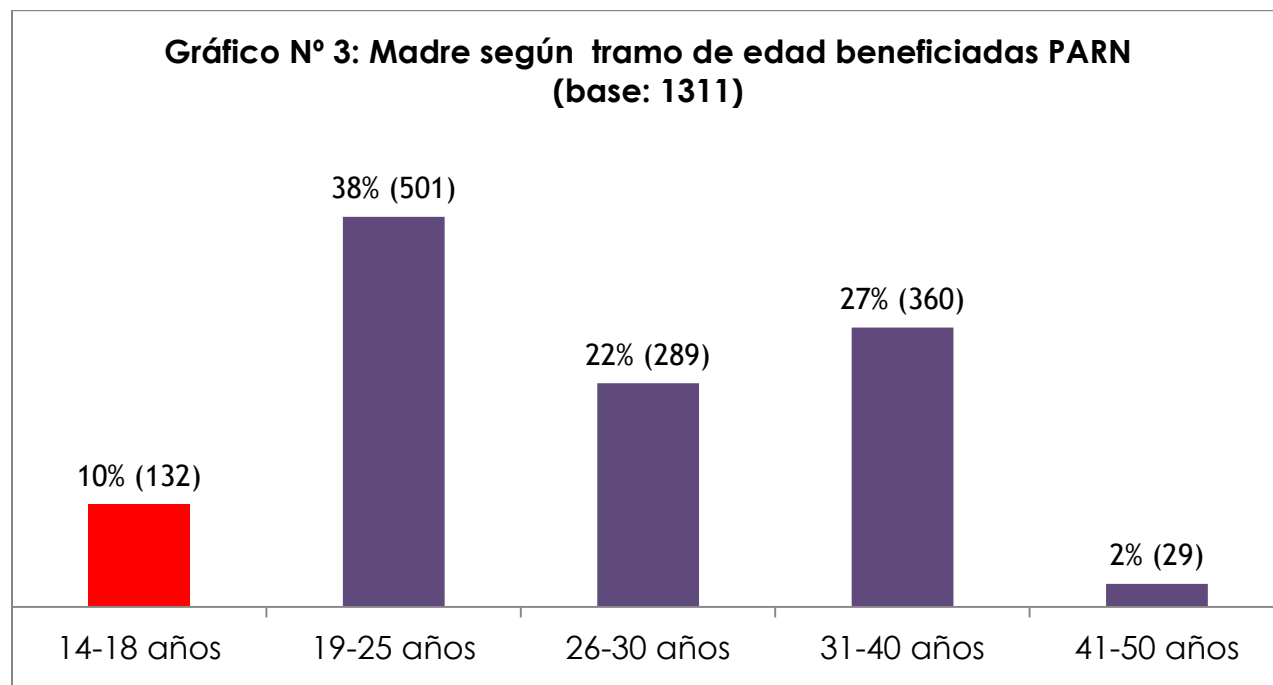
Las familias cuyos hijos han sido beneficiados por el PARN tienen distintas configuraciones: un 14% vive en familias monoparentales encabezadas por una mujer; casi la mitad son familias extensas, y un 42% son biparentales.



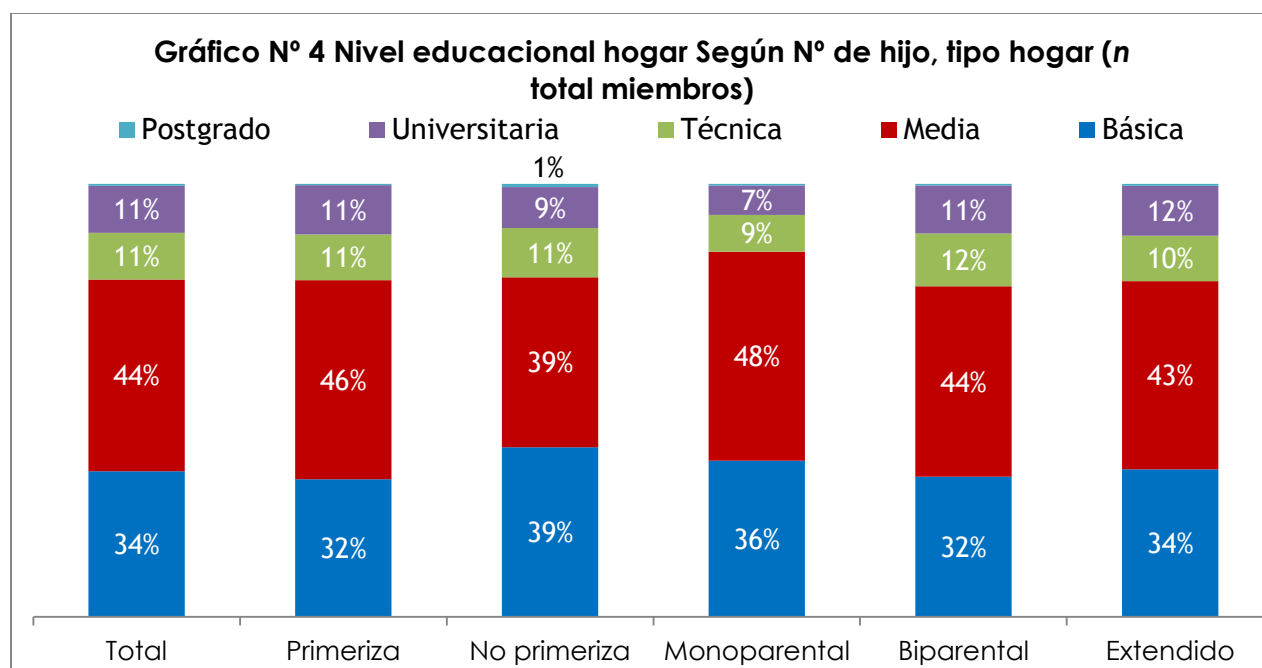
Una de las características de los hogares en los que crecen los bebés beneficiarios, es la alta cantidad de niños y jóvenes que viven en ellos. Como podría esperarse, en términos proporcionales este fenómeno cambia al considerar el tipo de hogar. Así, los hogares extendidos tienen en mayor proporción de adultos, en especial de la tercera edad, entre sus miembros, al comparar con los hogares mono y biparentales.



Se observa que en la muestra un 10% de la muestra corresponde a madres de 18 años y menos de edad.



Al observar el nivel educacional de las personas que constituyen las familias, vemos que las madres que tienen un hijo anterior se encuentran en hogares cuyos miembros tienen menor nivel educacional. De manera similar ocurre con aquellas madres que crían solas a sus hijos. Aunque, en general, las madres beneficiarias y sus hijos se encuentran en hogares de bajos niveles educacionales.



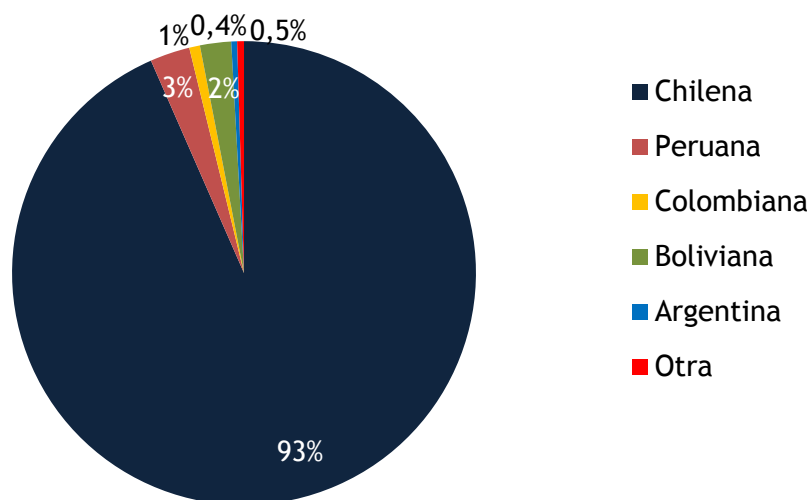
El nivel educacional de los jefes de hogar se distribuye como se indica en la siguiente tabla:

Tabla N ° 1: Nivel educacional del Jefe de Hogar

Nivel educacional	Porcentaje
Educación Básica	34%
Educación Media	43%
Educación Técnica	12%
Educación Universitaria	11%

En el Gráfico N ° 5 vemos que no existe una sobre-representación de beneficiarios extranjeros, en relación a su participación en la población general del país.

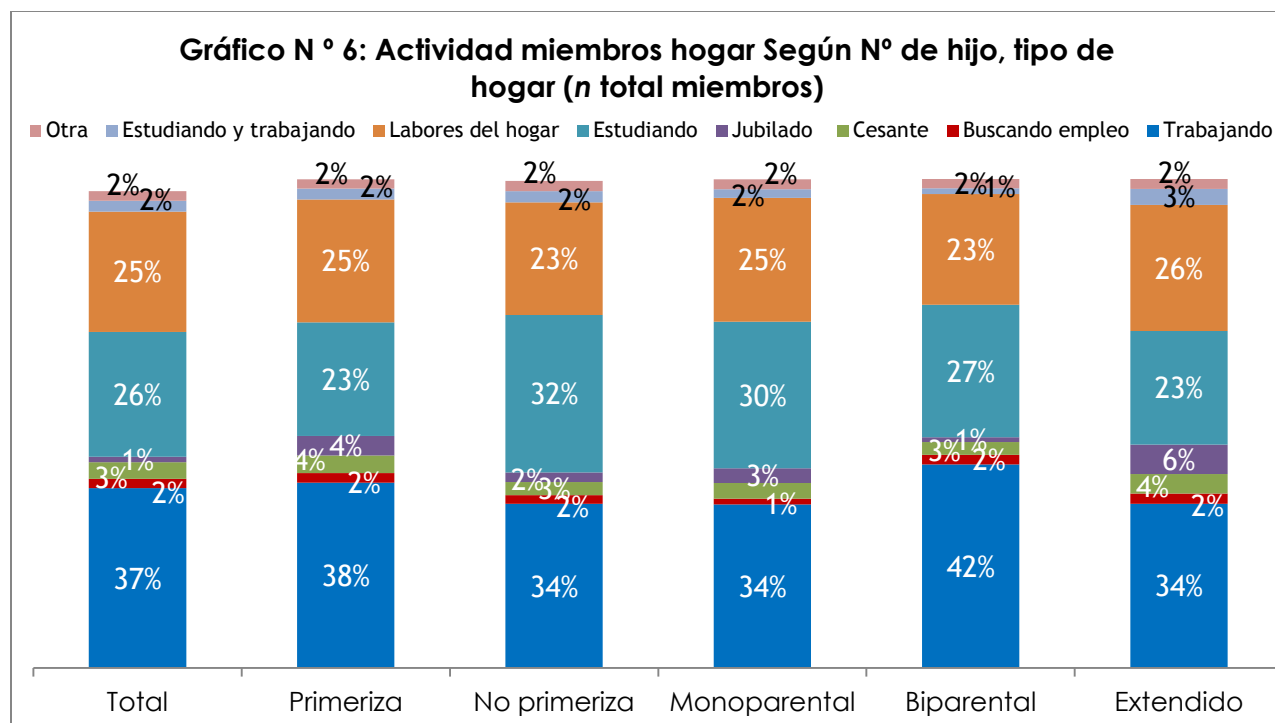
Gráfico N ° 5: Nacionalidad miembros hogar Según N° de hijo, tipo de hogar (n total miembros)



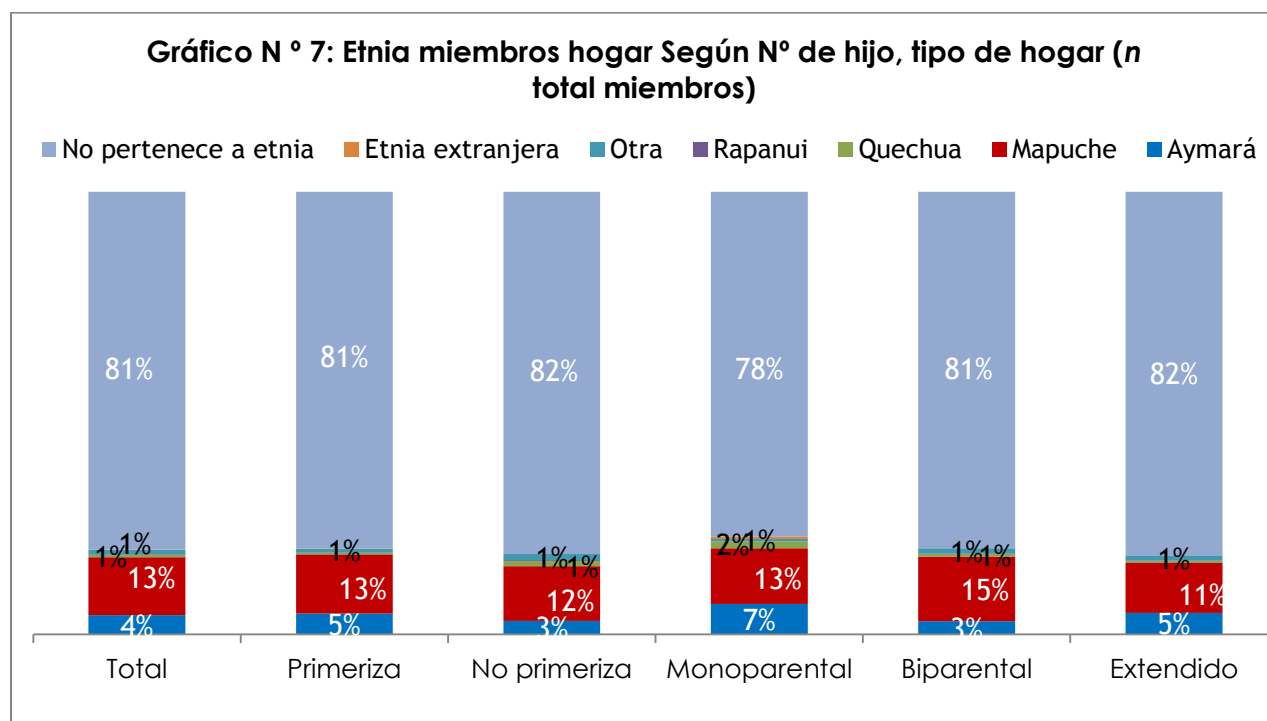
Por otro lado, el trabajo y estudio son las actividades más extendidas entre los miembros de los hogares estudiados. Esto es así tanto para el promedio del hogar, como cuando se considera sólo al jefe del hogar. Además, al considerar el tipo de hogar, destaca la mayor proporción de personas trabajando en los hogares biparentales que en los otros.

Tabla N ° 2: Ocupación del Jefe de Hogar

Actividad jefe hogar	Porcentaje
Trabajando	37%
Estudiando	27%
Dedicado a las labores del hogar	23%
Cesante	4%
Buscando empleo	2%
Jubilado por edad	2%
Estudiando y trabajando	1%
Jubilado por discapacidad	1%
Otra	2%

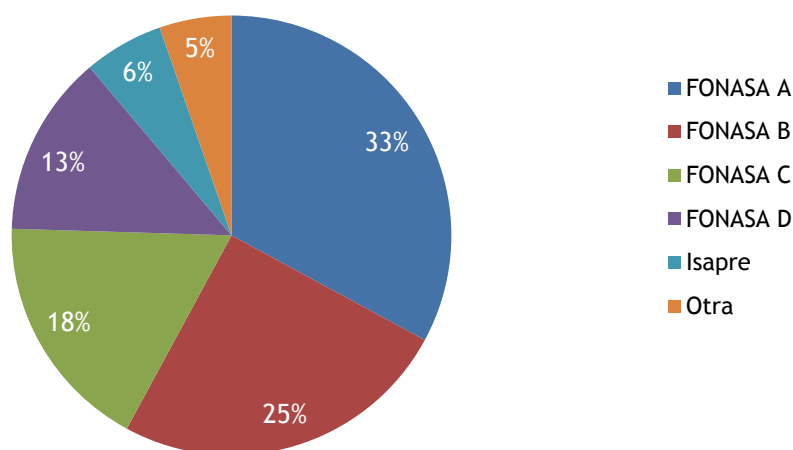


Cuando se considera la pertenencia étnica declarada entre familias chilenas, vemos que existe una mayoría beneficiaria que no se auto-identifica como perteneciente a alguna etnia.



La mayoría de los beneficiarios provienen de hogares cuya previsión de salud es la provista por el estado, llegando a casi el noventa por ciento de las madres y bebés partícipes del programa.

Gráfico N ° 8: Previsión en salud de las familias beneficiarias del PARN

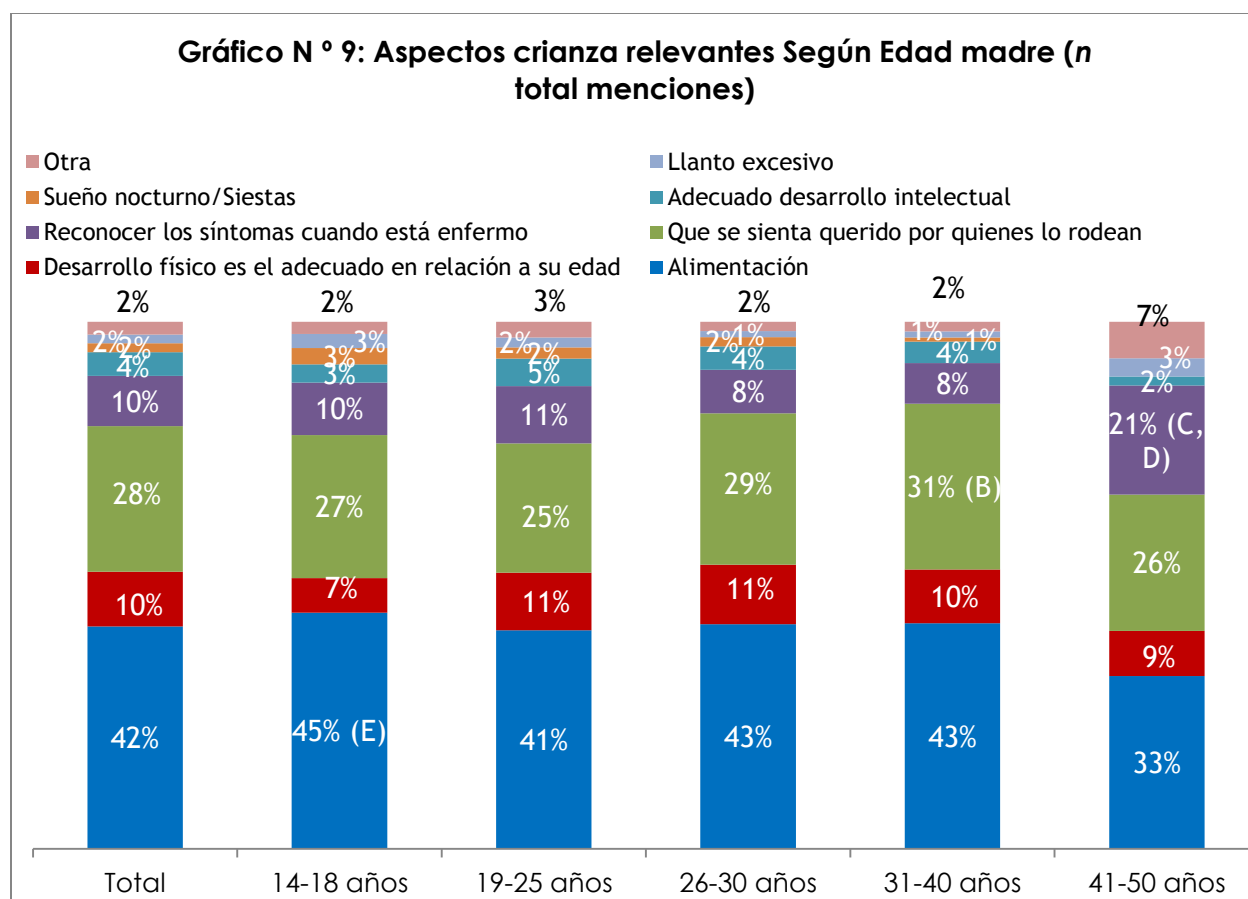


De esta forma, es posible observar que los beneficiarios del programa PARN son mayoritariamente parte de hogares con nivel educacional escolar relativamente bajo (educación básica y media), muchos de ellos con estudios incompletos, y que son usuarios de FONASA, siendo más de la mitad de estos, afiliados en los tramos de menores ingresos (FONASA A y B). Así, es posible utilizar ambas variables –educación y tramo FONASA- como *proxys* de condición social y capital cultural disponible a los recién nacidos en sus hogares.

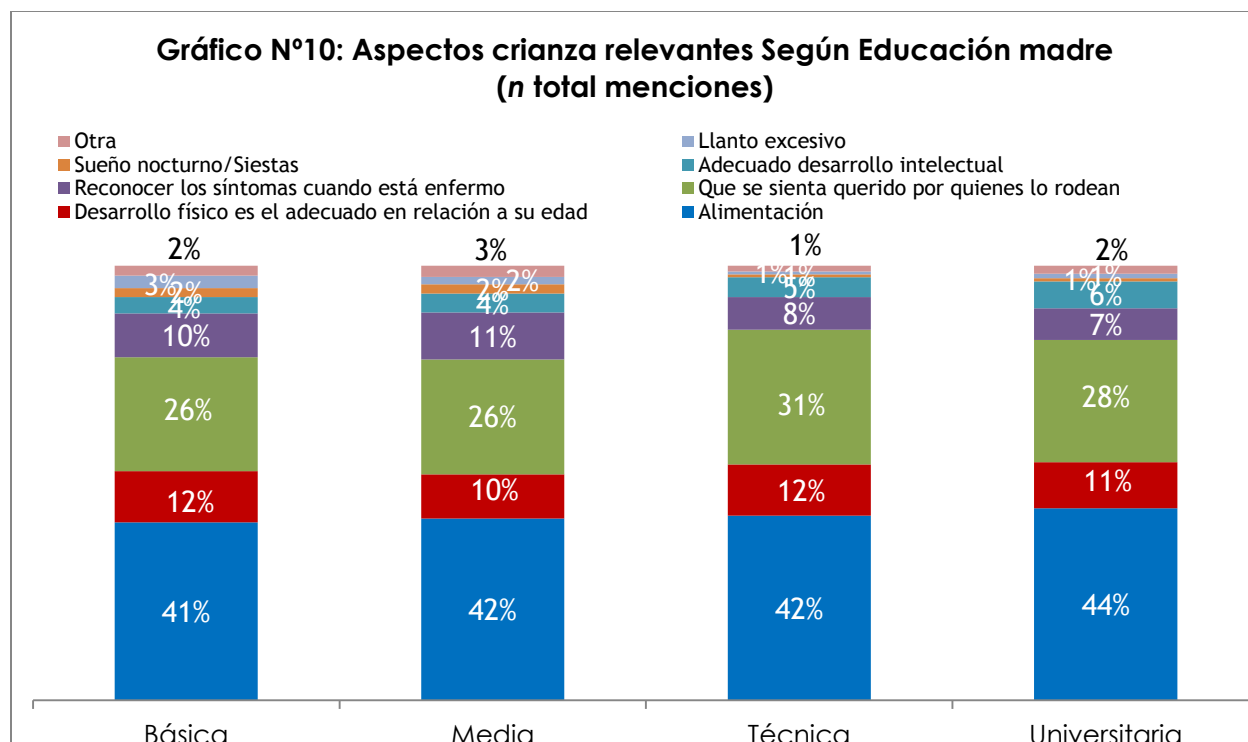
2. Aspectos prioritarios desarrollo del niño

Existe un conjunto de asuntos que las madres y cuidadoras principales de los niños receptoras del apoyo instrumental del PARN estiman cruciales en el crecimiento, siendo el principal de éstos la correcta alimentación. Sin embargo, existen algunas diferencias¹⁸ al momento de considerar la edad de la madre o cuidadora principal. De esta manera, la alimentación es un aspecto más relevante por las madres más jóvenes de la muestra, mientras que para las de tramos superiores de edad, destaca su preocupación por las condiciones físicas y de salud del niño.

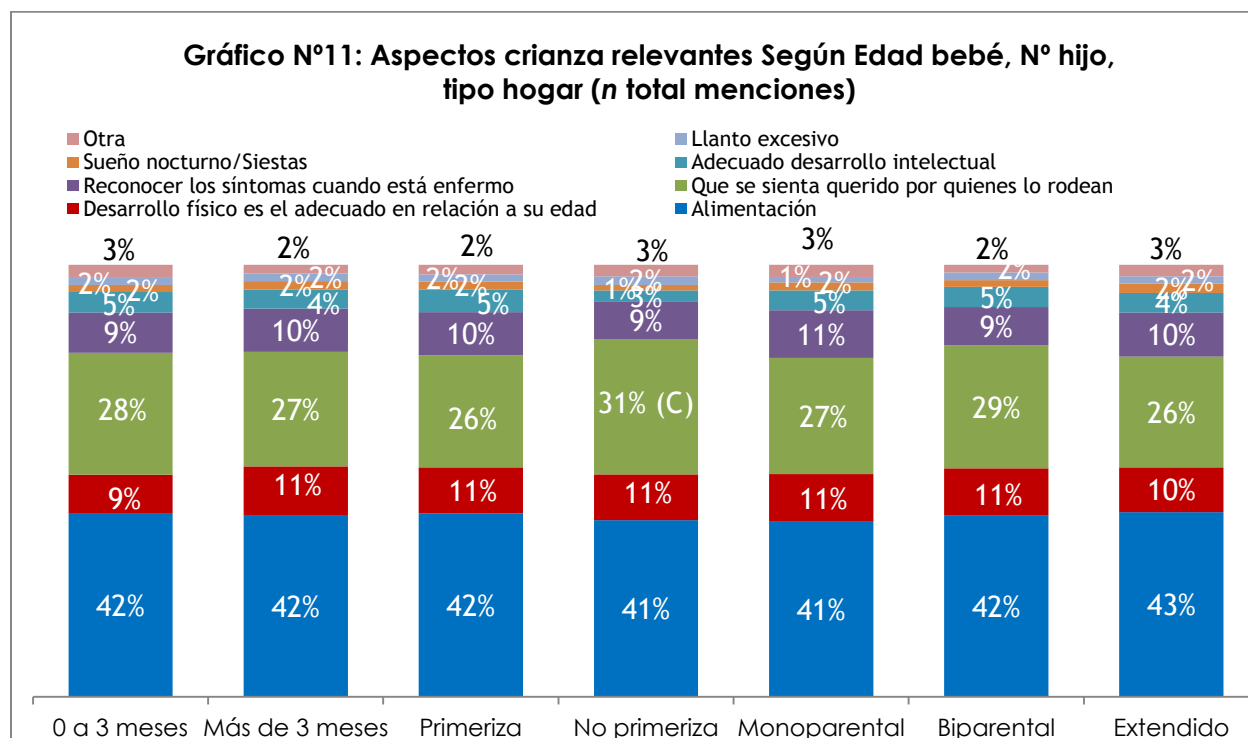
¹⁸ Diferencias estadísticamente significativas con un 95% de confianza con prueba de proporciones indicadas con letras en los gráficos de barra.



Al considerar el nivel educacional de las madres (Gráfico N ° 10), las diferencias estadísticas desaparecen, comportándose de la misma forma que el promedio de la muestra. Esto quiere decir que el capital cultural no estaría incidiendo en las madres a la hora de evaluar cuáles son los aspectos más relevantes para la crianza de su hijo.



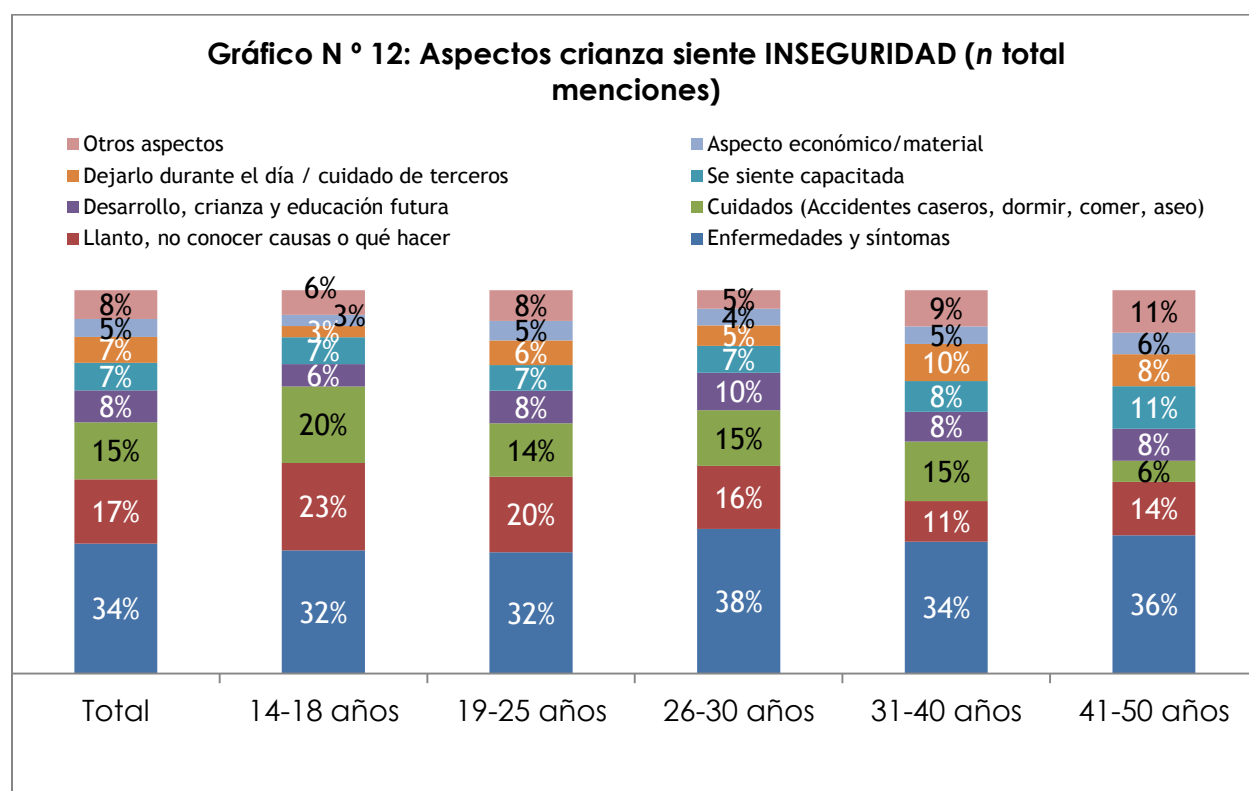
Tampoco sería un factor diferenciador la edad del bebé al momento de entrevistar a los casos aquí considerados, o la estructura del hogar del que son parte. Sí se registra una diferencia entre las madres que tienen hijos anteriores con las que se inician en la maternidad. Así, para las primeras el afecto sería un aspecto relevante en mayor proporción que para las segundas.



	Edad de la madre	Edad Bebé	Educación Madre	Tipo madre	Tipo Hogar
P value	,000	,392	,002	,002	,618

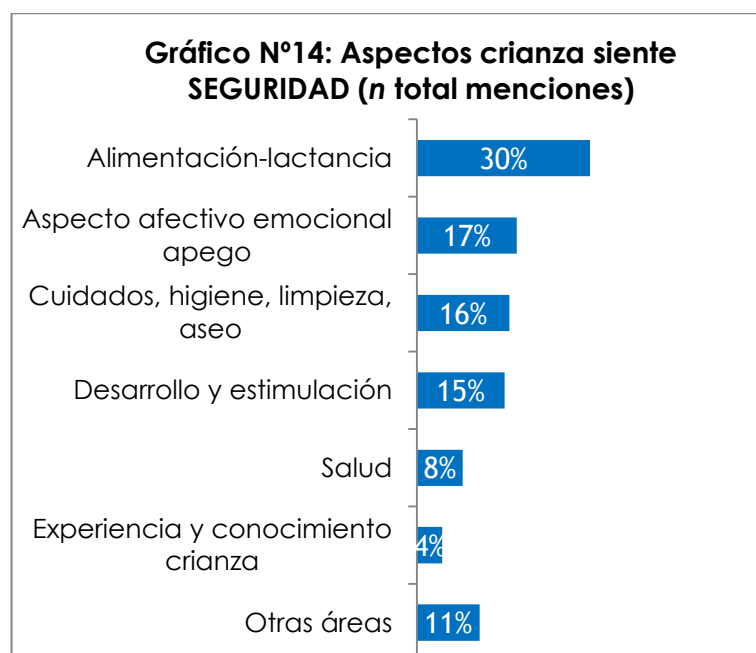
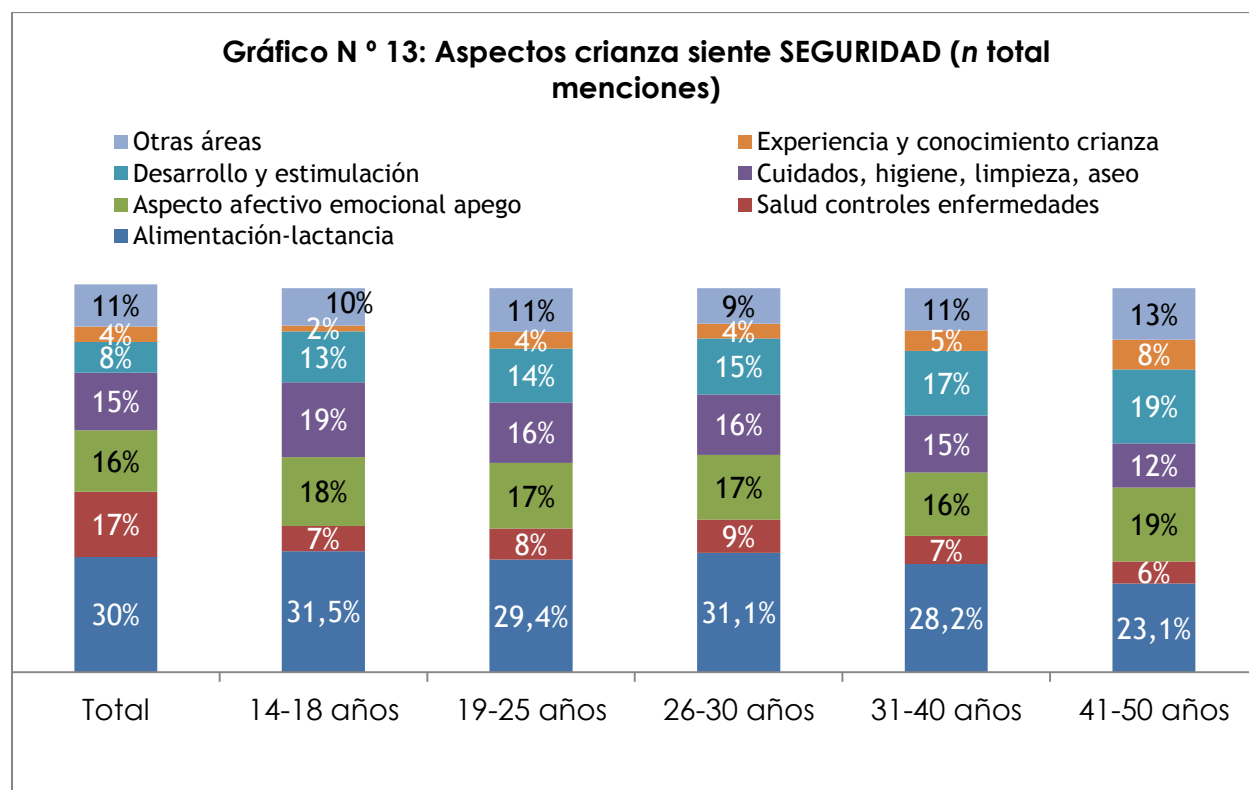
Aunque en muchos casos no existen diferencias significativas, sí hay una asociación con algunas de las variables consideradas más arriba¹⁹. Este es el caso de la edad, educación y si la madre es primeriza o no. Esto quiere decir que los aspectos relevantes considerados por las madres encuestadas no se comportan de manera independiente de las variables destacadas en el cuadro anterior – edad, educación y tipo de madre (primeriza/no primeriza).

Al considerar los aspectos frente a los cuales las madres se sienten más **inseguras** respecto a la crianza, surgen todos aquellos referidos al bienestar físico de los niños, estando en primer lugar las enfermedades y cómo identificarlas adecuadamente. En segundo lugar, se encuentra la preocupación por el llanto de los bebés, puesto que declaran no saber en interpretarlo en muchos casos.



¹⁹ Debido a que las variables son de tipo cualitativo, y se buscaba establecer la existencia de una dependencia entre ellas, es que se utilizó la prueba de chi cuadrado para identificar la independencia entre variables.

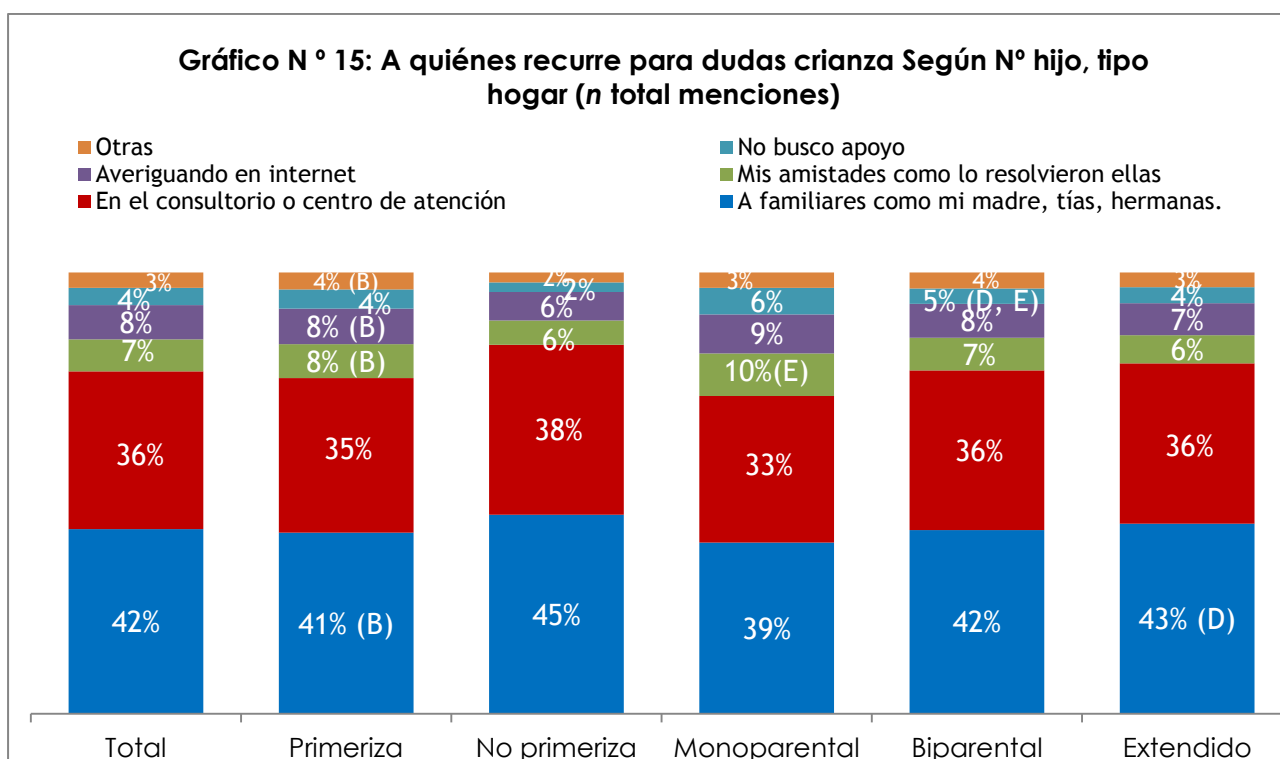
A la hora de identificar las áreas de la crianza del niño en las cuales se sienten **seguras**, aparece en primer lugar la alimentación. De esta manera, el aspecto considerado relevante para crianza del niño en mayor proporción, es a su vez el área en la que las madres se sienten más competentes. Como podría esperarse, la salud del niño es uno de los aspectos en donde pocas madres se sienten seguras.



3. Orientaciones para resolver aspectos prioritarios de la crianza de niños pequeños

Las dudas que tienen las madres o cuidadoras principales en las áreas de desarrollo ya informadas en el acápite anterior, logran ser resueltas consultando fuentes que son confiables y relevantes para ellas, siendo la principal de éstas las familiares, en particular sus madres. Acceden a información respecto a la crianza a través de sus familiares cercanos, y escasamente buscan el apoyo en estas materias entre sus redes más lejanas. También, estarían acudiendo a los centros de salud por información, y esto se presenta de manera transversal en toda la muestra.

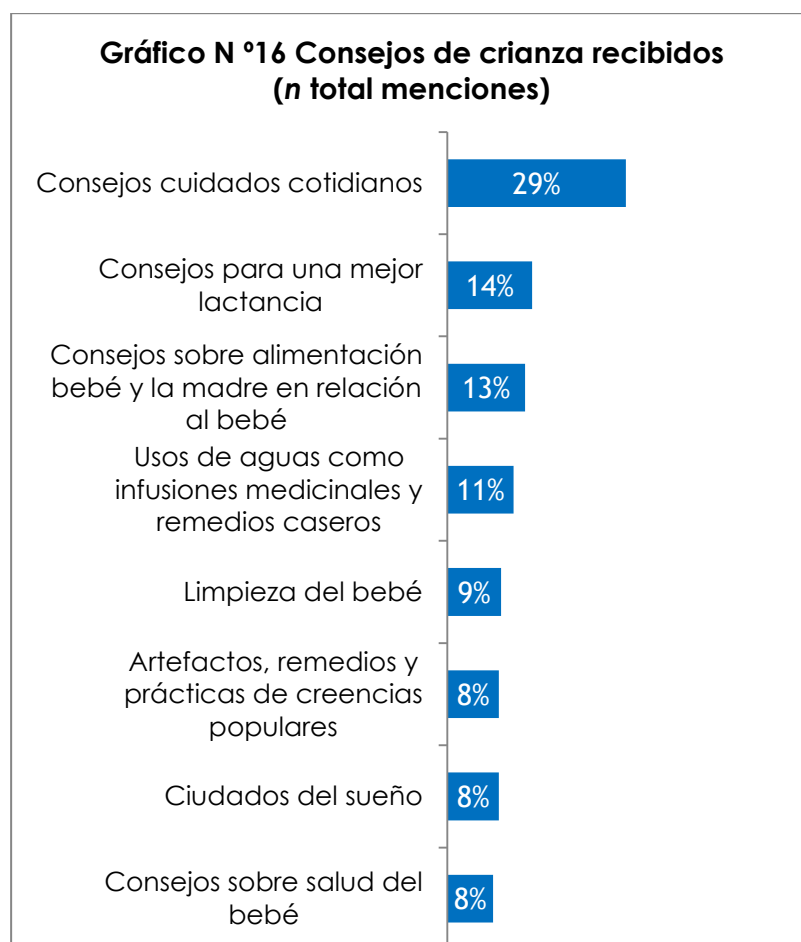
No obstante lo anterior, existen diferencias significativas entre las madres de la muestra. Las principales se hallarían entre quienes tenían un hijo antes y las que fueron madres por primera vez. Así también hay diferencias entre las encuestadas dependiendo de la estructura del hogar del que forman parte



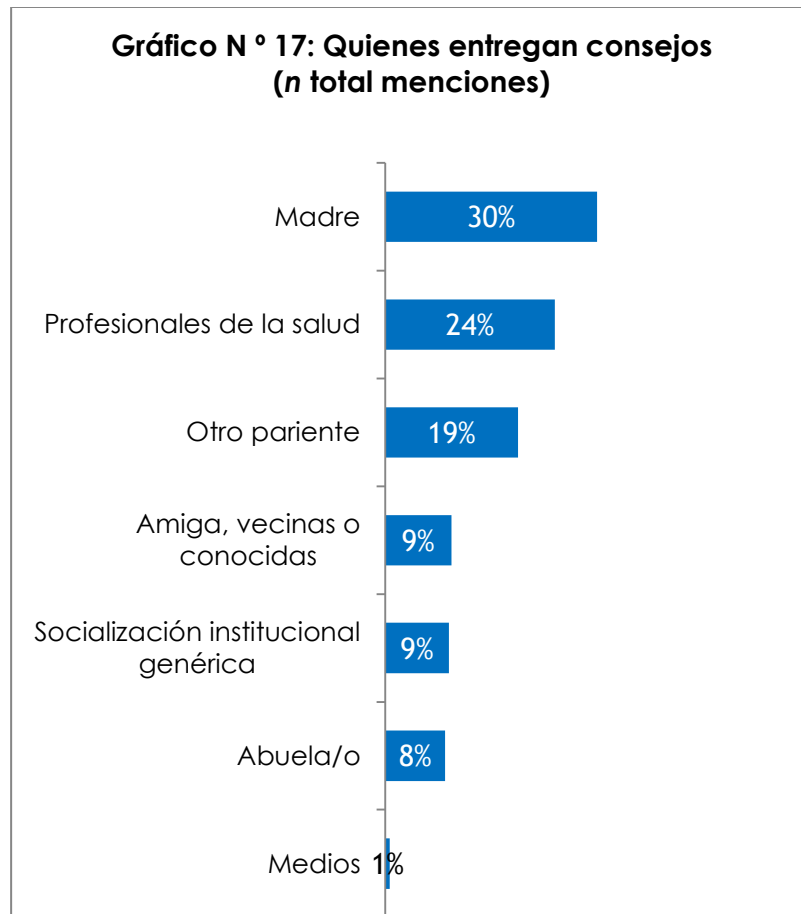
	Tipo madre	Tipo Hogar
P value	,000	,000

Además, como podría esperarse, las fuentes de consulta no son independientes de la experiencia que se tenga como madre o de la estructura del hogar en la que se encuentra, teniendo a disposición diferentes recursos humanos a los cuales acceder. De esta forma, es

posible pensar que las redes en las que se encuentran insertas las madres, no son utilizadas de la misma forma o con la misma intensidad. Las más, recurren a sus familiares, demostrando cierta transmisión intergeneracional de prácticas de crianza, y otras utilizan a sus amistades u otras fuentes. Como ejemplo, es interesante notar que las madres primerizas utilizan en mayor proporción Internet como fuente de información. El tipo de hogar y si la madre tiene experiencia previa, ayudan a explicar las fuentes de información utilizadas.

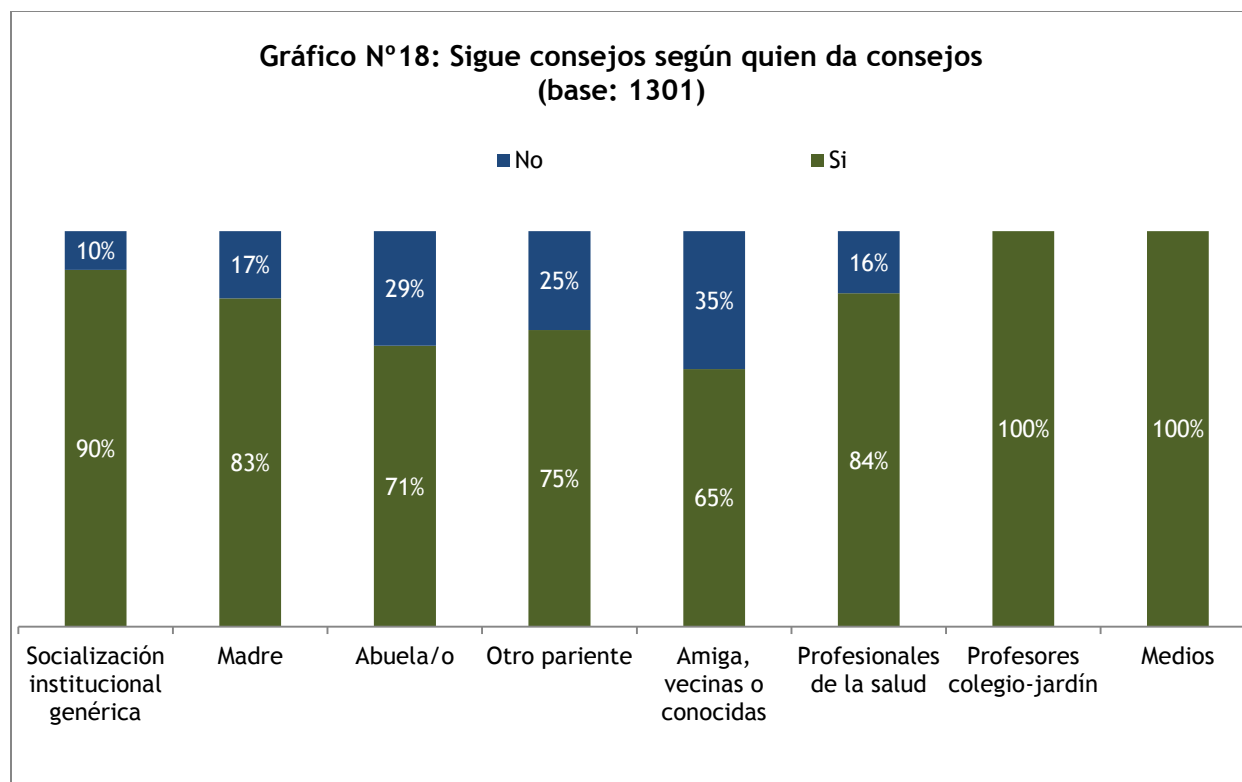


Por cierto, las madres no acceden a información respecto a la crianza sólo cuando la buscan, también reciben consejos. Muchos de tales consejos son conocimiento o prácticas populares transmitidas en el tiempo, como son el uso de agua de hierbas para el tratamiento de problemas estomacales del bebé o el uso de prendas de color rojo o amarillo para la protección frente al “mal de ojo”, bastante extendido entre las entrevistadas.

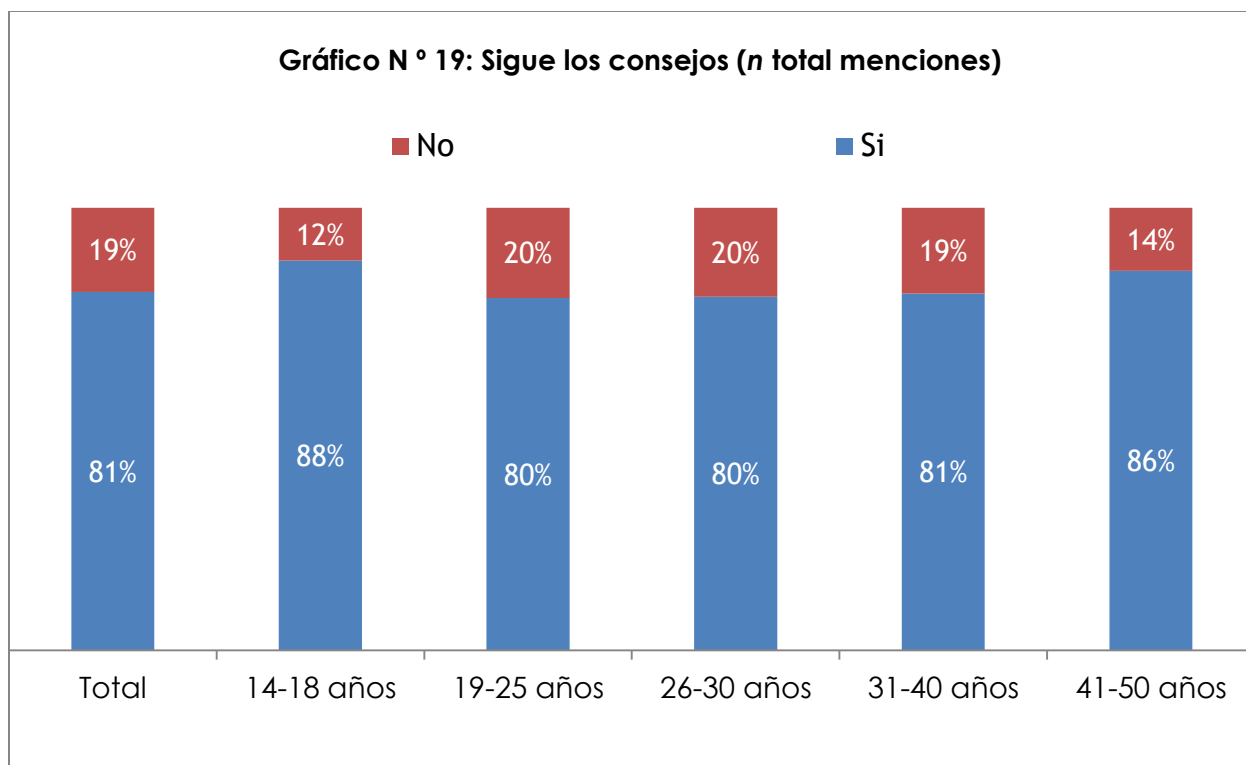


Como se mencionó más arriba, las mujeres de la familia son una fuente de información para las madres en cuanto a la crianza de los niños. Al observar quienes son las personas que entregan los consejos, lo que encontramos es una transmisión intergeneracional de prácticas de crianza entre las beneficiarias consultadas, son las mujeres de generaciones anteriores dentro de su familia a quienes recurren. Este resultado llama la atención pues, en el componente cualitativo de este estudio se destacó la falta de consideración a los mandatos intergeneracionales de crianza y, en particular, al desplazamiento de las abuelas por la información disponible en internet. Sin embargo, también llama la atención que en segundo lugar se menciona a los profesionales de la salud que tienen un nivel de legitimidad muy cercano al de las abuelas (Madre). Por lo demás, como lo muestra el Gráfico N ° 18, en la mayoría de los casos estos consejos son seguidos por las madres.

Los consejos entregados por la madre son los más seguidos. En segundo lugar se encuentran los provistos por los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud con los cuales tienen contacto las madres. Esto refuerza la idea de transmisión intergeneracional de creencias y prácticas de crianza.



La edad de la madre no influye en la decisión acerca de seguir o no un consejo relacionado con la crianza, según se muestra en el Gráfico N° 19.

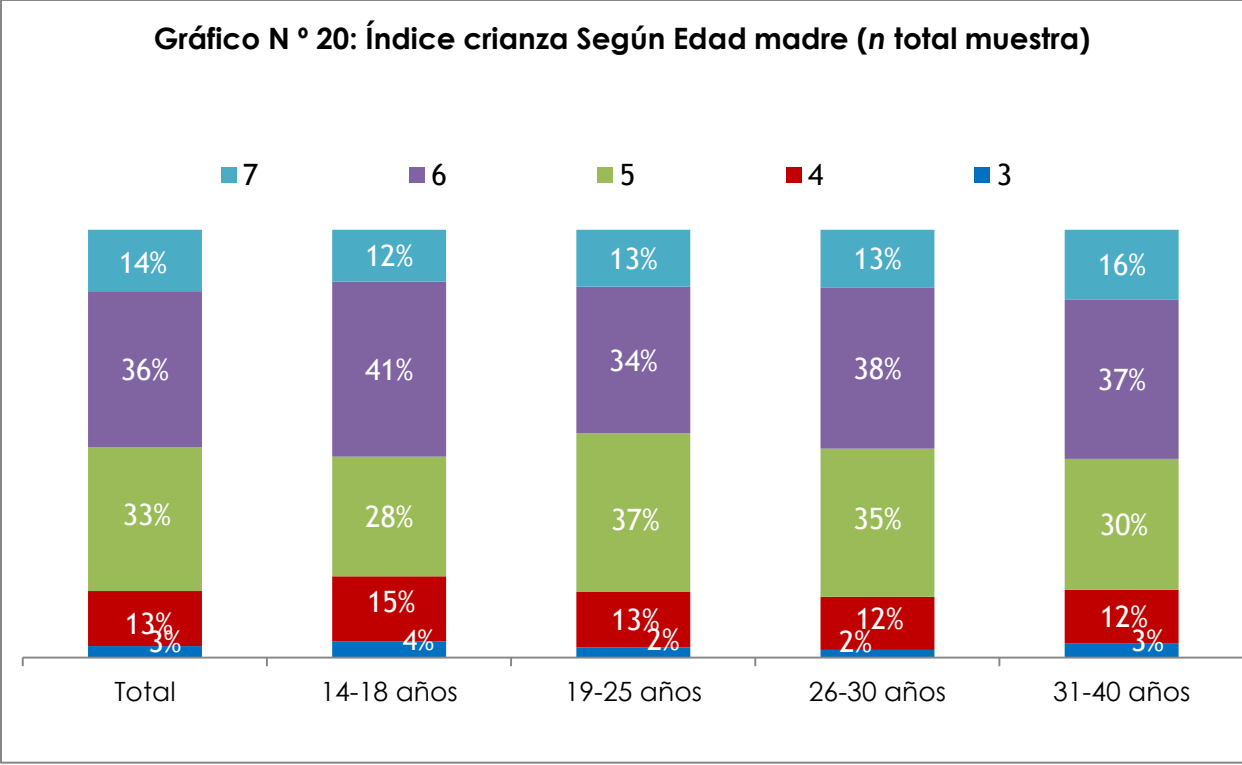


4. Índice sintético de crianza

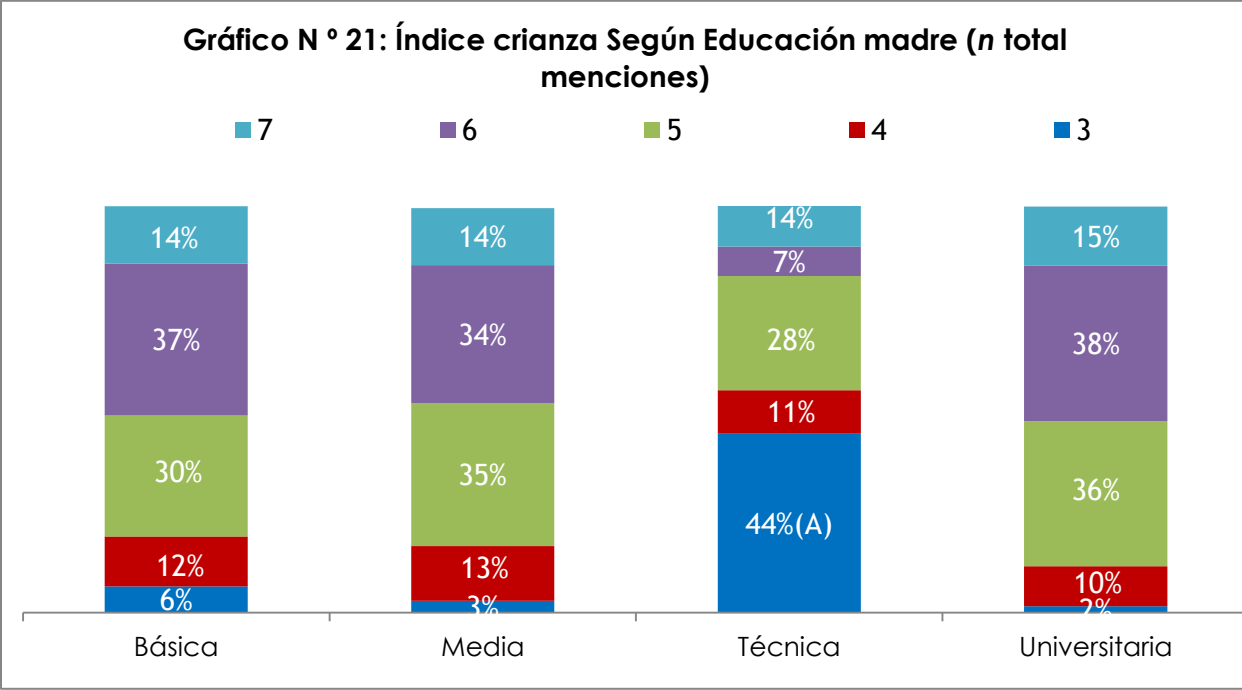
El Índice de Crianza sintetiza las opiniones y percepciones de las madres encuestadas sobre un conjunto de prácticas y creencias respecto a la crianza de niños menores de 6 meses. El índice toma valores entre 0 y 7, siendo 7 el puntaje ideal, demostrando opiniones recomendadas en el cuidado de los niños. Las dimensiones que comprende el índice son:

- Estimulación
- Lactancia
- Llanto y consuelo
- Sueño
- Apego

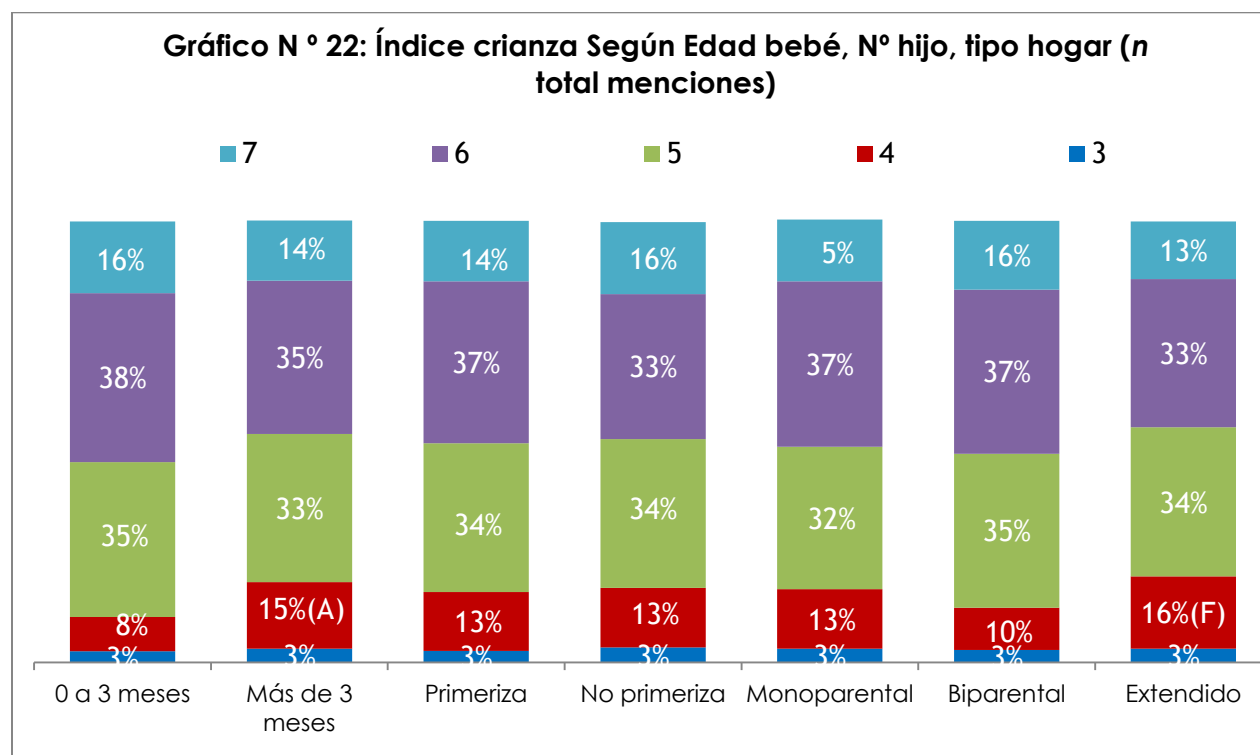
En el Gráfico N ° 20 vemos que los valores medio-altos, como el 5 y 6, concentran la mayoría de los casos, no registrando diferencias estadísticamente significativas dependiendo de la edad de la madre.



Existen pocas diferencias estadísticamente significativas entre las madres encuestadas basadas en su nivel educacional. Es el caso del bajo valor que registran las madres con educación técnica, sea concluida o no, frente a los restantes niveles educacionales.



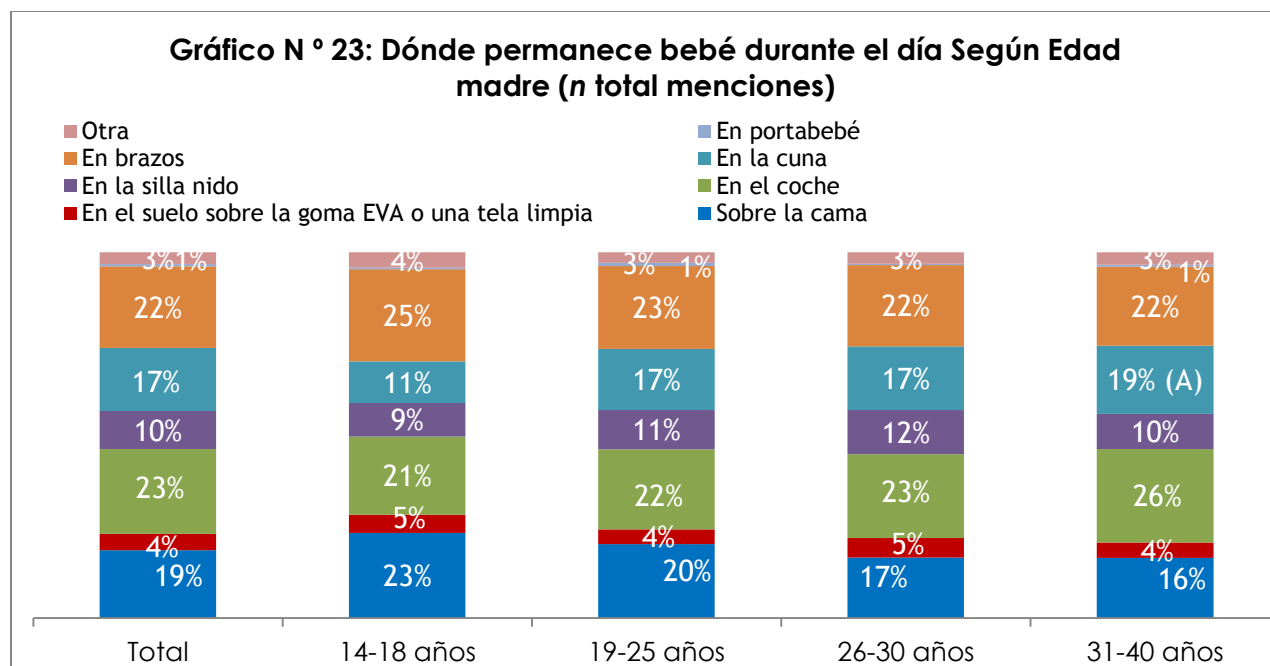
Donde sí se registran algunas diferencias significativas es cuando se considera la edad del bebé, así como también entre los hogares extendidos y los biparentales; entre las encuestadas el índice de crianza es más bajo para quienes tienen hijos de más de tres meses y entre quienes viven en hogares extendidos.



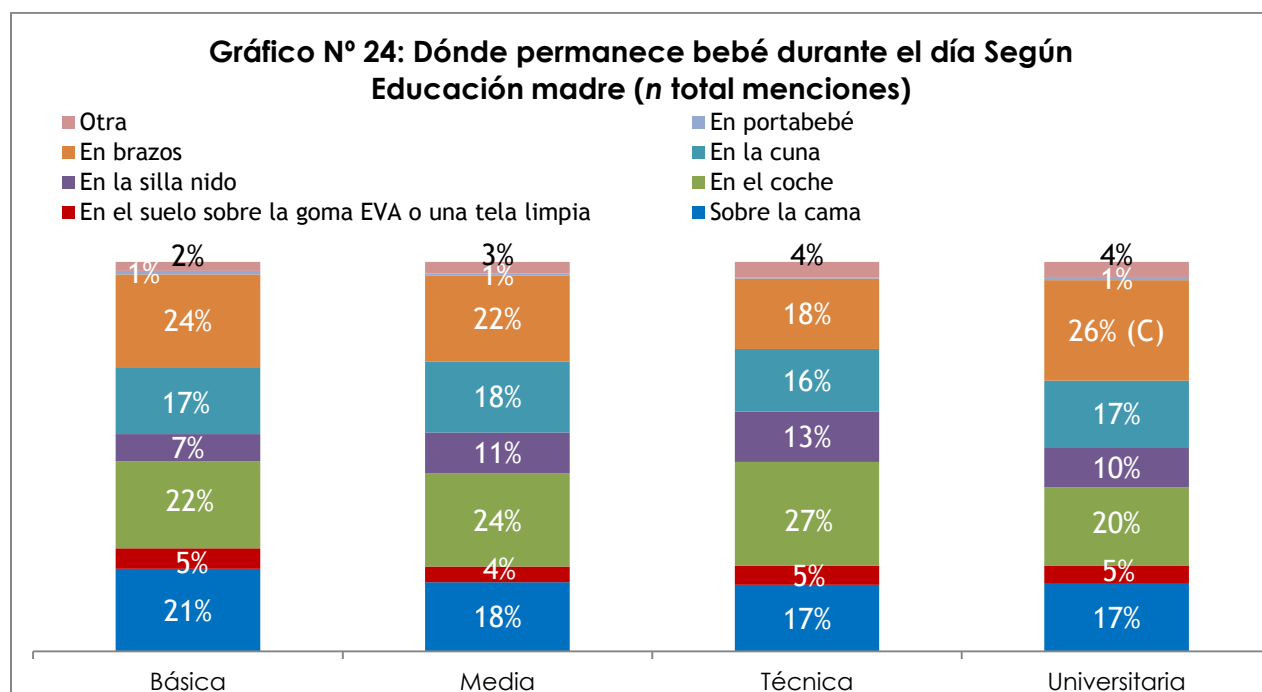
5. Motricidad y estimulación en la crianza del bebé

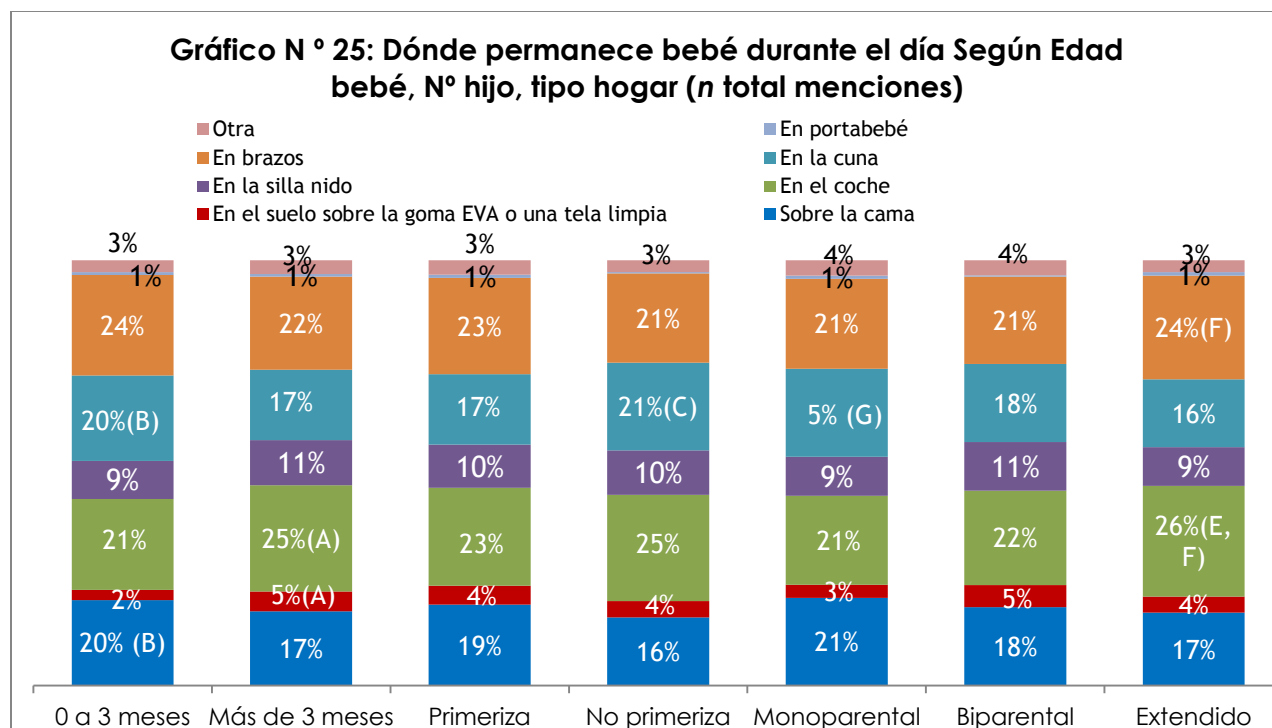
En esta sección, se consideran las prácticas de crianza relacionadas con las áreas de motricidad (donde permanece el bebé durante el día) y las actividades de estimulación realizadas por madre y padre con el recién nacido (hablarle, cantarle, mirarlo, leerle).

Las percepciones respecto a la crianza del hijo no se comportan de manera independiente de la edad del bebé. Dependiendo de cuán crecido el niño esté, es que también varía la forma en que se perciben las tareas y formas de criarlo.



Al ver los Gráficos nº 24 a 26, destaca la práctica de dejar al recién nacido en lugares que no estimulan el desarrollo motor (cuna, coche, en brazos) en contraste con lugares donde el recién nacido puede moverse de forma segura, por ejemplo en la alfombra de goma EVA. Existen diferencias dependiendo del nivel educacional, la estructura del hogar, experiencia como madre y edad del niño.

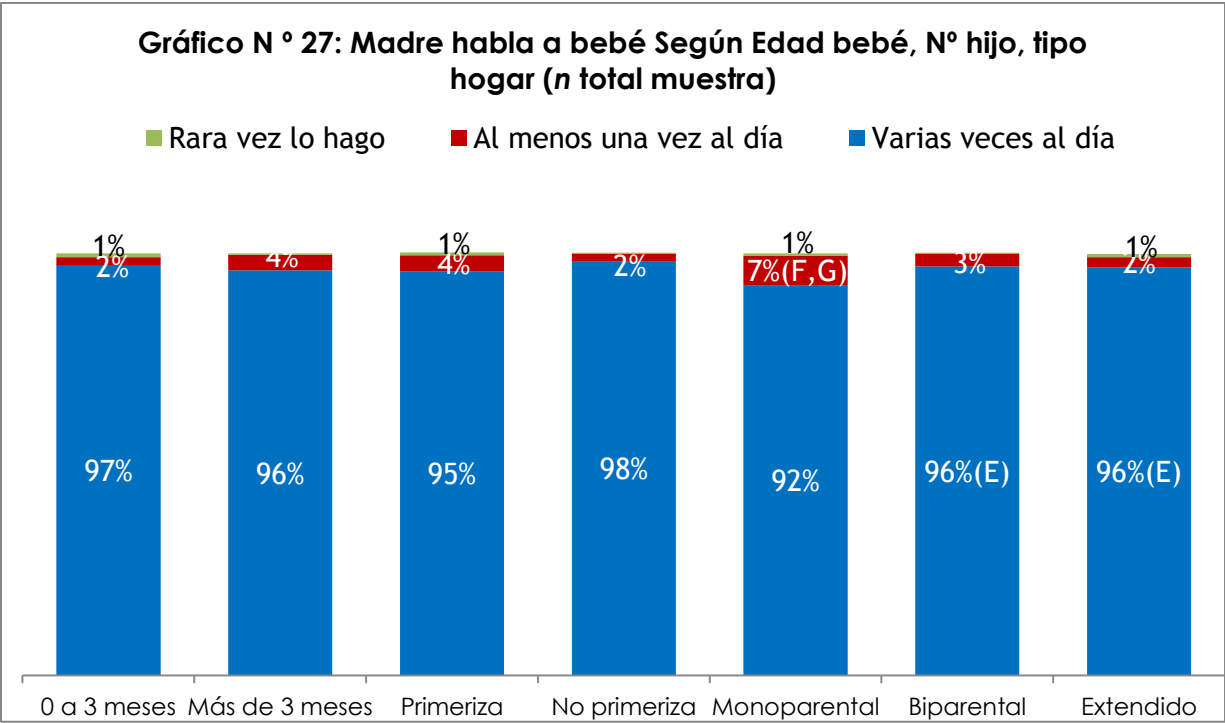
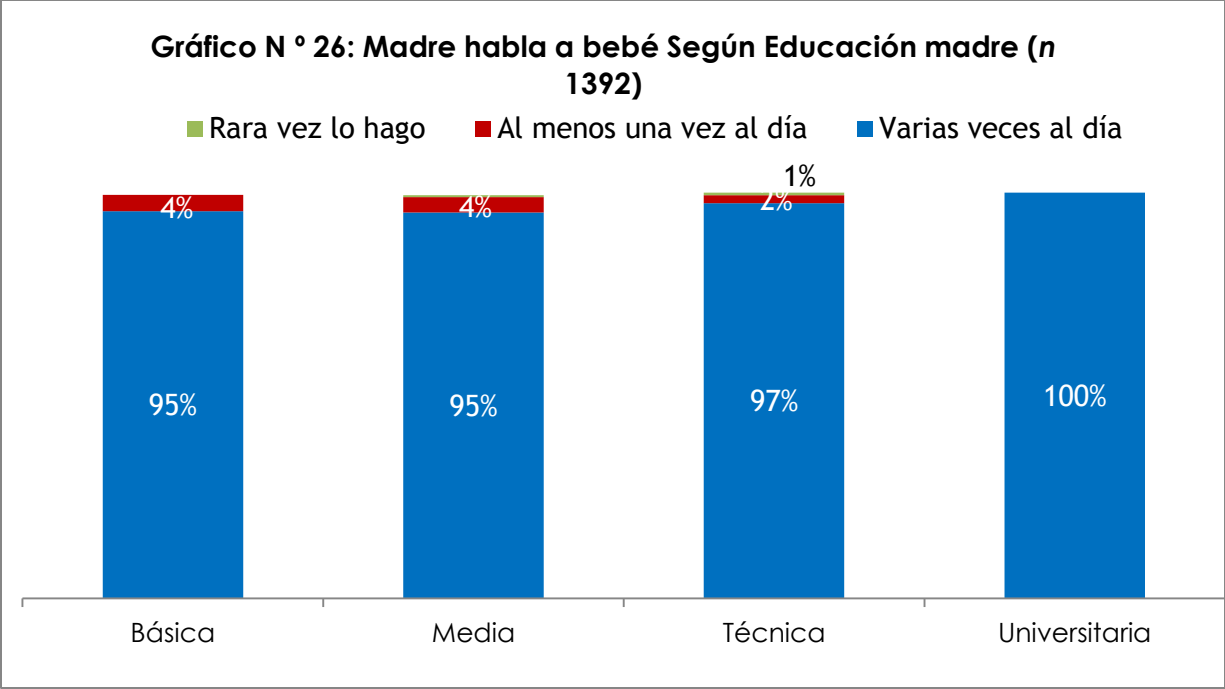




	Edad de la madre	Edad Bebé	Educación Madre	Tipo madre	Tipo Hogar
P value	,004	,000	,186	,031	,000

Las formas de tener al niño, así también como los lugares en los que se lo deja durante el día, están asociados a la edad y tipo de madre, así como de la edad del bebé y el tipo de hogar en el que se crece.

Al considerar las actividades de estimulación y apego que realizan las madres, vemos que existen pocas diferencias a la hora de hablarle al niño. Todas dicen hacerlo varias veces al día, registrándose las principales diferencias entre las madres de familias monoparentales (Gráfico N ° 27).



De las variables de interés consideradas, todas resultan ser independientes con respecto a que la madre hable o no al bebé. Esto quiere decir que ni el capital cultural, ni tener acceso a mujeres con mayor experiencia en crianza dentro de su familia u otros de los aspectos considerados es un factor diferenciador entre las madres. Esto puede deberse a que hablarle al bebé es una actividad altamente extendida entre las madres.

Los niveles se mantienen altos en el caso del canto, si se consideran hacerlo al menos una vez al día. Las diferencias aquí las encontramos entre las madres de mayor edad (Gráfico N ° 28), con estudios universitarios (Gráfico N° 29), primerizas y que se encuentran en hogares extendidos o biparentales (Gráfico N° 30).

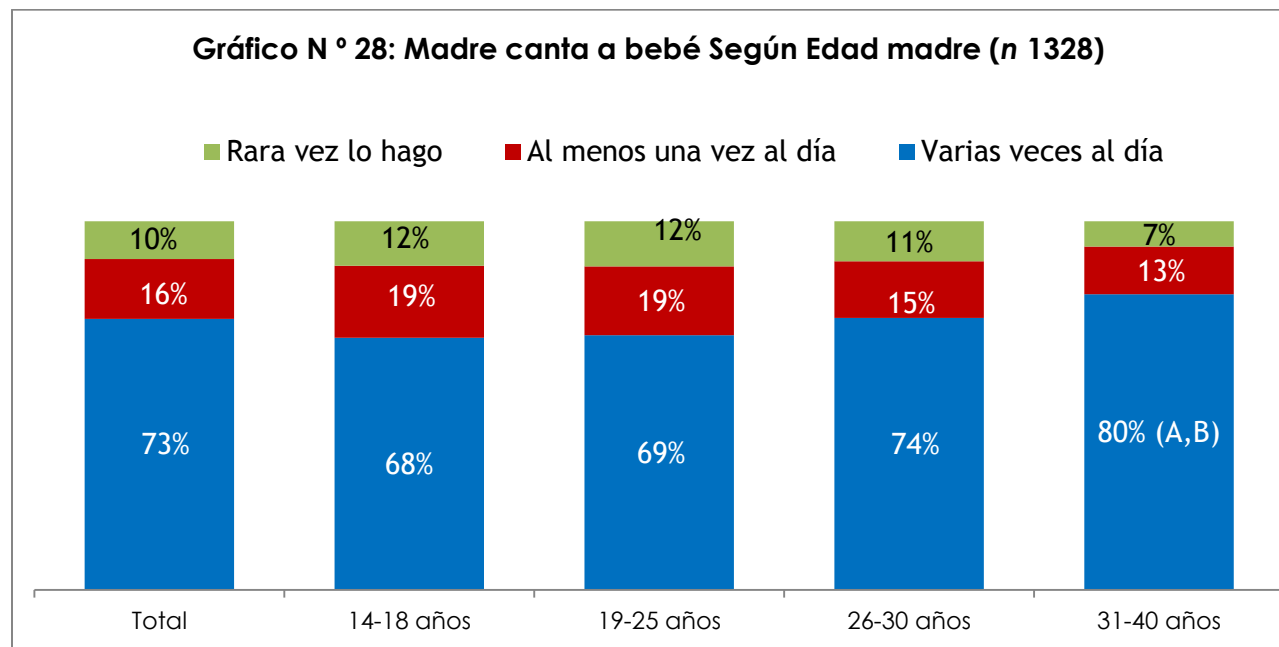


Gráfico N ° 29: Madre canta a bebé Según Educación madre (n 1390)

■ Rara vez lo hago ■ Al menos una vez al día ■ Varias veces al día

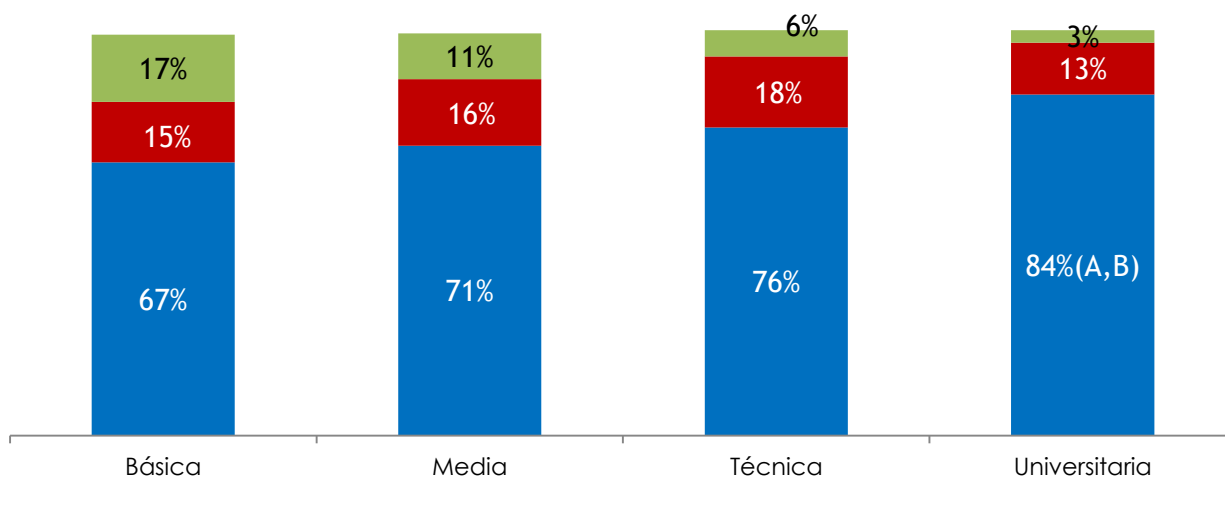
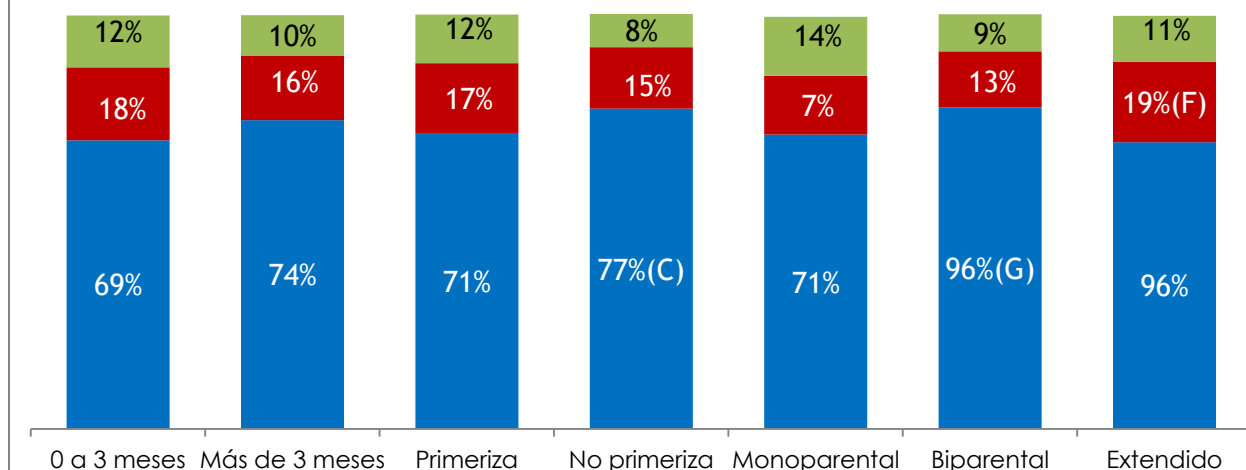


Gráfico N ° 30: Madre canta a bebé Según Edad bebé, N° hijo, tipo hogar (n 1402)

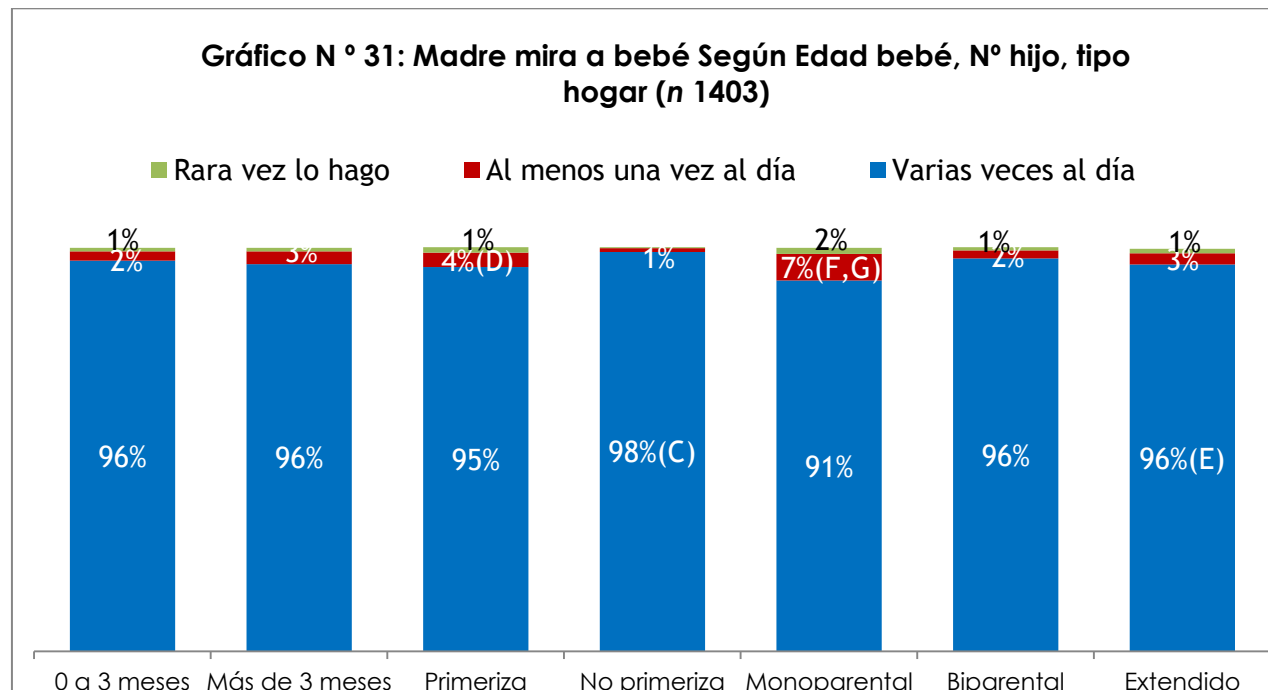
■ Rara vez lo hago ■ Al menos una vez al día ■ Varias veces al día



	Edad de la madre	Edad Bebé	Educación Madre	Tipo madre	Tipo Hogar
P value	,010	,268	,003	,17	,013

Que la madre decida cantarle al niño, no es independiente la edad que ella tenga, como tampoco lo es de su nivel educacional y del tipo de hogar en el que vive. Así, quienes viven en hogares de familias extendidas muestran una mayor proporción a hacerlo.

En el caso de las miradas, ocurre lo mismo que con el habla, registrando pocas diferencias y una alta incidencia de la práctica. Las diferencias nuevamente se dan con las madres primerizas y dependiendo de la estructura del hogar (Gráfico N° 31).

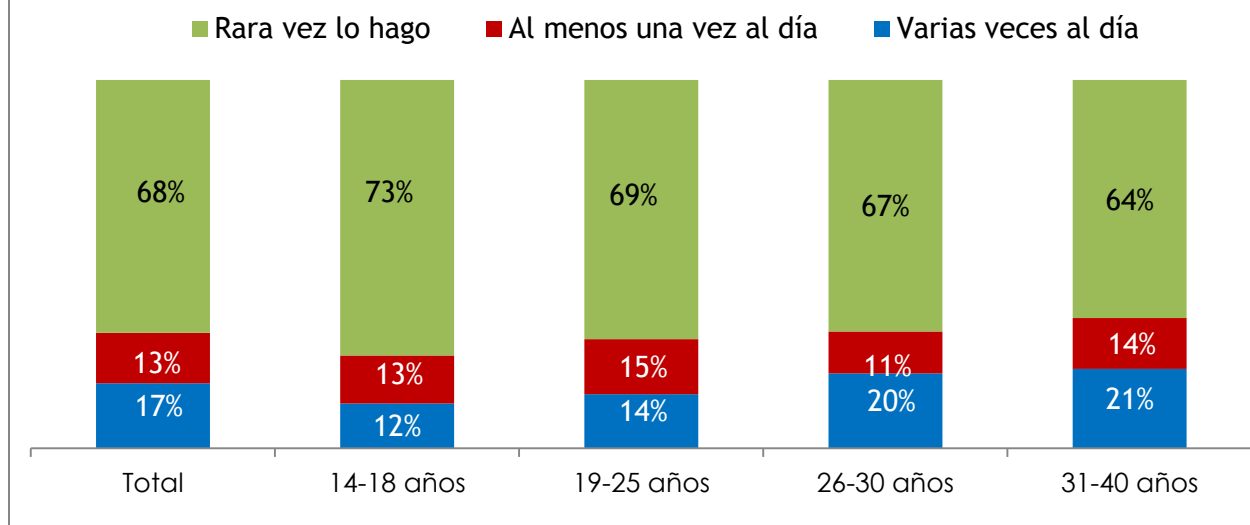


	Edad de la madre	Edad Bebé	Educación Madre	Tipo madre	Tipo Hogar
P value	,080	,876	,510	,034	,039

Que la madre mire a su hijo depende finalmente, entre las variables de interés, de si es primeriza o no, y del tipo de hogar en el que vive.

La lectura es la actividad donde las madres muestran menos participación. Solo un treinta por ciento dice hacerlo al menos una vez al día.

Gráfico N ° 32: Madre lee a bebé Según Edad madre (n 1314)



Las madres de mayor capital cultural son quienes en mayor proporción dicen leerle a sus hijos antes de dormir.

Gráfico N ° 33: Madre lee a bebé Según Educación madre (n 1374)

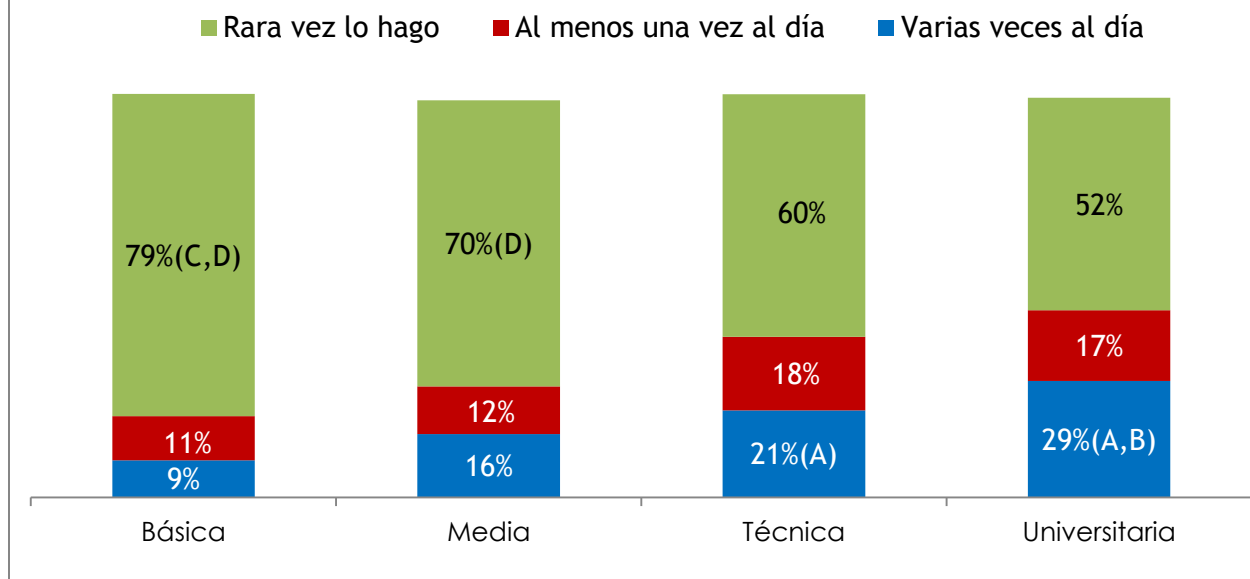
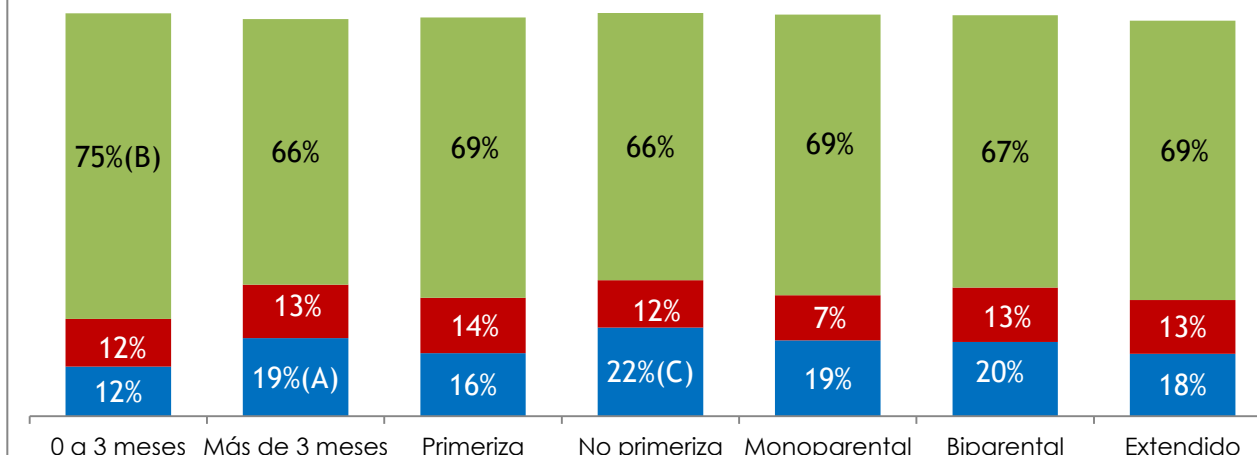


Gráfico N ° 34: Madre lee a bebé Según Edad bebé, N° hijo, tipo hogar (n 1388)

■ Rara vez lo hago ■ Al menos una vez al día ■ Varias veces al día

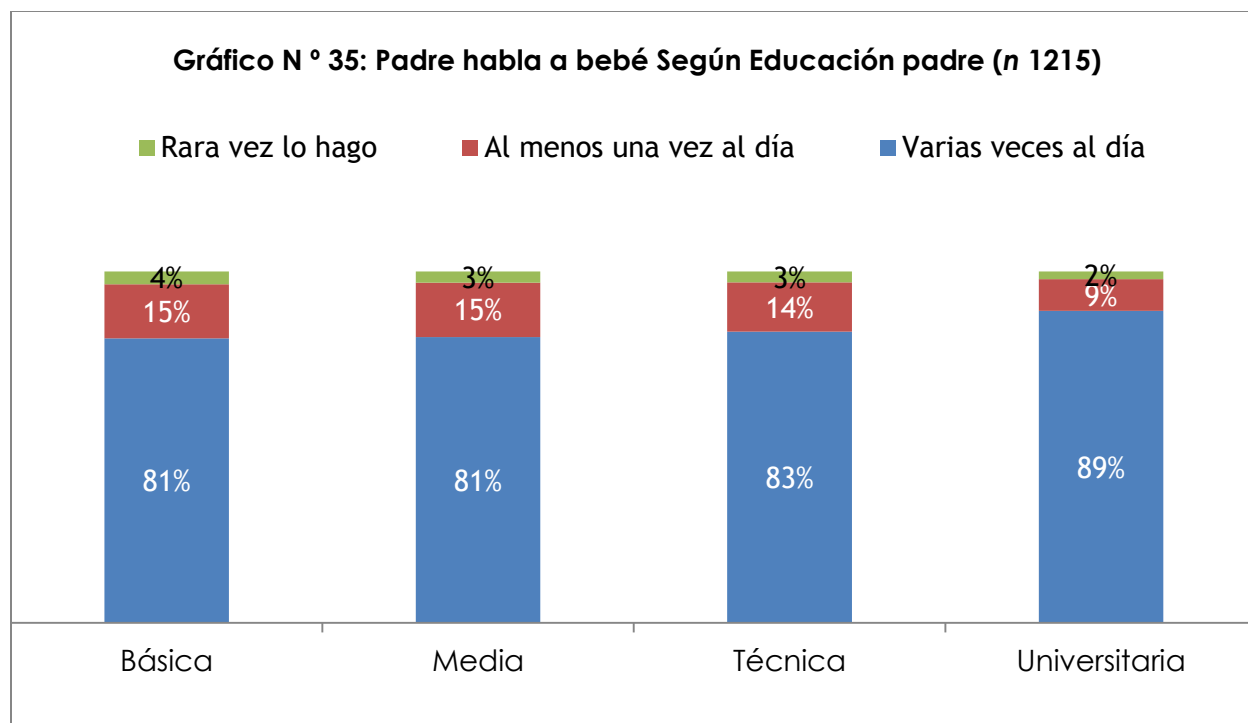


	Edad de la madre	Edad Bebé	Educación Madre	Tipo madre	Tipo Hogar
P value	,067	,001	,000	,030	,368

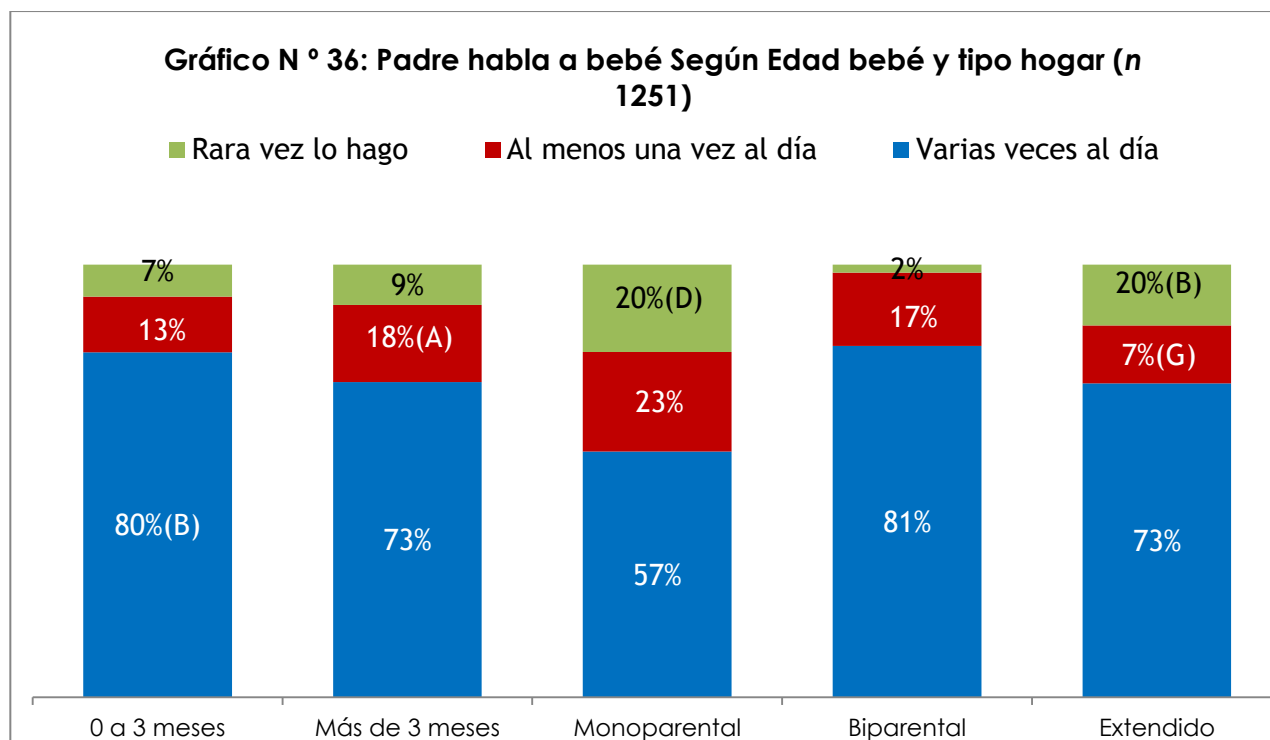
Como podría haberse esperado, que la madre lea a su hijo no es independiente de su educación y de si es madre primeriza o no, pero también de la edad que tenga el bebé. Esto puede estar relacionado con las percepciones respecto a las capacidades del bebé a esta temprana edad, así como también al conocimiento que se tenga respecto a los efectos que la lectura tiene en el largo plazo. Una hipótesis posible con respecto al vínculo entre estos factores, es que las madres pueden considerar que la lectura a edades muy tempranas de los bebés, es inapropiada puesto que podrían considerar que los niños no estarían beneficiándose de ello, es decir, desconocen los efectos positivos de esta actividad sobre el desarrollo del niño.

En relación a los padres²⁰, se observa que actividades como la hablarle al bebé son más frecuentes cuanto más alto es el nivel educacional, sin embargo, no se presentan diferencias significativas.

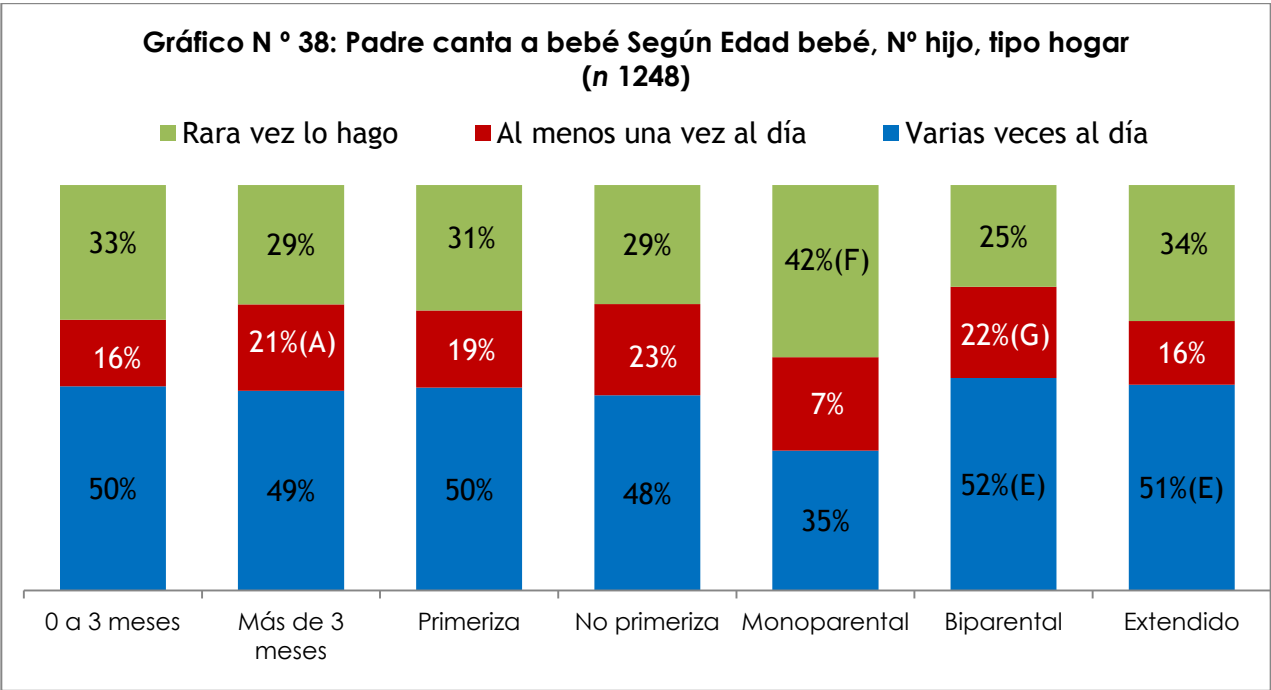
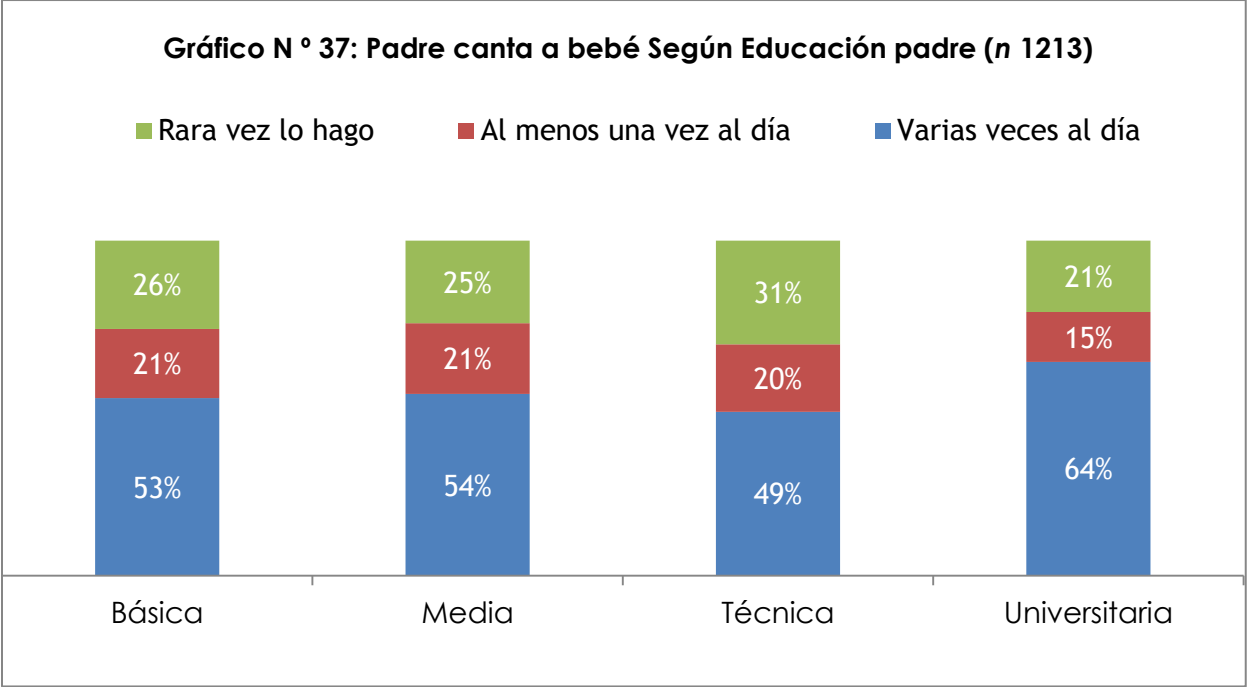
²⁰ Cabe señalar que en el caso de las familias monoparentales el que no exista cohabitación con el padre no significa que no realice las actividades consultadas.



Que el padre realice esta actividad también se asocia a la edad del bebé y del tipo de familia.

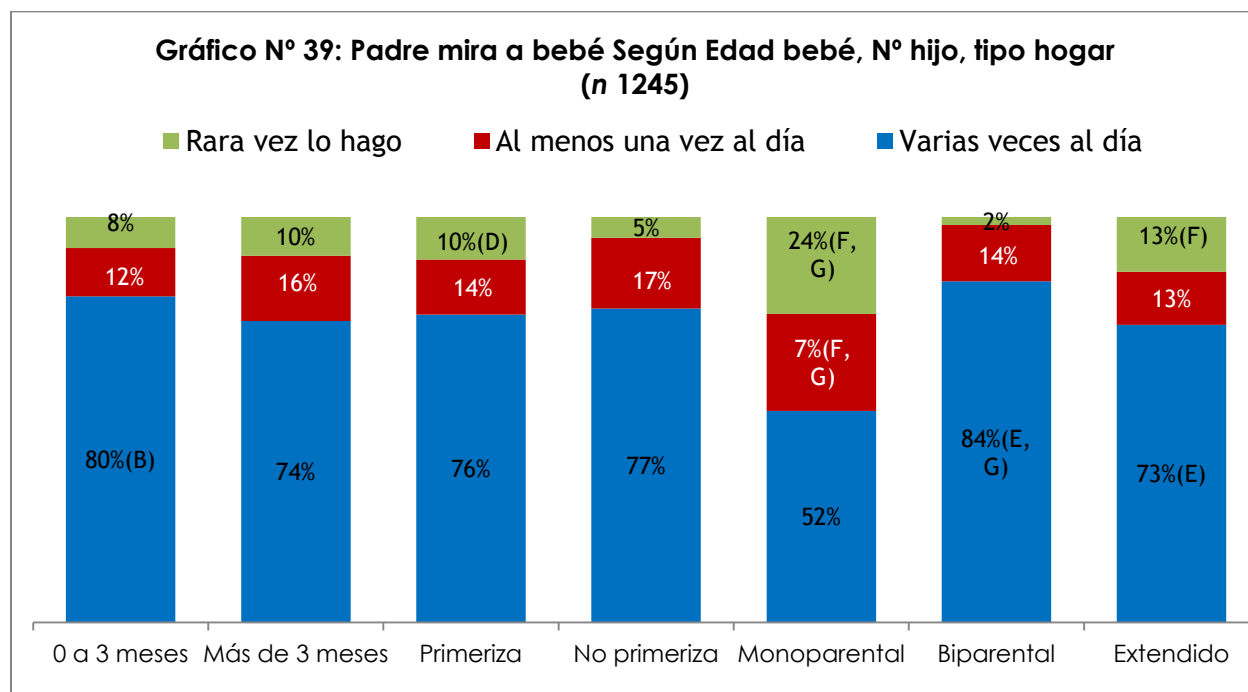


Las personas encuestadas declaran que los padres cantan a sus hijos en menor medida que ellas. Sin embargo, nuevamente se repiten las mismas diferencias estadísticamente significativas registradas al considerar a los padres que hablan con sus hijos (Gráficos N ° 37 y 38).



La cantidad de veces que el padre le cante al niño durante el día, no es independiente del tipo de hogar en el que vive.

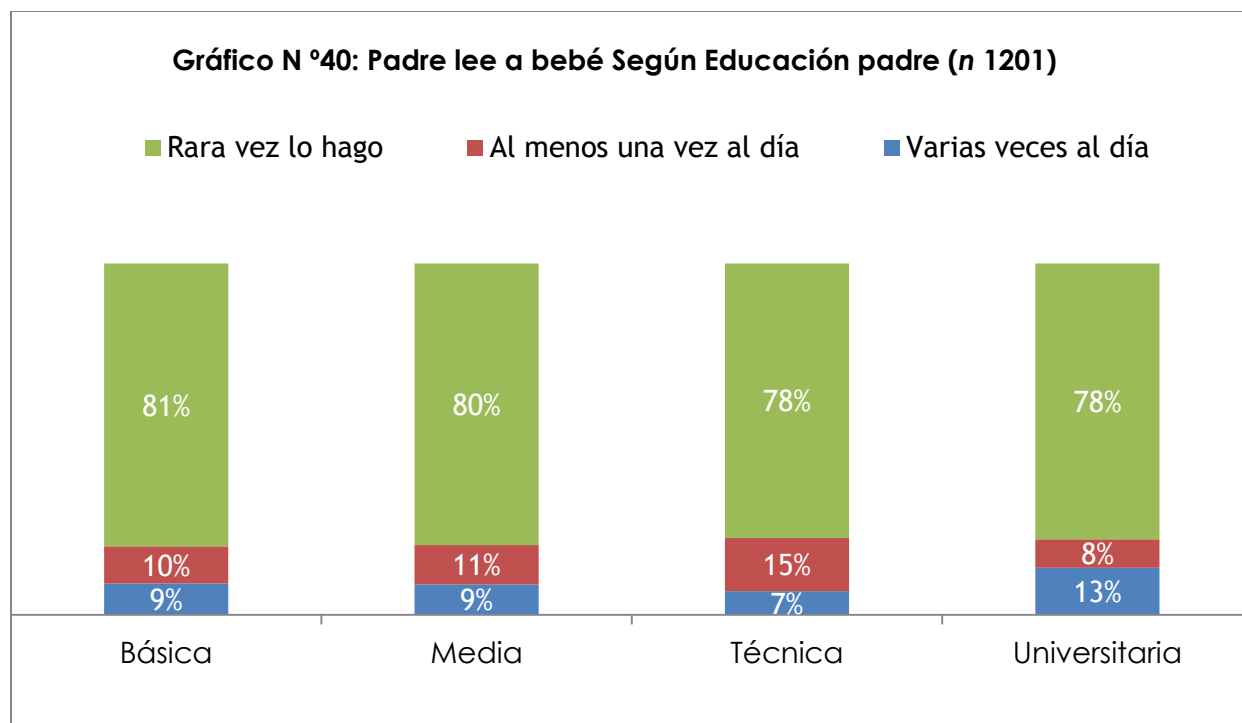
Es interesante notar que en los hogares biparentales es en donde mayor es la proporción de padres que sí miran varias veces al día a su hijo.



También la educación de la madre y si la madre es primeriza o no, se vuelven relevantes a la hora de considerar si es que el padre se encuentra presente en la crianza del bebé mirando a su hijo/a.

	Edad de la madre	Edad Bebé	Educación Madre	Tipo madre	Tipo Hogar
P value	,078	,069	,012	,010	,000

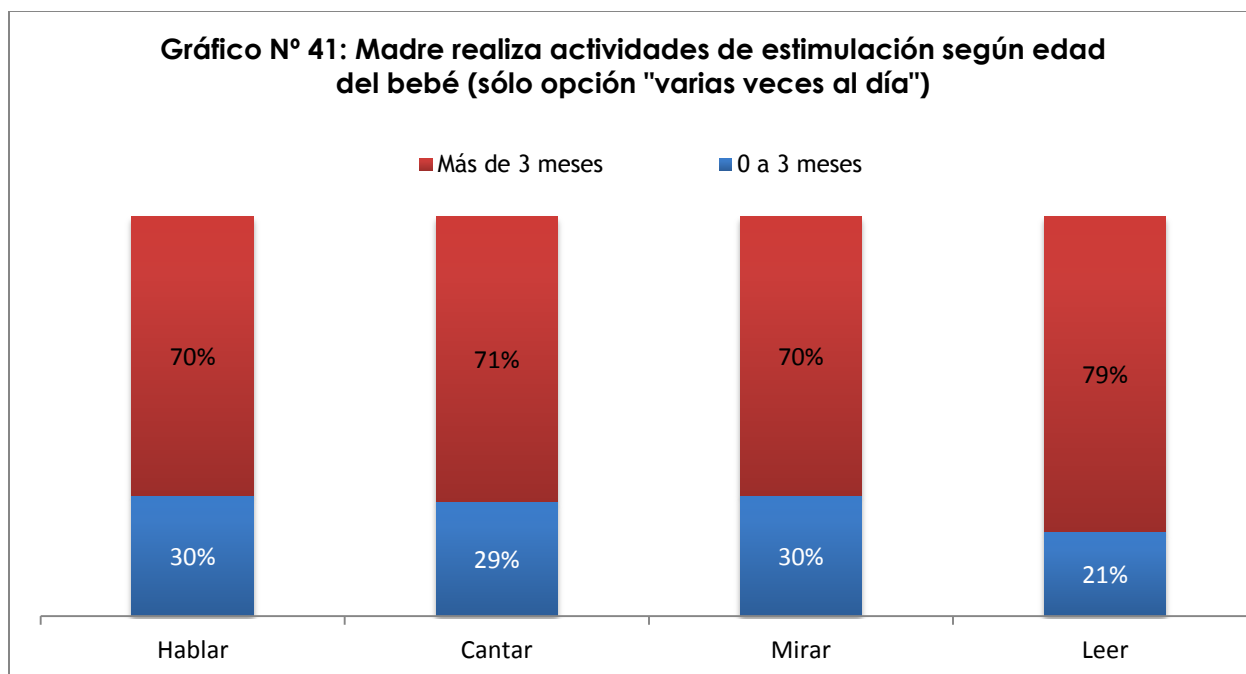
El porcentaje de padres que estaría leyendo a sus hijos es menor a la de las madres, no supera el 30%. Que el padre lea a su hijo no se encuentra relacionado con ninguna de las variables de interés consideradas aquí; edad de los padres, educación de los padres y tipo de hogar.



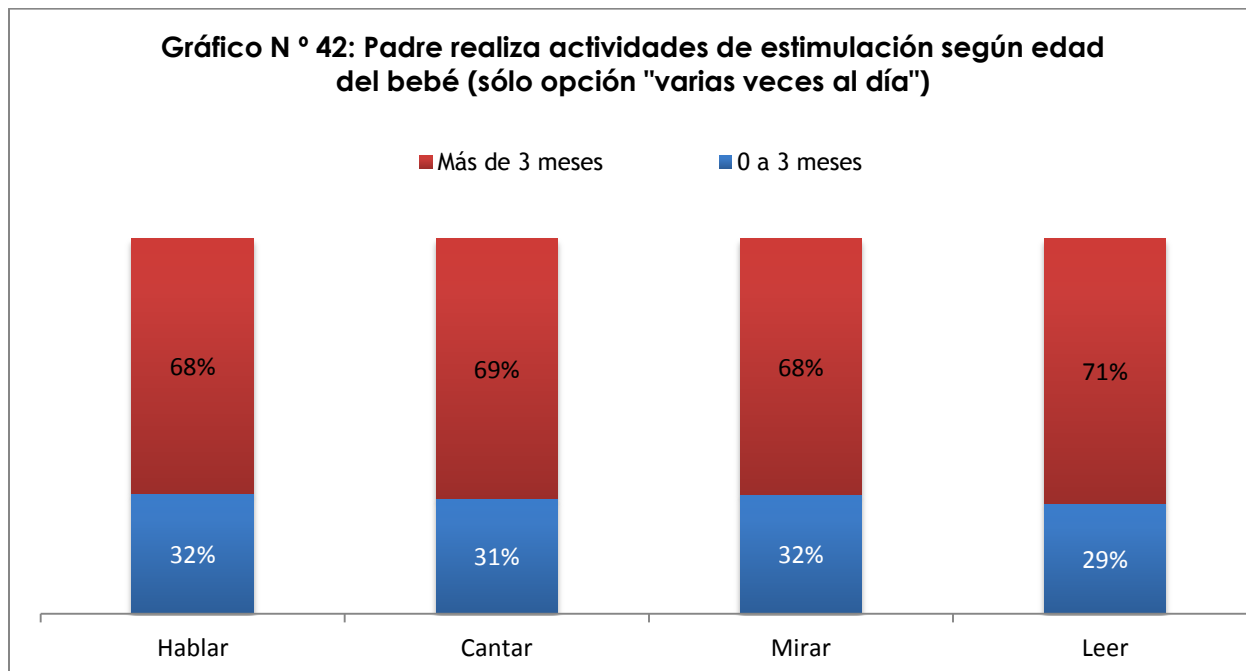
Lo que encontramos, en definitiva aquí, es un menor involucramiento de los padres en las actividades y prácticas destinadas al desarrollo de apego y estimulación temprana que el realizado por las madres. Esto podría generar, en el largo plazo, diferencias en los niveles de apego y en las formas de relacionamiento que madres y padres tendrán con sus hijos.

Según los bebés crecen las actividades como hablarles, mirarlos, cantarles y hablarles se evolucionan positivamente.

Las madres muestran un claro cambio en la forma en que se comportan con sus hijos a medida que pasa el tiempo, volviéndose más intenso su involucramiento.



En el caso de los padres ocurre una tendencia similar que la antes mostrada para las madres. Sin embargo, hay que tener en mente el involucramiento menor de los padres en estas actividades, en comparación con las madres.



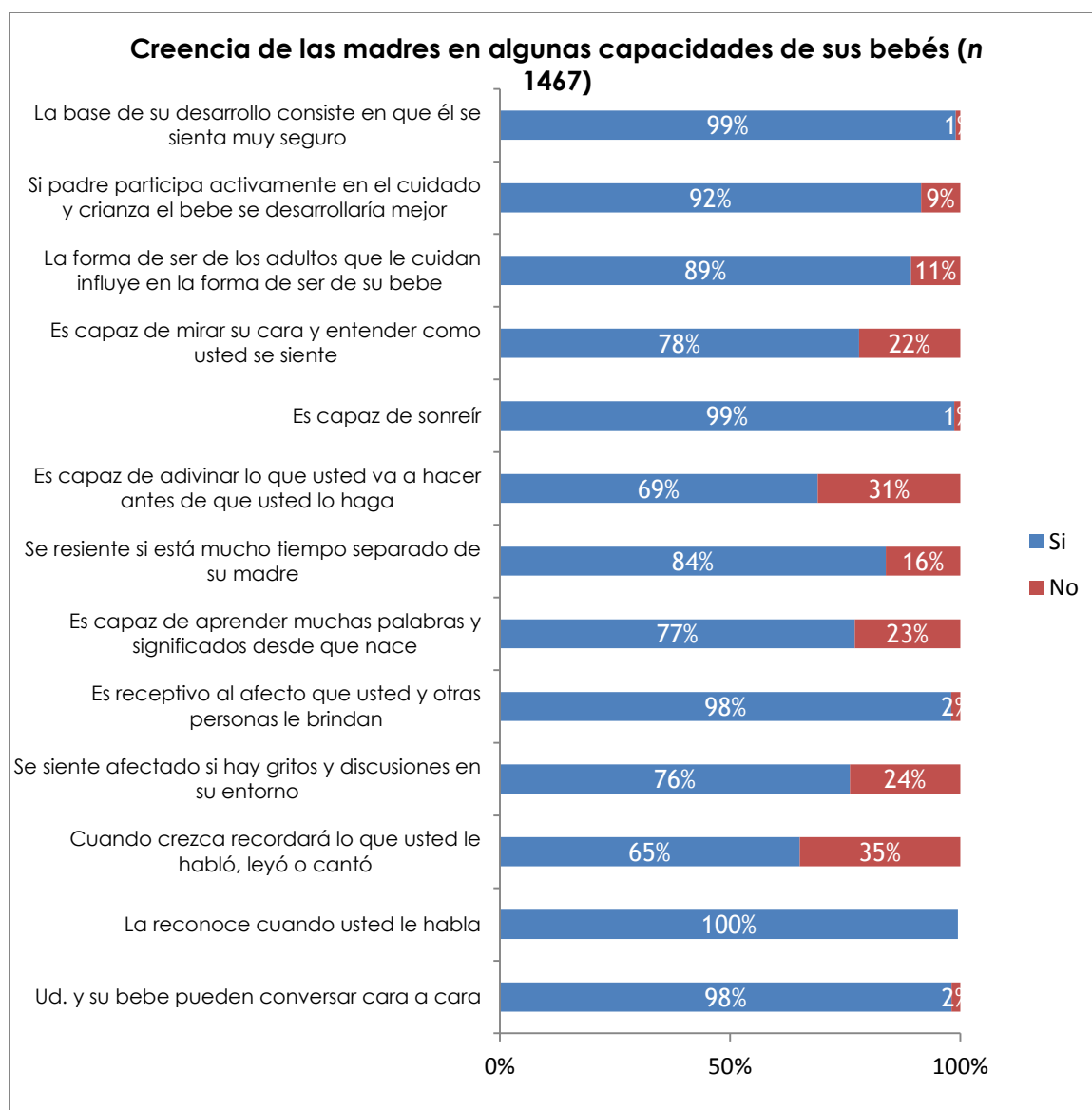
6. Índice de Creencia en las Capacidades del Bebé (ICBB)

El Índice de Creencia en las Capacidades del Bebé (ICBB) busca sintetizar la información respecto a cuáles son las capacidades que las madres consideran tienen sus hijos hasta los seis meses. Fue confeccionado con las sub-preguntas 27 de la encuesta, y considera sólo los valores 1 (reconocimiento positivo de la capacidad del bebe en dicho ítem) de las respuestas, realizando un promedio simple. El índice, por tanto, va desde el valor 1 al 13 como máximo, el que representa una percepción adecuada de las capacidades del bebé.

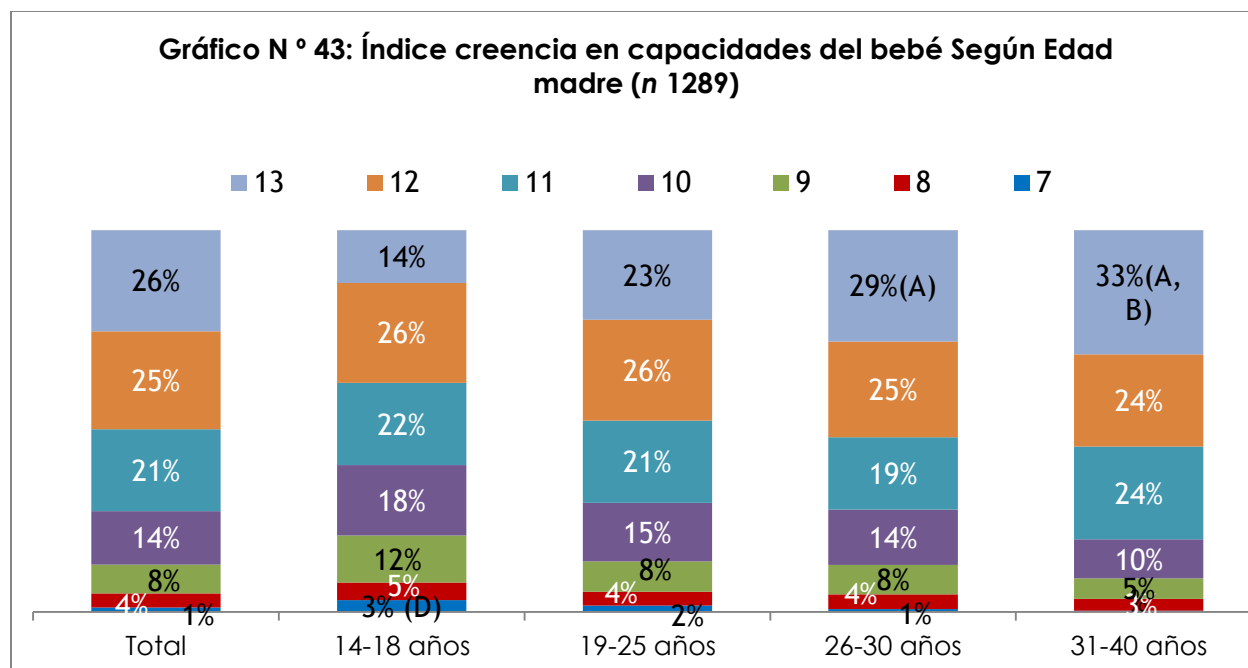
Valor empírico	Nivel
4	Bajo
5	
6	
7	Medio
8	
9	
10	Alto
11	
12	
13	Máximo

Las dimensiones que considera el índice son:

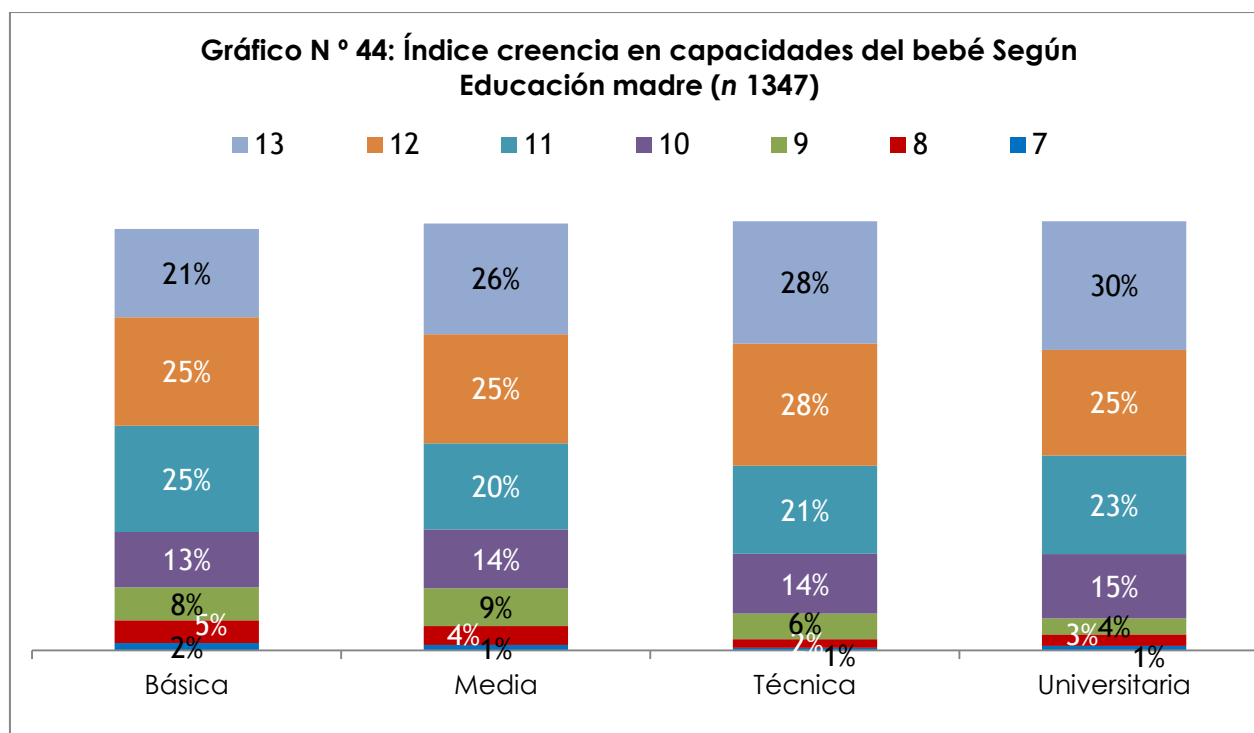
- Capacidad del bebé para conversar cara a cara
- Capacidad de reconocer la voz de la madre
- Capacidad de recordar lo que se le habló, cantó o leyó
- Capacidad de sentirse afectado por lo que sucede en su entorno
- Capacidad de sentir el afecto de las personas del entorno
- Capacidad de aprender palabras y significados
- Capacidad de resentirse cuando está separado de la madre
- Capacidad de intuir las acciones de la madre
- Capacidad de sonreír
- Capacidad de mirar y comprender los sentimientos de la madre
- Influencia en el desarrollo de los adultos de su alrededor
- Participación y apoyo del padre
- Valoración de la seguridad en la crianza



En general, son las madres de mayor edad quienes tienen una percepción más adecuada de los recién nacidos. No obstante, todas las encuestadas están sobre valores medios y altos del índice, superiores a 7.

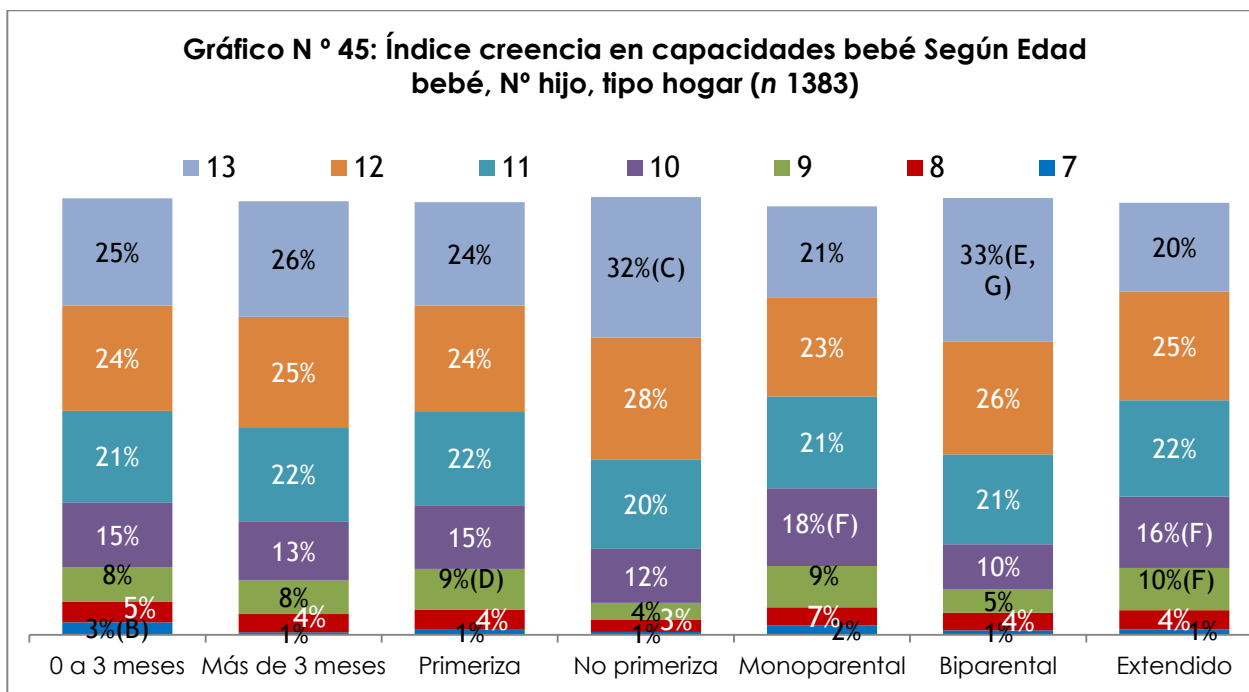


Sin embargo, las diferencias no se registran al considerar el nivel educacional de las madres, continuando con una mayoría de madres logrando más de diez puntos, teniendo así una buena percepción respecto a lo que su bebé hace y puede hacer.



En el Gráfico N° 45, vemos que existen diferencias derivadas de la estructura del hogar, en donde las madres de hogares biparentales muestran una mejor percepción de las capacidades

de sus hijos. Esto es importante, puesto que estaría hablando de la disposición que pueden tener las madres a la hora de realizar actividades y labores de estimulación con sus hijos. En términos generales, las creencias respecto a las capacidades de los bebés no serían barreras para la adopción de prácticas de estimulación.



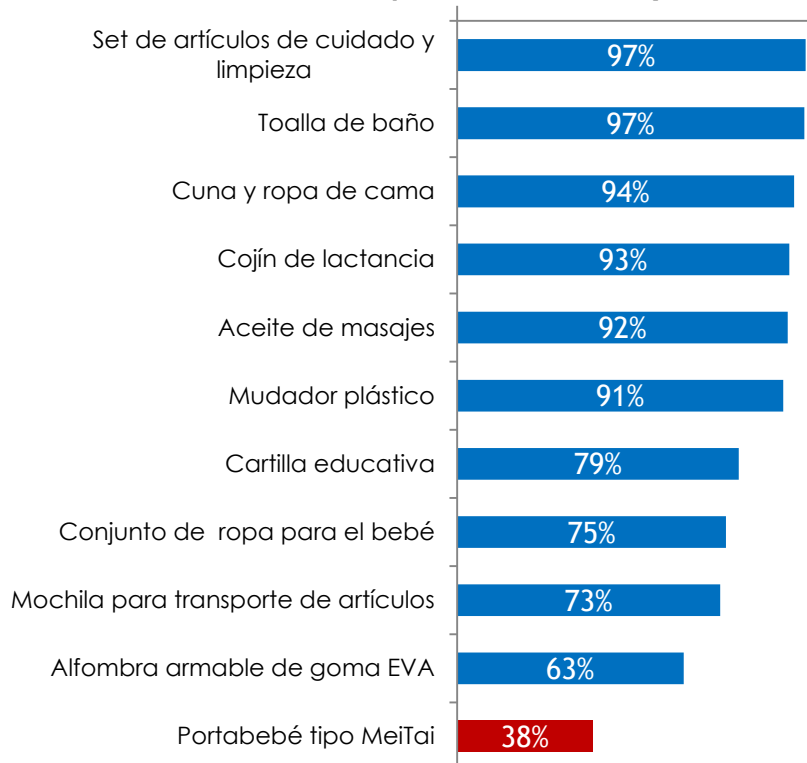
La creencia en las capacidades del bebé no se comporta de manera independiente de la edad de la madre, así como tampoco de su experiencia en la crianza y el tipo de hogar que tiene.

	Edad de la madre	Edad Bebé	Educación Madre	Tipo madre	Tipo Hogar
P value	,027	,091	,707	,004	,000

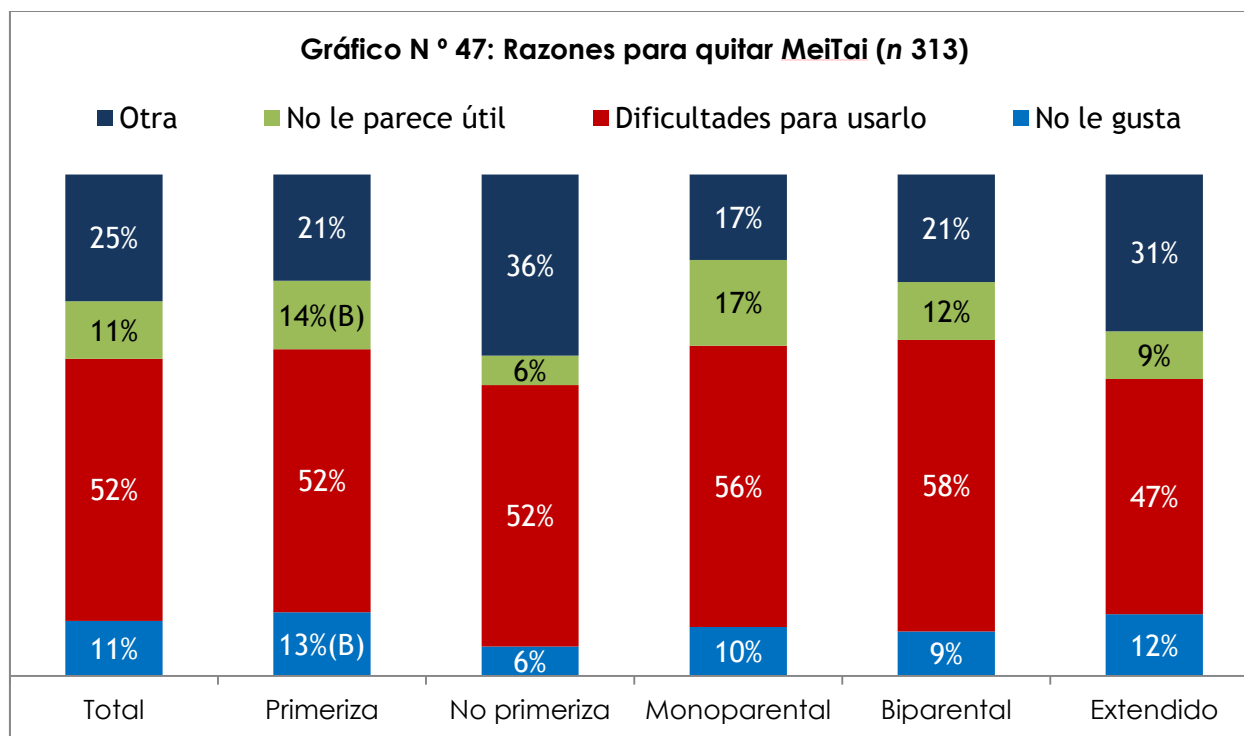
6. Apoyo instrumental y participación en actividades educativas del PARN

El Gráfico N ° 46 muestra el nivel de uso de distintos implementos incluidos en el ajuar. Lo que se encuentra es una alta adopción de la mayoría de estos, y algunos con un uso de nivel medio. En este contexto es que destaca el bajo uso del porta bebé Mei Tai.

Gráfico N ° 46: Uso implementos ajuar (n total muestra, respuestas afirmativas)



La principal razón para no utilizar este tipo de portabebé para todas las madres, es la dificultad en el uso que dicen tener, como lo muestran las razones entregadas en el Gráfico N ° 47.



Además de las razones anteriores, es considerado inseguro por las madres y, principalmente, poco práctico. Es por eso que declaran preferir otro modelo o tipo de porta bebé, mencionando en varias ocasiones la necesidad de utilizar uno “clásico” o la presencia de broches en el actual, para entregarles mayor confianza.

	Edad de la madre	Edad Bebé	Educación Madre	Tipo madre	Tipo Hogar
P value	,281	,031	,820	,114	,040

La asociación espontánea que las encuestadas tienen respecto a distintos implementos, es ajustada al objetivo del implemento en el proceso de crianza. En todos los casos, el objetivo principal pensado para el implemento en su diseño, coincide con lo mencionado espontáneamente por las madres, salvo para el caso del porta bebé MeiTai (Gráfico N° 50). Este es sin duda el implemento con más problemas, si se consideran las percepciones de las madres. No sólo es considerado inseguro y poco práctico, sino que tampoco logra ser asociado con el desarrollo de apego. Para las madres consultadas, el porta bebé cumple casi exclusivamente la función de traslado del niño. Atendiendo a los beneficios de este implemento en términos de apego, se vuelve importante alcanzar un número de usuarios mayor entre quienes se benefician del PARN.

**Gráfico N ° 48: Asociación cuna y cama-
total (n 1321)**

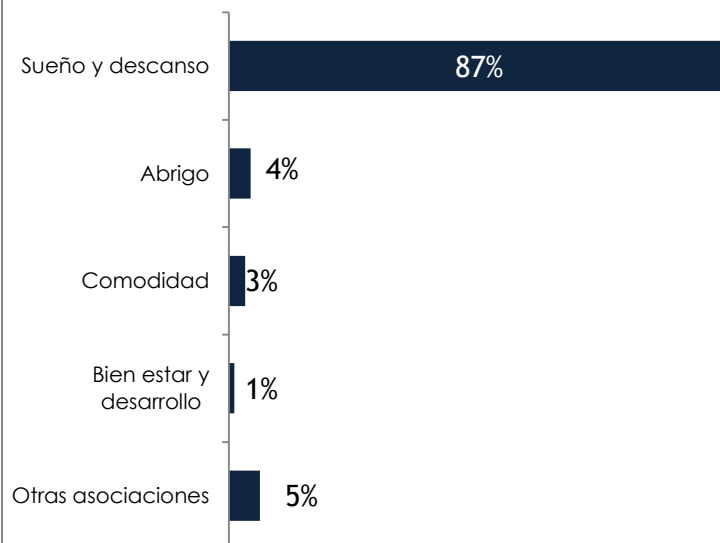


**Gráfico N ° 49: Asociación cojín
lactancia-total (n 1313)**

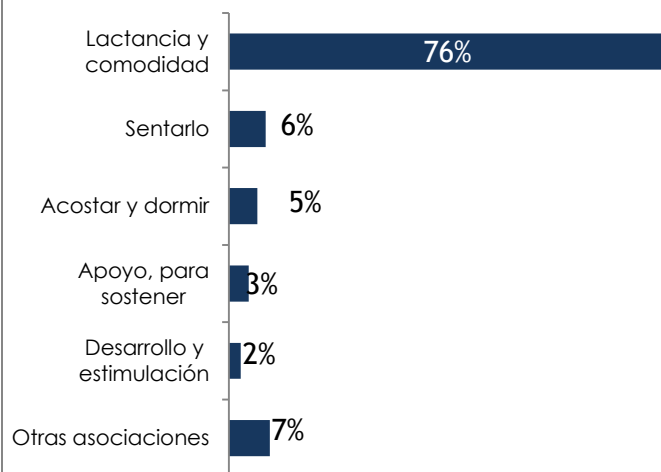


**Gráfico N ° 50: Asociación portabebé
MeiTai-total (n 1188)**

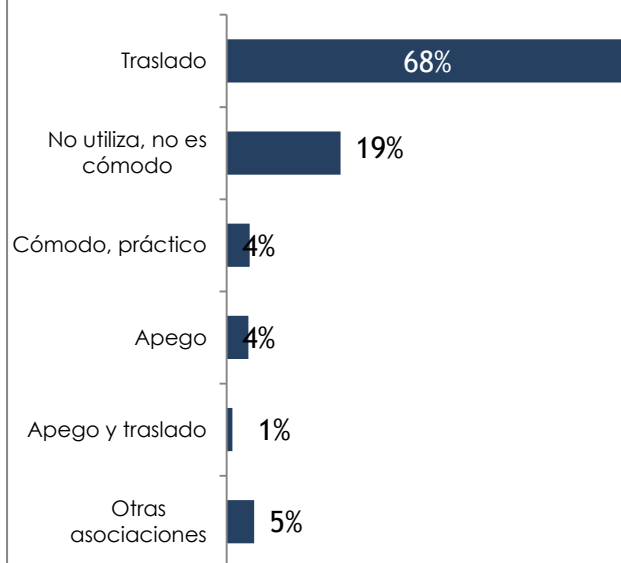


**Gráfico N ° 51 Asociación goma Eva-total
(n 1117)**



**Gráfico N ° 52: Asociación cartilla educativa-
total (n 1230)**

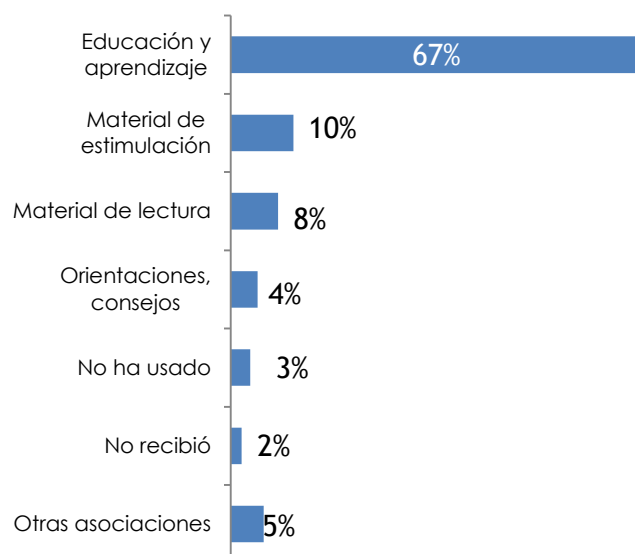


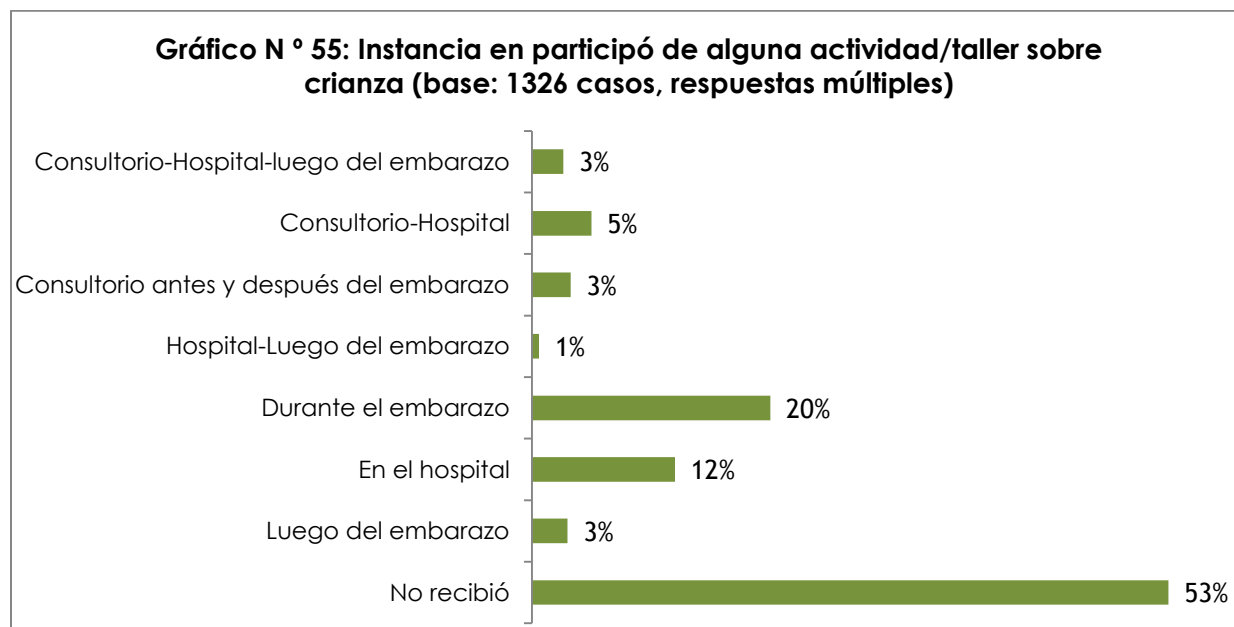
**Gráfico N ° 53: Asociación aceite masajes-
total (n 1291)**



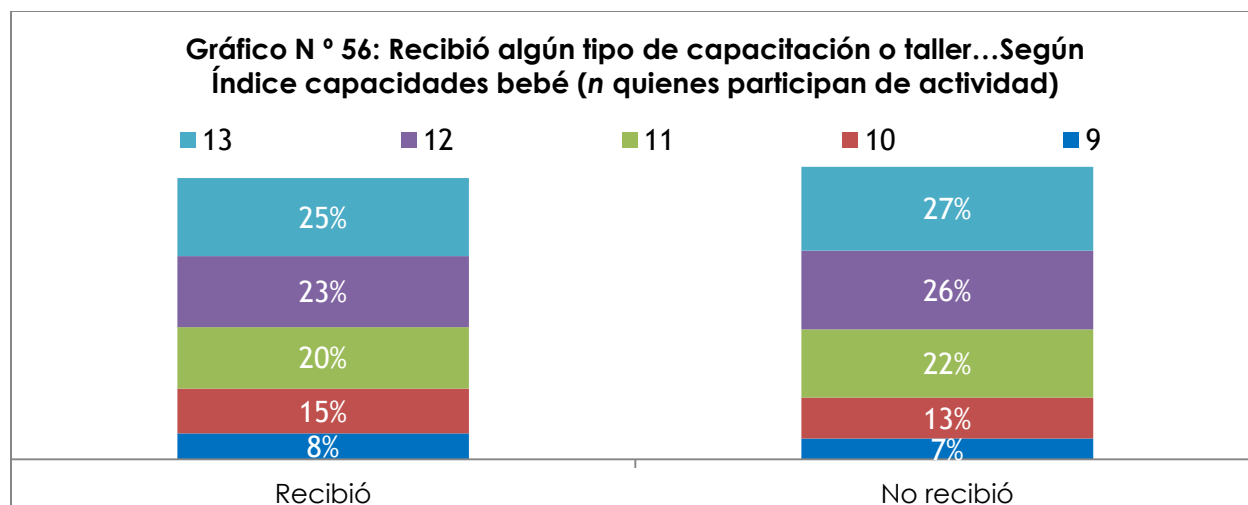
Respecto de la participación de las madres beneficiarias en instancias de aprendizaje en centros de salud, esta no supera el 50% de los casos encuestados.



Quienes asisten a más de una instancia de capacitación sobre crianza representan una proporción menor dentro de las madres consultadas: 11% entre quienes recibieron capacitación en más de una fase de la cadena de atención. Entre quienes si asisten, la mayoría lo hace en el consultorio durante el embarazo (20%).

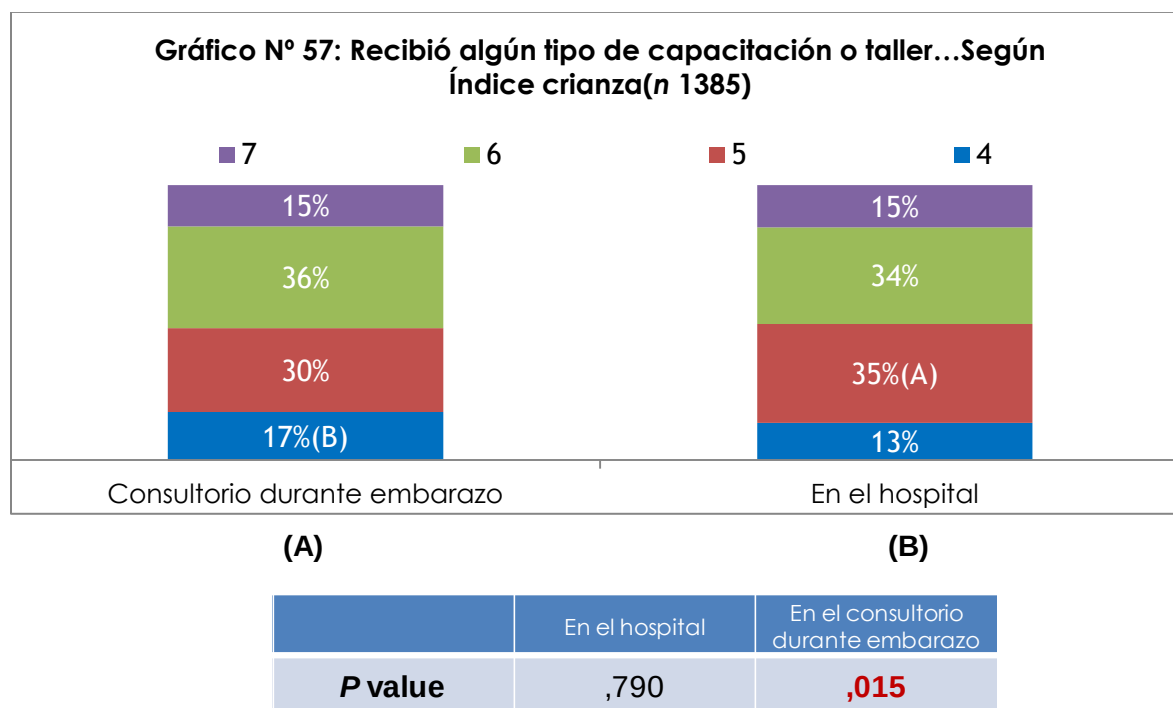


No existen mayores diferencias respecto a la percepción que tienen de las capacidades de sus hijos entre las personas que participaron o no en las actividades formativas del PARN.



La percepción de las capacidades del bebé se comporta de manera independiente de haber recibido instrucción o participado en un taller de crianza.

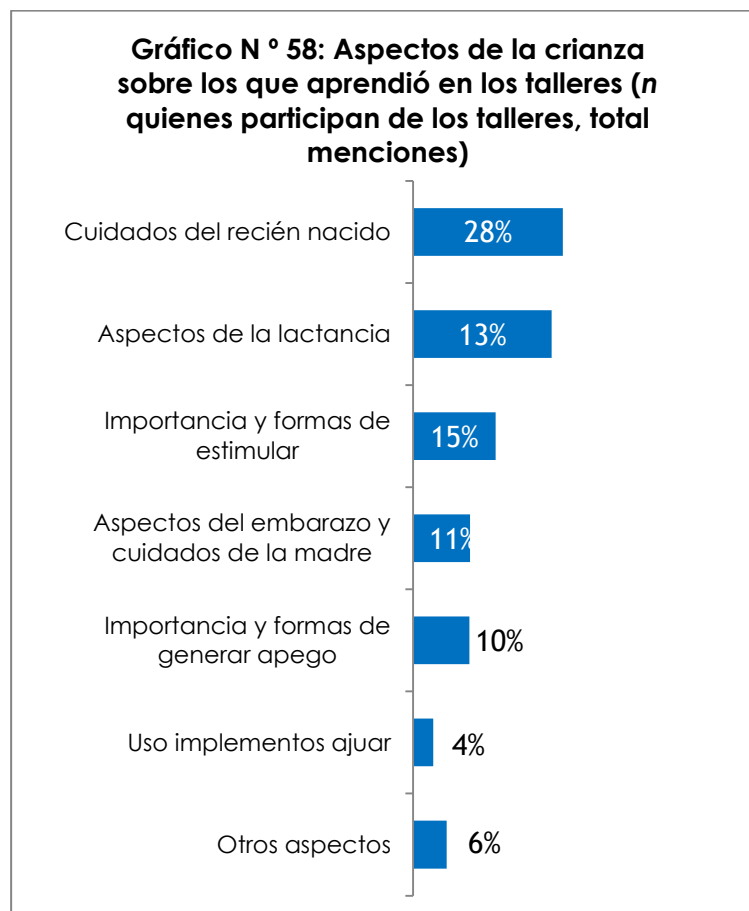
Así también ocurre al considerar el índice de opiniones de crianza (gráfico nº 61), donde existen algunas diferencias, aunque menores en el panorama general entre quienes asisten en el consultorio y quienes lo hacen en el hospital.



A diferencia de la creencia en las capacidades del bebé, las opiniones respecto a la crianza del niño no son independientes del haber participado en talleres u otras actividades durante el embarazo.

A pesar de que pocas beneficiarias participan de los talleres y otras instancias de aprendizaje, mayoritariamente se encuentran satisfechas con lo recibido, incluso cuando se les consulta por mejoras. Respecto a esto último, les gustaría poder contar con más información en primer lugar, mencionando que las sesiones son cortas en su duración y que hay temas que consideran deberían tener un mayor tratamiento.

Cuando se refieren a los aspectos más significativos aprendidos en estas instancias, se encuentran los cuidados cotidianos del bebé, como la limpieza y cuidado del cuerpo, o aprendizaje respecto a la lactancia.



7. Percepción eficacia parental²¹

La **Escala de Evaluación Parental** (EEP) propuesta por Farkas (2008) evalúa las vivencias de las madres respecto a la maternidad. Consta de diez ítems, consistiendo en la sub-pregunta 38 de la encuesta:

1	Me siento constantemente criticada(o) o evaluada(o) por otros en mi rol de madre
2	Siento que hago un buen trabajo como madre/padre
3	El ser madre/padre me hace sentir satisfecha(o) y feliz
4	Mis intereses y talentos están en otras áreas de mi vida, no en la maternidad/paternidad
5	Considero que las decisiones que tomo en relación a la crianza de mi bebé son las más acertadas
6	Ser madre/padre no ha sido tan satisfactorio como yo esperaba
7	Se me hace realmente difícil decidir cómo criar a mi bebé
8	Las exigencias de la maternidad/paternidad me hacen sentir tensa y angustiada
9	Siento que en general las tareas de la maternidad/paternidad no me permiten disfrutar a mi bebé
10	Siento que no he logrado ser el tipo de madre/padre que me gustaría

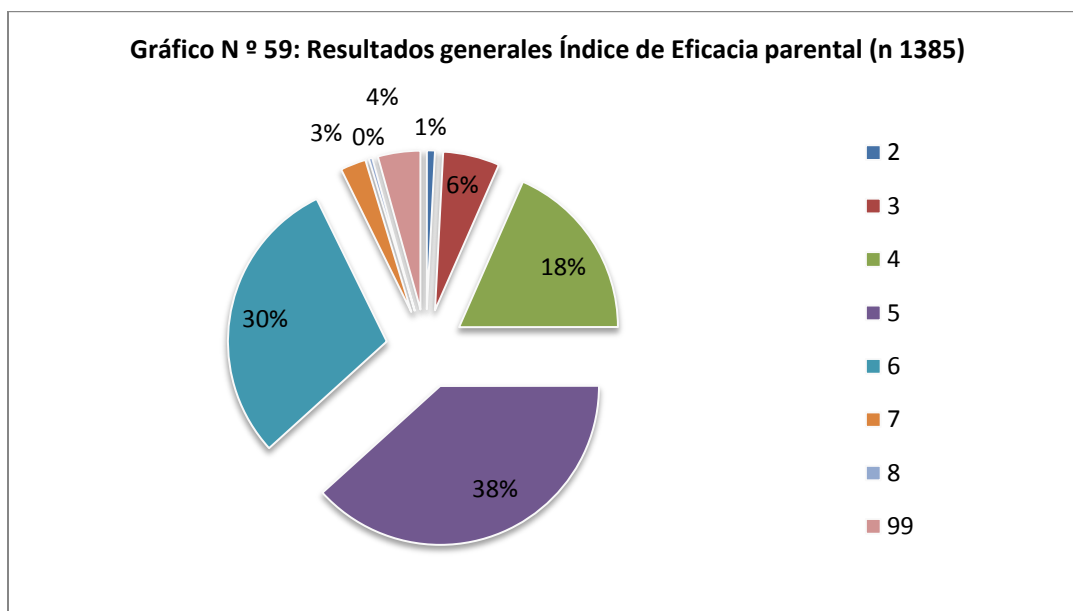
Los valores posibles de respuesta van del 0 (totalmente en desacuerdo) al 10 (totalmente de acuerdo), contando con un valor intermedio en el 5 (a veces de acuerdo, a veces en desacuerdo).

- Los ítems 2, 4 y 10 son directos, es decir, lo que se plantea como afirmación en el cuestionario se relaciona de manera directa con el cálculo del índice, y por tanto se le asigna el puntaje entregado en la encuesta. Por ejemplo, en el ítem 2 “Siento que hago un buen trabajo como madre/padre”, el valor ideal buscado en el índice es de 10, que en el cuestionario corresponde precisamente al mismo valor 10, “totalmente de acuerdo”.
- Los ítems 1, 3, 5, 6, 7, 8 y 9 son inversos, esto es, que la respuesta ideal en función del índice no se registra tal cual al aplicar el instrumento, por lo que se les entregaron valores nuevos mediante recodificación. Por ejemplo, en el ítem 7 “Se me hace realmente difícil decidir cómo criar a mi bebé” la situación ideal para el cálculo del índice sería que la opción “nada de acuerdo” obtengan los 10 puntos. Sin embargo, dicho valor en el cuestionario coincide con la opción “totalmente de acuerdo”. Con el fin de entregarle los valores altos en el índice a las opciones de respuesta buscadas, es que valores para los ítems mencionados son alterados de la siguiente manera:

²¹ Farkas Klein, Chamarrita. Parental Evaluation Scale (EEP): Development, Psychometric Properties and Applications. UNIVERSITAS PSYCHOLOGICA V. 7 NO. 2 MAYO-AGOSTO 2008, P. 457. ISSN 1657-9267.

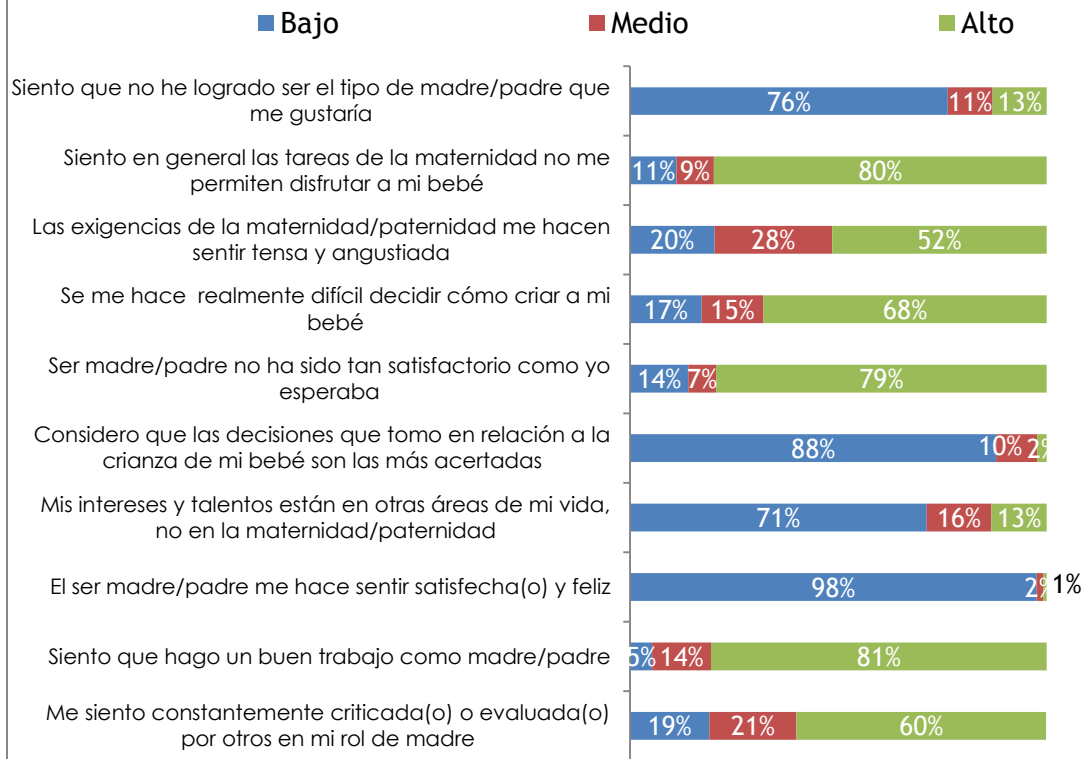
Puntaje respuesta	Puntaje otorgado	
0	10	Alto
1	9	
2	8	
3	7	Medio
4	6	
5	5	
6	4	Bajo
7	3	
8	2	
9	1	
10	0	

El Gráfico N ° 59 muestra la distribución general de los resultados del índice de Eficacia Parental.



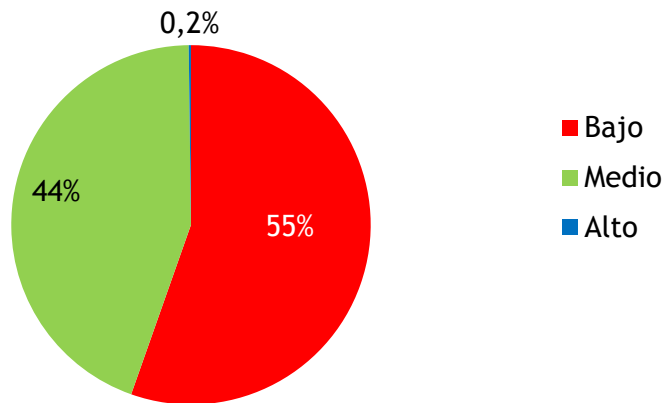
El Gráfico N ° 60 muestra la Escala de Eficacia Parental, la que sintetiza vivencias con la maternidad de las encuestadas. La escala es el promedio simple de los 10 ítems, cuyo rango es de 0 a 10, siendo 10 la percepción de alta eficacia en su rol de madre.

Gráfico N ° 60: Evaluación por ítems Escala Eficacia Parental (n 1215)



El Gráfico N ° 61 muestra la distribución de los resultados del Índice agrupados por niveles bajo, medio y alto. Se observa que la autopercepción de eficacia parental se concentra en los tramos medios bajos siendo un grupo muy exiguo quienes se ubican en el tramo superior.

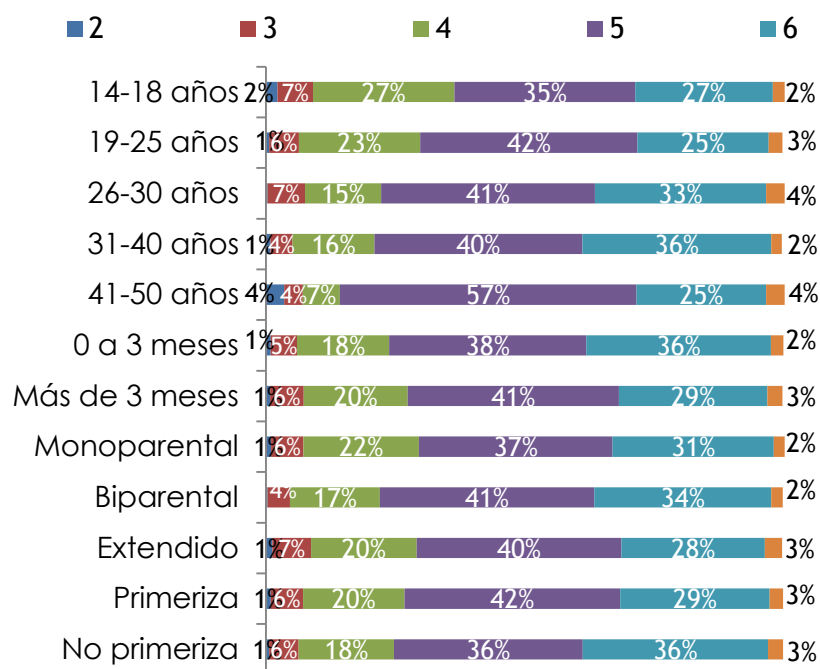
Gráfico N ° 61: Escala de Evaluación Parental: A mayor puntaje, mayor percepción de eficiencia y satisfacción maternal



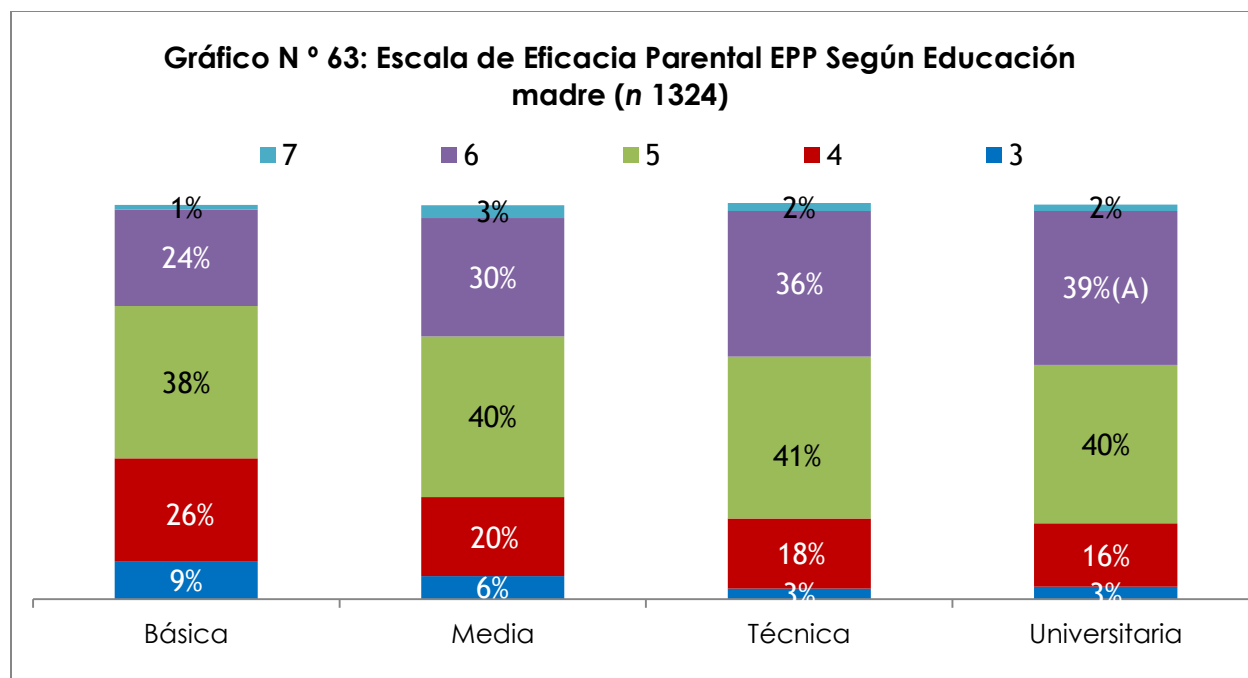
El Gráfico N ° 62 muestra los resultados del Índice según dimensiones estudiadas edad de la madre, tipo de madre y tipo de familia. Cuando se considera la edad de la madre, vemos que la percepción de la eficacia parental aumenta con la edad. Esto se puede deber a que ya han experimentado la crianza en ocasiones anteriores y tienen conocimiento acumulado en el tiempo, a diferencia de las madres jóvenes.

Por otro lado, como lo mencionábamos antes, las madres no primerizas tienen una mejor percepción de su capacidad como madres que aquellas que experimentan la maternidad por primera vez.

Gráfico N ° 62: Escala de Eficacia Parental EPP Según Edad madre, edad bebé, tipo hogar y N° hijo (n 1364)



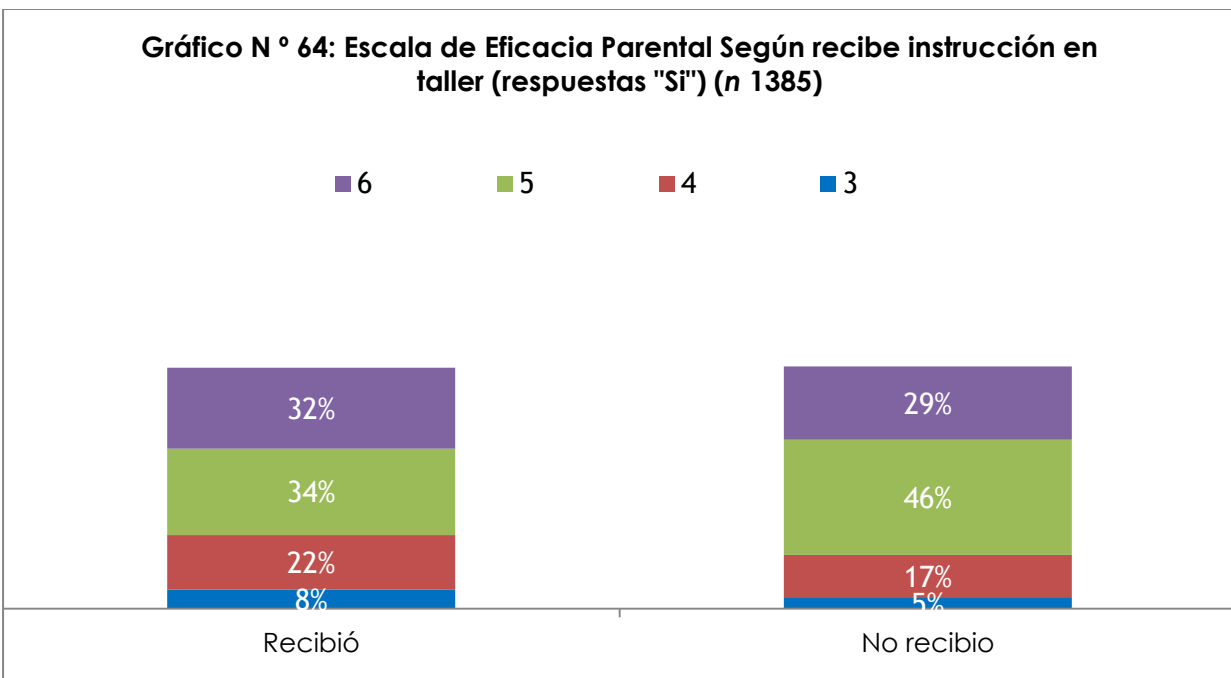
Además, es posible ver que al considerar el nivel educacional de la madre también se encuentran algunas diferencias. Como lo presenta el gráfico nº 63, las madres con educación universitaria tienen una percepción mayor de eficacia parental que aquellas que sólo tienen estudios básicos, y dicha diferencia es significativa.



	Edad de la madre	Edad Bebé	Educación Madre	Tipo madre	Tipo Hogar
P value	,011	,275	,098	,417	,129

La autopercepción de eficacia parental sólo se encuentra asociada, entre las variables de interés, con la edad de la madre.

Cuando se observa la distribución de la escala según si la madre asistió o no a una actividad de aprendizaje sobre crianza, es posible ver que el haber participado no implica un nivel más alto de percepción de eficacia parental.



IV. AREAS DE DESARROLLO Y CONDICIONES MINIMAS DE SATISFACCION: ASPECTOS OPERACIONALES

Para responder a la pregunta *¿cuáles son las áreas de desarrollo del niño de 0 a 6 meses, que debieran fundamentar condiciones mínimas y el estado esperado (suficiencia) en cada una de estas áreas?* es necesario emplear un enfoque operacional y comprehensivo, más cercano a la lógica de los programas sociales y su implementación que a la experimentación científica.

1. Condiciones mínimas

Operacionalmente y para efectos de este informe, las condiciones mínimas pueden asociarse con aquellos cuidados básicos destinados a asegurar la sobrevivencia y la salud física del recién nacido: alimentación, abrigo, higiene y cuidados básicos, sueño, y contacto físico, todas las cuales siguen siendo objeto de investigación y estudio. También operacionalmente, podemos distinguir aspectos que se relacionan con el desarrollo de las potencialidades del recién nacido y que tendrán un efecto en su futuro, entre las cuales se encuentran las áreas social y emocional, habla y comunicación, cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas) y motora y desarrollo físico.

El PARN considera una priorización de las condiciones mínimas para la salud y el bienestar del recién nacido y ha sido definido como una intervención poblacional que busca salvaguardar condiciones mínimas que permitan a niños y niñas satisfacer necesidades esenciales:

- Necesidad de sueño diurno satisfecha
- Necesidad de sueño nocturno satisfecha
- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
- Higiene básica diaria
- Necesidad de abrigo inicial satisfecha
- Necesidad de contacto físico satisfecha
- Ciclos fisiológicos regulares

Cada una de estas áreas priorizadas se corresponde con un implemento del ajuar entregado para los recién nacidos y para cada área con su correspondiente implemento se establecen unos parámetros de uso y frecuencia del mismo²²:

- Lactancia: La frecuencia y duración de las mamadas debe estar de acuerdo a la demanda de la guagua. En las primeras semanas el ritmo natural de los recién nacidos(as) es de 8 a 10 veces en el día y al menos una vez en la noche. Los primeros meses se recomienda que no pasen más de 3 horas en el día y si son pequeños para la edad gestacional o pre término, no más de 2 horas sin ponerle al pecho
- Apego y Porta bebé Mei Tai: . Puede ser usado diariamente, dos o más veces al día desde el segundo mes y facilita el desarrollo de otras actividades del adulto. La duración es muy variable, lo que importa es que el bebé y el adulto se sientan cómodos.
- Sueño y cuna corral: Los bebés tienen una importante necesidad de descanso y sueño, en promedio duermen 18 de las 24 horas del día durante el primer mes de vida, lo que genera la necesidad de proveer un espacio seguro y propio.
- Posición prona y goma eva: Este tiempo es diferente para cada niño(a), hay bebés que han entrenado esta posición y puede permanecer casi media hora continua al 4° o 5° mes, puesto que se sienten cómodos, familiarizados y pueden explorar mejor el ambiente con sus manos, boca, brazos y piernas. Otros menos familiarizados con la postura pueden ir aumentando progresivamente la tolerancia a ésta.
- Manejo del llanto: es útil para los padres, madres y cuidadoras(es) tener un plan para consolar afectivamente. Recordar que el llanto es una forma de comunicación y se necesitan aproximadamente 2 a 3 meses, hasta que la madre o padre aprendan a distinguir los tipos de llanto del bebé.
- Interacciones cara a cara: Las neurociencias muestran que el momento más efectivo de fomentar lenguaje es aquel período que va entre los 3 a 10 meses, y es justamente el período en el que menos se les habla directamente a los bebés. Por lo tanto, dirigir la estimulación cara a cara como un juego dirigido, no sólo tendrá beneficios en el área lenguaje, sino también en el área emocional, social y en la relación de apego con sus adultos.

²² Chilecrececontigo. Nota metodológica PARN 2012.

<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/02/nota-metodologica-PARN-2012.pdf>

2. Aspectos del desarrollo infantil de 0 a 6 meses

Esta sección trata de estos aspectos del desarrollo infantil temprano, buscando proporcionar indicadores que permitan medir el grado de logro en cada área en el tramo de edad correspondiente, ofreciendo así una aproximación a los estados esperados en cada área.

Las fuentes empleadas listan de manera distinta estas áreas de desarrollo, según se trate de información para las familias (simplificada) o de información para el personal de salud. En la línea de información para las familias, los CDC²³ clasifican así las áreas de desarrollo: social y emocional, habla y comunicación, cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas) y motora y desarrollo físico, ofreciendo los hitos de desarrollo a lograr en cada una de ellas mes a mes. También Murkoff²⁴, si bien no clasifica las áreas del mismo modo, ofrece indicadores para mes a mes.

En una línea de interés más profesional, la enciclopedia del Centro de excelencia para el desarrollo de la Primera Infancia (CEDPI) y la Red Estratégica de Conocimientos sobre el Desarrollo de la Primera Infancia (REC-DPI)²⁵, actualizada al 24-07-2013, proporciona áreas de desarrollo listando variables para cada una de ellas sobre la base de revisiones bibliográficas, pero no proporciona indicadores de desarrollo al modo de las anteriores. Estas áreas son expuestas en primer lugar, dado su carácter más general, y luego se exponen aquellos indicadores de Murkoff y del CDC.

La mencionada Enciclopedia indica que las siguientes serían las áreas de desarrollo para el tramo de edad de 0 a 6 meses que se sintetizan a continuación, sin priorizar ninguna ellas como condición mínima para el recién nacido:

- 1) Apego, distinguiendo entre apegos seguros, inseguros evitativos, inseguros ambivalentes y desorganizados.
- 2) Temperamento temprano, que incluye 9 dimensiones y una lista revisada más reciente:
 - nivel de actividad
 - regularidad del funcionamiento biológico
 - facilidad para aceptar a nuevas personas y situaciones (aproximación- evitación)
 - sensibilidad a estímulos sensoriales
 - disposición de ánimo
 - intensidad de respuesta

²³ <http://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/screening-hcp.html>

²⁴ Murkoff, M., Eisenberg, A. & Hathaway, S. (2004). "What to expect the first year", Simon & Schuster Editions, London, UK

²⁵ Enciclopedia del Centro de excelencia para el desarrollo de la Primera Infancia (CEDPI) y la Red Estratégica de Conocimientos sobre el Desarrollo de la Primera Infancia (REC-DPI).
<http://www.enciclopedia-infantes.com/es-mx/inicio.html>

- nivel de distracción
- periodos de atención y persistencia

La lista revisada ahora incluye:

- extraversión, que está relacionada con afecto positivo
 - nivel de actividad, impulsividad y toma de riesgos
 - afecto negativo, que está relacionado con temor, enojo, tristeza y malestar
 - control esforzado, que está relacionado con cambio y mantenimiento de atención
 - sensibilidad perceptual y control inhibitorio y activacional.
- a. Lactancia materna y desarrollo emocional y social de la primera infancia, con impactos de la lactancia sobre el desarrollo psicológico, madurez, seguridad en si mismos, asertividad y adaptación conductual, además del valor nutricional y protección inmunológica.
 - b. Conducta del sueño, destacando la importancia del ambiente, la existencia de patologías, y la pregunta aun sin respuesta acerca de cuáles áreas del cerebro están involucradas.

Desarrollo del lenguaje y lectoescritura, señalando que las habilidades del lenguaje inicial están vinculadas al éxito en el aprendizaje lector posterior.

- 3) Desarrollo y socialización de la agresión: que incluye un amplio espectro de procesos: idealmente empieza con la receptividad del cuidador en la etapa inicial de la vida y se expande para incluir la socialización del control conductual, respuestas empáticas y habilidades para resolver problemas. La receptividad inadecuada de los cuidadores a la desregulación emocional y conductual de los niños pequeños aumenta el riesgo de presentar posteriormente problemas de agresión. La receptividad inapropiada incluye baja receptividad (reacciones pasivas o desapegadas) y sobre receptividad (reacciones fuertes).
- 4) Desarrollo afectivo: distinguiendo entre emociones básicas (felicidad, miedo) y emociones morales (vergüenza, culpabilidad, orgullo, estas últimas producidas en las interacciones sociales. El desarrollo emocional se relaciona con la habilidad de distinguir, nominar y expresar afectos y emociones, así como también con el pedir ayuda para la regulación emocional a través del consuelo para llegar a lograr a autorregulación, y crecer en ciclos fisiológicos regulares.
- 5) Funciones ejecutivas:: Las funciones ejecutivas son consideradas como funciones cognitivas no específicas, es decir, comprendidas en la regulación de todas las clases de comportamientos. Los aspectos claves del desarrollo emocional (empatía, teoría de la mente, principios morales, etc) están relacionados con la maduración del cortex prefrontal. El desarrollo del control ejecutivo está ligado a prácticas de

crianza y de educación. Las funciones ejecutivas son predictoras del logro escolar y resultados de salud mental.

Cabe notar que las áreas de higiene y cuidados básicos, alimentación, y ambientes seguros se dan por obvios en este esquema, y no se incluyen aspectos de salud física del recién nacido. En este sentido, el enfoque aquí propuesto tiene un énfasis mayor en el desarrollo neuropsicológico.

3. Logros del desarrollo mes a mes

En esta sección, se listan los logros/ hitos mes a mes que eventualmente todos los recién nacidos logran.

Se utilizó como base para esta tabla de desarrollo y logros el “Denver Development Screening Tests” y el “Clinical Linguistic and Auditory Milestone Scale (CLAMS), citado por Murkoff. Estos instrumentos prueban que:

- 90% de los bebés alcanza los logros de la primera categoría llamada “Su bebé debe ser capaz de”
- Un 75% en la categoría “Su bebé probablemente será capaz de” y “Su bebé posiblemente será capaz de”,
- mientras que un 25% pertenecería a la categoría “Su bebé incluso puede ser capaz de”.
-

Se emplearon estas últimas categorías en atención a que cubren específicamente el tramo de edad comprendido en este estudio. Cabe notar que esta fuente es un material para las familias y no sustituye las pruebas y herramientas de tamizaje del desarrollo empleadas por los profesionales de la salud.

En la siguiente tabla, se listan los hitos del desarrollo que el recién nacido debe y puede lograr mes a mes y en la última columna se agregan los signos que los CDC advierten a las familias como señales de alerta para el desarrollo del niño.

LOGROS DE LOS NIÑOS RECIÉN NACIDOS EN LOS PRIMEROS MESES DE VIDA E INDICADORES PARA ACTUAR A TIEMPO.

MES DE VIDA	DEBE SER CAPAZ DE:	PROBABLEMENTE SERÁ CAPAZ DE:	POSIBLEMENTE, PUEDE SER CAPAZ DE:	INCLUSO PUEDE SER CAPAZ DE:	INDICADORES IMPORTANTES: ACTUE A TIEMPO SI SU BEBE:
PRIMER MES	Levantar la cabeza brevemente cuando está boca abajo sobre una superficie plana Enfocar una cara	Responder a una campana de alguna manera, tal como sorprenderse, llorar o tranquilizarse Responder a una campana de alguna manera, tal como sorprenderse, llorar o tranquilizarse	Levantar la cabeza 45 grados cuando está boca abajo	Vocalizar de maneras distintas al llanto. (Por ejemplo arrullo) Levantar la cabeza 90 grados cuando está boca abajo Mantener la cabeza erguida en posición vertical Juntar sus manos Sonreír espontáneamente	(no hay indicadores)
SEGUNDO MES	Sonreír en respuesta a su sonrisa (cuidador) Responder a una campana de alguna manera, tal como sorprenderse, llorar o tranquilizarse.	Vocalizar de manera distinta a llorar (por ejemplo arrullo) Al estar boca abajo, levantar su cabeza en 45 grados.	Mantener la cabeza erguida en posición vertical Al estar boca abajo, levantar el pecho con el apoyo de sus brazos Darse la vuelta (sólo en un sentido) Prestar atención a pequeños objetos Alcanzar un objeto Decir "a-gú" o combinación similar de vocal-consonante.	Sonreír espontáneamente Juntar sus manos Al estar boca abajo, levantar la cabeza en 90 grados Reír en voz alta Chillar de alegría Seguir un objeto sujetado alrededor de 15 centímetros por encima de la cara del bebé y que se mueve en 180 grados (de un lado a otro), con el bebé siguiendo el movimiento.	No responde ante ruidos fuertes No sigue con la vista a las cosas que se mueven No le sonríe a las personas No se lleva las manos a la boca No puede sostener la cabeza en alto cuando empuja el cuerpo hacia arriba estando boca abajo.

TERCER MES	Estando boca abajo, levantar su cabeza en 45 grados.	Reír en voz alta Boca abajo, levantar la cabeza hasta 90 grados Chillar de alegría Juntar sus manos Sonreír espontáneamente Seguir un objeto sujetado alrededor de 15 centímetros por encima de la cara del bebé y que se mueve en 180 grados (de un lado a otro), con el bebé siguiendo el movimiento.	Mantener la cabeza erguida en posición vertical Al estar boca abajo, levantar el pecho con el apoyo de sus brazos Darse la vuelta (sólo un sentido) Agarrar un sonajero Prestar atención a objetos pequeños.	Soportar algo de peso en las piernas cuando se mantiene en posición vertical Alcanzar un objeto Mantener el nivel de la cabeza con el del cuerpo cuando lo van a sentar Girar en la dirección de una voz, especialmente la materna o del cuidador principal Decir "a-gú" o combinación similar de vocal-consonante Soplar con los labios cerrados haciendo el sonido "razz".	(no hay indicadores)
CUARTO MES	Boca abajo, levantar la cabeza hasta 90 grados - Los bebés que pasan poco tiempo en el estómago durante el juego puede llegar a este hito más tarde, y eso no es motivo de preocupación Reír en voz alta Seguir un objeto alrededor de 15 centímetros por encima de la cara, en movimiento de 180 grados (de un lado a otro).	Mantener la cabeza erguida en posición vertical Boca abajo, levantar el pecho con el apoyo de sus brazos Agarrar un sonajero Prestar atención a un objeto pequeño Alcanzar un objeto Chillar de alegría	Mantener el nivel de la cabeza con el cuerpo cuando lo sientan Darse la vuelta (sólo en un sentido) Girar en la dirección de una voz, especialmente la materna o del cuidador principal Decir "a-gú" o similares combinaciones vocal-consonante.	Soportar algo de peso en las piernas cuando se mantiene en posición vertical. Sentarse sin apoyo. Objetar si intentan quitarle un juguete. Girar en la dirección de una voz.	No sigue con la vista a las cosas que se mueven No le sonríe a las personas No puede sostener la cabeza con firmeza No gorjea ni hace sonidos con la boca No se lleva las cosas a la boca No empuja con los pies cuando le apoyan sobre una superficie dura Tiene dificultad para mover uno o los dos ojos en todas las direcciones

QUINTO MES	Sonreír espontáneamente Sonreír de vuelta cuando sonríes Mantener el nivel de la cabeza con el del cuerpo cuando se le sienta.	Darse la vuelta (sólo en un sentido) Decir “a-gú” o similares combinaciones vocal-consonante Soportar algo de peso en las piernas Girarse en la dirección de una voz.	Sentarse sin apoyo.	Después de estar sentado, sostenerse de algo para estar de pie Pararse sosteniéndose de alguien o algo Quejarse si usted trata de quitarle un juguete Esforzarse para llegar a un juguete fuera de su alcance Pasar un cubo u otro objeto de una mano a la otra Buscar un objeto que tiró Combinar vocales y consonantes como “ga-ga-ga”, “ma-ma-ma”.	(no hay indicadores)
SEXTO MES	Mantener el nivel de la cabeza con el del cuerpo cuando se siente Decir “a-gú” o similares combinaciones de consonantes y vocales	Soportar algo de peso en las piernas cuando se mantiene en posición vertical Sentarse sin apoyo Girar en la dirección de una voz Soplar con los labios cerrados haciendo el sonido “razz”.	Pararse sosteniéndose a alguien o algo Objeta si intenta quitarle un juguete Se esfuerza para conseguir un juguete que está fuera de su alcance Pasar un cubo u otro objeto de una mano a la otra Mover los dedos como rastrillo hasta agarrar un objeto pequeño y recoger el puño para afirmarlo Combina vocales y consonantes, como “ga-ga-ga, ba-ba-ba, ma-ma-ma-, da-da da” Comer por sí mismo una galleta o alimento similar.	Arrastrarse o gatear Pararse luego de estar sentado Sentarse luego de estar boca abajo Recoger objetos pequeños con el pulgar y el dedo Decir “mamá” o “papá” indiscriminadamente.	No trata de agarrar cosas que están a su alcance No demuestra afecto por quienes le cuidan No reacciona ante los sonidos de alrededor Tiene dificultad para llevarse cosas a la boca No emite sonidos de vocales (“a”, “e”, “o”) No rueda en ninguna dirección para darse vuelta No se ríe ni hace sonidos de placer Se ve rígido y con los músculos tensos Se ve sin fuerza como un muñeco de trapo
Fuente: Murkoff, M., Eisenberg, A. & Hathaway, S. (2004). “What to expect the first year”, Simon & Schuster Editions, London, UK Fuente Columna Indicadores Importantes: actúe a tiempo si su bebe: http://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/actearly/milestones/milestones-2mo.html					

Las áreas de desarrollo antes indicadas pueden ser fácilmente consideradas en la crianza del recién nacido, en particular porque disponen de indicadores claros y precisos para los cuidadores. Sin embargo, incluir estas áreas supone incorporar fuertemente una dimensión de *sensibilidad parental*, la cual, a la vez, solo puede ser considerada a través de la educación a los cuidadores.

4. El PARN y las condiciones mínimas de bienestar para los niños chilenos

Como se ha mencionado anteriormente, el PARN busca ser una intervención poblacional que permita a los niños chilenos acceder a unas condiciones mínimas de bienestar en sus primeros meses de vida. Dichas condiciones mínimas constituyen una priorización basada en las ciencias del desarrollo infantil temprano y en un enfoque de equidad. Estas condiciones mínimas se establecen como sigue:

- Niños con su necesidad de **sueño diurno** (siestas) satisfechas, en su cuna, con horarios regulares.
- Niños con su necesidad de **sueño nocturno** satisfecha, en su cuna, al lado de la cama de sus padres, que se duerman en un horario similar diariamente, y que duerman en total el número de horas necesarias, en un lugar propio, seguro y de calidad.
- Niños que **tomen pecho exclusivo**, hasta los seis meses, con comodidad sobre el cojín de lactancia.
- Niños cuya necesidad de **higiene básica** diaria, de aseo genital (en cada muda) y de baño (con la periodicidad particular) satisfecha, piel de genitales con protección ante dermatitis por contacto.
- Niños con su necesidad de **abrigo** inicial satisfecha, a través del uso de la vestimenta inicial, y de **abrigo nocturno** por la ropa de la cuna al dormir.
- Niños con su necesidad de **contacto físico** satisfecha, a través de la realización de masajes y de ser cargados o tomados en brazos por sus cuidadores.
- Niños con sus **ciclos fisiológicos** (alimentación, descanso, mudas, baño, abrigo, estimulación) regulares.²⁶

Estas condiciones mínimas de abrigo, alimentación, higiene, descanso, afecto, consuelo, interacción sensible, seguridad y protección desde los primeros días de vida de los niños chilenos se ven reflejadas en los paquetes de apego, cuidados básicos, cuna – corral, higiene y educación. El criterio de equidad desde los primeros días de vida refiere, por una parte, a que los niños dispongan de los elementos mínimos y de calidad adecuada, reduciendo por tanto un importante gasto inicial para las familias y, por otra parte, refiere a la importancia de los primeros meses de vida para el futuro desarrollo del niño. A estos criterios mínimos de bienestar es preciso agregar una adecuada alimentación y nutrición para aquellos que no pueden ser amamantados, o que lo son insuficientemente por diversos motivos, y acceso a la salud- que es brindado por los servicios de salud.

²⁶ Minuta técnica Ministerio de Planificación, 2012.

V. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

El desarrollo infantil temprano es un tema que ha tendido a evolucionar con rapidez en la ciencia, y que ha conducido a cambios significativos en la comprensión de este fenómeno, e incluso en la propia concepción del niño. Esto lleva a observar al niño como poseyendo un conjunto de potencialidades que antes no eran reconocidas, a la vez que atender a diversas necesidades cada vez más complejas y a modificar el propio concepto de cuidados del recién nacido para satisfacer dichas necesidades y potenciar su desarrollo.

En este marco, el PARN resulta interesante por su complejidad e innovación. Es importante destacar que el apoyo instrumental ofrecido en el ajuar es considerado un signo- país que ya se ha establecido y que es preciso mantener y que es valorado por los receptores del mismo, particularmente entre aquellas familias de menores ingresos.

En esta sección, se sintetizan y discuten los principales resultados de acuerdo a los dos componentes del PARN: apoyo instrumental y educación, y las sugerencias de mejoras en cada área. En los dos últimos puntos, se discuten posibles áreas de desarrollo del PARN a ser priorizadas en una nueva versión del programa, y por último, se señalan y discuten sugerencias relativas a la política pública.

1. El componente instrumental del PARN y las áreas de desarrollo priorizadas

En general, las madres y padres pueden establecer una lógica de uso de los implementos pero están más distantes de conocer cuáles son los efectos esperados sobre las distintas áreas de desarrollo del niño priorizados por el programa. Cabe recordar que solo un 3.6% de los encuestados señala haber aprendido el uso de implementos del ajuar en diversos talleres.

Los implementos del ajuar más utilizados son la cuna- corral y ropa de cama, toalla de baño, set de limpieza, cojín de lactancia y mudador- todos ellos con porcentajes alrededor de 90%; en segunda instancia, con porcentajes en el rango de 70-80%, están la ropa, la mochila y la cartilla educativa.

Los elementos menos utilizados por madres y cuidadores principales son el porta bebé Mei- tai (39.7% reporta usarlo) y la goma eva (64.4% reporta usarlo.) Es posible que la pregunta por el lugar donde está el recién nacido cuando está despierto refleje más limpiamente este hábito de crianza que la pregunta por uso de los implementos: el recién nacido pasa 0.3% del tiempo en que está despierto en el porta bebé Mei-Tai y un 2.8% del tiempo en el suelo sobre tela limpia o goma eva. Aunque los motivos de bajo uso son distintos en cada caso, parece existir una explicación común: gran parte del tiempo que el recién nacido está despierto, lo pasa en el coche (30%) y en la silla nido (11%), es decir, dos lugares que no permiten ni movilidad ni desarrollo del apego.

La función de transporte del recién nacido del porta bebé Mei Tai es reconocida por los encuestados, pero no así su función en el desarrollo del apego, en condiciones en que el

contacto piel a piel y la posición canguro son aspectos ampliamente documentados en la literatura. En cambio, el uso de mochilas o sillas canguros no produce este efecto en el desarrollo motor y en el apego producido por el Mei-Tai. Cabe notar que en el estudio de satisfacción de usuario realizado por el PARN en 2011, también el porta bebé – entonces en un modelo bandolera- fue uno de los implementos de menor uso. A partir de este dato, el PARN reemplazó el porta bebé tipo bandolera por el modelo Mei-Tai, el cual también resulta con bajo uso. Sería necesario explorar específicamente las modalidades de transporte efectivamente empleadas por las madres y cuidadores, pues pareciera que el porta bebé mismo, más que el modelo en particular, no resulta adecuado a los hábitos de crianza actuales, sea por el privilegio del coche, o del transporte en brazos.

En relación con la goma eva, si bien es más utilizada que el porta bebé, su principal asociación es con el juego y la estimulación antes que con el desarrollo motor propiamente tal.

La cuna- corral aparece valorada principalmente por su costo monetario en el caso de familias de menores ingresos, antes que el área priorizada de protección del sueño, aunque su significado es obvio y correctamente asociado con este. Cabe destacar que el 65,8% de los encuestados señala que al recién nacido que tiene sueño no le importa si hay ruido a su alrededor (radio y TV). Pareciera pues que la cuna- corral podría estar evitando el co- lecho o ser una alternativa a este, pero las condiciones del hogar para la protección del sueño no estarían siendo atendidas.

El significado y uso del set de implementos de limpieza y el mudador resulta evidente para las receptoras del ajuar, y aun cuando el aceite de masajes no es tan evidente, también lo utilizan y asocian correctamente con la relajación y cuidados del recién nacido.

Al contrastar las áreas de desarrollo priorizadas por el programa con aquellas priorizadas por las madres y cuidadoras principales, se observa una disociación. Es así como para las madres y cuidadores principales, el área crucial para el desarrollo del recién nacido es la correcta alimentación, aspecto que es más fuerte entre aquellas madres más jóvenes, y es, a la vez, el área de crianza de la cual se sienten más seguras (sin embargo, no es claro que las madres se refieran a la alimentación como lactancia materna exclusiva). En segunda instancia, la salud física del recién nacido es priorizada por madres y cuidadores principales. Así, si bien el componente del ajuar cojín de lactancia es asociado con lactancia y comodidad por las encuestadas, y dicen utilizarlo.

Un área priorizada por las madres y cuidadores principales y que no parece resuelta por a través de la educación proporcionada por el programa es el manejo del llanto. Cabe notar que este área tiene una importancia destacada en la literatura sobre el desarrollo del recién nacido y que existen intervenciones documentadas que son efectivas para el manejo del llanto, como el contacto piel a piel y la posición canguro. Este tema está considerando en los contenidos de los talleres educativos del PARN. Es aquí, también, donde el porta bebé Mei Tai está fallando por su escaso uso y comprensión de su potencial efecto positivo sobre el desarrollo del recién nacido.

El área de desarrollo cognitivo y estimulación del recién nacido no parece ser una prioridad para las madres y cuidadores principales: hay un alto porcentaje de madres que miran y cantan al y un bajo porcentaje que le hablan y le leen. Si se considera que mirar al bebé no significa necesariamente hacer contacto visual con él, habría que considerar hablarle y leerle como indicadores más duros del desarrollo cognitivo y estimulación. Lo anterior no se debe a un desconocimiento de las capacidades del recién nacido, pues el índice de capacidades empleado en la encuesta muestra una percepción relativamente adecuada de dichas capacidades, como tampoco a la existencia de mitos o supercherías, que son relativamente pocos, o que no producen daño. El PARN dispone de educación en interacciones cara a cara, fomento de lenguaje y regularización de los ciclos fisiológicos que fomentan predictibilidad del lactante.

Como se puede observar, a las madres y cuidadores principales les preocupa fundamentalmente los aspectos biológicos del desarrollo del recién nacido y no parece haberse asentado aun el concepto de desarrollo infantil temprano. Este es un tema que, tal como lo señalara uno de los expertos, necesitaría ser instalado en la cultura chilena, a través de distintas modalidades y que excede lo que pueden hacer los equipos de salud a través de intervenciones educativas locales.

De acuerdo a lo expresado por los expertos, los siguientes son los elementos del ajuar a mantener, cambiar, mejorar o quitar:

- Cuna- corral, juego de sábanas y colcha: la evidencia es bastante concluyente respecto del riesgo muerte súbita al tapar al bebé. Se propone, eliminar la colcha y que se promoviera que el bebé debe dormir descubierto, y, que si hace frío, se le abrigara un poco. Se sugiere que el colchón disponga de un protector para evitar que se humedezca con la orina. Se sugiere mantener la cuna en versión desarmable dado el escaso espacio en los hogares vulnerables.
- Goma eva: Se sugiere unas dimensiones de 1,1/2mts. X 1,1/2mts y de material grueso y lavable, y que debiera enfatizarse la educación en el desarrollo psicomotor del bebé, evitando que este pase demasiado tiempo en coches o sillas. También es posible reemplazar la goma eva por un yoga mat o por una tela lavable y firme.
- Aceite de masajes: Se sugiere que el aceite sea neutro²⁷ y que eventualmente es prescindible dado su bajo costo.
- Crema Hipoglos: Se sugiere enfatizar el uso de la crema cuando efectivamente el bebé tenga ceciduras y no de forma preventiva. De existir un problema de costos, esta crema puede ser reemplazada por Crema Lassar.
- Artículos de aseo: Estos podrían ser prescindibles. Es mejor usar el menor jabón posible y emplear un shampoo muy suave dado que la piel del bebé es muy sensible.
- Vestuario: es importante para las madres más vulnerables.
- Cojín de lactancia: Hay opiniones encontradas: para gran parte de los expertos, este elemento es básico pues además de fomentar la lactancia, fomenta el apego. Otro

²⁷ El aceite de masajes distribuido por el PARN actualmente es efectivamente neutro, sin aroma.

experto indica que cojín de lactancia sin una adecuada educación para su uso correcto, no resulta muy práctico.

- Porta bebé Mei- Tai: También hay opiniones encontradas entre los expertos: algunos señalan que el cambio de la bandolera del anterior ajuar por el Mei-Tai es un gran avance pues en este el bebé no tiene el cuello semi- flectado y fomenta el contacto piel a piel. Señala además la existencia de casos de muerte súbita en Estados Unidos ocasionados por el tipo de porta bebé. Otros dicen dudar si es mejor el porta bebé tipo bandolera o el Mei –Tai, aunque coinciden que cualquiera de ellos fomenta el contacto con el niño. Señalan también las dificultades de uso del Mei-Tai. Otro experto señala que el tipo de porta bebé debiera ser optativo según las pautas culturales propias.

Los siguientes elementos son posibles de incorporar en el ajuar, de acuerdo a la visión de los expertos y del equipo investigador:

- Juguetes para la estimulación del bebé, de buena calidad y acordes a la edad; fomentar la estimulación sonora y mensajes auditivos, y estimulación en motricidad fina: pelotas o cuadrados acordes al tamaño del niño para ayudarlo a liberar el pulgar. Libros-objeto con texturas.
- Libros de cuentos que estimulen la lectura de los padres a los niños desde la primera infancia.
- Soportes con efectos del tipo “Ruido blanco”: como el producido por secadores de pelo, agua cayendo, aspiradora. Por ejemplo un CD con sonidos de agua.
- Sillas para auto, en el futuro, dado que hoy en día el auto no es un privilegio, de acuerdo a lo señalado por una experta, y que existe una normativa al respecto.

Se sugiere no introducir un coche, o sillas ya que desestimularía el uso del porta bebé, que, de acuerdo a la evidencia, fomenta el contacto piel a piel, disminuye el llanto y los cólicos.

La evidencia muestra que es necesario mantener y fortalecer las áreas mínimas priorizadas por el PARN actualmente. Respecto a la lactancia materna, pues, además de prevenir enfermedades (infecciones generales, gastrointestinales y del aparato respiratorio), resulta en efectos positivos sobre el vínculo y la empatía en la relación madre- hijo. Este es un desafío, pues incluso en países como Estados Unidos, no se ha logrado cumplir la meta de lactancia exclusiva hasta los 6 meses. Las intervenciones medidas a través de distintos instrumentos y modalidades no son concluyentes.

En el área de fortalecimiento del apego seguro, no se encontró efectos significativos en seguridad de apego entrenando a madres de niños menores de 6 meses en el uso de masajes; sin embargo, otro estudio encontró efectos positivos significativos en apego seguro usando un portabebés suave, y efectos positivos pero no significativos en sensibilidad materna.

En el área de protección del sueño, la evidencia muestra que para el recién nacido prematuro, el sueño es un elemento muy importante para el desarrollo pues ayuda a crear una buena condición clínica, aumento de peso saludable, dominar la alimentación oral completa y a

mejorar la relación cuidador-bebé, y el desarrollo del cerebro. Además de asegurar las condiciones básicas para el sueño (reducir los niveles de ruido, crear un período de semi-oscuridad y proteger la cara del infante de la luz directa), se señala la importancia de la presencia de los padres y un cuidado individualizado.

Respecto al contacto piel a piel, la revisión de la evidencia posterior a 2008, muestra diferentes efectos en la lactancia, el manejo del llanto excesivo, y disminución del dolor.

En relación con el desarrollo motor un estudio mostro que los lactantes de preferencia prona consiguen hitos específicos antes que los de preferencia no prono. La preferencia por la posición prona afectó a la edad de adquisición de gatear-en-abdomen, pero no el resto de resultados de motor. Otro estudio realizado entre recién nacidos brasileños mostro que las diferencias en el desarrollo motor entre los niños brasileños y las escalas estandarizadas internacionales pueden ser una consecuencia de las diferentes prácticas de los padres y no indican necesariamente retraso motor.

Como se observa, si bien la evidencia no es concluyente para todas aquellas áreas mínimas priorizadas por el PARN, existe importante evidencia que puede ser incorporada para fortalecer la acción en las mismas.

Las condiciones mínimas para que los recién nacidos chilenos accedan en forma igualitaria a situaciones que les permitan a los cuidadores principales promover el desarrollo infantil temprano serían la lactancia materna/ alimentación, el apego y la prevención de accidentes. En este sentido, los elementos del ajuar entregado por el PARN ofrecen las condiciones mínimas para promover el desarrollo infantil temprano. Sin embargo, es preciso reforzar el uso adecuado y la educación de las familias para que dicho desarrollo efectivamente se logre.

2. El componente educativo del PARN, fuentes de información para la crianza y sugerencias de mejoras

Sólo un 33.6% de las madres y cuidadores consultados recibió capacitación en el consultorio en el periodo prenatal, mientras que un 66% no lo recibió en dichas ocasiones y solo un 10% recibió capacitación en el periodo posnatal; en el hospital, las cifras son aún más preocupantes: 20.3 % recibió capacitación y un 80% no lo hizo. Entre quienes recibieron capacitación, sólo un 3.6% recibieron capacitación en el uso de los implementos del ajuar²⁸. Esta baja participación contrasta con la sugerencia de informe de evaluación de la Dirección de Presupuestos en 2012, el cual señala que los dos focos de la educación a las familias son el uso de los implementos del set y crianza temprana con enfoque respetuoso del bebé²⁹. A la vez, esta baja participación contrasta con la alta legitimidad que las familias atribuyen al personal de salud como fuente de información, según expresado en este estudio. Los expertos proporcionan algunas pistas para

²⁸ Existe una posible confusión entre las actividades de entrega del ajuar y los talleres, pues los registros del MINSAL indican cifras mayores de participación en talleres

²⁹ Informe Final de la Evaluación de Programas Gubernamentales de la Dirección de Presupuestos (DIPRES). En: Nota metodológica 2012.

interpretar la baja participación, entre ellas, el hecho que muchas madres tienen sus controles prenatales en centros privados y luego se atienden en el hospital público para el parto; otra explicación posible son las escasas condiciones de tiempo y espacio para ofrecer capacitación en el hospital, aspecto observado en una visita a terreno en este estudio, además del hecho de que personal de salud está actualmente insuficientemente capacitado, excedido en sus labores y con recursos logísticos escasos. Sin embargo, es necesario recordar que 88% de las encuestadas pertenece a FONASA y solo un 5.9% a ISAPRE. De este modo, la explicación de atenderse en centros privados y luego en el hospital público no parece generalizable; mientras que el deficiente equipamiento para capacitación en los hospitales públicos es de público conocimiento así como la capacidad excedida del personal de salud. Otra sugerencia formulada por un experto es enfatizar que se capacite de haga utilizando situaciones reales, tal que la beneficiaria se pueda identificar mejor con la situación. Cabe destacar, además, que no solo parece preocupante el acceso a las instancias educativas, sino que además los contenidos educativos ofrecidos son relativamente nuevos y desconocidos para las madres y cuidadores principales, y tienen también una complejidad alta: cada implemento del ajuar contiene unas instrucciones de uso/ armado/ frecuencia, etc.- por ejemplo, hay reportes cualitativos de dificultades para armar la cuna- corral- y una o más variables del desarrollo infantil temprano para afectar las pautas de crianza en los hogares. El caso de la protección del sueño como se indicara supone no solo lograr su regulación horaria y condiciones de seguridad, sino además modificar factores ambientales en los hogares como el ruido.

Un aprendizaje importante para aquellas mujeres que han participado es el valor de la lactancia para sus hijos, pues no es un saber innato ni aprendido con anterioridad. En el caso de los padres, estos talleres los acercan a un ámbito de la experiencia que no tiene una memoria en su biografía – es decir, sus padres no tenían estos conocimientos sobre la crianza y por lo mismo, su participación era presumiblemente más distante del cuidado directo de los niños.

Los familiares resultan una importante fuente de información y consulta puntual, como también los consultorios. El acceso a internet como fuente de conocimiento y consulta sobre la crianza, si bien es bajo en términos de uso para estos fines, reviste aspectos positivos, como el propio interés por consultar y, preocupantes, como la calidad acerca de la información a la cual los padres acceden. Cabe señalar que algunas familias acceden a la página del programa PARN lo que es muy favorable y deja abierta la pertinencia de potenciar este canal.

La baja participación de los padres en los cuidados de recién nacido es preocupante. En este sentido, intervenciones como “Nadie es perfecto” pueden constituir una oportunidad de mejorar las competencias de los hombres en el proceso de crianza.

Los expertos, en tanto, recalcan la necesidad de que los elementos del ajuar necesitan ser entregados con una educación a las madres y cuidadores principales respecto al objetivo que buscan lograr y al buen uso de los mismos, así como también la necesidad de disponer de metodologías educativas acordes a estos fines, de espacios adecuados para la atención, y de retroalimentación de las propias usuarias respecto a la educación en términos de contenidos, oportunidad y duración. Mencionan también la necesidad de que el PARN tenga un

seguimiento en la atención primaria. Destacan también que, si bien las cartillas empleadas por Chile Crece Contigo son muy buenas, en la práctica no resultan útiles para una población que no lee.

Respecto a los contenidos educativos mínimos para las familias de alto riesgo psicosocial, parece pertinente incorporar intervenciones relacionadas con la contención y la regulación emocional. Además es necesario enfatizar en apego, lactancia materna y estimulación como contenidos mínimos, así como en estilos parentales.

Algunas sugerencias de los expertos para ofrecer una atención integral y una educación acorde en el marco del PARN actual es a través del fortalecimiento de la acción intersectorial, particularmente de aquellas instancias más cercanas a la población como son los DIDECOS, entre otros; mejoramiento a nivel de la atención primaria y el mejoramiento de la gestión de recursos humanos en las maternidades; y el seguimiento a las familias más vulnerables a través de visitas domiciliarias. Se sugiere también el trabajo con monitores comunitarios y de grupos de padres y madres en la comunidad. Se sugiere también educar no sólo a las madres sino a las familias, en atención que este cambio de paradigma en la primera infancia es de largo plazo, así como educar a los segundos cuidadores.

3. Posibles áreas de desarrollo

En términos generales, las condiciones priorizadas por el PARN se ajustan a lo observado en este estudio tanto en la revisión de literatura, la sección cualitativa y la cuantitativa. No obstante, existe también un amplio campo de mejoras en diversos aspectos del programa.

La vinculación entre el set de implementos y las pautas de crianza que lleva asociada, dependerá del fortalecimiento del componente educativo y de la fortalecer la educación y el uso de los implementos correspondientes para potenciar áreas específicas del desarrollo como la cognitiva, la motora y el apego, estimulación sonora, visual y motora, y a fortalecer el rol parental. Como se señalara anteriormente, el instalar el concepto de desarrollo infantil temprano es un desafío debiera ser asumido como sociedad.

Es preciso robustecer la sensibilidad parental y educar a los padres y cuidadores a comprender las señales del recién nacido y atender a sus necesidades en un tiempo de respuesta rápido. Sería preciso hacer mayor conciencia sobre el desarrollo infantil temprano a partir de la gestación. Este informe sintetiza un conjunto de indicadores en las áreas social y emocional, habla y comunicación, cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas), desarrollo motor y físico que es posible emplear para fortalecer la sensibilidad parental. Tanto la evidencia como los expertos entrevistados señalan que este es un campo crítico para el desarrollo del niño. La evidencia muestra que a mayor habla materna aumenta la sensibilidad de la madre y que el mayor cuidado psíquico mejora las interacciones con el hijo; pero que el cuidado físico por sí sólo no asegura necesariamente mayor sensibilidad parental ni capacidad de respuesta (*responsiveness*). También la evidencia indica que la percepción de la capacidad

de respuesta de los padres puede ayudar a regular y estructurar la autorregulación psicológica del bebé.

La evidencia en la literatura señala que es posible mejorar las intervenciones en el periodo post natal inmediato. Esta es una ventana de oportunidad para el desarrollo del apego y la lactancia a través del contacto piel a piel. La evidencia muestra que el contacto piel a piel es susceptible a factores temporales, es decir, que debe comenzar de inmediato luego del parto y que este podría tener efectos duraderos sobre el apego y la lactancia, además del manejo del llanto y del dolor. Como muestran los resultados de la encuesta, la educación e información a la que acceden las beneficiarias en el hospital en el periodo post parto es menor que aquella recibida en el periodo prenatal.

4. Aspectos de política pública y modalidades de intervención

Las herramientas de intervención tales como educación a los padres y cuidadores, visitas domiciliarias, apoyo de personal voluntario, apoyos y materiales educativos, ofrecen oportunidades para diseñar nuevas acciones; sin embargo, es preciso tener en cuenta que las intervenciones sociales en ambientes reales, no experimentales, resultan más complejas de evaluar en sus efectos y, particularmente, en plazos largos. La evidencia estudiada utilizando estas herramientas no es concluyente, y es atingente a las condiciones de implementación y a las culturas locales.

Si bien el PARN es un programa universal para aquellos niños que nacen en los hospitales públicos del país y para las familias de complejidad baja y media, los expertos llaman la atención sobre la necesidad de focalización en poblaciones especialmente vulnerables a través de acciones específicas a quienes no logran cubrir adecuadamente las necesidades más básicas de los recién nacidos. Cabe notar, además, que el origen de la vulnerabilidad de los recién nacidos en Chile, es de carácter socioeconómico y de pertenecer a familias de alta complejidad. Sería pues necesario fortalecer la acción intersectorial y diversificar las modalidades de atención a las familias más vulnerables, tal como señalan los expertos, a través de visitas domiciliarias y monitores comunitarios, según sea la posibilidad real de sostener este tipo de apoyo en el tiempo. Aunque el Ministerio de Salud dispone actualmente de un programa focalizado en las poblaciones más vulnerables, esto puede reforzarse fundamentalmente a través de un mejoramiento de las vinculaciones con instituciones públicas relacionadas, tales como servicios de salud, municipios, JUNJI, entre otros.

Otras formas de focalización, por ejemplo, la entrega selectiva del ajuar o una mayor focalización en la entrega y el uso de implementos de más alto costo, como la cuna, pueden resultar muy difíciles y costosas de ejecutar.

En el área particular de salud del recién nacido, los expertos sugieren líneas de desarrollo futuro para el PARN, tales como ampliar el espectro de exámenes de detección precoz de algunas disfunciones y patologías y la incorporación de la salud mental del recién nacido como una especialidad de la psicología.

La revisión de la literatura sobre programas internacionales muestra que las intervenciones de desarrollo infantil exitosas son aquellas que empiezan tempranamente en la vida del niño, contienen intervenciones coordinadas que incluyen salud, nutrición, educación y desarrollo económico, tienen un curriculum definido y modalidades de entrenamiento del personal y de los cuidadores principales, consideran oportunidades prácticas para que los cuidadores principales y los propios niños experimenten e instiguen su propio aprendizaje. Otro elemento no menor es la articulación entre el Estado, la comunidad y las familias. No obstante, no existe un paquete de intervenciones acordadas que aseguren el mejor desarrollo infantil posible, y también existen interrogantes importantes respecto a la focalización de las intervenciones, es decir, en cuales grupos de niños las intervenciones resultan mejor.

En síntesis, si bien el PARN es un programa innovador y bien recibido, existe un amplio campo de mejoras incrementales de los componentes actuales y de apoyo a familias de mayor complejidad, y un amplio campo de desarrollo de otras áreas de desarrollo infantil y de salud. Es preciso notar que tanto las mejoras como la introducción de otras áreas de desarrollo tienen implicancias de política pública importantes, y que existe una falta de evidencia concluyente respecto de los instrumentos de intervención disponibles y utilizables en condiciones reales, no experimentales.

5. Tabla de síntesis

Áreas Prioritarias de desarrollo del niño	Áreas Prioritarias de desarrollo del niño incluidas en el PARN	Dimensiones	Situación reportada en estudios, programas en otros países, y opinión de familias usuarias y expertos	Implemento o satisfactor actual del Programa	Satisfactor o recomendaciones propuestas en el Programa para contribuir al desarrollo infantil temprano	Efectos en el desarrollo infantil temprano
Social y emocional	AREA PROTECCIÓN DEL SUEÑO	Necesidad de sueño diurno satisfecha Necesidad de sueño nocturno satisfecha	- Evidencia concluyente respecto del riesgo muerte súbita al tapar al bebé. - Alta valoración social y uso de la cuna- corral y ropa de cama - Tendencia al uso excesivo de la cuna y el coche para dejar al bebé cuando está despierto en desmedro de la estimulación motora del niño. - Evidencia que a nivel de usuarios un alto porcentaje considera que la presencia de ruidos no es preocupante para el sueño del bebé.	Cuna- corral, juego de sábanas elasticada y colcha	- Proponer uso esporádico de la colcha - Incorporar protector del colchón para evitar que se humedezca con la orina. - Mantener la cuna en versión desarmable dado el escaso espacio en los hogares vulnerables.	La evidencia muestra que para el recién nacido prematuro, el sueño es un elemento muy importante para el desarrollo pues ayuda a crear una buena condición clínica, aumento de peso saludable, dominar la alimentación oral completa y a mejorar la relación cuidador-bebé, y el desarrollo del cerebro. Además de asegurar las condiciones básicas para el sueño (reducir los niveles de ruido, crear un período de semi-oscuridad y proteger la cara del infante de la luz directa), se señala la importancia de la presencia de los padres y un cuidado individualizado.
	APEGO Y EMOCIONAL	Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	- Para las usuarias del PARN la alimentación es el área de la crianza en la que se sienten más seguras. Sin embargo, no se considera necesariamente que se refieran a la lactancia materna exclusiva. - El uso del cojín de lactancia está bastante extendido entre las madres y tiene múltiples usos: no siempre asociados a la lactancia.	Cojín de lactancia	- IPara gran parte de los expertos, este elemento es básico pues además de fomentar la lactancia, fomenta el apego. - Otro experto indica que cojín de lactancia sin una adecuada educación para su uso correcto, no resulta muy práctico. - Se sugiere fortalecer la educación sobre la lactancia y sobre los beneficios del uso del cojín.	La lactancia materna ayuda a prevenir enfermedades (infecciones generales, gastrointestinales y del aparato respiratorio). Efectos positivos sobre el vínculo y la empatía en la relación madre- hijo. Efectos sobre el bienestar físico de la madre (evitar malas posturas y dolor de espalda) y seguridad del niño.

		Necesidad de contacto físico satisfecha	-El Porta bebé Mei- Tai es el implemento de más bajo uso reportado por las usuarias y ofrece gran dificultad. Está más asociado al transporte que al apego. - Su uso requiere de la ayuda de otra persona, es decir, es muy difícil para una madre manipularlo de manera autónoma. - También hay opiniones encontradas entre los expertos: algunos señalan que el cambio de la bandolera del anterior ajuar por el Mei-Tai es un gran avance pues en este el bebé no tiene el cuello semiflectado y fomenta el contacto piel a piel. Señala además la existencia de casos de muerte súbita en Estados Unidos ocasionados por el tipo de porta bebé. Otros dicen dudar si es mejor el porta bebé tipo bandolera o el Mei –Tai, aunque coinciden que cualquiera de ellos fomenta el contacto con el niño. Señalan también las dificultades de uso del Mei-Tai. Otro experto señala que el tipo de porta bebé debiera ser optativo según las pautas culturales propias. Como muestran los resultados de la encuesta, la educación e información a la que acceden las beneficiarias en el hospital en el periodo post parto es menor que aquella recibida en el periodo prenatal.	Mei tai	Se sugiere realizar un estudio específico sobre el transporte de los recién nacidos, además de enfatizar la educación en el uso del Mei-Tai	Respecto al contacto piel a piel, la revisión de la evidencia posterior a 2008, muestra diferentes efectos en la lactancia, el manejo del llanto excesivo, y disminución del dolor.
--	--	--	---	----------------	--	--

Cognitiva (aprendizaje, razonamiento, resolución de problemas)	AREA DE DESARROLLO COGNITIVO	Goma eva y educación (fomento de lenguaje, interacciones cara a cara, regularización de ciclos fisiológicos).	- El reporte cuantitativo indica que el desarrollo cognitivo no parece ser una prioridad para las madres y cuidadores principales: hay un alto porcentaje de madres que miran y cantan al bebé y un bajo porcentaje que le hablan y le leen. - Si se considera que mirar al bebé no significa necesariamente hacer contacto visual con él, habría que considerar hablarle y leerle como indicadores más duros del desarrollo cognitivo y estimulación. Lo anterior no se debe a un desconocimiento de las capacidades del recién nacido, pues el índice de capacidades empleado en la encuesta muestra una percepción relativamente adecuada de dichas capacidades, como tampoco a la existencia de mitos o supercherías, que son relativamente pocos, o que no producen daño.. -		Juguetes para la estimulación del bebé, de buena calidad y acordes a la edad. Fomentar la estimulación sonora y mensajes auditivos, y estimulación en motricidad fina: pelotas o cuadrados acordes al tamaño del niño para ayudarle a liberar el pulgar. Libro-objeto con texturas que estimulen el tacto. Libros de cuentos para fomentar que padres y madres lean a sus bebés en la infancia temprana.	La evidencia muestra que a mayor habla materna aumenta la sensibilidad de la madre y que el mayor cuidado psíquico mejora las interacciones con el hijo; pero que el cuidado físico por sí sólo no asegura necesariamente mayor sensibilidad parental ni capacidad de respuesta (<i>responsiveness</i>). La evidencia indica que la percepción de la capacidad de respuesta de los padres puede ayudar a regular y estructurar la autorregulación psicológica del bebé. Robustecer la sensibilidad parental.
Motora y desarrollo físico,	AREA DE DESARROLLO FÍSICO MOTOR	Estimulación motora del niño	La goma eva no tiene un uso extendido entre las usuarias consultadas, es el segundo implemento menos usado del ajuar. Los componentes de la goma eva han sido puestos en discusión y prohibidos en otros países por contener elementos de alta toxicidad.	Goma eva de 120 por 120 por 12mm	Se sugiere que la goma eva tenga unas dimensiones de 1,1/2mts. X 1,1/2mts y de material grueso lavable, y que debiera enfatizarse la educación en el desarrollo psicomotor del bebé, evitando que este pase demasiado tiempo en coches o sillas. También es posible reemplazar la	

					goma eva por un yoga mat	
Higiene y cuidados básicos,	HIGIENE BÁSICA DIARIA		Este instrumental es de uso intensivo entre las usuarias del PARN. Se valora positivamente la entrega de aceite y crema sin embargo, esto debe ser acompañado con educación puesto que para algunas madres existe una confusión entre usar aceite para la limpieza y usar aceite emulsionado para hacer masaje.	Toalla de baño, set de limpieza, mudador y ropa de bebé	Aceite de masajes: Se sugiere que el aceite sea neutro Crema Hipoglos: Se sugiere enfatizar el uso de la crema cuando efectivamente el bebé tenga coceaduras y no de forma preventiva. De existir un problema de costos, esta crema puede ser reemplazada por Crema Lassar. Vestuario: es importante para las madres más vulnerables	En el área de fortalecimiento del apego seguro, no se encontró efectos significativos en seguridad de apego entrenando a madres de niños menores de 6 meses en el uso de masajes. No obstante, los artículos de limpieza pueden favorecer una mejor condición del bebé cuando las familias presentan condiciones de pobreza y vulnerabilidad severas.
Ambientes seguros	SEGURIDAD EN EL TRASLADO	No considerada actualmente en el apoyo instrumental del PARN			Sillas para auto, en el futuro, dado que hoy en día el auto no es un privilegio y que existe una normativa al respecto.	

ANEXO 1: BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

ANEXO 2: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS EXPERTOS Y FAMILIARES

ANEXO 3: PAUTA DE ENTREVISTA A EXPERTOS

ANEXO 4: PAUTA DE ENTREVISTAS FAMILIAS BENEFICIARIAS

ANEXO 5: INSTRUMENTO ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES MINÍMAS PARA EL PARN

ANEXO 6: MANUAL DEL ENCUESTADOR

ANEXO 7: INFORME DE TERRENO

ANEXO 8: TABLAS DE FRECUENCIA SIMPLE

ANEXO 9: PRUEBAS DE INDEPENDENCIA Y DIFERENCIAS DE PROPORCIONES

ANEXO 10: TRANSCRIPCIONES ENTREVISTA A EXPERTOS Y ENTREVISTAS FAMILIARES

ANEXO 11: BASE DE DATOS