

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Contigo *mejor*
salud



Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años



“El futuro de los niños es siempre hoy”

Gabriela Mistral

RECONOCIMIENTOS

Este Manual ha sido elaborado por los equipos técnicos de los Departamentos de Ciclo Vital y el Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública, del Ministerio de Salud, con la participación del Departamento de Modelo de Atención de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Su elaboración ha sido posible gracias a la cooperación y desinteresados aportes de un numeroso grupo de profesionales expertos y representantes de diversas instituciones de salud pública y privada, quienes han contribuido con sus mejores conocimientos y su valiosa experiencia.

Dr. Juan Manuel Sotello	Representante Organización Panamericana de la Salud
PhD. M. Angélica Kotliarenco	Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer (CEANIM)
Ps. Felipe Lecannelier	Universidad del Desarrollo
Ps. Carolina Muñoz	Fundación Integra
Ed. Párvulos Alicia Berríos	Fundación Integra
Ed. Párvulos Nuri Gárate	Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)
Ed. Párvulos Romina Kurth	Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)
Dra. M. Angélica Contreras	Hospital Roberto del Río
Dra. María de los A. Avaria	Sociedad de Pediatría
E. U. Carmen Plana	SEREMI Salud Región Metropolitana
Ps. Miguel Cordero	Coordinador Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo. Departamento de Estudios - MINSAL
Dr. Carlos Becerra	Jefe Departamento Ciclo Vital. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL
Dr. Alberto Minoletti	Jefe Departamento de Salud Mental. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL
Dra. Carmen López	Profesional Departamento Ciclo Vital. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL
E. U. Derna Frinco	Profesional Departamento Ciclo Vital. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL
Mat. Miriam González	Profesional Departamento Ciclo Vital. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL
E. y M. Patricia Narváez	Profesional Depto. de Salud Mental. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL
A. S. María Angélica Caprile	Profesional Departamento de Salud Mental. DIPRECE. Subsec. de Salud Pública - MINSAL
Dra. Ruth Depaux	Profesional Unidad Modelo de Atención. DIVAP. Subsecretaría de Redes Asistenciales - MINSAL
E. U. Cecilia Moya	Profesional Unidad Pueblos Originarios. DIVAP. Subsecretaría de Redes Asistenciales - MINSAL
E. U. Carol Ávila	Servicio de Salud Metropolitano Sur
E. U. Pilar Pinto	Servicio de Salud Metropolitano Norte
E. U. Rosa Silva	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
E. U. Ferial Abusteme	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Dra. Heather Strain	Servicio de Salud Metropolitano Central
Klga. Ema Villalobos	Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente
T. O. Sofía Valenzuela	Consultorio Recreo. Servicio de Salud Metropolitano Sur
Dr. Enrique Jadresic	Médico Psiquiatra. Prof. Asociado Facultad de Medicina, U. de Chile
Ps. Cecilia Moraga	Consultora Externa Departamento Salud Mental. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL

Un especial reconocimiento a las Dras. Helia Molina Milman y María Victoria Mella por su paciente revisión de los primeros textos.

RESPONSABLES DE LA EDICIÓN

Dr. Carlos Becerra	Jefe Departamento Ciclo Vital. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública- MINSAL
Dra. Carmen López	Encargada Género y Violencia. DIPRECE. Subsecretaría Salud Pública - MINSAL
E. U. Derna Frinco	Encargada Área Infantil. Departamento Ciclo Vital. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL
Ps. Miguel Cordero	Coordinador Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo. Departamento de Estudios - MINSAL
Dr. Alberto Minoletti	Jefe Departamento de Salud Mental. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL
E. y M. Patricia Narváez	Profesional Departamento de Salud Mental. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL
A.S. María Angélica Caprile	Profesional Departamento de Salud Mental. DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL

Impresión y diagramación: Editorial Atenas Ltda.
Diseño portada: Gamal Omar - www.gamalomar.blogspot.com

Nº de Registro de Propiedad Intelectual: 173.189

ISBN: 978-956-7711-95-6

Primera Edición: Septiembre 2008

Resolución Exenta Nº454

29 de julio de 2008

Uno de los compromisos más relevantes del gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet es avanzar en la instalación de un sistema de protección social para todos los habitantes del país, particularmente para los más vulnerables y expuestos a mayores riesgos para su vida y bienestar, a lo largo de sus vidas.

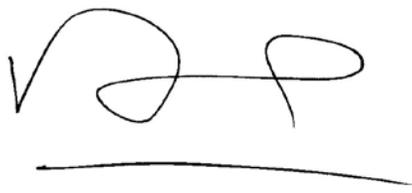
Más aún este Sistema de Protección se propone también corregir las desigualdades que existen entre las personas en razón de su origen social, étnico, geográfico y de las condiciones en las que transcurren sus primeros años.

Para evitar la reproducción intergeneracional de la desigualdad, es necesario actuar en la etapa del ciclo en que los determinantes sociales impactan con mayor fuerza, tanto para favorecer una vida plena, como para condicionar mejores capacidades para enfrentar con éxito el desafío de vivir. La condición socioeconómica del hogar en que nacen niños y niñas no puede continuar siendo el mejor predictor del lugar que en la estratificación social ocuparán en su vida adulta.

El Estado de Chile asumió en 1990 el compromiso de asegurar a todos los niños y niñas que habitan en el país los derechos y principios consagrados la Convención sobre los Derechos del Niño. El principio de la igualdad de derechos y de oportunidades se expresa en la universalidad del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, mediante políticas sociales que deben acompañar el desarrollo de niñas y niños con garantías de acceso a prestaciones destinadas a complementar los recursos de desarrollo que éstos tienen disponibles en su familia y comunidad, independientemente de cualquier característica personal o de su familia. En consecuencia con el principio de la integralidad de los derechos de niños y niñas, los servicios y prestaciones deben adaptarse flexiblemente a la diversidad de sus necesidades.

Las actuales políticas sanitarias y el modelo de atención en que ellas se basan, permiten la oferta de las prestaciones de salud que forman parte de este sistema de protección, mediante estrategias comunitarias, incentivando la participación y comunicación social, corrigiendo inequidades por nivel socioeconómico, de género, etnia y ruralidad y con enfoque de determinantes de la salud.

El manual "Apoyo y Seguimiento del Desarrollo Psicosocial de Niños y Niñas" está elaborado en base a la experiencia de los equipos de salud de la atención primaria, y a la evidencia científica de la efectividad de las intervenciones. Este instrumento pretende facilitar a las y los profesionales los cambios en su forma de acompañar y apoyar la crianza y el desarrollo de los niños y niñas; reconociendo las capacidades y valores de sus familias y comunidades, detectando tempranamente los riesgos y problemas de salud que puedan presentar, para ofrecerles así, en forma oportuna, acceso a las intervenciones individuales, grupales y colectivas que requieren.



Dra. María Soledad Barría Iroumé
Ministra de Salud

Introducción	5
Propósito del manual	5
Objetivos generales	5
Objetivos específicos	6
Capítulo 1 MARCO CONCEPTUAL	7
1.1. Antecedentes	7
1.2. Principios orientadores	8
1.3. Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia	8
1.4. Determinantes Sociales del Desarrollo Infantil	9
1.5. El Modelo de Atención Integral en las actuales políticas de salud	11
1.6. Desarrollo infantil y equidad de género	11
1.7. Desarrollo biopsicosocial infantil	12
1.8. Desarrollo integral y salud mental	13
1.9. Consideraciones generales para el apoyo y seguimiento del desarrollo integral de los niños y las niñas	14
1.10. Consideraciones en la relación del equipo de salud con las familias de niños y niñas menores de 6 años y su entorno social	15
Capítulo 2 PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL	16
2.1. Estrategias de promoción del desarrollo infantil integral	17
2.2. Evidencia de intervenciones efectivas para la promoción del desarrollo psicosocial de niños y niñas	17
2.3. Orientaciones generales para cada contacto con la madre, el padre o cuidador(a) de un niño o una niña, en el marco de la promoción de la salud	18
2.4. Aspectos a observar en la atención de salud del niño y niña de 0 a 6 años de edad y recomendaciones al equipo de salud	19
2.5. Actividades en la atención de salud de niños y niñas con énfasis en la promoción	24
2.6. Características de las intervenciones comunitarias efectivas para el desarrollo psicosocial de los niños y las niñas en el ámbito de la promoción	25
2.7. Actividades comunitarias para la promoción del desarrollo psicosocial de los niños y las niñas	26
Capítulo 3 PREVENCIÓN DE PROBLEMAS EN EL DESARROLLO PSICOSOCIAL INFANTIL	28
3.1. Consideraciones generales	28
3.2. Factores de riesgo en el desarrollo integral infantil	28
3.3. Evidencia de intervenciones efectivas para el desarrollo psicosocial infantil en el ámbito de la prevención	29
3.4. Actividades en la atención de salud de niños y niñas con énfasis en la prevención	32
3.5. Intervenciones específicas del equipo de salud en situaciones de riesgo	33
Capítulo 4 ATENCIÓN DEL REZAGO Y DÉFICIT DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	52
4.1. Consideraciones generales	52
4.2. Rezago y déficit en el desarrollo	52
4.3. Atención de niños y niñas con Rezago del desarrollo psicomotor.	54
4.4. Atención de niños y niñas con Déficit (Riesgo o Retraso) del desarrollo psicomotor	54
4.5. Descripción de actividades de recuperación en niños y niñas que presentan Rezago y Déficit en su desarrollo	56
Capítulo 5 REGISTRO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL MANUAL EN LA ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y SUS FAMILIAS	57
5.1. Registro	57
5.2. Evaluación	57
5.3. Resumen general de actividades, propuesta de cobertura, rendimiento y recurso humano	58
ANEXOS	59
BIBLIOGRAFÍA	95

Introducción

El presente manual pone a disposición de los equipos de salud un marco orientador basado en la mejor evidencia disponible para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial integral de niños y niñas, privilegia estrategias de promoción de la salud biopsicosocial, ofrece recomendaciones que permite la detección temprana de los déficit y rezagos que se pudiesen presentar en este período y la intervención oportuna de problemas del desarrollo.

Está dedicado a fortalecer el derecho de los niños y las niñas del país a crecer en ambientes y entornos saludables, a disponer de acceso oportuno y de calidad a todos los servicios que su desarrollo requiere, a identificar sus necesidades diferenciadas por género; como las principales estrategias que deben seguir las instituciones involucradas en dar respuestas y apoyar su óptimo desarrollo.

En la actualidad, existe un proceso de sensibilización social creciente frente a la promoción y prevención en la infancia, ello hace urgente desarrollar respuestas respaldadas en evidencia actualizada. Tradicionalmente el sector salud ha priorizado en la atención de la enfermedad, y aún cuando, se reconocen experiencias exitosas en promoción y prevención, éstas son aisladas y generalmente son respuestas de motivación personal o de un equipo sanitario específico.

Por otro lado, es fundamental unificar criterios, estandarizar procedimientos y aplicar instrumentos para detectar e intervenir oportunamente el déficit en el desarrollo psicosocial de niños y niñas.

Los equipos técnicos deben asumir liderazgos participativos, que consideren por sobre todo el apoyo y diseminación de sus conocimientos, a través de un enfoque centrado en la educación personalizada, en cada una de sus acciones hacia las niñas, los niños, sus pares, madres, padres, cuidadores(as) y la comunidad.

El documento se divide en cinco capítulos. El primero, aborda los aspectos conceptuales necesarios para comprender el enfoque que se utilizará en el desarrollo integral de los niños y las niñas. El segundo capítulo, da cuenta de la estrategia de promoción del desarrollo infantil y las intervenciones recomendadas en este sentido. El tercer capítulo, define el ámbito de la prevención de los factores de riesgo que pueden alterar el curso del desarrollo de los niños y las niñas de 0 a 6 años. El cuarto capítulo, se preocupa de describir las recomendaciones y actividades para la evaluación del desarrollo psicomotor e intervención temprana del rezago y déficit en niños de 0 a 6 años. En el capítulo cinco se esbozan algunas actividades para el registro y seguimiento de las acciones del manual.

PROPÓSITO DEL MANUAL

El propósito de este manual, es brindar a los equipos de salud, orientaciones y recomendaciones que contribuyan a fortalecer su liderazgo técnico para apoyar el desarrollo de los niños y las niñas; incorporando estrategias de educación comunitaria, participación y comunicación social, facilitando y estimulando su acceso a intervenciones de apoyo al desarrollo psicosocial, y la prevención de factores de riesgo respondiendo en forma flexible con continuidad y coherencia al marco del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia - Chile Crece Contigo.

En este contexto, los equipos de salud deberán contribuir al desarrollo local de las comunidades con programas de tipo comunitario, que identifiquen las necesidades de los niños, las niñas y sus cuidadores(as) para el desarrollo de ambientes y entornos seguros y protectores, respondiendo a las necesidades de cada familia y comunidad, reconociendo sus competencias, recursos y preferencias, respetando las diferencias culturales.

OBJETIVOS GENERALES

Se espera que los equipos, al aplicar las recomendaciones del Manual puedan:

1. Promover que el contexto social y familiar en que nacen los niños y las niñas ofrezca condiciones apropiadas para el desarrollo de sus potencialidades, apoyo para una crianza positiva y con pertinencia cultural.
2. Promover que la madre, el padre y/o cuidadoras(es) construyan desde el nacimiento una relación significativa con el niño o la niña; con mayor seguridad en su vínculo de apego y mejores competencias parentales, adaptándose a cada etapa del desarrollo.
3. Prevenir el rezago y déficit del desarrollo, pesquisándolo precozmente y facilitando el acceso oportuno, a intervenciones efectivas para su atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar estrategias de educación comunitaria, incentivando la participación y comunicación social, para favorecer el desarrollo psicosocial de niños y niñas, con enfoque de determinantes de la salud, que contribuyan significativamente al mejoramiento de la calidad de vida y entorno psicosocial.
- Ejecutar intervenciones que promuevan estilos de vida saludables en niños, niñas, familias y/o cuidadoras(es), basadas en la mejor evidencia disponible, incentivando la participación activa de niños, niñas, familias, cuidadoras(es) y comunidad.
- Desarrollar estrategias de prevención que modifiquen o minimicen el impacto de los factores de riesgo mediante intervenciones basadas en la evidencia.
- Identificar oportunamente situaciones de déficit en el desarrollo psicomotor, social, emocional y conductual, aplicando en el control de salud, instrumentos de tamizaje estandarizados e incentivando la participación activa de su familia y cuidadoras(es) en las intervenciones para lograr un desarrollo normal.
- Monitorear y evaluar el impacto de las intervenciones realizadas por el equipo de salud en el desarrollo psicosocial de los niños y las niñas.

Capítulo 1

Marco conceptual

1.1. ANTECEDENTES

Uno de los avances más significativos del siglo pasado en el ámbito de la salud pública en Chile fue la disminución de la mortalidad infantil. Al inicio de los años setenta, este indicador entra en franco descenso, el que ha sido sostenido durante las últimas décadas, alcanzando en el año 2005 un 7,9 x 1000 nacidos vivos. Para el país, el desafío actual es disminuir la mortalidad infantil a 7,5 x 1000 nacidos vivos al 2010¹ y a 5,3 x 1000 nacidos vivos al 2015², pero especialmente el desafío es favorecer el óptimo desarrollo integral de los niños y las niñas para mejorar su calidad de vida.

Una investigación pionera en el ámbito del desarrollo psicomotor³, desarrollada en población con alto índice de vulnerabilidad social, demostró que los déficit en el desarrollo encontrados eran atribuibles a la falta de estimulación sensorial y motora y no a la desnutrición. En base a estos resultados e instrumentos, el Ministerio de Salud, en 1979, incorporó la evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor en el menor de dos años al Programa de Salud del Niño.

A partir de la década de los 80, los avances científicos, particularmente en el ámbito de las neurociencias han permitido una mayor comprensión de los procesos de desarrollo cerebral y del sistema nervioso y sensorial, evidenciándose la importancia vital de la vida intrauterina y de los primeros años en la maduración biológica que permite a los individuos llegar a ser personas integradas en una sociedad. Así mismo, se confirma que esa maduración biológica depende y se produce en interacción con el ambiente humano y físico en el que el niño o la niña crece.

En el año 1990, recuperada la democracia, el Estado de Chile ratificó la “Convención sobre los Derechos del Niño” asumiendo el compromiso de asegurar la protección integral del niño y la niña mediante la interrelación de todas las áreas que inciden en su desarrollo psicosocial. A partir de 1993, se amplía a los niños y las niñas hasta los 5 años la evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor. El seguimiento de esta actividad ha permitido demostrar, entre el año 2004 y el 2006, un aumento de la cobertura en la evaluación del desarrollo psicomotor y de las tasas de recuperación de los niños y las niñas con déficit en su desarrollo, de un 44,3% de recuperación a los 18 meses y un 47,2% a los 4 años en 2004 a un 58,2% a los 18 meses y 58,6% de recuperación a los 4 años en el año 2006⁴.

Desde el año 2000, las políticas de salud asumen un nuevo modelo de atención y están orientadas al logro de cuatro objetivos sanitarios para la década⁵, uno de los cuales, es disminuir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad. La desigualdad que se origina en la carencia de condiciones apropiadas para el desarrollo óptimo de niños y niñas, es una de las que marca la vida y perpetúa otras desigualdades como las asociadas a la pobreza y al género.

El programa del actual gobierno considera la implementación de un Sistema de Protección Social, uno de cuyos pilares básicos es el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia - Chile Crece Contigo⁶, el que busca generar una red de programas y servicios que favorezcan el pleno desarrollo de las potencialidades y logren igualar oportunidades de los niños y las niñas de Chile. Así, se espera que al año 2010 todos los niños y las niñas nacidos en el sector público de salud estén cubiertos por este sistema.

Por otro lado y respondiendo a las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud, el país ha decidido orientar las acciones del sistema de salud hacia un enfoque de los determinantes sociales de la salud. Esto significa que, además de responder a las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que tiene la población, deben implementarse políticas públicas orientadas a modificar estos determinantes. Uno de los principales determinantes sociales de la salud, es el conjunto de condiciones ambientales (pobreza, género, estilos de vida entre otros) que favorecen o limitan el desarrollo temprano de los niños y las niñas, condición que tendrá consecuencia en su nivel de salud a lo largo de toda la vida.

En Octubre de 2007, la Organización Mundial de la Salud ha dado a conocer el informe final de las redes de conocimiento creadas por la comisión sobre determinantes sociales de la salud. La red de conocimiento sobre desarrollo infantil temprano⁷ ha dado sólidas

¹ Objetivos Sanitarios Nacionales 2000 - 2010. MINSAL

² Meta IV, Objetivos de Desarrollo del Milenio. ONU.

³ Bralic y cols, 1979.

⁴ Compromisos de Gestión. MINSAL. 2004 - 2006

⁵ Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 - 2010. MINSAL

⁶ <http://www.crececontigo.cl>

⁷ Early Childhood Development (ECD). OMS.

direcciones hacia los países, sobre qué intervenciones y mensajes hacia la población son necesarios y urgentes de implementar con el objeto de reducir las inequidades en la infancia:

- La interacción y mutua determinación del niño o la niña y su ambiente inmediato es el determinante principal de su desarrollo.
- Las condiciones ambientales en la primera infancia, son el determinante más poderoso de las competencias básicas con las que un ser humano se adaptará al mundo.
- El desarrollo temprano continúa influyendo en la salud de las personas, en distintas formas, a lo largo de todo el ciclo vital.
- Las inequidades que se presentan en el desarrollo infantil temprano tienen la capacidad de amenazar las competencias requeridas para vivir en sociedad.

1.2. PRINCIPIOS ORIENTADORES

Cuatro principios guían las orientaciones y recomendaciones que contiene este manual:

- a. Todos los niños y las niñas tienen iguales derechos y deben tener iguales oportunidades para un desarrollo óptimo de sus potencialidades. Como lo define la Convención sobre los Derechos del Niño, los derechos deben ser garantizados a todos los niños y las niñas sin distinción, e independientemente de cualquier característica personal o de su familia. Por ello, es fundamental informar a la familia cuáles son estos derechos y la forma de ejercerlos.
- b. Durante la infancia se establecen los cimientos del desarrollo futuro de las personas, en un proceso continuo que se inicia en la gestación y continúa en el nacimiento y a lo largo de los primeros años de la vida.
- c. Las políticas destinadas a acompañar el desarrollo de niñas y niños deben asegurar el acceso universal a servicios de calidad y que se adapten flexiblemente a la diversidad de sus necesidades, de manera de complementar los recursos para apoyar su desarrollo, que se encuentran disponibles en su familia y comunidad.
- d. Las comunidades en sus procesos de desarrollo local, deben considerar que con la participación activa de sus ciudadanos, las autoridades deben comprometer disponibilidad y acceso a servicios y ambientes locales inclusivos que favorezcan la cohesión social e impacten positivamente la salud de niños y niñas, en cada etapa de su desarrollo.

1.3. SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

En Chile aún persisten grandes diferencias en la situación de salud de acuerdo al nivel socioeconómico, género y localidad, que el Estado se ha comprometido a reducir⁸. Una de las intervenciones estratégicas para avanzar hacia la igualdad de oportunidades y de capacidades, es crear condiciones para que todos los niños y las niñas crezcan en entornos familiares y comunitarios con la protección, seguridad y riqueza de experiencias que son necesarias para un óptimo desarrollo psicosocial. Es decir, ayudar a las familias a proporcionar a sus hijos un buen comienzo de sus vidas, apoyándolas con especial énfasis en los primeros cuatro años de vida.

El actual Gobierno, asumiendo que “no es aceptable que el lugar en la estratificación socioeconómica que ocupa el hogar en que una persona nació sea uno de los mejores predictores del lugar en esta estratificación que ocupará en la vida adulta”, convocó al consejo asesor presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia. Este consejo entregó, en junio de 2006 el informe “El futuro de los niños es siempre hoy”⁹ y en base a éste se decidió implementar el Sistema de Protección a la Primera Infancia - Chile Crece Contigo.

El Sistema de Protección a la Primera Infancia - Chile Crece Contigo, tiene por objeto ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales adecuados a las necesidades de cada niño, niña, familia y comunidad. Tal sistema integrado de prestaciones y servicios considera el aporte de diversas reparticiones públicas.

El componente de salud al sistema global se ha denominado Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Las acciones contempladas en este programa incluyen aquellas que históricamente han sido parte del proceso de atención de la gestación y los primeros cuatro años de vida, y el rediseño de estas en función de nuevos objetivos estratégicos que impone Chile Crece Contigo.

Hasta ahora, el sistema de salud ha concentrado principalmente la vigilancia epidemiológica de los primeros años en variables de carácter biomédico. El componente de salud de Chile Crece Contigo considera iniciar la vigilancia epidemiológica universal de factores de riesgo psicosocial durante gestación y los primeros años de vida, dar un renovado énfasis al monitoreo de hitos del desarrollo no incluidos en el modelo clásico de seguimiento al desarrollo infantil, esto es, los propios del desarrollo emocional y social, además de facilitar el acceso a los dispositivos necesarios para disminuir tales riesgos y atender a los rezagos.

⁸ Convención de los Derechos del Niño, Metas de Desarrollo para el Milenio.

⁹ Consejo Asesor para la Reforma de las Políticas de Infancia. 2006

El componente de salud de Chile Crece Contigo tiene como finalidad fortalecer el proceso de desarrollo de los niños y las niñas desde su gestación, a través de las acciones de la Red Asistencial de los Servicios de Salud públicos del país, y mediante estrategias centradas en la comunidad.

La implementación del componente de salud de Chile Crece Contigo considera acciones en los tres niveles de la red mediante el fortalecimiento de las siguientes estrategias:

- Cuidados prenatales, enfatizando la detección del riesgo y el desarrollo de planes de cuidado individualizados, con un enfoque familiar.
- Control de salud del niño o la niña con énfasis en el logro de un desarrollo psicosocial integral.
- Intervenciones en la población infantil en rezagos y/o déficit en su desarrollo.
- Desarrollo local que favorezcan el crecimiento saludable de los niños y las niñas de acuerdo a sus requerimientos psicosociales.

El fortalecimiento del control prenatal para todas las usuarias del sistema público de salud incluye entre otras actividades la entrega de una guía anticipatoria denominada "Empezando a Crecer", la inclusión de una evaluación psicosocial abreviada que funciona como un sistema de vigilancia e intervención precoz sobre factores de riesgo para la gestación y el desarrollo infantil temprano y la garantía de acompañamiento por parte de una figura significativa en todo el proceso. Se espera que tales intervenciones tengan impacto sobre la tasa de cesáreas, mejoren el conocimiento general de las mujeres respecto al proceso de gestación, parto y crianza, reduzcan la exposición prenatal a tabaco, alcohol y otros abusos de drogas, a corto plazo mejoren la detección de la violencia de género contra la mujer durante la gestación y mejoren la detección temprana y el tratamiento integral y oportuno de los trastornos depresivos durante el embarazo y el post parto, disminuyendo así, los riesgos de esta enfermedad de la madre sobre sus hijos e hijas.

Asimismo, se considera que la hospitalización de un niño o niña puede afectar seriamente su desarrollo y al sistema familiar. La familia entera "se hospitaliza", la madre vuelca su preocupación en el niño o la niña que está hospitalizado(a) y debe buscar ayuda para el resto de sus hijos. Esta situación debe ser acogida por el equipo de salud, dado que muchas veces es la hospitalización un posible riesgo de deterioro de la evolución normal del desarrollo del niño o la niña. Las enfermedades crónicas y oncológicas u otras que obligan a largas hospitalizaciones, alejan a los niños de sus controles habituales y de sus fuentes naturales de estimulación de desarrollo, por lo que Chile Crece Contigo, releva actividades como la escuela hospitalaria y el apoyo psicosocial al niño o la niña y su familia durante su permanencia en el hospital, entre otras.

1.4. DETERMINANTES SOCIALES DEL DESARROLLO INFANTIL

De la familia y de los recursos organizados de la sociedad depende la satisfacción de las necesidades de cuidado, protección, de estimulación sensorial, motora, afectiva y social de los niños y las niñas durante su primera infancia. El enfoque de los determinantes sociales de la salud y el bienestar obliga a centrar la mirada en las condiciones del entorno cercano al niño o la niña como factores decisivos en su desarrollo.

Una de las teorías más aceptadas para explicar el impacto de la interacción entre el niño o la niña y su medio en el desarrollo, es la que se basa en el modelo ecológico de Bronfenbrenner¹⁰, para quien el desarrollo humano supondría una progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo (en proceso de desarrollo) y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que este vive. Acomodación mutua que se va produciendo en un proceso continuo, que también es afectado por la relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más amplios en los que esos entornos están incluidos.

El modelo ecológico permite tener claridad en algunos aspectos fundamentales que el manual considera en sus orientaciones¹¹:

- El desarrollo está determinado por la interacción del niño o la niña con su familia, sus pares y su medio ambiente.
- La relación entre el niño y la niña, su familia y sus pares, cambia constantemente en respuesta a factores internos o externos (medio social y medio ambiente).
- Las instituciones y estructuras de la sociedad (leyes, sistema económico, servicios, educación, etc.) ejercen importantes efectos sobre niños y niñas, a través, de alterar la interacción entre la madre y/o el padre y sus hijos e hijas.
- El comportamiento propio de cada niño o niña, así como su desarrollo, influyen en su relación con familiares y cuidadores(as), y modifican el tipo de cuidado que reciben.

¹⁰ Bronfenbrenner, 1979.

¹¹ Early Childhood Development, ECD, OMS

Los aportes del modelo permiten comprender, cómo en la organización social y los esquemas y valores culturales de una determinada sociedad (macrosistema), se originan las creencias que presentan como algo natural las desigualdades, y que se traducen en inequidades en el desarrollo social, económico, laboral entre otras para los grupos más vulnerables de la sociedad, como son los niños, niñas, mujeres y adultos mayores y cuyas manifestaciones son el maltrato infantil, la violencia de género y la discriminación por sexo, por etnia o pobreza, entre otros.

Las intervenciones sobre los determinantes sociales que buscan visualizar y superar las inequidades existentes, se orientan a optimizar las influencias ambientales en el desarrollo de los niños y las niñas e influir su exposición a condiciones que puedan afectarlo, a nivel de la familia y de la comunidad (sala cuna, jardín infantil, escuela, centro de salud, espacios públicos) enriquecida por la valoración de las diferencias.

Durante la gestación y la primera infancia, los determinantes sociales actúan a través de la familia y de como ésta se relaciona con el niño o la niña. La disminución de las tasas de pobreza en hogares con niños y niñas, el aumento de la escolaridad de padres y madres, de las tasas de lactancia materna exclusiva y las mejoras en el equipamiento de los hogares son avances importantes, pero no suficientes como para asegurar que todos los niños y las niñas que nacen hoy en Chile tengan las mismas oportunidades para su desarrollo.

Dada la importancia fundamental de la familia, y el medio social para definir acciones sobre los determinantes del desarrollo, es imprescindible reconocer la variedad de formas de organización de las familias en las que nacen los niños y las niñas y respetar sus necesidades en las distintas circunstancias que les toca vivir, como una condición necesaria para que las políticas públicas lleguen a todas ellas.

Actualmente, debe tenerse en cuenta que el concepto de familia se refiere a las personas con que cada niño o niña cuenta para establecer relaciones primarias de afecto, dependencia, cuidado, apoyo y responsabilidad, sin importar los lazos consanguíneos o civiles que existan o no entre éstas.

Dada la diversidad de las familias, sólo la oferta de una gama amplia de actividades, estrategias y modalidades de atención, permitirá alcanzar la universalidad en la satisfacción de sus necesidades.

La crianza positiva y la prevención del maltrato infantil por ejemplo, requieren de adultos que cuenten con competencias y habilidades, para comprender el desarrollo infantil y abordar activamente la dificultades a las que se pueden enfrentar, buscando orientación y ayuda oportuna.

Las madres y padres adolescentes tienen también mayor probabilidad de no estar en condiciones de ofrecer experiencias apropiadas para el desarrollo de sus hijos¹² ¹³, particularmente porque, aunque las tasas de fecundidad en adolescentes muestran una tendencia a la disminución¹⁴, los promedios nacionales encubren una profunda inequidad por nivel socioeconómico¹⁵ y por lugar de residencia¹⁶.

Las mujeres que viven violencia de parte de su pareja, o las que pertenecen a hogares uniparentales, con jefatura femenina o aquellas que no comparten la responsabilidad del embarazo y la crianza con el progenitor¹⁷ están expuestas a mayores niveles de estrés, ansiedad o depresión que puede afectar la crianza y el desarrollo del niño o la niña. Existe evidencia que la falta de apoyo social, afectivo y el aislamiento de las mujeres puede condicionar altos niveles de estrés durante el embarazo que conduzcan a mayor riesgo de bajo peso y menor edad gestacional al momento del parto¹⁸.

La comunidad o grupo social en la que un niño y una niña nacen determina el momento y las condiciones en que ocurre su concepción, su nacimiento y su desarrollo. En gran medida, el capital o cohesión social que cada comunidad posee se expresa en

¹² en Chile, en el año 2004 hubo 34.413 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años, lo que representa un descenso con respecto a los 41.530 nacidos vivos en el año 1998, INE.

¹³ una meta de los Objetivos Sanitarios 2010, es reducir el embarazo no planificado en adolescentes en un 30%

¹⁴ entre 1998 y 2004 la tasa de fecundidad bajó de 22.6 a 16.9 por mil mujeres de 15 años de edad, y de 70.7 a 48.7 por mil mujeres de 17 años de edad. INE.

¹⁵ el 48% de las madres adolescentes se concentró en el sector socio-económico bajo el nivel de pobreza y el 74% en los dos quintiles de menores ingresos, CASEN 1998.

¹⁶ los partos de madres adolescentes se concentran en regiones y en sectores urbanos de mayor pobreza del país. La proporción de nacidos vivos de madres adolescentes con respecto al total de nacidos vivos varía de 6.6% en el servicio de salud que atiende la población de mayores recursos económicos del país a 19.6% en las regiones más pobres y de 1.2% en la comuna más rica de Santiago a 21.6% en la comuna más pobre. DEIS - MINSAL, 2003.

¹⁷ Estas mujeres deben recibir apoyo para hacer valer, legalmente si es necesario, el derecho del niño o la niña a ser reconocido(a) y a la contribución económica de parte de su padre.

¹⁸ Propuestas para Desarrollo de un Sistema de Protección Integral a la Infancia

el reconocimiento y valoración que se otorga a cada nueva persona y en las actitudes y comportamientos individuales y colectivos que contribuyen y protegen su bienestar.

1.5. EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN LAS ACTUALES POLÍTICAS DE SALUD

El Modelo de Atención Integral en Salud es definido como "El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural". El Modelo asume que el individuo, su familia y comunidad son el centro de la atención y son parte de una población que vive en un territorio determinado, articulándose en redes locales conformadas por el barrio, la escuela, el trabajo, el medio ambiente.

Un aporte relevante de la atención centrada en la familia es el enfoque de ciclo vital, que pone énfasis en la persona, la familia y sus períodos críticos. Permite que el equipo de cabecera pueda poner alertas preventivas en aquellas etapas de mayor vulnerabilidad o riesgo y la organización sectorizada de los cuidados facilita un mejor enfoque de riesgo al permitir un conocimiento cercano entre el equipo de cabecera y su población a cargo. Propicia el estudio de las familias desde la perspectiva de sus factores de riesgo y sus factores protectores.

La atención con un enfoque familiar integral, requiere registros de información que sean capaces de reflejar la concepción biopsicosocial de la atención de salud y además ser coherentes con el modelo conceptual ecosistémico para entender los problemas de salud en el contexto del sistema familiar y su entorno social, uno de estos registros es la "Clasificación del Riesgo Familiar" con variables que cada Centro de Salud, define de acuerdo a las características de su población. Los factores que determinan los niveles de salud y bienestar son múltiples e interrelacionados. El control de los factores de riesgo, ya sea suprimiéndolos o compensándolos, disminuye la probabilidad de daño. El refuerzo de los factores protectores aumenta las posibilidades de una salud mejor y mayor bienestar.

El modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario está orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, recursos y condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral e integrada, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad. Para ello, los centros de salud, deben contar con equipos de salud, que hayan desarrollado habilidades y destrezas adecuadas para tener una mirada sistémica en la atención de salud de las personas y por ende abordar el trabajo con familias y comunidades para su acompañamiento a lo largo de su ciclo vital.

Los elementos fundamentales de este Modelo son:

- enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y comunidad,
- continuidad de la atención y de los cuidados de salud,
- prestación de servicios integrados,
- capacidad resolutoria,
- responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes,
- participación social,
- promoción de salud,
- interculturalidad,
- búsqueda de impacto sanitario y
- enfoque de género.

1.6. DESARROLLO INFANTIL Y EQUIDAD DE GÉNERO

En la cultura de una sociedad se originan las creencias que presentan como algo natural la división sexual del trabajo, la dicotomía público- privado, los roles estereotipados, la supremacía masculina sobre lo femenino, la maternidad como condición esencial de lo femenino, etc. que dan lugar a relaciones desiguales que favorecen la instalación de la violencia de género y las distintas manifestaciones de inequidad entre mujeres y hombres.

Así, las manifestaciones de discriminación y la violencia contra las mujeres aparecen a nivel individual, en las relaciones interpersonales y en las instituciones que sirven para relacionar al individuo con la comunidad (escuela, medios de comunicación, organismos de justicia etc.) aparecen como naturales o son invisibles.

La socialización con identidad de género comienza antes de nacer. La tecnología actual, permite conocer el sexo antes del parto y las familias comienzan a elaborar expectativas diferentes, según se trate de un niño o de una niña. El niño o niña aún no ha nacido y ya esta siendo educada(o) como mujer o como hombre.

Los mensajes más relevantes a entregar a las familias y cuidadores(as) que pueden contribuir a superar las desigualdades innecesarias y corregibles que hoy aún existen entre hombres y mujeres son:

- La responsabilidad de la gestación, el parto el puerperio y la lactancia se mantiene culturalmente sólo atribuida a la mujer por su condición de mujer. Este constructo cultural debe ser revertido, redistribuyendo y flexibilizando responsabilidades y tareas sociales y domésticas.
- El cuidado de los niños y las niñas no es una responsabilidad exclusiva de la madre y tampoco solo de las mujeres. El padre y otros hombres de la familia pueden aprender y están perfectamente capacitados para cuidarlo y hacerse cargo y disfrutar de una relación afectiva más cercana con los niños y las niñas.
- Los niños y las niñas tienen derechos específicos e instrumentos legales para hacerlos valer (a la identidad, pensión de alimentos, tuición, etc.) entregar información acerca de cómo acceder a estos derechos es una forma de contribuir al desarrollo de niños y niñas, particularmente cuando el padre (y la madre, en una ínfima proporción) no asume sus responsabilidades para con su hijo o hija ni en el acompañamiento del embarazo, parto y crianza (ver Anexo N°1, sobre los derechos de los niños y niñas).
- Trabajar mitos y creencias culturales en diferencias de género de infancia.

<p>Los niños y las niñas son diferentes, ni mejores ni peores</p>	<p>El problema no es aceptar que niños y niñas son diferentes, el problema aparece cuando se concluye que unos son mejores que otros en algunas tareas o actividades o, lo más frecuente, que las niñas son peores que los niños. Las diferencias de género son eminentemente culturales, pero serán percibidas de una manera "natural": "soy niña", "soy mujer", no puedo hacer esto o lo otro, debo hacer tal cosa. Lo mismo sucede con los niños.</p>
<p>Cada niño o niña que nace es único y distinto, no por su sexo, sino por ser una persona</p>	<p>Las personas atribuyen diferentes roles o expectativas de comportamiento a las personas en función de su sexo. De alguna manera esperan que una persona se comporte "como hombre" o "como mujer". Culturalmente acepta que todas estas diferencias tienen una explicación natural o biológica, lo que no es cierto. Incluso, se ha demostrado que cuando los adultos interaccionan con el hijo o la hija desde etapas muy tempranas, le proporcionan más sonrisas y caricias si creen que es una niña (aunque sea un niño) y que si piensan que es un niño (aunque sea una niña) lo mueven con más energía y brusquedad.</p>
<p>Los niños y las niñas son diferentes pero iguales</p>	<p>Indudablemente, las diferencias existen: anatómicas, biológicas y algunas formas educativas deben adaptarse a estas diferencias. Pero se trata de manera diferente a niños y niñas en aspectos que no debieran establecer diferencias, como por ejemplo en las actividades que se realizan y en expresión de los sentimientos. A las niñas se las "entretiene" con actividades más tranquilas, menos activas físicamente; se les habla más y las consuela más cuando lloran (porque "los niños no lloran"); a las niñas se las refuerza para mostrar sus sentimientos, para ser más "sensibles". También se espera que las niñas adquieran mayor autonomía y con más rapidez, por ejemplo, en el control de esfínteres. Durante los primeros tres años de vida los niños se muestran más activos que las niñas, y reciben por ello más estimulación física, se les tolera más conductas agresivas y violentas que a las niñas.</p>
<p>No existen juguetes "para niñas" que no deben tener los niños, ni juguetes "para niños" que no deben tener las niñas. Todos los juguetes que no estimulen conductas agresivas y que no sean riesgosos, son apropiados para niñas y niños.</p>	<p>Los juguetes representan uno de los mejores ejemplos de cómo la sociedad y las familias educan diferencialmente a los niños. A partir de los 4 años, los niños comienzan a imitar las conductas de los adultos, de las personas que tienen a su alrededor. La imitación, el modelado, es uno de los principales medios de socialización y de formación de la identidad sexual. El juego y los juguetes tienen un papel fundamental en estos procesos.</p> <p>La comprensión de los procesos mediante los cuales actúan los determinantes sociales permite realizar intervenciones muy tempranas, desde la gestación, para que el proceso de socialización del niño o la niña no esté marcado por la aceptación de las desigualdades, la violencia y la discriminación por sexo, por nivel socioeconómico, por etnia o por cualquier otra condición, sino enriquecida por la valoración de las diferencias.</p> <p>Los procesos educativos explícitos en estas orientaciones tienen como finalidad contribuir a transformar las relaciones de género, para que tanto mujeres como hombres dispongan desde su nacimiento, de las mismas oportunidades de desarrollar su potencial y de establecer asociaciones y relaciones igualitarias, entre los géneros, basadas en el respeto mutuo y el diálogo, así como, compartiendo funciones y responsabilidades públicas y privadas en sistemas sociales inclusivos.</p>

1.7. DESARROLLO BIOPICOSOCIAL INFANTIL

El desarrollo psicosocial se inicia in útero¹⁹ y es un proceso integral, gradual, continuo, progresivo y acumulativo. El desarrollo implica un complejo proceso de cambios ordenado en etapas, que ocurren en distintos niveles, mediante los cuales, el niño y la niña adquieren conocimientos, habilidades y comportamientos cada vez más complejos. Los cambios físicos (sistema nervioso central, músculo-esquelético, etc.) se van produciendo en armonía con los cambios cognitivos, del lenguaje y de la capacidad de relacionarse con su entorno, lo que da paso a emociones y sentimientos. El desarrollo involucra siempre todos los aspectos de la vida humana –biológicos, psicológicos, emocionales, cognitivos y conductuales– que hacen posible la interacción con la sociedad y con el ambiente.

¹⁹ MINSAL, 2007, Manual de la Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo.

Independientemente de que el desarrollo infantil se comprenda como maduración²⁰, como aprendizaje²¹, como cambio cognitivo²² o como una interacción con el medio²³, es válido afirmar que "... en la danza de la vida, los genes y el medio ambiente son socios inseparables. Por un lado, los genes esbozan un esquema básico del cerebro. Luego, la estimulación del medio ambiente ya sea la luz que llega a la retina o la voz de la madre en el nervio auditivo, enciende y apaga los genes, afinando estructuras cerebrales tanto antes como después del nacimiento"²⁴.

La evidencia científica actual en desarrollo cerebral infantil muestra que al momento de nacer está culminando la migración y diferenciación neuronal; que hasta los 9 meses predomina la formación de conexiones entre zonas mayores de la corteza cerebral; que a partir de esa edad y particularmente entre los 16 y 24 meses se acelera la formación de sinapsis entre neuronas y que los 48 meses corresponden a la etapa de mayor nivel de metabolismo cerebral de toda la vida²⁵.

Numerosos estudios en neurociencia también confirman la importancia a largo plazo de las experiencias tempranas que modulan un sistema nervioso altamente receptivo y con gran plasticidad. Estas experiencias tienen un impacto positivo cuando son generadas en el marco de relaciones afectivas de cuidado, protección y estimulación y un impacto negativo cuando genera niveles elevados de estrés como las experiencias de abandono, hostilidad e insatisfacción de necesidades básicas. En este sentido, el desarrollo es modelado por el juego entre factores protectores (resiliencia) y factores de riesgo (vulnerabilidad)²⁶.

Existe una edad óptima o de mayor sensibilidad a los distintos tipos de estímulos sensoriales y motores, pasado el cual, las condiciones no vuelven a ser iguales²⁷. Es así como la cantidad, calidad, intensidad y diversidad de las experiencias sensoriales y motoras determina en gran medida la gama de estímulos que el niño será capaz de reconocer y apreciar.

El significado social de las experiencias sensoriales y motoras - sonidos, particularmente de la voz humana, la música, el ruido, la luz, los colores y las formas, particularmente los rostros, presión o roce sobre la piel, los olores, particularmente de las personas, los sabores, etc. - constituyen la base de las relaciones con las otras personas y con el medio ambiente a lo largo de la vida, así como, del reconocimiento de las diferencias individuales en el complejo proceso de cambios.

Es fundamental considerar que el desarrollo es siempre un proceso social, es decir, involucra todos los aspectos de la vida humana - biológicos, psicológicos, emocionales, cognitivos y conductuales - que hacen posible la interacción con la sociedad y con el ambiente.

Lo más importante de las experiencias sensoriales y motoras tempranas es que lleguen a tener para el niño o la niña un significado social, no solo le generen sensaciones de placer, relajación o activación sino que, su propia respuesta a estos estímulos tenga la capacidad de inducir cambios en otra u otras personas, es decir, que produzca interacción humana.

El significado social de estas experiencias, constituyen la base de las relaciones con figuras significativas, con otras personas y con las instituciones a lo largo de la vida, determinando la tendencia de usar o no la violencia, el respeto o no de las diferencias y la equidad o inequidad en las relaciones entre hombres y mujeres.

1.8. DESARROLLO INTEGRAL Y SALUD MENTAL

La salud mental está relacionada con el grado de conocimiento que las personas poseen de sí mismos, de las aptitudes, recursos y herramientas personales que desarrollan para disfrutar la vida cotidiana y para enfrentar dificultades, de tal forma que pueden desenvolverse productivamente en su entorno familiar y social siendo capaces de establecer y mantener vínculos sociales y afectivos con otros.

El desarrollo psicosocial es fundamental para la salud mental de las personas, ya que de éste depende el despliegue y la incorporación de las potencialidades y recursos personales que permiten establecer una armonía consigo mismo, con los otros, enfrentar las crisis normativas o cambios profundos propios del ciclo vital, así como las dificultades, obstáculos y desafíos de la vida misma.

²⁰ Gessel en Flavell, 1985.

²¹ Watson en Flavell, 1985.

²² Piaget en Flavell, 1985.

²³ Brofenbrenner, 1979.

²⁴ Hyman, 1999.

²⁵ Elman, 1996.

²⁶ Factores de riesgo es la probabilidad de un resultado negativo en la persona o en una comunidad. Factores protectores son características propias de las personas y comunidades que reducen o anulan el efecto de los factores de riesgo.

²⁷ Aksarina, 1983

El desarrollo psicosocial y la salud mental de los niños o las niñas y adolescentes son fundamentales para el bienestar y calidad de vida de la población y para la calidad de la convivencia social.

Los entornos que contribuyen al desarrollo y la salud mental son los que promueven el contacto emocional adecuado, la comunicación y el juego entre los niños y las niñas, sus pares y las personas encargadas de su cuidado. Los lazos afectivos tempranos constituyen la base para el desarrollo de las capacidades cognitivas, la adquisición del lenguaje y la identificación empática con otros seres humanos.

La ausencia de estos cimientos básicos de la vida se asocia a nutrición inadecuada, crecimiento inapropiado, enfermedades frecuentes, rendimiento escolar y laboral deficientes y acumulación de limitaciones en el potencial para asumir mayores responsabilidades en la comunidad²⁸.

Los niños o las niñas y adolescentes que viven en circunstancias difíciles o tienen necesidades especiales, requieren atención particular. Entre ellos, están los niños y las niñas de la calle, que desempeñan las peores formas de trabajo infantil. Estas situaciones los vuelven más vulnerables, su desarrollo es impactado negativamente, están expuestos a maltrato, abuso sexual, explotación, discriminación y exclusión social, en síntesis, son vulnerados en sus derechos esenciales.

1.9. CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL APOYO Y SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

En cada nivel de contacto de los niños y las niñas con un servicio de salud, los y las prestadores(as) deben considerar intervenciones de promoción para el desarrollo psicosocial. Para los niños y las niñas en quienes se identifica condiciones de riesgo para su desarrollo, deben realizarse intervenciones de prevención y para aquellos que presentan un rezago o déficit, deben realizarse intervenciones de recuperación.

En consecuencia, la programación de las actividades del equipo de salud para el apoyo y seguimiento del desarrollo integral de los niños, las niñas, sus familias y comunidades debe ser coherente con la necesidad de los distintos tipos de intervenciones:

Todos los niños y las niñas se benefician con las estrategias de promoción de salud

Muchos niños y niñas necesitan actividades de prevención de salud

Reducido número de niños y niñas requieren actividades de recuperación y rehabilitación de salud

En este contexto, la programación de actividades debe distinguir los siguientes niveles de redes, relevantes para obtener un buen nivel de salud: personal, familiar, social, comunitaria, institucionales sanitarias y no sanitarias.

Existe una relación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud. "La red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad". La familia (consanguínea o considerada como tal para la persona) como parte de la red social personal, es un importante factor protector de la salud de las personas. En muchos casos es la red más próxima, por lo tanto, la calidad de la red familiar es un factor determinante en la situación de salud familiar y su calidad de vida.

Las redes Institucionales que otorgan las prestaciones de salud deben tener liderazgo y establecer alianzas con las instituciones y organizaciones locales involucradas en el cuidado de los niños y el desarrollo comunitario. Este liderazgo del equipo de salud debe tener una mirada transdisciplinaria, con perspectiva de género e intercultural²⁹, y reconocer la importancia del trabajo en red, con la necesaria articulación entre los sectores público y privado del ámbito local, provincial, regional y nacional.

En la articulación y complementariedad de esfuerzos a nivel local (redes intersectoriales) de los servicios de salud e instituciones de diferentes sectores y organizaciones sociales, los esfuerzos deben estar encaminados al abordaje integral de los factores que

²⁸ OMS Orientaciones Estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes WHO/FCH/02.21.

²⁹ Norma General Administrativa N°16, sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud. Santiago, Resolución Exenta N°261, 26 Abril 2006.

favorecen el desarrollo de niñas y niños e impactan positivamente en su calidad de vida y salud. Si bien pudiera parecer uno de los niveles más complejos de intervención, es también, el de mayor proyección en términos de impacto.

La existencia de Consejos Vida Chile³⁰ de nivel comunal representa una oportunidad en esta dirección. La importancia de estas redes intersectoriales se expresa en los logros de los planes comunales de promoción de Vida Chile. Hoy, el desafío es la incorporación del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia - Chile Crece Contigo, cuya principal estrategia es la complementareidad y articulación de acciones entre todos los actores vinculados al desarrollo de niños y niñas³¹.

1.10. CONSIDERACIONES EN LA RELACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD CON LAS FAMILIAS DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 AÑOS Y SU ENTORNO SOCIAL

Los integrantes del equipo debieran desarrollar un liderazgo participativo, que se exprese en una interacción abierta, positiva y de apoyo a la familia; para lograrlo, es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Desarrollar estrategias de educación comunitaria que favorezcan la participación y comunicación social para potenciar el desarrollo de niños y niñas.
- Reconocer las diferencias y desigualdades de género considerándolas al interactuar con la familia y al planificar las acciones.
- Explorar las expectativas de la madre y/o padre acerca del desarrollo de sus hijos o hijas.
- Reconocer que quién acompaña al niño o la niña es principalmente la madre, sin embargo, se debe intencionar siempre la participación activa del padre en cualquier ámbito de contacto (en los controles en el centro de salud, en la visita domiciliaria, en los talleres grupales).
- Reconocer que la comunicación efectiva se construye sobre el respeto, la confianza y la empatía, esta última entendida como una actitud de no enjuiciamiento de las conductas o características de las personas.
- Ser conciente que los problemas de salud de las personas requieren de una escucha activa, que toma en cuenta el momento del ciclo de vida familiar y la edad del niño o la niña, las circunstancias y estados emocionales que están viviendo en ese momento.
- Motivar que la madre, el padre o cuidador(a) exprese sus sentimientos emociones, preocupaciones, temores y dudas.
- Tratar siempre de dar respuestas a las preguntas en forma respetuosa y amable.
- Hacer preguntas abiertas para acceder a información relevante para esa familia, comunicando en primera persona su comprensión de los problemas de salud de esa familia (“Me doy cuenta que a Ud. lo que más le preocupa en este momento es....”).
- Comentar y reforzar los logros del desarrollo del niño o la niña, felicitando a la familia.
- Orientar, con ejemplos, sobre los cambios que se producirán en el desarrollo, permitiendo a la familia anticiparse a ellos y comprenderlos.
- Promover una alianza con el niño o la niña y la familia, (“Estamos en esto juntos....”) en una relación simétrica.
- Involucrarse en los progresos, éxitos y nuevos desafíos del desarrollo del niño o la niña.
- Diseñar, en conjunto con la familia, un plan de acción para favorecer el desarrollo integral, con metas y tiempos, asegurándose que cada miembro de la familia comprenda y se comprometa en éste.
- Evaluar y ajustar el plan de acuerdo a las características y necesidades cambiantes del niño o la niña y la familia.

³⁰ Vida Chile en <http://www.minsal.cl/ici/vidasana.asp>

³¹ Orientación Programáticas MINSAL 2008

Capítulo 2

Promoción del desarrollo infantil integral

2.1. ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL INTEGRAL

La Organización Panamericana de la Salud, ha definido la Promoción de la Salud³² como el resultado de todas las acciones estratégicas emprendidas por los diferentes sectores sociales, para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población, en el contexto de la vida cotidiana.

La promoción de la salud consiste en proveer a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano. De esta manera, el foco de la promoción de la salud es la acción social y la educación comunitaria en favor de la salud.

La salud debe percibirse no sólo como objetivo, sino también como una fuente cotidiana de bienestar. Esta concepción positiva de la salud acentúa tanto los recursos sociales y personales como las habilidades físicas. La promoción de la salud, en consecuencia, no es dominio exclusivo del sector salud (OMS, 1986)³³.

La estrategia de promoción está orientada a fomentar el desarrollo local, impulsa el bienestar de los ciudadanos y ciudadanas en general, coloca el acento en la educación comunitaria la que favorece el desarrollo de las capacidades y potencialidades de los niños y las niñas desde el momento de nacer, de sus familias y de las comunidades. Su fin último es que los niños y las niñas sean sanos(as), felices, libres, independientes, creativos(as), seguros(as) e interactivos(as).

El ámbito de la promoción se sustenta en modelos ecológicos y socioculturales los que consideran intervenciones para los niños y las niñas insertos en su medio, por lo que el entorno se hace relevante para el desarrollo psicosocial integral.

Las estrategias de promoción de la salud pueden ser universales o dirigidas a subgrupos específicos, como también, adaptarse en todos los espacios, por tal razón, tienen además un fuerte componente intersectorial y comunitario.

Durante la niñez y la adolescencia se adquieren competencias y estrategias positivas para enfrentar las situaciones de conflicto, disminuyendo la probabilidad de conductas violentas en la edad adulta. Por lo que, si en el entorno del niño y la niña y de su familia no se despliegan recursos para hombres y mujeres, que favorezcan su integración real, identificando los requerimientos de género, que resguarden equidad para la satisfacción de sus necesidades, (uso de los espacios públicos para el juego, deporte, recreación, cultura, convivencia, acceso al trabajo de los adultos, a servicios de apoyo a los cuidados de la infancia, salud, educación, vivienda, seguridad ciudadana, entre otros) el desarrollo de los niños y las niñas se verá significativamente alterado.

Las estrategias de promoción dirigidas hacia los niños y las niñas consideran tanto el fomento de los factores protectores internos como externos.

- Los factores protectores internos están, relacionados con su proceso evolutivo y le permiten desarrollar herramientas personales para lograr un bienestar psicológico y social: conductas pro sociales, habilidades sociales, autoestima, capacidad para resolver problemas, autocontrol, autonomía, creatividad, sentimiento de control y de seguridad o “empoderamiento”, sentido positivo frente a la vida, respeto por sí mismo y por los otros.
- Los factores protectores externos permiten optimizar las influencias ambientales para alcanzar el mejor desarrollo físico y emocional de niños y niñas, familias y comunidades: espacios de participación social, para el juego, relación con la naturaleza, relaciones interpersonales positivas, responsabilidad y tolerancia social (no estigmatizar), respeto de los derechos, apoyo de familia y amigos, apoyo social, redes sociales comunitarias.

Las actividades efectivas para el desarrollo integral infantil son aquellas que se realizan con los niños y las niñas, sus familias o grupos primarios de apoyo o cuidadoras(es) y la comunidad:

Para niños y niñas:

- Fomentar interacciones vinculares sensibles, el juego solitario, con pares y con adultos, favorecer el contacto con el entorno físico y la naturaleza en espacios de encuentro, reforzar autoestima, enseñar hábitos en forma no coercitiva³⁴.

³² OPS, 1996.

³³ OPS, Fundación W.K. Kellogg, 2001

³⁴ Ministerio de Salud, 2007, 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. Informe Final. Disponible en <http://www.crececontigo.cl>

- En estas intervenciones es fundamental reconocer las diferencias de género, incorporando acciones tendientes a que el niño y la niña desarrollen habilidades interpersonales tales como la expresión de emociones, resolución no violenta de conflictos, roles compartidos y simétricos.

Para la familia o grupo primario de apoyo o cuidadoras(es):

- Desarrollo de habilidades parentales y resolución no violenta de conflictos³⁵.
- Facilitar el acceso a programas empleabilidad y conocimiento de los derechos en seguridad social.
- Con apoyo y liderazgo del equipo de salud, los adultos hombres y mujeres pueden identificar inequidades de género e intentar cambios de conducta que favorezcan dinámicas familiares simétricas en roles y funciones en el ámbito público y privado.

Comunidad:

- Desarrollo de espacios para el arte, juegos, contacto con la naturaleza, animales y el medio ambiente, participación de las familias en el desarrollo local, escuela, salas cuna, jardín infantil, espacios y actividades físicas, deportivas y de recreación³⁶, acceso a servicios de apoyo educación, salud, vivienda, trabajo.
- En el jardín infantil y la escuela, es importante reconocer que las inequidades de género mantienen aún una formación sexista, que tiende a fomentar formas de juegos, como por ejemplo, deportes en niños y juegos de actividad doméstica en niñas.
- En la comunidad, con el apoyo de los equipos de salud, se desarrollarán estrategias de educación comunitaria en conjunto con los distintos dispositivos de comunicación existentes en el territorio con el fin de producir cambios a favor del desarrollo integral y equitativo de las niñas y los niños.

2.2. EVIDENCIA DE INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE NIÑOS Y NIÑAS

A partir de las conclusiones del Estudio “Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la promoción de la salud mental en familias con niños y niñas de 0 a 6 años, revisión sistemática de la literatura”, los autores recomiendan considerar las siguientes categorías de intervenciones de promoción de la salud mental en niños o niñas de 0 a 6 años:

2.2.1. Intervenciones recomendadas³⁷

<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones para la promoción de la lactancia: aquí hay una variedad de modalidades que muestran ser efectivas, para favorecer el inicio y la instalación de este proceso natural. En el momento del nacimiento a nivel hospitalario se recomienda el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido. En el período del posparto la consejería cara a cara e individual a la madre y múltiples visitas domiciliarias (VD) ha mostrado ser efectiva. • Las intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia a través de múltiples visitas domiciliarias realizadas durante la fase de pre y postnatal o bien durante las fases de prenatal, parto (hospital) y postnatal han demostrado efectividad. • Intervenciones y estrategias de procedimientos para aumentar la duración de la lactancia materna con participación de la pareja.
<ul style="list-style-type: none"> • Para fomentar la regulación fisiológica temprana de los ciclos de sueño-vigilia, han mostrado ser efectivas las intervenciones educativas a la madre y guías anticipatorias o instrucciones escritas. La regulación fisiológica del niño o la niña con efectos en la expresión del llanto se ve favorecida por intervenciones de contacto piel a piel temprano después del nacimiento y que se continúan en casa y la aplicación de masajes al niño o niña realizado por sus madres.
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente domestico de calidad en población universal: programas de VD múltiples y de largo plazo realizadas por enfermeras.
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente doméstico de calidad en población selectiva: VD en niños “de riesgo” (ej. familias vulnerables, niños de bajo peso, niños prematuros de muy bajo peso).
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones dirigidas hacia la promoción de la calidad de la interacción/relación, aplicadas en padres o madres (excepto las intervenciones educativas prenatales dirigidas a padres). • En padres (hombres) se observan efectos positivos cuando hay un involucramiento temprano en los cuidados del niño, cuando el padre conoce las habilidades del RN (por haber recibido educación y modelaje), y cuando participa en grupos de juego interactivo y en talleres grupales. • Las madres se benefician de educación sobre el desarrollo a través de guías anticipatorias.
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones dirigidas a la promoción de competencias parentales en población universal (excepto las intervenciones educativas prenatales dirigidas a padres). • La madre y/o padre con un mayor involucramiento en intervenciones grupales con padres (hombres) de niños de 0 a 5 años con juegos interactivos mejora habilidades parentales y agrado de estar con hijo/hija así como un mayor tiempo para interactuar.
<ul style="list-style-type: none"> • Programas de entrenamiento grupal para padres de niños y niñas de 0 a 3 años mejoran la adaptación emocional y patrones de sueño de los niños.

³⁵ Idem.

³⁶ Idem.

³⁷ con evidencia de buena calidad, resultados consistentes en general o de alta magnitud.

• Intervenciones dirigidas a la promoción del rol/identidad materna, excepto aquellas intervenciones no estructuradas (grupos informales en atención primaria) o basadas en un número muy escaso de VD (1 o 2).
• Intervenciones dirigidas a la promoción de adaptación emocional y conductual de los niños, especialmente las intervenciones de tipo afectivas y de entrenamiento de resolución de problemas interpersonales en niños de 2 a 7 años, y las de tipo cognitivo-conductual.
• Intervenciones basadas en VD y guías anticipatorias dirigidas a la promoción del desarrollo del lenguaje y aprendizaje en población universal.
• Intervenciones educativas dirigidas a promoción de actividad física tempranamente en jardín, escuela y hogar.

En general las VD que reportan mayores efectos son aquellas que son parte de programas multicomponentes, con objetivos predeterminados, realizadas por profesionales o personal entrenado, que se centran en la relación con la madre y la comprensión del contexto cultural como moderador de cambio, y las que tienen como foco de atención tanto a la madre como al niño y la niña. Las familias con mayor cantidad de factores de riesgo tienen una adherencia menor a los programas de "ir" (al consultorio), por lo que un programa de VD puede ser efectivo en esta población.

Chile cuenta con una gran cobertura de salud en el control de niño sano, lo que es una base sólida para la aplicación de recomendaciones relacionadas con la educación a la madre y/o padre y supervisión del desarrollo del niño.

2.2.2. Intervenciones medianamente recomendadas³⁸

• Intervenciones dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el período prenatal (educación a padres). Así como también intervenciones que sólo usan el rooming-in (día madre hijo(a) juntos en sala) dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el período del nacimiento.
• Intervenciones basadas en VD cortas con o sin apoyo telefónico dirigidas a la promoción de lactancia, realizadas durante el período postnatal.
• Intervenciones dirigidas a la promoción de ambiente seguro y prevención de accidentes en el niño, especialmente VD durante el embarazo.
• Intervenciones dirigidas a la promoción de conducta de apego, basadas en contacto piel a piel.
• Intervenciones dirigidas a la promoción de conocimientos de la madre y/o padre.

2.2.3. Características de las intervenciones más efectivas para el desarrollo psicosocial de niños y niñas:

• Perspectiva centrada en las competencias, fortalecimiento, empoderamiento, colaboración y alianza de las personas y comunidades a las cuales va dirigida.
• Marcos teóricos con evidencia de efectividad como son: las teorías del apego, autoeficacia, resiliencia, afrontamiento y estrés, apoyo social, aprendizaje social y teoría de las organizaciones.
• Múltiples métodos de intervención en diferentes niveles (individual, familiar, comunitario).
• Insertos en la red comunitaria.
• Dirigidas a los factores protectores y de riesgo propios en los diferentes contextos (centro de salud, escuela entre otros) y momentos del desarrollo (infancia temprana, preescolar).
• Incluyen entrenamiento y mecanismos de apoyo para asegurar implementación, calidad y sustentabilidad de las intervenciones.
• Intervenciones con enfoque de determinantes sociales, adecuadas a las necesidades de los participantes, la edad, sexo, cultura y contexto local.
• Sistemas de evaluación de su implementación y resultados.
• Múltiples componentes: intervenciones dentro del centro de salud que tienen continuidad en la sala cuna, el jardín infantil y el barrio acompañados de intervenciones en organización de base comunitaria y liderazgo del gobierno local, aplicando educación comunitaria.
• Incluyen un sistema de medición de la calidad de las intervenciones.

2.3. ORIENTACIONES GENERALES PARA CADA CONTACTO CON LA MADRE, EL PADRE O CUIDADOR(A) DE UN NIÑO O UNA NIÑA, EN EL MARCO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

- El equipo debe recordar permanentemente que cada niño o niña es una persona única, con su temperamento propio, su estilo de aprendizaje, familia de origen, patrón, tiempo de crecimiento y contexto sociocultural. Sin embargo, existen secuencias universales y predecibles en el desarrollo de los primeros 6 años de vida.

³⁸ Con evidencia de buena calidad, resultados heterogéneos, o de magnitud baja o incierta.

- Los profesionales y técnicos de los equipos de salud deben evaluar los logros de los niños y las niñas entre 0 y 6 años y entregar orientaciones anticipatorias a las familias.
- Estas orientaciones deben entregarse durante las actividades en que existe contacto con el niño o la niña y su familia o cuidadoras(es): controles de salud, consultas de morbilidad, atenciones de urgencia, consultas por otros profesionales, atenciones de niños y niñas hospitalizados, talleres, consulta de especialidad, visita en el domicilio, en sala cuna, jardín infantil o escuela.
- Recordar a la madre y/o padre que pueden contribuir a reforzar la salud mental del niño o la niña y los vínculos afectivos que tienen con él o ella mediante actividades placenteras y creativas.
- Reforzar que uno de los aspectos relevantes del desarrollo en el niño y la niña es el lenguaje. Por eso, es conveniente la estimulación adecuada en hogar, sala cuna o jardín infantil u otro ambiente en que se desenvuelva el niño y la niña. Preguntar por ejemplo que tipo de respuesta obtiene cuando emite sonidos, balbuceos, vocalizaciones, palabras o frases. En la interacción con el mundo que lo rodea, el lenguaje tiene importancia fundamental para su desarrollo.
- El equipo debe ejercer liderazgo al entregar orientaciones que potencien la igualdad entre los géneros, contribuyendo a modificar los patrones culturales que perpetúan las inequidades entre hombres y mujeres, las que se construyen en las etapas tempranas del desarrollo infantil.
- Debe relevarse la importancia del juego, ya que es la actividad más importante para el desarrollo psicosocial de niños y niñas³⁹. Al jugar, niños y niñas desarrollan su pensamiento y creatividad, buscan los elementos necesarios para su juego, los organizan, involucran a otros(as) niños y niñas; deben resolver problemas y buscar soluciones por sí mismos, desarrollando confianza en sus capacidades, deseos de enfrentar situaciones nuevas y, si son orientados por los adultos en ese sentido, a relacionarse niños y niñas en condiciones de igualdad. Mediante el juego se sientan las bases para el trabajo escolar y para la adquisición de capacidades que son necesarias en etapas posteriores de la vida, como la atención, imitación, la representación simbólica y la autonomía. Mediante éste aprende a ponerse en el lugar del otro, a comprender a los demás, descubre la amistad y la lealtad y manifiesta su capacidad de compartir y de respetar reglas. Niños y niñas aprenden a conocer su cultura, tradiciones y valores mediante el juego. Propiciar los juegos facilita el entender, valorar y mantener la cultura a la que pertenece. La madre y/o padre, las madres y los abuelos pueden enseñarles juegos que ellos a su vez aprendieron de la madre y/o el padre.

En síntesis

- El juego favorece el desarrollo de habilidades psicosociales y físicas.
- Estimula el desarrollo motor, puesto que exige al niño o la niña moverse, correr, saltar, caminar.
- También favorece el desarrollo de la inteligencia, porque lo lleva a explorar y contactarse positivamente con el mundo que lo rodea (la naturaleza, las plantas, los animales) y a repetir acciones en los objetos disponibles para conocerlos mejor.
- El juego favorece el desarrollo emocional, porque a través de los juegos el niño o la niña expresa sus sentimientos.
- Entretenerse y divertirse, a veces resuelve conflictos emocionales.
- Aprende a establecer relaciones de igualdad entre hombres y mujeres.
- Facilita el desarrollo social porque por medio de éste el niño o la niña aprende a permanecer y jugar con otros niños, a respetar reglas, a compartir y a convivir.
- El niño o niña aprende de sus pares.
- Desarrolla la imaginación y la creatividad.

2.4. ASPECTOS A OBSERVAR EN LA ATENCIÓN DE SALUD DEL NIÑO Y NIÑA DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD Y RECOMENDACIONES AL EQUIPO DE SALUD

A continuación se entrega, un listado de los logros esperados para cada etapa del desarrollo, las tareas para la familia, las tareas para el niño o la niña, los aspectos a observar en la atención de salud y las recomendaciones que el equipo debiera transmitir a la madre, padre y/o cuidador(a).

La división de etapas no pretende dar cuenta del complejo proceso de cambio en el crecimiento y desarrollo que experimentan los niños y las niñas durante sus primeros seis años de vida, sino, poner el foco fundamentalmente en el ámbito del desarrollo psicosocial, y en la instalación de los vínculos familiares y sociales relevantes para la salud mental de los niños y las niñas. Las recomendaciones que el equipo brinde a los padres/madres/cuidadores(as) pueden complementarse con material disponible en la página web, <http://www.crececontigo.cl>

³⁹ UNICEF Desarrollo Psicosocial del Niño 2004.

2.4.1. En la atención del niño y niña de 0 a 1 año.

2.4.1.1. ASPECTOS A OBSERVAR EN EL NIÑO Y LA NIÑA DE 0 A 1 AÑO⁴⁰

Logros esperados	Tareas para la familia	Aspectos a observar en la atención de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Un crecimiento y desarrollo de acuerdo a lo esperado por edad. • Buen estado de salud física. • Patrón de sueño regulado. • Autoregulación. • Sensación de confianza. • Adaptación de la familia al niño o la niña. • Vínculo entre padre, madre, cuidador(a) y niños y niñas. • Interacción saludable entre hermanos y hermanas. • Respeto por el medio ambiente. • Autonomía emocional. • Creatividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y conocer las necesidades nutricionales del niño y la niña. • Establecer un calendario regular de comidas y sueño. • Promover un desarrollo normal. • Promover una relación cariñosa entre el padre, la madre cuidadores(as), el niño y la niña cariñosa. • Promover responsabilidad y competencias sociales. • Animar a la interacción del lenguaje con la madre, padre y/o cuidador. • Motivar que el niño y la niña juegue con juguetes con la madre y/o el padre, hermanos y otros. • Prevenir lesiones y maltratos. • Motivar la exploración del entorno y medio ambiente. • Prevenir caries tempranas. • Mantener cuadro de inmunización al día. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer vínculo entre la ayuda profesional el padre, la madre y cuidador(a). • Preparación del padre madre para el nuevo rol. • Nutrición óptima • Crecimiento y desarrollo satisfactorio. • Promoción de los vínculos familiares positivos. • Aumentar el compromiso del padre, la madre o cuidador. • Promoción del desarrollo potencial. • Inmunización. • Prevención de lesiones. • Detección de síntomas de trastornos depresivos post-parto.

2.4.1.2. RECOMENDACIONES AL EQUIPO DE SALUD DE MENSAJES A TRANSMITIR EN LOS CONTACTOS CON LA MADRE, EL PADRE O CUIDADOR(A) DE UN NIÑO O UNA NIÑA DE 0 A 1 AÑO.

Comprenda y responda a las necesidades de su hijo o hija

- Usted **NO** va a malcriar a su hijo/hija cuando lo consuela porque llora o está inquieto.
- Responda a las señales de llanto, sueño o risa de su hijo o hija, le puede enseñar a él o ella a tener una sensación de confianza básica en usted y en el mundo.
- Ignorar el llanto puede causarle altos niveles de estrés, tanto al niño o la niña y como a sus cuidadores(as).
- La crianza es un proceso de aprendizaje, tanto para el cuidador(a) como para el niño o la niña.
- Si a su hijo o hija le gusta lo que usted está haciendo, quiere decir que usted lo está haciendo bien, tenga confianza.

Ofrezca un ambiente amoroso y cálido

- Ayude al niño o la niña a sentirse seguro y confiado, es la clave para su crecimiento y desarrollo.
- A un niño o una niña que se siente amado y protegido, le será más fácil dedicar tiempo a aprender del mundo externo.
- Asegúrese de interactuar con su hijo o hija, dándole amor y afecto
- Usted puede formar un profundo vínculo emocional con su hijo o hija simplemente abrazándolo/la.

Cúidese a usted mismo(a) para poder cuidar a su hijo o hija

- Convertirse en madre o padre puede ser una tarea agotadora, si no se toma un tiempo para usted, para cuidarse y descansar, podría sentirse irritable para enfrentar de buena manera a las exigencias del cuidado de su hijo o hija.
- Es importante buscar apoyo e incorporar otras personas de su familia (padre, abuelo, abuela, tía, tío otros), amigos y la comunidad (centros de salud, sala cuna).
- No tenga miedo en pedir ayuda para cuidar a su hijo o hija, es legítimo que lo haga.

Háblele, cántele y léale a su hijo o hija

- Haga que su hijo o hija escuche su voz lo más posible
- El cerebro de los niños y las niñas está especialmente preparado para escuchar el sonido de su voz.
- Los sonidos a los que se expone un niño o una niña en sus primeros meses, son fundamentales porque con ellos se construye las bases del habla y del lenguaje.

⁴⁰ Las siguientes tablas son de elaboración propia del Depto. de Salud Mental y se basan en juicio de expertos y revisiones bibliográficas como el Healthy Steps User Manual An approach to enhanced primary care of children from birth to three interactive multimedia training & Resource Kit. Boston University School Of Medicine Continuing Medical Education 2006 y " Desarrollo Integral en la Infancia" Manual del Desarrollo Temprano Landers.C.;Mercer,R.;Molina,H. y Erming Joung E.OP/S/OMS Banco Mundial. La presentación en columnas es de carácter didáctico y deben ser leídas de forma vertical.

Cree un entorno predecible para su hijo o hija, establezca rutinas

- Al establecer rutinas y responder a las expectativas de su hijo o hija, le dará la sensación de que el mundo es un lugar confiable.
- Si su hijo o hija comprende esto, gastará menor energía en buscar su atención y canalizará su energía en aprender y explorar el mundo que le rodea.

2.4.2. En la atención del niño y niña de 1 a 4 años

2.4.2.1. ASPECTOS A OBSERVAR EN EL NIÑO Y LA NIÑA DE 1 A 4 AÑOS⁴¹

Logros	Tareas del niño	Aspectos a observar en la atención de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos regulares de sueño. • Independencia en la alimentación. • Completar control de esfínteres. • Capacidad para vestirse y desvestirse. • Capacidad para separarse de la madre y/o padre. • Progresar del juego paralelo, al juego interactivo y participativo. • Relaciones afectuosas y buena comunicación con padre, madre y hermanos. • Clara comunicación de deseos y necesidades. • Expresión de sentimientos tales como: la alegría, la rabia, tristeza y frustración. • Conductas de autoconsolamiento. • Autodisciplina y autonomía, toma decisiones. • Habla comprensible. • Imágen positiva de sí mismo. • Demostración de iniciativa y curiosidad. • Creatividad y exploración. • Demostración de imaginación, juega a disfrazarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender hábitos de alimentación saludable. • Prácticas de una buena higiene oral. • Participar en juegos. • Desarrollar autonomía, independencia y asertividad. • Responder a los límites y disciplina. • Aprender autocontrol y autodisciplina. • Aprender a cuidar de sí mismo. • Hacer amigos y conocer personas nuevas. • Relacionarse y jugar bien con hermanos y pares. • Aprender a comprender y usar el lenguaje para expresar necesidades. • Escuchar historias. • Aprender a manejar conflictos sin violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Signos tempranos de autonomía. • Óptimo crecimiento y desarrollo. • Establecimiento de buenos hábitos de salud. • Óptima Nutrición balanceada. • Prevención de accidentes. • Inmunizaciones. • Apresto escolar. • Prevención de problemas conductuales. • Promoción del desarrollo potencial. • Promoción de las fortalezas de la familia. • Potenciar la efectividad parental.

2.4.2.2. RECOMENDACIONES AL EQUIPO DE SALUD DE MENSAJES A TRANSMITIR EN LOS CONTACTOS CON LA MADRE, EL PADRE O CUIDADOR(A) DE UN NIÑO O UNA NIÑA DE 1 A 4 AÑOS

Hacia el final del primer año los niños y las niñas han alcanzado un vínculo estable con sus cuidadores(as) y en esta etapa ya han expandido su capacidad para comunicarse con otras personas a través de sonidos y gestos. A los 3 años el niño y la niña ha alcanzado un habla clara y comprensible y ahora es capaz de negociar con la madre y/o el padre. Al final de los cuatro años, los niños y las niñas pueden aprender definitivamente a ser asertivos sin ser agresivos, aunque los problemas de conductas agresivas con pares pueden existir durante el juego.

Motivelo para la autonomía

- En este período comenzará a caminar, estos son los primeros pasos hacia la autonomía.
- Al inicio de este período la comprensión del mundo y de los objetos se hace a través de los sentidos y experiencias, con la manipulación, tacto, olfato, oír y la visión. Permita que su hijo-hija acceda a objetos seguros.
- A los dos años los niños disfrutan de comer solos, jugar a leer un libro, e imitando a la madre y/o el padre en actividades comunes.
- Hacia el final de este período el pensamiento se despegas del aquí y ahora e incorpora el uso de símbolos mentales y de la fantasía.
- Durante todo el período, la meta es lograr un complejo control del movimiento grueso y fino.
- Los niños y las niñas tienen que equivocarse y esto debe ser reconocido por ellos con la ayuda de la madre, el padre o cuidador(a) para aprender de sus errores.
- Logran la independencia y autonomía.

⁴¹ Las siguientes tablas son de elaboración propia del Depto. de Salud Mental y se basan en juicio de expertos y revisiones bibliográficas como el Healthy Steps User Manual An approach to enhanced primary care of children from birth to three interactive multimedia training & Resource Kit. Boston University School Of Medicine Continuing Medical Education 2006 y " Desarrollo Integral en la Infancia" Manual del Desarrollo Temprano Landers.C.;Mercer,R.;Molina,H. y Eming Joung E.OP/S/OMS Banco Mundial. La presentación en columnas es de carácter didáctico y deben ser leídas de forma vertical.

- Consuélelo(la) cuando se lo pida, durante la exploración los niños y niñas se caen o tienen temores y se dirigen a usted en busca de apoyo, recibir su afecto les permitirá volver a explorar con mayor confianza.

Juegue con él o ella y léale cuentos

- Desarrolle de juegos que le permita al niño o la niña repetir sonidos, gestos y movimientos.
- Apoye su creatividad.
- Cante canciones con él o ella.
- Propicie juegos que incorpore roles igualitarios.
- Leer diariamente unos pocos minutos al niño y niña antes de dormir ha demostrado que fomenta sus futuras habilidades lecturas.

Enseñe habilidades para la resolución no violenta de conflictos

- Ayúdele a manejar el enojo, la ira.
- No use técnicas disciplinarias o límites violentos, ni castigos físicos ni psicológicos.
- Si usted siente mucha rabia frente al niño o niña, aléjese e intente recuperar la calma.
- Respete sus sentimientos.
- Bríndele seguridad.
- Déjele expresar sus emociones en su propio lenguaje.
- Escúchelo(a) y preste atención a sus necesidades.

Prepárelo(a) para su interacción con pares en el jardín o prekinder

- Enséñele a jugar con otros(as) niños y niñas.
- Déle tareas para que tome decisiones simples.
- Realice actividades al aire libre con el niño o la niña.
- Enséñele hábitos (higiene, alimentación, vestirse, desvestirse, sueño).
- Enséñele a descubrir la alegría de aprender, sin presionarlo.

Estimule su lenguaje

- Dada la importancia del lenguaje en el desarrollo, a continuación se muestran por edades algunos de los logros esperados:
- Entre los 12 y los 15 meses, los niños y las niñas deben ser capaces de comprender y seguir instrucciones sencillas (por ejemplo, "por favor, alcánzame el juguete").
- Entre los 18 y los 24 meses, deberían estar aprendiendo a combinar dos palabras como: "mamá linda" "papá grande" A los 2 años deben ser capaces de seguir órdenes simples: como "por favor, levanta el juguete y tráeme la taza".
- Entre los 2 y 3 años, la madre y/o padre suelen ser testigos de una "explosión" en el habla de sus hijos o sus hijas, en esta etapa aumentan y combinan, en forma rutinaria, tres o más palabras para formar oraciones, comienzan a comprender el significado de "colócalo en la mesa" o "colócalo debajo de la cama", identifica los colores y comprende conceptos descriptivos, por ejemplo, grande en contraposición a pequeño.

2.4.3. En la atención del niño y niña de 4 a 6 años

2.4.3.1. ASPECTOS A OBSERVAR EN EL NIÑO Y LA NIÑA DE 4 A 6 AÑOS⁴²

Logros	Tareas del niño	Aspectos a observar en la atención de salud
<ul style="list-style-type: none"> Tiene más de un amigo. Quiere ser como sus amigos. Conciencia de normas de seguridad. Es más fácil que acepten reglas. Habilidades para leer, escribir, con pensamiento cada vez más complejo y creativo. Les gusta cantar, bailar, actuar. Son dependientes de la autoridad (qué deben hacer y cómo deben hacerlo). Necesitan aprobación de quienes lo rodean (madre, padre cuidadores(as), hermanos(as) otros(as)). Se identifica con su grupo de pares. Capacidad de jugar en grupos. Habilidad de expresar sentimientos. Comprende sus derechos y su errores. Capacidad de asombrarse. Responsable de sus tareas. Logros escolares. 	<ul style="list-style-type: none"> Autonomía en habilidades personales. Autodisciplina. Resolución de conflictos. Manejo constructivo de la rabia Aprender a negociar asertivamente. Asume responsabilidades por sus efectos personales, tareas de la casa y hábitos de salud. Respeto a sus pares. Aprende a integrar a sus juegos a pares con discapacidad. Evita y rechaza el alcohol, tabaco otras drogas. Mejora el control de impulsos. Tiene buena comunicación con, su madre, padre, profesores y otros adultos. 	<ul style="list-style-type: none"> Guías anticipatorias para socialización. Orientar sobre integración a grupos de pares y comunidad. Inmunizaciones. Cuidado personal. Habilidades sociales. Ambiente seguro. Sentido de competencia personales. Sentido de autoeficacia y confidencialidad. Activo rol en la supervisión y promoción de la salud. Estimular el desarrollo potencial. Apresto escolar. Éxitos escolares. Evidencia de negligencia y abuso sexual. Hábitos de salud. Potenciar la efectividad de la madre y/o padre. Promoción de lazos familiares. Prevención de problemas de conducta.

2.4.3.2. RECOMENDACIONES AL EQUIPO DE SALUD DE MENSAJES A TRANSMITIR EN LOS CONTACTOS CON LA MADRE, EL PADRE O CUIDADOR(A) DE UN NIÑO O UNA NIÑA DE 4 A 6 AÑOS

Construya una crianza positiva

- Evite contradicciones en los límites y contradicciones entre padre y madre, o madre y abuela.
- Evite ambigüedad al establecer límites, sea claro y asegúrese que el niño o niña entienda lo mismo que usted.
- Refuerce su autoestima, alébelo frecuentemente pero sin mentir.
- Intente mantener una actividad regular y placentera con su hijo o hija.
- Dedique algún tiempo de contacto individual con cada uno de sus hijos o hijas (si usted tiene más hijos).
- Sea consistente en las expectativas y disciplina.
- Asigne responsabilidades simples.

Ayúdelo o ayúdela al control de sus emociones

- Manejo asertivo de la frustración.
- Ayude a que su hijo o hija exprese sentimientos como, alegría, rabia.
- Estimule su expresión de emociones a través del lenguaje, aumente su vocabulario de emociones hablando sobre lo que su hijo o hija siente (rabia, pena, celos, enojo, alegría, ganas, vergüenza, etc.).

Ayúdelo o ayúdela en el juego colectivo

- Motive a la integración con amigos y amigas.
- Comparta con la familia de sus amigos y amigas.
- Comparta juegos, lecturas, música.
- Salida a ambientes saludables y en contacto con naturaleza.
- Facilite juegos interactivos.

Prepárelo o prepárela para el ingreso al sistema preescolar

- Enséñele hábitos de alimentación nutritiva e independiente.
- Asigne tareas simples.
- Enséñele hábitos de higiene personal y del entorno.
- Incentive el juego con sus pares.

⁴² Las siguientes tablas son de elaboración propia del Depto. de Salud Mental y se basan en juicio de expertos y revisiones bibliográficas como el Healthy Steps User Manual An approach to enhanced primary care of children from birth to three interactive multimedia training & Resource Kit. Boston University School Of Medicine Continuing Medical Education 2006 y " Desarrollo Integral en la Infancia" Manual del Desarrollo Temprano Landers.C.;Mercer,R.;Molina,H. y Eming Joung E.OP/S/OMS Banco Mundial. La presentación en columnas es de carácter didáctico y deben ser leídas de forma vertical.

2.5. ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS CON ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN

El modelo de desarrollo integral vincula los modelos actuales de enfoque de riesgo y enfermedad con estrategias de promoción de la salud y el desarrollo dentro de la cual, el desarrollo del niño y la niña pueden ser analizados desde la perspectiva individual y comunitaria.

El acompañamiento y seguimiento al desarrollo integral del niño, la niña y su familia se realiza a través de las actividades del Programa de Salud del Niño y del Adolescente (1991), ampliadas y reforzadas de acuerdo a la planificación en la red asistencial local de cada Servicio de Salud en el contexto del Sistema de Protección a la Primera Infancia - Chile Crece Contigo, a través del Componente de Salud; el Programa de Apoyo al Desarrollo Psicosocial.

A continuación se describen las actividades de control que serán enriquecidas en los ámbitos de promoción de la salud cuidando de incorporar en esta interacción a la madre, padre y familia haciendo entrega de información para el desarrollo a través de guías anticipatorias.

2.5.1. Taller de Autocuidado: estimulación y normas de crianza (Anexo N° 2)

Son actividades sistemáticas grupales para familias con niños y niñas menores de 1 año orientadas a fortalecer competencias parentales y desarrollo de conductas de autocuidado y promoción del desarrollo integral de niños y niñas. Utilizan metodologías participativas, con dinámicas grupales, privilegiando el aprendizaje, la expresión de emociones y no solo el aspecto cognitivo.

2.5.2. Control de Salud con aplicación de protocolo de evaluación neurosensorial 1 - 2 meses (Anexo N° 3)

Corresponde a la atención sistemática y periódica proporcionada al niño o la niña menor de 2 meses y se encuentra orientado a detectar tempranamente trastornos del desarrollo neurológico. Este protocolo se aplicará a todos los niños y niñas en el control de salud de niños sano al mes de edad.

2.5.3. Control de Salud con escala de detección signos y síntomas de depresión post parto

Corresponde a la atención sistemática y periódica proporcionada al niño o la niña orientado a la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño o la niña y a la detección de signos tempranos de depresión post parto en la madre mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Anexo N° 4) durante el control de salud del niño o la niña a los 2 y 6 meses de edad. Ver instructivo de aplicación de la Escala adjunto a este anexo.

2.5.4. Control de Salud con aplicación de Escala de Apego madre-bebé en situaciones de stress

Corresponde a la atención sistemática y periódica proporcionada al niño o la niña orientado al cuidado preventivo de su salud, a la evaluación de su crecimiento y desarrollo, a la detección de problemas o riesgos en el área socio-emocional y relacional entre la madre el padre o cuidador(a) y el niño o la niña, con el fin de reforzar a la familia o cuidadoras(es) cuando el estilo de apego o de la relación vincular que se detecta es seguro y derivar, de acuerdo a flujograma establecido, cuando se detectan problemas en esta área del desarrollo.

El control de salud que se realiza a los 4 y a los 12 meses de edad incluirá la aplicación de la Escala de Apego Madre-Bebé en situaciones de stress Massie-Campbell (Anexo N° 6), instrumento de tamizaje cuyo objetivo es, en base a criterios de observación simples y estandarizados, evaluar algunos aspectos de las reacciones emocionales, lenguaje y conductas que han demostrado estar relacionados con la calidad del vínculo entre la madre el padre o cuidador(a) y el niño o la niña y el niño o la niña. Los puntajes obtenidos mediante la aplicación de esta pauta de observación nos lleva a definir desde una relación de tipo evitativa, aislada y carente de reciprocidad o una relación intensa, intrusiva y demandante de afecto. Los puntajes intermedios son índices de apego más equilibrado (apego seguro). Ver instructivo de aplicación adjunto en este anexo.

2.5.5. Control de Salud con aplicación de Pauta Breve de evaluación del desarrollo psicomotor de 0-3 años

En todo control en contacto con el niño y su familia, particularmente en el control de salud, debe evaluarse el desarrollo infantil en términos de hitos significativos. Para ello, debe aplicarse la "Pauta Breve de Evaluación del Desarrollo Psicomotor 0 - 2 años" (Anexo N° 7) en todos los controles en que no se aplica otro instrumento de evaluación del desarrollo psicomotor: a los 4, a los 12 a los 15, a los 21 y a los 24 meses. Su objetivo es fundamentalmente preventivo y busca detectar a los niños y las niñas con mayor probabilidad de presentar problemas en su desarrollo psicomotor o confirmar que este tiene el curso esperado para la edad.

2.5.6. Control de Salud con Evaluación Desarrollo Psicomotor:

Por corresponder a edades clave en los logros del desarrollo y porque la detección a estas edades da tiempo a realizar intervenciones efectivas cuando se detectan problemas, se aplicará el Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) de S. Rodríguez y Cols. (Anexo N° 9) en los controles de salud de los 8 y 18 meses.

Esta escala de medición ha sido estandarizada en población chilena y el objetivo es pesquisar los niños y las niñas de dichas edades que presenten riesgo o retraso en su desarrollo psicomotor, lo que permite al equipo de salud trabajar junto con sus familias para desarrollar acciones que contribuyan al logro de un desarrollo normal.

Con este mismo objetivo, en el control de salud de los 3 años se aplicará el Test de Desarrollo Psicomotor 2 - 5 años (TEPSI) de I.M. Haeussler y T. Marchant. (Anexo N° 14).

Potenciando la coordinación, la integración y complementariedad de las acciones intersectoriales a nivel del territorio - descrito en el Modelo de Atención Integral - las Escalas de Evaluación del Desarrollo Psicomotor antes mencionadas pueden ser aplicadas en forma independiente del control de salud en el centro de salud (en la sala de estimulación), en el Jardín Infantil, en el Parvulario o Establecimiento Educacional que correspondan a su ámbito territorial. Esto debe planificarse siempre en estrecha coordinación y de acuerdo a la programación del equipo de cabecera del sector (convenios, acuerdos) y deben ser registradas, así como sus resultados, en el sistema de información del Centro de Salud. El registro de esta actividad corresponde sólo a la aplicación de la escala de medición del desarrollo psicomotor realizada por los profesionales previamente capacitados y validados. Esta actividad no reemplaza al control de salud que corresponde por la edad del niño o la niña.

2.5.7. Control de salud grupal

Es una actividad que forma parte de la atención sistemática y periódica que se realiza con el niño o la niña con la madre y/o el padre o cuidadoras(es), en modalidad grupal, orientada a la evaluación del crecimiento y desarrollo y a la detección de problemas de rezago, con la finalidad de desarrollar acciones para la promoción y protección de la salud, compartiendo experiencias de crianza y capacidades de auto cuidado.

El control de Salud Grupal se realizará con un mínimo de tres y un máximo de cinco niños (y su madre, padre y/o otras personas cuidadores(as)) a los 24 meses y a los 4 años de edad. En estos controles se intencionará el compartir las experiencias de crianza y los probables problemas detectados por la familia en el desarrollo de sus niños y niñas. El equipo de salud debe realizar un diagnóstico de la situación de cada niño o niña, madre, padre o cuidador(a) y familia, de acuerdo al ciclo familiar e individual de cada una, a fin de entregar recomendaciones utilizando las guías anticipatorias pertinentes.

Esta actividad grupal permite e incentiva que la familia formule, con mayor libertad y menor inhibición, preguntas sobre el desarrollo de sus hijos para resolver sus dudas, temores y se identifiquen con las dificultades o eventos propios de la crianza que tienen otras familias. También incentiva a las personas a compartir sus propios conocimientos y las distintas formas en que han intentado resolver los problemas y los resultados de estos esfuerzos, lo que contribuye al aprendizaje colectivo y crea vínculos de ayuda entre ellas. En este tipo de control el/la profesional de salud actúa como moderador y es la relación entre pares la que actúa como catalizador del empoderamiento de las familias para la promoción del desarrollo de sus hijos o hijas. Así mismo, puede permitir la participación de otros miembros de la familia involucrados en la crianza.

2.6. CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES COMUNITARIAS EFECTIVAS PARA EL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS EN EL ÁMBITO DE LA PROMOCIÓN

Las intervenciones efectivas deben ser universales (dirigidas a todos los niños y las niñas, familias, e instituciones de protección y cuidado infantil), estar integradas con las redes locales y orientadas a la generación de vínculos intersectoriales al servicio de la infancia.

Deben desarrollarse en alianza con otras estrategias de promoción de la salud tales como la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO), Vida Chile, Jardines Infantiles y Escuelas Promotoras de la Salud, Municipios Saludables etc.

- Las actividades que favorecen el desarrollo psicosocial de los niños y las niñas de un territorio definido, se enmarcan en el amplio contexto del desarrollo local y están articuladas y coordinadas con los objetivos y propósitos de los proyectos de desarrollo local y regional de las comunidades implementado por sus autoridades.
- Las actividades comunitarias a favor de los niños, las niñas y sus familias deben ser debidamente planificadas por los equipos que las promueven, con la participación de la comunidad a la que van dirigida y una clara estrategia de comunicación social.
- La priorización de actividades que fomenten el bienestar para los niños, las niñas y sus familias en su desarrollo psicosocial, dependerá de la comunicación social que realizan los profesionales de la salud del territorio, quienes con la evidencia

disponible y las mejores prácticas evaluadas, inciden en la toma de decisiones de las instituciones u organizaciones vinculadas al desarrollo local.

- Los equipos de salud, responsables de mantener el mejor nivel de salud de la población del territorio, anualmente definen en conjunto con los actores sociales representativos de la comunidad, cuáles son las acciones más costo-efectivas que deberán implementarse y las evalúan anualmente para mantener o bien ajustar el curso de las acciones, todo lo cual deberá estar debidamente sistematizado para fundamentar la continuidad de su financiamiento.

Algunas de las ideas fuerza para estas intervenciones son las siguientes:

- Todas las personas quieren que sus hijos e hijas y todos los niños y las niñas sean felices, solidarios, respetuosos de las diferencias, seguros, independientes y creativos.
- En la interacción con el mundo que los rodea, los niños y las niñas aprenden a ser personas seguras, solidarias e independientes.
- Las habilidades que van adquiriendo los niños y las niñas les permiten desempeñar un papel cada vez más activo en relación con las personas que los rodean. Progresivamente, buscan ser más autónomos y realizar acciones sin necesitar o querer ser ayudados y buscan ayudar a los demás.
- Saltar, correr, trepar, explorar objetos y situaciones, no sólo le permiten al niño o la niña desarrollar sus músculos y descargar energías, sino también los hacen más seguros y autónomos, al darse cuenta de sus capacidades, aumenta la confianza en sí mismos.
- Para que niños y niñas aprendan a ser independientes, necesitan oportunidades para elegir, opinar, tomar iniciativas, equivocarse y comprobar las consecuencias de sus actos. Disponer de espacios públicos y privados para jugar con sus pares les permite aprender a solucionar por sí mismos sus propios problemas⁴³.

2.7. ACTIVIDADES COMUNITARIAS PARA LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Son actividades programadas por el equipo de salud, en conjunto con la comunidad, las organizaciones sociales y/o instituciones públicas o privadas, (red comunal, intersectorial) destinada a desarrollar estrategias para priorizar acciones en favor del bienestar de los niños y las niñas y sus familias pertenecientes a un territorio particular

2.7.1. Encuentros ciudadanos

Las actividades recomendadas como universales se enmarcan dentro de encuentros ciudadanos y con instituciones públicas y privadas con el propósito de lograr la participación e integración de la ciudadanía a acciones de promoción colectivas, enfocadas al óptimo desarrollo psicosocial de los niños y las niñas y sus familias y que se reúnen en espacios públicos, como las siguientes:

- Ferias ciudadanas.
- Celebraciones locales.
- Plazas ciudadanas.
- Encuentros o concursos de lectura infantil.
- Actividades para incentivar la pintura, teatro, música infantil.
- Actividades deportivas y recreativas.
- Otras prácticas exitosas definidas por los equipos.
- Eventos en escuelas, jardines infantiles entre otros.

2.7.2. Taller de grupos de apoyo a la crianza (Anexo N°18)⁴⁴

Proceso programado de interacción grupal con fines educativos, entre el/la monitor(a) de salud, capacitado(a) y el grupo de padres, madres, cuidadores con hijos e hijas de 0 a 5 años orientado(a) por uno o más miembros del equipo de salud y en coordinación con otras instituciones (JUNJI, INTEGRA, etc) y realizado en el territorio de la jurisdicción del centro de salud.

2.7.3. Taller de apoyo madre a madre (Anexo N°19)⁴⁵

Actividad sistemática, grupal con madres de lactantes de menores de 1 año con fines educativos y de intercambio de experiencias realizado por un(a) monitor(a) de salud orientado por uno o más miembros de equipo de salud.

⁴³ UNICEF, Oficina de Área para Colombia y Venezuela. Revisada por Julia Simarra, consultora de UNICEF.

⁴⁴ Propuesta metodológica de Taller " Grupos de Apoyo a la Crianza" realizado por monitores en el espacio comunitario.

⁴⁵ Propuesta metodológica de "Taller de Apoyo Madre a Madre" realizado por monitores en el espacio comunitario.

2.7.4. Actividades para apoyar plan de promoción al desarrollo Psicosocial

Los aspectos de promoción de la salud, educación para lograr un estilo de vida más saludable y la intersectorialidad son algunas de las estrategias definidas para el equipo de salud en forma transversal. Las actividades de promoción de la salud que realiza el centro de salud, pueden orientarse por las intervenciones recomendadas anteriormente, basadas en la evidencia.

2.7.5. Reuniones de planificación participativa

Instancias en la cual un grupo formado por representantes del equipo de salud, de la comunidad y de las instituciones públicas y/o privadas, se reúnen con el fin de identificar, priorizar problemas de salud y jerarquizar necesidades para contribuir a la elaboración de proyectos que tienden a mejorar y dar respuesta a la necesidad del desarrollo integral de niños y niñas de la comuna. Un ejemplo de este tipo de reuniones es la que se realiza para decidir la ejecución del gasto local de Chile Crece Contigo.

2.7.6. Reuniones intersectoriales

Son reuniones de trabajo con representantes de otros sectores y servicios del Estado, ONG y sector privado con el fin de realizar intercambio de información, experiencias y aunar recursos para potenciar el desarrollo integral de niños y niñas del territorio.

2.7.7. Actividades de comunicación y difusión

Son acciones para diseñar, evaluar y difundir mensajes vinculados con la infancia que incluye reuniones con comunicadores, publicistas, diseñadores y otros relacionados con estas actividades.

2.7.8. Seminarios

Técnicas de aprendizaje, donde varios grupos realizan sesiones de trabajo en investigación bibliográfica de un tema elegido, es planeado por una Comisión de Coordinación (Planificadores) que fija reuniones de resumen y evaluación de los trabajos, con una duración mínima de dos días. Además pueden realizarse presentaciones temáticas a cargo de expertos.

2.7.9. Jornadas

Reuniones de trabajo con diferentes actores de la comunidad para abordar temas específicos relacionados con el desarrollo psicosocial de los niños y las niñas, puede incluir disertaciones, debates, paneles, discusiones grupales, conferencias diálogos ciudadanos y otros.

2.7.10. Entrevistas

Es la instancia en que uno o más funcionarios del equipo de salud se reúnen con una o más personas o autoridades comunales o regionales claves a fin de llegar a acuerdos de colaboración en torno a temas que afectan las acciones de promoción de la salud.

2.7.11. Actividades de Gestión

Se refiere a las acciones de apoyo necesarias para el desarrollo de las actividades en cada estrategia o línea de acción. Incorpora acciones de instalación y/o fortalecimiento de la promoción de la salud tales como la comunicación y difusión, abogacía, capacitación.

2.7.12. Reuniones de Gestión

Sesiones de más de 60 minutos, en la que participan más de un funcionario del equipo de salud con el fin de organizar, planificar, o coordinar alguna actividad de promoción.

Capítulo 3

Prevención de problemas en el desarrollo psicosocial infantil

3.1. CONSIDERACIONES GENERALES

La Organización Mundial de la Salud declaró como propósito fundamental de los servicios de salud la identificación lo más temprana posible de aquellos individuos y grupos con expectación aumentada de problemas o de enfermedades definidos como riesgos, de modo que sea posible así intervenir o reducir el riesgo y sus influencias⁴⁶.

La prevención primaria está dirigida a la reducción del riesgo de la enfermedad; una prevención secundaria que tiene como objetivo la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo y una prevención terciaria, volcada sobre evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto para su reinserción social⁴⁷.

Los modelos teóricos a la base de las intervenciones en prevención en el ámbito del desarrollo infantil, son clínicos y de salud pública. Los modelos clínicos permiten la comprensión de la etiología de los trastornos, lo que facilita implementar tratamientos eficaces, evitando la cronificación del problema de salud y sus secuelas en el desarrollo psicosocial. Desde la mirada de salud pública y epidemiológica, la prevención contribuye al control de los factores de riesgo para reducir la incidencia de los problemas de salud y del desarrollo psicosocial.

Uno de los objetivos de la prevención es reducir la incidencia de problemas en el desarrollo, y su población objetivo son los subgrupos de la población general expuestos a factores de riesgo o a condiciones ambientales adversas, presentan una patología o sufren discriminación.

3.2. FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL⁴⁸

Existen estudios que demuestran que aunque un niño o una niña presente indemnidad biológica pero se encuentre en un ambiente desfavorable, puede enlentecer el ritmo de su desarrollo restringiendo su capacidad de aprendizaje⁴⁹. Otros estudios confirman que el nivel socioeconómico bajo amplifica la vulnerabilidad biológica, que los factores de riesgo para el desarrollo generalmente no ocurren en forma aislada sino que la presencia es simultánea, y ésto aumenta la carga de riesgos (riesgo acumulativo) y se combinan para aumentar la probabilidad de un menor rendimiento cognitivo.

Entre los factores de riesgo más estudiados en niños y niñas menores de un año, el nivel educacional de la madre, el rol del padre, el temperamento infantil y la estimulación en el hogar alcanzan la mejor predicción del desarrollo infantil. Particularmente, la capacidad de la madre, padre o cuidador(a) para involucrarse con las necesidades del niño tienen un efecto significativo sobre el rendimiento, tanto en las habilidades motoras como en las mentales⁵⁰ y como factor aislado, la inadecuada estimulación en el hogar es la variable de mayor impacto sobre el desarrollo infantil.

Los riesgos pueden ser clasificados como: riesgos biológicos, riesgos del medioambiente y riesgos establecidos⁵¹. En líneas generales, los factores de riesgo biológico afectan típicamente las funciones motoras, neurológicas y perceptivo ejecutivas, mientras que, las áreas cognitiva y del lenguaje se ven más fuertemente influenciadas por los factores de riesgo medioambientales.

3.2.1. Riesgo biológico

Esta categoría incluye la exposición a eventos potencialmente nocivos, tanto en la etapa prenatal como en la postnatal. Los factores biológicos más importantes son:

⁴⁶ OMS, 1978 en Frankenburg, 1985.

⁴⁷ Bleger, 1994.

⁴⁸ Tomado de Landers, Mercer, Molina, Eming Young, 2006

⁴⁹ Kopp y McCaál, 1982; Horowitz 1988.

⁵⁰ Andraca y cols. 1998.

⁵¹ Tjossen, 1976.

- Bajo peso al nacer, por retardo del crecimiento intrauterino o por prematuridad.
- Hipoxia durante el período perinatal.
- Oxigenoterapia intensa y prolongada en prematuros (riesgo de retinopatía).
- Retardo del crecimiento en el primer o segundo año de vida.
- Infecciones del sistema nervioso central.
- Desnutrición.
- Ingesta de drogas por la madre durante el embarazo.

3.2.2. Riesgo del medioambiente

La naturaleza de los factores de riesgo medioambiental varía de región a región. Una misma condición medioambiental puede tener un determinado impacto sobre la salud en un medio, y otro tipo de impacto en otro medio. Es por ello, se recomienda que en cada región o localidad se realicen estudios epidemiológicos dirigidos a identificar esos factores. No obstante de ello, hay factores de carácter universal, como por ejemplo:

- Bajo nivel socioeconómico (medido con indicadores habituales como: nivel laboral del padre y/o la madre, ingreso familiar, lugar y características de la vivienda, entre otros).
- Bajo nivel de educación materna.
- Bajo nivel de interacción padres-niño-niña y bajo nivel de estimulación en el hogar.
- Madre adolescente.
- Familia desintegrada, padres ausentes o con enfermedades crónicas, alcoholismo, enfermedad mental, violencia intrafamiliar.
- Falta de acceso a servicios de salud.
- Eventos familiares estresantes.
- Salud mental de la madre, especialmente depresión.

3.2.3. Riesgo establecido

Se considera la existencia de riesgo establecido a los niños y niñas con enfermedades de etiología conocida o desconocida que afectan el desarrollo psicomotor, por ejemplo, Síndrome de Down, malformaciones congénitas, síndromes genéticos, VIH/SIDA, enfermedades neurológicas, tumores cerebrales, secuelas de infecciones del sistema nervioso central, etc.

Las intervenciones preventivas en el apoyo al desarrollo psicosocial se proponen evitar los rezagos y déficit (prevención primaria) detectando los niños y las niñas que presentan condiciones que han demostrado influir negativamente en el desarrollo infantil (factores de riesgo). Estas intervenciones se realizan cuando se reconocen señales que indican riesgo y están dirigidas a eliminar o reducir los factores de riesgo detectados y/o aumentar la capacidad de estos niños y niñas para enfrentar estos riesgos (aumento de factores protectores).

Numerosos estudios demuestran que muchos de los niños y las niñas que están o han estado expuestos, antes, durante y después del nacimiento a estas condiciones de riesgo, requerirán servicios especiales si no existe una intervención preventiva⁵². Es fundamental precisar que no todos los niños y las niñas que presentan antecedentes de riesgo presentarán alteraciones en el desarrollo.

Dicho lo anterior, la prevención es el conjunto de acciones tendientes a la reducción de la incidencia de problemas en el desarrollo integral de niños, niñas, familias y comunidades y que tienen como objetivo reducir o eliminar el efecto de factores de riesgo o bien modificar las condiciones que han llevado a la aparición de una desviación en el desarrollo. Las acciones preventivas surgen a partir de la detección de factores de riesgo, signos o síntomas que pueden conducir a la aparición de una condición patológica (por ejemplo Score IRA y Score C.V.).

3.3. EVIDENCIA DE INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA EL DESARROLLO PSICOSOCIAL INFANTIL EN EL ÁMBITO DE LA PREVENCIÓN⁵³

La salud mental del niño y la niña se sustenta en diferentes dominios, no sólo en la sintomatología individual, sino en la calidad y seguridad de sus relaciones con personas significativas y en la calidad del contexto familiar y comunitario. Por otro lado la salud mental está influida por el acelerado proceso de desarrollo evolutivo del niño y la niña, lo que añade más complejidad y dinamismo a la comprensión del bienestar en la infancia temprana.

⁵² Gottlieb, 1978; Hunt, 1980; Scott y Masi, 1979.

⁵³ Ministerio de Salud, 2007, 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. Informe Final. Disponible en <http://www.crececontigo.cl>

Las intervenciones efectivas en infancia se caracterizan en general por la consideración de estas interrelaciones, lo que se traduce en programas multifocales con trabajo en red multidisciplinario, con sistemas internos de vigilancia de calidad de servicios a cargo de especialistas en desarrollo infantil.

Mirando linealmente las grandes intervenciones y sus seguimientos en infancia temprana se hace notar que la efectividad de las inversiones en intervenciones que se realizan en el presente, debe mirarse a largo plazo.

A la luz de los resultados de los estudios en el ámbito de la prevención en salud mental en familias con hijos e hijas de 0 a 6 años se puede afirmar que existe evidencia de efectividad de intervenciones en la infancia temprana. Un análisis comprensivo de los reportes de efectividad, su magnitud y la calidad metodológica de las revisiones sistemáticas sustentan las recomendaciones por desenlace e intervención en tres categorías: intervenciones recomendadas, medianamente recomendadas y no recomendadas.

A partir de las conclusiones del Estudio "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", los autores del estudio recomiendan considerar categorías de intervenciones como las que se detallan a continuación.

3.3.1. Intervenciones recomendadas⁵⁴

<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de trastornos de regulación en niños o niñas considerados "difíciles"; desenlaces sobre llanto: Intervenciones de asesoría a padres (consejería, cómo calmar efectivamente a los niños y niñas, manipulación dietética, disminución de estimulación sensorial, técnica canguro a niños y niñas de pretérmino) en la atención médica pediátrica en el nivel primario y secundario en salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de trastornos de regulación; desenlaces sobre sueño: intervenciones asociadas a atención médica pediátrica en el nivel primario en salud, visita domiciliaria, asesoría preventiva, instrucciones escritas a padres, técnicas conductuales de regularización del sueño. Técnica "canguro" en niñas o niños de pretérmino y modificación sensorial (auditiva y visual) en niñas o niños hospitalizados.
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones de fomento de sensibilidad maternal dirigidas a la prevención de problemas de relación; apego: Parece recomendable priorizar aquellas intervenciones focalizadas en el fomento de la sensibilidad materna en comparación con aquellas intervenciones psicoterapéuticas con foco en la elaboración de las representaciones mentales de la madre. Hay evidencia de efectividad en el uso de técnicas conductuales, uso de video feedback, uso de portabebés suaves, método canguro, libro de trabajo en el desarrollo de responsividad materna. Las intervenciones más efectivas fueron aquellas con foco exclusivo en sensibilidad materna, diseños cortos (3 a 5 sesiones), las que se inician después de los 6 meses de edad y en población clínica.
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones basadas en visita domiciliaria dirigidas a la prevención de problemas de relación/interacción entre el padre, la madre e hijos e hijas: programas de diseño largo, multimodales, centrados en la relación con la madre, realizadas por un profesional entrenado.
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones para mejorar competencias parentales en grupos de riesgo: especialmente programas multimodales, visita domiciliaria de duración de 6 meses postparto y grupos de padres demuestran efectos positivos pero de magnitud cualitativa. Las intervenciones dirigidas a familias con recién nacidos de bajo peso se benefician significativamente más (TE 0.482) que las intervenciones universales a familias. Los programas dirigidos específicamente a familias con bajos ingresos exhiben menor efecto que los dirigidos a población universal. Se observa mayor efectividad al incluir en los programas de VD autoayuda materna y apoyo social.
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones en niños prematuros de muy bajo peso; efectos sobre el desarrollo motor: mejores resultados en VD centradas en la promoción del desarrollo.
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones multicomponente de educación de alta calidad con uso de VD, dirigidas a la prevención de problemas en el desarrollo cognitivo del niño en familias de riesgo. Habría relación dosis-respuesta con el número de visitas.
<ul style="list-style-type: none"> • Programas dirigidos a mejorar el rendimiento intelectual/logro escolar a largo plazo, de inicio temprano en grupos vulnerables o en preescolares(es)colares no seleccionados. Gran heterogeneidad en el tipo de intervenciones: programas "comprehensivos", multifocales, educación preescolar de alta calidad, uso de VD, apoyo, educación, estimulación psicosocial, etc.
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones con efectos en desarrollo del lenguaje en grupos de riesgo: programas de VD a primíparas vulnerables y madres de niños prematuros de muy bajo peso mostraron efectos clínicamente significativos en los niños y las niñas.
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones de prevención de maltrato/negligencia en poblaciones de vulnerabilidad social con niños en riesgo o con antecedentes de maltrato: VD, programas multifocales, educación parental, apoyo en autoestima, capacidad de resolución de problemas, autocontrol y servicios intensivos de preservación de la familia. Se observó efectos moderados en general en programas multicomponentes (TE 0.5), intervenciones en servicios intensivos de preservación de la familia (0.38), intervenciones tempranas (TE 0.29) y entrenamiento personal (TE 0.34). El tipo de población (según nivel socio-económico) y la intensidad de la intervención no predicen adecuadamente la intensidad del efecto, puesto que hay resultados contradictorios entre las revisiones. Las intervenciones que consideran las necesidades de las familias participantes, que incluyen a las familias en la planificación e implementación de la misma, y aquellas intervenciones que considera la relación entre el profesional y la madre como un foco principal se asociaban a mayores tamaños de efecto.
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones dirigidas a la prevención de conducta externalizante en niños: VD programas multifocales psicoeducacionales o psicosociales de prevención, intervenciones en sala de clases y/u hogar, con entrenamiento parental y/o familiar, actividades de diagnóstico/evaluación en atención médica pediátrica primaria en salud. Los efectos son de magnitud baja o moderada en prevención primaria y de mayor intensidad en grupos con conductas problemas, con disminución de arrestos y delincuencia en los seguimientos.

⁵⁴ Evidencia de buena calidad, resultados consistentes en general o de alta magnitud

<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones dirigidas a la prevención de sintomatología ansiosa depresiva/distrés materno: Tamizaje postnatal seguido de apoyo telefónico, apoyo grupal y las intervenciones que usaron VD. Programas parentales individuales o grupales. Efecto de baja magnitud para depresión y moderada para ansiedad/estrés materno. Los efectos parecen ser significativamente mayores en situaciones en las que existen niños con temperamento difícil o con problemas conductuales. Programas individuales o grupales madre, padre, cuidador(a) de niños o niñas prematuros de muy bajo peso: resultados positivos sobre ansiedad materna. Intervenciones dirigidas a la prevención de sintomatología ansiosa depresiva/distrés materno basadas en VD de largo plazo (20 VD, primeros 18 meses de vida del niño).
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones conductuales preventivas en padres con retardo mental (CI<80): efectivas sobre vocalización y otras medidas de desarrollo de lenguaje de los niños.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones preventivas dirigidas a cesación en el consumo de tabaco en embarazadas: efectivas aunque sin impacto en general en desenlaces del RN (peso de nacimiento, morbi-mortalidad).

3.3.2. Intervenciones medianamente recomendadas⁵⁵

<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones dirigidas a la prevención de problemas de relación de apego: Intervenciones psicoterapéuticas con foco en la elaboración de las representaciones mentales de la madre, intervenciones largas y con varios focos a la vez muestran menor efectividad. Programas de paternidad/maternidad individual o grupal dirigidos a prevención de problemas de relación/interacción.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones en período postparto dirigidas a prevención de problemas de relación/interacción madre/hijo o hija: son efectivas especialmente aquellas basadas en VD, case conference (manejo de caso), consultas pediátricas en mujeres de alto riesgo biopsicosocial, programas de educación individual y apoyo dentro de los tres primeros meses.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones hospitalarias en niños y niñas con factores de riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor (hospitalizados): efectos sobre el desarrollo motor.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones tempranas hospitalarias sobre RN pretérmino que se inician en la UTI: efectos sobre el desarrollo motor, en especial el programa NIDCAP e intervenciones del desarrollo, estas últimas contaban con el involucramiento de los padres y madres como un posible mediador del efecto. NIDCAP mostró efectos al noveno mes de seguimiento pero no se mantenían a la medición de los 12 y 18 meses.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones en niños y niñas de pretérmino con factores de riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor, de inicio post alta hasta los 9 meses de edad corregida: efectos sobre el desarrollo motor con resultados heterogéneos, efectos positivos en algunos casos pero negativos en la mayoría. Algunos estudios sugieren mejores resultados cuando son la madre y/o padre los que promueven el desarrollo.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones en niños y niñas de pretérmino con factores de riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor, de inicio post alta entre los 9 y 18 meses de edad corregida: efectos sobre el desarrollo motor. Se ha visto algún grado de efectividad de los programas de entrenamiento específico en niños con Síndrome de Down.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones conductuales y/o informativas focalizadas en padres y madres de niños y niñas prematuros(as) de muy bajo peso, dirigidas a la prevención de problemas en el desarrollo cognitivo del niño o la niña.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones de prevención de maltrato/negligencia a través de medios de masas: efectos positivos aunque de baja magnitud.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones dirigidas a la prevención de abuso sexual infantil realizadas en el contexto pre-escolar: efectos limitados a nivel de conocimientos y conductas, riesgo de abuso propiamente tal no ha sido medido. Las intervenciones más efectivas fueron aquellas más intensivas y con técnicas educativas activas. Buen inicio en edad pre-escolar pero deben continuarse las intervenciones para mantener el efecto.
<ul style="list-style-type: none"> Programas de prevención primaria en población normal destinados disminuir problemas adaptativos futuros: efectos en prevención de sintomatología ansiosa depresiva en niños y niñas.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones dirigidas a la prevención de sintomatología ansiosa depresiva/distrés materno: Tamizaje durante el embarazo e intervención en mujeres de riesgo de depresión perinatal.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones para prevención de uso de sustancias en las madres: VD realizadas por enfermeras durante período perinatal y hasta el primer año de vida. También con efectos positivos en interacción madre-hijo-hija.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones dirigidas a la prevención de uso de drogas en niños: programas parentales basados en la escuela o familia-escuela, efectos no consistentes. La intensidad podría explicar diferencia de efecto, aunque no se puede afirmar con certeza.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones en niños y niñas con discapacidad física o mental (mayoría retardo mental y discapacidades múltiples). Efecto significativo en CI, y moderado sobre competencia social, destrezas de lenguaje, destrezas motoras, y logro académico. Único moderador de efecto que parece relevante: intensidad y duración de la intervención.
<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones en niños y niñas con enfermedades crónicas: resultados positivos y de alta magnitud en indicadores psicofisiológicos, estrés asociado a procedimientos médicos, y problemas psicosociales.

3.3.3. Características de las intervenciones efectivas en el ámbito de la prevención

- Consideran el carácter multidimensional del desarrollo infantil, incluyendo los aspectos individuales y el ambiente social.
- Buscan modificar conductas específicas e implementar intervenciones en distintos contextos: el centro de salud, el jardín infantil y el barrio.

⁵⁵ Evidencia de buena calidad, resultados heterogéneos, o de magnitud baja o incierta.

- Usan modelos teóricos explícitos que explican plausiblemente por qué la intervención puede impactar sobre un problema específico.
- Una duración suficiente de tiempo y una cantidad mínima de contactos (sesiones, entrevistas, controles, visitas domiciliarias entre otros) para lograr el efecto deseado.
- Consideración de la etapa del desarrollo en que se encuentra el niño o la niña. Las intervenciones están diseñadas para que calcen apropiadamente a las necesidades y tareas del desarrollo propias de los participantes.
- Los métodos de enseñanza y materiales estén diseñados de manera que representen la cultura local.
- Los pasos a seguir para su implementación se encuentran claramente descritos en manuales.
- Los métodos para hacer las intervenciones deben ser interactivos, de tal forma que se favorezca la integración de esa información de manera personal.
- Los equipos deben estar bien entrenados. Aquellos que implementan el programa deben creer en el y recibir suficiente entrenamiento para su adecuada ejecución, este es un componente crítico de un programa exitoso.
- Los programas de prevención también deben incluir evaluaciones sistemáticas antes de comenzar, durante la intervención y un seguimiento, luego de finalizada, de al menos seis meses.

3.4. ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS CON ÉNFASIS EN LA PREVENCIÓN

La atención del proceso reproductivo y el cuidado de la salud durante los primeros años están destinadas a evitar o a detectar precozmente y tratar o minimizar los factores de riesgo biológicos. Algunos de estos factores de riesgo para el desarrollo están directamente relacionados con condiciones biológicas del niño o la niña, cuyo abordaje es parte del quehacer habitual de la atención de salud, como lo son: el bajo peso al nacer, la prematuridad, las enfermedades y malformaciones del recién nacido y la discapacidad.

Su impacto negativo es mayor cuando se asocian a otros factores de riesgo en el ámbito psicosocial. Los niños y las niñas que presentan estas condiciones requieren de atención especializada.

Los riesgos ambientales o determinantes sociales de impacto negativo para el desarrollo son objeto de intervención de los sistemas de protección social y de todas las políticas sociales: salud, educación, trabajo, justicia, vivienda, etc., de ahí la relevancia de considerar los enfoques para su abordaje en forma integral e intersectorial.

En nuestra población, algunos de los principales factores de riesgo psicosociales y que pueden afectar negativamente el desarrollo de los niños y las niñas durante la primera infancia son:

- Depresión post parto en la madre.
- Madre o padre con enfermedad mental.
- Alteraciones de sueño, alimentación, llanto excesivo: trastornos de la regulación.
- Padre, madre u otro miembro de la familia con problemas de consumo y/o abuso de sustancias.
- Madre o padre en condiciones de privación de libertad.
- Alteraciones del vínculo materno infantil.
- Violencia de género.
- Ausencia de una figura paterna.
- Signos de lesiones físicas no explicable; señales de maltrato infantil o negligencia.
- Pobreza.
- Carencia de soporte social.
- Abandono o aislamiento social.
- Madre en riesgo vital.
- Antecedentes de problemas de tuición con algunos de los hijos.
- Baja escolaridad de la madre.

Lo anterior determina entonces los aspectos a observar e intervenir en la atención de salud preventiva, algunos de ellos son:

- Calidad del ambiente doméstico.
- Calidad de las interacciones familiares.
- Presencia de lesiones físicas (maltrato).
- Aplicación de instrumentos estandarizados para detección de la depresión post parto.
- Desarrollo psicomotor con instrumentos estandarizados.
- Observación trinomio (padre, madre, hijo o hija).
- Revisión de la técnica de alimentación.
- Información apropiada de los hitos del desarrollo y sobre factores de riesgo encontrados para eliminarlos.
- Evaluar integridad física y psicológica de hijos/hijas comprometidos(as).

- Presencia de estados de pánico en los niños o las niñas.
- Situaciones con huidas del hogar.
- Conductas de los niños tendientes a intervenir activamente en los episodios de violencia de sus padres/madres (separarlos, defender a la madre de las agresiones).
- Brindar primera respuesta frente a situaciones de violencia.
- Orientar sobre la prevención de accidentes en el hogar.
- Identificación de conductas de negligencia y abuso sexual.

3.5. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DEL EQUIPO DE SALUD EN SITUACIONES DE RIESGO

A continuación se describe la forma de detectar e intervenir cuatro factores de riesgo de mayor prevalencia en nuestro país, y de críticas consecuencias para el desarrollo psicosocial de los niños y las niñas. Se ha agregado además la detección de conductas problemáticas de apego madre - hijo/hija, para detectar y apoyar precozmente aquellas alteraciones del vínculo materno infantil que afecten el desarrollo del niño o niña.

- Violencia contra las mujeres basada en género.
- Maltrato de las niñas y los niños.
- Presencia de depresión en la madre.
- Consumo problemático de sustancias psicoactivas en padre, madre u otro integrante del hogar.
- Vínculo de apego madre hijo/hija y la detección de problemas

3.5.1. Violencia contra las mujeres basada en género

La Asamblea General de Naciones Unidas, en 1993, definió la violencia de género como “todo acto que se ejerce contra la mujer por el simple hecho de serlo y que tiene como resultado un daño físico, sexual, psicológico o emocional, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, y todo ello con independencia de que se produzca en el ámbito público o privado”. Precisó que sus causas están asociadas a la desigualdad entre los géneros y abuso de poder del hombre sobre la mujer.

A las mujeres que son víctimas de violencia de género no les es fácil relatar esta situación. La mayoría de ellas tiende a no comunicar, a ocultar y negar la violencia que están sufriendo. Por eso, las personas del equipo de salud deben crear un clima que facilite el diálogo y comunicar que comprenden plenamente la situación.

3.5.1.1. RECOMENDACIONES

A nivel de los equipos

- Para ser capaces de reconocer, acoger y responder al problema de la violencia de género, las personas que integran los equipos de salud deben, necesariamente, examinar sus propias creencias, actitudes y prejuicios frente a la violencia de género, reconociendo que la experiencia personal influye en la forma de aproximarse al tema y relacionarse con personas que sufren o ejercen violencia en las relaciones interpersonales cercanas.
- Es útil analizar y si es necesario, aumentar el grado de información y comprensión que tienen respecto al problema, revisar su propia experiencia de violencia o abuso vivida o presente y en este caso, reconocer la necesidad de recibir ayuda.
- Cuando las personas del equipo de salud tienen prejuicios o experiencias dolorosas, pueden involuntariamente, comunicar mensajes de temor a conversar sobre el tema, de enjuiciamiento o crítica, de justificación de la violencia, de alianza o colusión con el agresor.

A nivel institucional

- Reconocer las señales de violencia o abuso presentes en las prácticas cotidianas que se viven en el ámbito laboral.
- Promover relaciones libres de violencia y abuso tanto entre los integrantes del equipo de salud, como en el trato de éstos con los pacientes y sus familias. Promover interacciones humanas basadas en el buen trato.
- Conocer y analizar las políticas y procedimientos establecidos por la institución, adaptarlos a la realidad del establecimiento o programa específico, complementarlos cuando se estime necesario.
- Tomar decisiones sobre el registro de personas afectadas, acciones realizadas y sistema de análisis de la información.

En el ámbito comunitario

- Conocer el estado de sensibilización de la comunidad local respecto del problema de violencia de género y las respuestas organizadas por personas y grupos.
- Integrar permanentemente en el desarrollo de programas de acción, recursos y actividades orientados a influir en aspectos culturales y en la responsabilidad social de la comunidad frente al problema.

Algunas preguntas que pueden facilitar el planteamiento del tema:

- Mujeres víctimas de violencia reconocen su dificultad y vergüenza al relatar experiencias de abuso o violencia. Inicialmente existe una tendencia en las mujeres abusadas a negar su situación, sin embargo esto puede revertirse en la medida que el prestador de salud comunica una plena comprensión de la situación, creando un clima adecuado que facilite el diálogo.

Las siguientes preguntas pueden facilitar introducir el tema:

- “Alguien en su familia o que Ud. conoce, ¿está viviendo una situación de violencia?”
- “En su vida, ¿ha tenido alguna experiencia de abuso?” Es importante este antecedente para el tratamiento actual.
- “¿Cómo se lleva con su pareja?”, “¿Cómo abordan los conflictos?”
- “Algunas veces las personas con este tipo de lesiones se encuentran con problemas familiares, si este es su caso, ¿le gustaría contarme lo que le sucede?”
- “Yo sé que muchas mujeres tienen experiencia de abuso físico y emocional en sus relaciones de pareja, y que les es muy difícil hablar acerca de esto. Si este es su caso, nosotros contamos con un programa de apoyo a las mujeres y le podemos dar información”.

Todas las personas que integran el equipo de salud deben estar preparados para realizar una primera respuesta que ofrezca a la mujer la oportunidad de ser protegida y de recibir apoyo para comenzar a superar su situación, cada vez que:

- Se detecta o sospecha, a través de una exploración casual o intencionada, una situación de violencia en la pareja o en el hijo o la hija.
- En el curso de una atención de salud de la madre y/o del hijo o la hija, se produce el relato espontáneo de una situación de violencia por parte de la persona afectada o por un acompañante en el caso de los menores.
- La sintomatología detectada en el examen clínico aporta evidencias sobre una situación de violencia
- Cualquier integrante del equipo ha detectado una situación de violencia y ha derivado la persona al profesional o técnico.

Todas las personas que integran el equipo de salud deben conocer los programas y actividades que existen en su propio establecimiento y en otras instancias de la red asistencial, intersectorial y comunitaria para atender a mujeres que sufren violencia, como por ejemplo:

- Programa de atención integral para mujeres que viven violencia intrafamiliar en establecimientos de atención primaria.
- Salas de primera acogida para la atención de víctimas de delitos sexuales en los servicios de urgencia.
- Casas de acogida para mujeres que sufren violencia severa dependientes de SERNAM.

3.5.1.2. PRIMERA RESPUESTA ANTE CASO DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA

La primera respuesta mujeres en situación de violencia tiene como objetivo principal establecer con la mujer un vínculo de ayuda:

- Evaluar el problema con ella y si la mujer así lo decide integre a quién la acompaña (incluya la evaluación del riesgo vital).
- Entregar información de los recursos existentes en salud y otros sectores.
- Favorecer que ella adquiera recursos y habilidades que la fortalezcan y la vinculen a recursos de atención especializada.

La efectividad de la primera respuesta depende en gran medida de cada prestador(a) de salud que atiende a la mujer que sufre violencia, pero también de las acciones que a nivel institucional se realizan para reorientar los servicios y de la coordinación e integración con las acciones que se realizan a nivel comunitario.

Etapas que los equipos deben considerar para abordar la violencia de género⁵⁶:

Etapa 1: expresión de sentimientos

Conversar con otras personas su experiencia de violencia, ayuda a la mujer a encontrar los caminos posibles de cambio y le permite esclarecer sus expectativas y decisiones. El integrante del equipo de salud en muchas oportunidades es la única persona en la cual la mujer confía, entonces:

- Facilite el relato de la situación de violencia presente que está viviendo la mujer:
 - con un clima de confianza y de respeto.
 - con el resguardo de la privacidad y confidencialidad, con la debida excepción del riesgo vital.
 - con la utilización de un lenguaje simple y directo.

⁵⁶ Tomado Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar, Unidad de Salud Mental. MINSAL 1994.

- Legitime el derecho de la mujer a sentir rabia, tristeza, vergüenza, miedo y comprenda la ambivalencia de sus sentimientos, emociones e incluso de sus acciones.
- Ayude a valorar positivamente el hecho de reconocer y hablar acerca de esta situación, como también la necesidad de buscar ayuda.
- Haga preguntas, como: “¿Por cuánto tiempo ha estado viviendo esta situación?”, “¿Qué está sintiendo ahora?”, “¿Cuál es su principal temor?”

Etapa 2: evaluación del riesgo vital

- Es necesario reforzar la capacidad de la mujer para enfrentar esta situación. Para ello en esta etapa, no es conveniente centrarse sólo en diagnósticos psicológicos o psiquiátricos.
- Paralelamente es necesario evaluar el impacto que ha tenido la violencia en la salud de la mujer. El evaluar el riesgo de vida conduce a determinar intervenciones de urgencia en la red.
- Los principales riesgos a tener en consideración son:
 - ideas, planificación o intentos de suicidio.
 - riesgos de homicidio.
 - riesgo a la integridad física y psicológica de las hijas e hijos.
- Frente a esta situación de riesgo de vida, se requiere iniciar contacto de inmediato con familiares o personas cercanas a la mujer para tomar todas las medidas de protección necesarias. En general se recomienda no incluir al agresor en estas acciones de protección.
- Es necesario identificar el riesgo de vida por homicidio en conjunto con la afectada y planificar todas las medidas que aseguren la protección inmediata para la mujer, sus hijos u otros afectados.
- Es en este aspecto cuando la primera respuesta se amplía a la participación de otros miembros del equipo de salud, de otros sectores o recursos de la comunidad.

Preguntas para evaluar el riesgo vital

- “En el último tiempo ¿ha aumentado la intensidad y la frecuencia de la violencia?”
- “¿Su pareja controla las actividades que usted realiza: a dónde usted se dirige, con quién se junta, con quién conversa?”, “¿Controla sus tiempos de salida y de llegada al hogar?”
- “¿Ha estado hospitalizada como consecuencia de la violencia ejercida por su pareja en su contra?”
- “¿En el último ha aumentado el temor hacia su pareja?”
- “¿En el último tiempo usted ha pensado en el suicidio?”
- “¿La ha dejado encerrada con llave en su casa?”
- “¿Su pareja la ha amenazado de muerte?”, “¿Su pareja ha intentado estranglarla o producirle un daño similar?”
- “¿Su pareja consume drogas, como cocaína, heroína, marihuana?”, “¿Abusa del alcohol?”
- “¿Ha ejercido violencia física y psicológica estando usted embarazada?”
- “¿Es violento con los hijos?”
- “¿Se guardan armas en su casa?”

Etapa 3: información

- Primero, sintetizar la información que ha aportado la mujer y en segundo lugar, entregar información de los recursos existentes del sector salud y de los otros sectores.
- Esta información tiene que ser entregada con un lenguaje simple de modo de facilitar a la mujer la toma de decisiones priorizando y determinando los pasos sucesivos a seguir. Es recomendable informar sobre lo más relevante para el momento presente ya que el exceso de información la mujer no podrá ser recordada por la mujer y la confundirá. Otorgue información sobre la Ley.

Etapa 4: toma de decisiones

- Esta etapa se orienta a facilitar que la mujer tome alguna decisión y que ésta pueda realizarla reforzando su protagonismo en el proceso de cambio.
- Ayudar a la mujer a definir las distintas acciones que puede llevar a cabo para interrumpir los episodios de violencia, a protegerse frente a los riesgos e iniciar un proceso de cambio.
- Estas medidas pueden ser: recurrir a familiares; recurrir a amigos, vecinos; irse de la casa, de la ciudad; solicitar resguardo policial al tribunal; ir a una casa de acogida; otras alternativas.
- El integrante del equipo orienta, informa, apoya, pero quién decide qué hacer, es la mujer. Esto con excepciones muy particulares en que la primera respuesta se entrega en un contexto de crisis muy intensa o una autoestima muy disminuida o alguna condición claramente invalidante.
- Un aspecto importante es la protección, especialmente cuando se va a realizar la denuncia. Evaluar con la mujer si están dadas las condiciones para ello. Es preciso identificar los agentes de la red de apoyo del entorno inmediato que sean protectores para esa acción.
- Si se observa inseguridad respecto de llevar a cabo una determinada acción, evitar forzarla a decidir en ese momento.

- Dejar explícitamente abierta la posibilidad de que ella vuelva en otro momento a reevaluar su situación y decida continuar con su proceso de cambio.
- Comprender y respetar los ritmos personales de cada mujer.
- Invitarla a participar en algún grupo de autoayuda que exista en el consultorio o en alguna organización comunitaria.

Se recomienda evaluar la situación para realizar acciones de apoyo y seguimiento a esta primera respuesta (Visita Domiciliaria, seguimiento en otras actividades o programas, etc.). Evaluar si las acciones definidas con la mujer fueron las más adecuadas o habría sido necesario plantear otras acciones y medidas de protección.

3.5.2. Maltrato de las niñas y los niños

El maltrato de niños, niñas y adolescentes es una violación de sus derechos fundamentales. El maltrato considera los actos de violencia física, sexual o emocional contra las niñas y los niños, ocasionales o habituales, que ocurren en su grupo familiar o en las instituciones sociales (UNICEF, 1989). También ha sido definido como cualquier acción u omisión no accidental, que provoque daño físico o psicológico a un niño o niña por parte de su madre, su padre o cuidador(a).

3.5.2.1. FORMAS DE EXPRESIÓN DEL MALTRATO A NIÑAS Y NIÑOS

Maltrato físico: es cualquier acción no accidental por parte de su madre, su padre o cuidador(a) que provoque daño físico o sea causal de enfermedad en los niños. Esta forma de maltrato es activa y la intensidad puede variar desde una contusión leve hasta una lesión mortal. Sin embargo el maltrato puede ser también pasivo, como el abandono físico, que se refiere cuando las necesidades básicas no son bien atendidas, temporal o permanentemente.

Maltrato psicológico: es la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, amenaza de abandono o constante bloqueo de las iniciativas y de las interacciones infantiles por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. El ser testigo de violencia entre la madre y/o padre es otra forma frecuente de abuso psicológico.

Negligencia y abandono: falta de protección y cuidados físicos al niño o niña por su madre, su padre o cuidador(a), así como la falta de respuesta a necesidades de afecto y estimulación cognitiva, indiferencia y ausencia del contacto corporal.

Abuso sexual: cualquier clase de práctica sexual con un niño o una niña o adolescente menor de 14 años, por parte de un familiar o cuidador(a) adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño o la niña. Puede abarcar distintas conductas desde la exhibición de genitales hasta la violación.

3.5.2.2. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO EN LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

- El maltrato infantil se da como consecuencia de varios factores condicionantes. No existe un único motivo explicativo.
- Puede ser la consecuencia de un déficit en la comprensión por parte del adulto de las reales posibilidades evolutivas en el niño o la niña.
- Las diferencias entre el adulto y el niño/niña y la particular percepción del niño/niña con relación al adulto como autoridad, hacen al niño/niña vulnerable a ser amenazado(a), sobornado(a) o inducido(a) a obedecer órdenes.
- Un niño o una niña pueden estar gravemente dañados desde el punto de vista emocional y sin embargo, no mostrar signos o secuelas exteriores. Puede estar sufriendo el efecto paralizante de sentirse despreciable sin comprender ni poder explicar el por qué.
- Los niños/niñas víctimas de maltrato adoptan muchas veces una actitud de complacencia con el adulto como una estrategia protectora. Frecuentemente esta actitud no llama la atención de otros adultos sino al contrario, se considera un comportamiento deseable.
- Cuanto más temprano y prolongado en el tiempo es el maltrato, más profundo son los daños en la salud y el desarrollo y mayor complejidad adquiere el proceso de reparación.
- La salida de una situación de maltrato requiere de una intervención multidisciplinaria y multisectorial, responsable y decidida.

3.5.2.3. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO EN LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Consecuencias para la salud física	Consecuencias para la salud mental
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte. • Lesiones físicas de distinta magnitud y gravedad: hematomas, fracturas, TEC. • Secuelas físicas como consecuencia de traumatismos y quemaduras. • Discapacidad física y/o psicológica. • Retraso pondo-estatural. • Infecciones reincidentes. • Desnutrición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos y retrasos en el desarrollo en el ámbito cognitivo, afectivo-social y del lenguaje. • Trastornos emocionales: retraimiento, menor asertividad, apatía, y aislamiento social, estados depresivos. • Trastornos psicopatológicos: miedo, hostilidad, sentimientos de culpa, agresividad. • En adolescentes: conductas delictivas, alcoholismo, drogadicción. • Repercusión en el desarrollo de la vida adulta.
<p>Específicas del abuso sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones genito-urinarias y anales que pueden llegar a afectar la capacidad reproductora. • Embarazo en adolescentes. • Enfermedades de transmisión sexual. 	<p>Específicas del abuso sexual: (A lo anterior se agregan:)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conductas de promiscuidad sexual. • Conductas de riesgo y autolesiones. • Problemas en el establecimiento de relaciones íntimas.

3.5.2.4. INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL

Existen señales o indicadores de que un niño o niña está sufriendo maltrato físico, psicológico y sexual que son detectables durante la atención de salud.

Indicadores de maltrato físico

Las lesiones que se observan en una situación de maltrato físico son generalmente múltiples, de localización poco habitual y no son previsible para niños en ese rango etáreo. En el maltrato infantil de larga data, las lesiones detectadas pueden coexistir con cicatrices y deformidades óseas por fracturas antiguas o secuelas neurológicas o sensoriales. Puede pesquisarse y comprobarse la administración de drogas o otras sustancias tóxicas.

Lesiones en cabeza y rostro

Erosiones, equimosis y hematomas en el rostro, edema en labios y cara, en diferentes fases de cicatrización, perforación de tímpano por golpe a nivel de oído, desviación del tabique nasal. Arrancamiento del cuero cabelludo. Traumatismos o pérdida de piezas dentarias, fracturas de cráneo o mandíbula.

Lesiones en el cuerpo

Quemaduras de cigarrillos (en manos, pies, en brazos, piernas, cuello), quemaduras por inmersión en líquidos calientes y quemaduras con objetos calientes. Fracturas de los huesos largos (brazos y piernas), fracturas múltiples, abdomen aumentado de volumen, dolor localizado, vómitos constantes. Lesiones en zonas extensas del dorso, nalgas o muslos, teniendo la marca del objeto con que fue infligido, indicando si el niño o la niña fue golpeado(a) una o más veces. Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de adultos y son reiteradas. Cortes, pinchazos con objetos punzantes, marcas de estrangulamiento o de ataduras de las extremidades.

Indicadores físicos de abuso sexual

Laceraciones y lesiones en el área genital y anal que no se expliquen claramente como accidentales. Enfermedades de transmisión sexual en niños o niñas o en pre-adolescentes. Presencia de líquido seminal o de cuerpos extraños en genitales, falta de integridad del himen en niñas.

Indicadores de negligencia

Desnutrición, descuido del aseo del niño o la niña, consultas de morbilidad tardías, interrupción y abandono de tratamientos médicos. Necesidades médicas no atendidas, inasistencia a controles de salud, dermatitis de pañal crónica. Abandono del niño o la niña, vagancia y mendicidad.

Indicadores de maltrato emocional

La detección de estos indicadores es compleja, por el ocultamiento y la negación de los adultos, temerosos de la sanción legal y social, como por la negación por parte del propio niño o la niña por temor, por amenaza o por sentimientos de lealtad hacia su familia.

Sin embargo, es posible observar conductas y actitudes en el niño o la niña, tales como, temor, silencio, desconfianza, retraimiento, agresividad, alejamiento físico del adulto acompañante, actitud permanente de resguardo físico y tristeza. La literatura y la

experiencia al respecto indican que en la consulta se tiende a producir un apego excesivo al profesional o técnico que presta la atención. En el diálogo con el niño o la niña se pueden escuchar afirmaciones descalificadoras como: "soy tonto(a)", "soy torpe".

Por otro lado, se pueden observar las siguientes conductas y actitudes en los adultos responsables del niño o la niña:

- Rechazo o indiferencia: este puede ser parcial o total, frecuente o esporádico, explícita o implícita. Puede existir una "barrera de silencio" por períodos prolongados.
- Conductas amenazantes y aterrorizadoras, que atentan directamente contra la seguridad del niño o la niña, por ejemplo uso del miedo como método de disciplina (encerrarlo en una pieza oscura, amenazarlo con el perro, el cuco, etc.).
- Aislamiento del niño impidiéndole la oportunidad de relaciones sociales del niño o la niña.
- Inducción a realizar conductas ilícitas: la madre, el padre o cuidador(a) inducen al niño o la niña a cometer acciones delictivas (robar, prostitución, entre otras).

3.5.2.5. RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD

Las siguientes recomendaciones, aunque no garanticen la confirmación de situaciones de violencia, éstas facilitan el establecimiento de una relación que permita recolectar información sobre posibles situaciones de violencia. Es importante no transformarse en acusador o enjuiciador del entrevistado y perder así la posibilidad de mantener el contacto con la familia.

- Ante la sospecha de maltrato infantil solicite la presencia de otro miembro del equipo de salud.
- Realizar la entrevista al adulto acompañante lejos del niño y la niña, en presencia de otro integrante del equipo.
- En la entrevista con el adulto realice un acercamiento directo, sin preámbulos.
- Realizar preguntas en forma no - acusatoria ni enjuiciadora. El adulto puede no estar consciente de que maltrata, puede también no estar en conocimiento de los hechos o posiblemente ser el propio abusador y estar consciente de ello.

Algunas preguntas para abordar el maltrato infantil:

En el contacto con el adulto que acompaña al niño o la niña, se sugiere utilizar preguntas abiertas como los siguientes ejemplos:

- "¿Cuénteme otra vez, como fue que María se rompió los dientes?", en vez de, "¿Ud. le rompió los dientes a María?"
- "¿Quién estaba con Ud. cuando Juanito se quemó la mano?", en vez de, "¿alguien le quemó la mano a Juanito?"
- "Frecuentemente cuando un niño presenta este tipo de lesión indica la presencia de un golpe, ¿está sucediendo algo en su familia que le gustaría contarme que pudiera explicar esta lesión?"
- "Me llamaron la atención las mordeduras en el cuello de Pedro, ¿me podría decir cómo ocurrieron éstas?, ¿quién lo estaba cuidando en ese momento?, ¿qué estaba ocurriendo antes en su casa?"
- "¿Hay algo que usted quisiera contarme de por qué María tiene tantas cicatrices en su cara?"

3.5.2.6. PRIMERA RESPUESTA CUANDO SE DETECTA MALTRATO INFANTIL

Esta primera respuesta es una intervención que realizan al menos dos miembros del equipo de salud para detener la situación de maltrato y asegurar la protección del niño o la niña.

Los objetivos de esta primera respuesta ante a la posibilidad o "sospecha" de estar frente a un niño o una niña que está viviendo una situación de maltrato en su familia o de parte de sus cuidadoras(es) son:

- Confirmar la situación de maltrato
- Interrumpir el maltrato
- Proteger al niño o la niña afectada
- Eventualmente iniciar un proceso que lleve al reconocimiento del maltrato por parte de la madre, el padre, cuidador(a) que permita y facilite una futura intervención psicosocial un nivel de mayor complejidad.

La primera respuesta debe realizarse en cualquier actividad de salud en que se produce la interacción del equipo de salud con un niño posiblemente afectado por maltrato y su familia:

- **Control de Salud:** la periodicidad y continuidad de esta actividad permite una detección precoz de las situaciones de maltrato y una acción preventiva con la familia o cuidadores(as).
- **Consulta de Morbilidad:** esta actividad permite al médico confrontar el motivo de consulta, el examen clínico con la sospecha o evidencia de maltrato. Un número importante de menores es llevado a consulta por otras causas, o por causas que son consecuencias del maltrato recibido.
- **Control de Nutrición:** esta actividad facilita el diagnóstico de algunas formas de maltrato como la negligencia y el abandono.

- **Servicio de Urgencia:** la atención de niños que presentan lesiones, debe relacionarse con la situación que ha originado dichas lesiones para diagnosticar un eventual maltrato.
- **Visita Domiciliaria Integral:** de control y seguimiento donde se pesquisen casos de niña o niño con signos de maltrato y/o abuso sexual.

3.5.2.7. ETAPAS DE LA PRIMERA RESPUESTA

El principal recurso para el cambio son la madre y/o padre, por lo cual, se debe tener una actitud de búsqueda de información, de alta tolerancia, evitando el enjuiciamiento y la interrupción del contacto.

Una actitud de intolerancia puede afectar seriamente la posterior solicitud de apoyo a otras instancias y la acción de otros profesionales que deberán realizar una intervención terapéutica con la familia, la cual básicamente estará orientada al reconocimiento de la situación de maltrato por parte de la madre y/o padre o cuidadores(as) y al proceso de cambio de la relación padres e hijos.

En caso de existir sospecha fundada o confirmarse un maltrato grave que comprometa la vida e integridad física del niño o niña, se debe hospitalizar de inmediato y ponerse en contacto con la fiscalía correspondiente. Esto se puede realizar en forma directa o a través de carabineros, quienes iniciando la acción legal pertinente, derivan al niño o niña a una institución u hogar debidamente autorizado y con soportes efectivos necesarios que aseguren la absoluta protección del niño o la niña.

Para hacer frente a esta situación, es necesario mantener actualizados los flujogramas de derivación y normas de seguimiento establecidos entre Servicio Social, Equipos de Salud Mental y Equipos de Atención de otros sectores (Municipales, Carabineros, Servicio de Investigaciones, Organizaciones no Gubernamentales y otros).

Las etapas para abordar el maltrato infantil son:

Etapa 1: Confirmación de la situación de maltrato

La confirmación de la situación se realiza a través de:

- la información aportada por la madre, padre, familiar, cuidadores(as) u otra persona que tiene relación con el niño o la niña es relevante. Recoger la mayor información que sea posible de la madre, padre y/o acompañante y del niño mismo, facilita a los integrantes del equipo tomar las mejores decisiones y medidas de protección e intervención.
 - Se recomienda solicitar la presencia a otro integrante del equipo durante el examen clínico y en la conversación con la madre, padre y/o cuidadores(as).
 - Para lograr la apertura de la madre y/o padre a entregar información y abordar la situación de maltrato, se requiere:
 - Hacer preguntas claras y directas.
 - No emitir juicios descalificadores, evitar actitudes intolerantes y amenazadoras.
 - Explicitar la disposición del profesional o técnico de salud para brindar apoyo a la familia.
 - Resguardar la privacidad en la entrevista con la madre, padre y/o acompañantes.
 - Entrevistar al niño/niña sin la presencia de los familiares o acompañantes, resguardando así la privacidad.
- evaluación de la magnitud del daño:** diagnóstico del estado de salud general, de las lesiones físicas y evaluación del estado emocional. Para este diagnóstico se puede requerir la presencia de otros profesionales y técnicos: radiólogos, psicólogos, enfermeras, matronas, asistentes sociales y técnicos paramédicos.
 - Es necesario intentar concretar el diagnóstico médico en esta etapa, de modo de evitar que la niña o el niño sea expuesta/o a interrogatorios emocionalmente dañinos o a la repetición de exámenes clínicos.
 - Coordinar los recursos humanos, institucionales y legales existentes para dar la protección que asegure la integridad física y psicológica del niño o la niña.
 - En situaciones en las cuales estén presentes factores de riesgo y no sea posible su confirmación o existan signos de negligencia, se requiere:
 - Incrementar los controles de salud del niño o la niña, complementando esta acción con visita domiciliaria integral por parte del equipo de salud.
 - Acciones coordinadas con sala cuna, jardín infantil o el sistema escolar según corresponda.
 - Mejorar la calidad de la comunicación con la madre y/o padre, que facilite el reconocimiento de la situación y la aceptación de la ayuda por parte del equipo de salud.
 - Seguimiento del niño o la niña y su familia a través de las actividades regulares: visita domiciliaria, control de salud, participación de madre, padre o cuidador(a) en taller de intervención grupal.
 - Realizar intervención psicosocial en la familia y/o cuidador con miembros del equipo interdisciplinario.
 - Coordinación y referencia a equipos del nivel secundario de atención en caso de abuso sexual y ante trastornos mentales moderado a severos del adulto cuidador, agresor o agresora.

Etapa 2: Protección del niño o la niña en situación de maltrato.

- En las situaciones en que se confirma maltrato grave - aquellas en que está comprometida la integridad física y la vida del niño o a niña - se debe hospitalizar de inmediato o buscar otras alternativas que aseguren la absoluta protección del niño o la niña, como la internación transitoria en una institución u hogar debidamente autorizado y con soportes afectivos necesarios o la acción legal pertinente.
- En estas situaciones, adquiere particular relevancia la protección inmediata de la niña o el niño.
- Evaluar las condiciones para realizar la denuncia correspondiente.
- Se recomienda que quién haga la denuncia, no sea el mismo profesional o técnico que realizó la detección, sino que sea asumida por la autoridad de la institución respectiva: Médico Director del consultorio, del hospital, del servicio de urgencia.

Etapa 3: Derivación y seguimiento

- Si el niño o la niña debiera ser trasladado o otras instancias, él o ella debiera ser acompañado(a) por algún integrante del equipo de salud.
- Asegurar la protección del niño o la niña en situación de maltrato. Esto implica evitar altas clínicas o la solicitud de alta por parte de la madre o el padre, en situaciones en que existe una alta probabilidad de maltrato o este se haya confirmado.
- Asegurar la continuidad de la atención de la familia con niñas o niños en situación de maltrato.
- Se requiere que existan flujogramas de derivación y normas de seguimiento establecidos tanto entre las unidades, programas o áreas de atención del sistema de salud: servicio social, equipos de salud mental como también, con equipos de atención de otros sistemas (Municipales, Carabineros de Chile, servicio de investigaciones, organizaciones no gubernamentales u otros).
- Deben asegurarse los reportes correspondientes desde las unidades o instancias a donde fue derivada la familia o el niño o la niña de modo de conocer y reforzar las acciones desarrolladas en los niveles de mayor complejidad de intervención.

3.7.2.8. ANTECEDENTES BÁSICOS PARA REALIZAR LA DENUNCIA

- Nombre y edad del niño o la niña.
- Nombre y localización del profesional que emite el informe y la denuncia.
- Nombre, dirección y relación con la familia de la persona que acude a consultar con el niño o la niña.
- Indicadores físicos observados, diagnosticados.
- Otros indicadores observados y conocidos.
- Nombre y dirección del consultorio, hospital.
- Fecha de la denuncia.

3.5.3. Presencia de depresión en la madre

Los trastornos de la salud mental son un importante problema de salud pública en el mundo produciendo sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas⁵⁷. Las cifras de prevalencia para trastornos del ánimo, de ansiedad y de estrés postraumático muestran tasas mayores para mujeres que para hombres, principalmente durante su ciclo reproductivo⁵⁸. Los estudios más recientes muestran que el embarazo, y sobretodo la llegada del primer hijo/hija, constituyen un período de crisis, que aunque tiene un carácter normativo, puede ser un momento de alta vulnerabilidad para las mujeres y sus familias. Los problemas de salud mental durante el embarazo y el período postnatal pueden provocar serias consecuencias para la salud y el bienestar, tanto de la madre como del niño o niña. Desde aquí es que surge la necesidad de instalar sistemas de detección precoz y de tratamiento oportuno, con una mirada psicosocial preventiva en la atención de la mujer/madre.

La depresión se encuentra relacionada con el género femenino, las cifras de prevalencia semanal de "episodio depresivo" en Chile son casi tres veces más altas en mujeres que en hombres (8% versus 2,7%)⁵⁹. Se han reportado prevalencias de sintomatología ansiosa depresiva en mujeres embarazadas con rangos entre 16.7% a un 35.2%⁶⁰. Específicamente, la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo fluctúa entre el 10 y el 16%⁶¹ y en una muestra del área sur oriente de Santiago, se encontró una incidencia mas alta, de un 24% de síntomas depresivos durante la gestación, alrededor de la semana veinte⁶². La depresión posparto (DPP), en general, ocurre entre el 10 y el 20% de las mujeres, encontrándose en Chile una relación inversa entre DPP e ingreso familiar⁶³. Otros cuadros psiquiátricos como el trastorno de pánico o el trastorno obsesivo compulsivo pueden presentarse asimismo

⁵⁷ Gobierno de Chile, MINSAL, GES Depresión

⁵⁸ Araya, 1992

⁵⁹ Araya, 2001 (se usaron categorías CIE-10 y entrevista estructurada CIS-R)

⁶⁰ Jadresic, 2006

⁶¹ Lewellyn en Jadresic 2005

⁶² Cordero y cols. Base de datos CEDIP 2004 - 2005

⁶³ Jadresic, 1995

durante el embarazo pero son menos frecuentes y han sido menos estudiados que los anteriores⁶⁴. La psicosis puerperal tiene una prevalencia conocida de 0.1 a 0.2%.

3.5.3.1 FACTORES DE RIESGO DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO DEPRESIVA PERINATAL

- Aislamiento social o aquellas mujeres que viven lejos de su familia de origen, en situación de inmigrantes, o que tienen poco contacto con su círculo de amigas.
- Conflicto con la aceptación del embarazo
- Edades extremas de la mujer
- Dificultades con la lactancia
- Falta de apoyo emocional por la falta de pareja, abandono, ser madre soltera, mujer separada o viuda. A veces la pareja tiene dificultades en brindar apoyo emocional.
- Conflictos emocionales no resueltos tanto de pareja como con la familia de origen. Cuando la mujer se enfrenta a la transición de ser madre y en su infancia ella no ha experimentado la sensación de haber sido cuidada y querida, puede tener dificultades para asumir este rol.
- Duelos o pérdidas tempranas de figuras importantes, como haber perdido a uno de sus padres o el contacto con alguno de ellos por abandono, separación o internación.
- Maltrato físico, emocional o sexual en la infancia; haber tenido este tipo de experiencias predispone a la mujer a desarrollar depresión en la edad adulta.
- Tener fuentes de estrés, como dificultades económicas, no tener acceso a servicios esenciales, vivir en un barrio peligroso, con pocas oportunidades de recreación social.
- La sobrecarga de roles, un 44% de las mujeres que trabajan en Chile realiza los quehaceres del hogar, en comparación con el 6% de los hombres⁶⁵ y las cifras de mujeres jefes de hogar están en aumento.
- Atender otros hijos/hijas menores de 6 años en su hogar, requiere la satisfacción de múltiples cuidados y representan una demanda tanto en lo físico, como en lo emocional.
- Antecedentes de episodios ansioso depresivos anteriores⁶⁶

Existe evidencia empírica reciente que sugiere que la depresión posparto también se asocia a una mayor sensibilidad biológica a los cambios hormonales propios de la gestación y el puerperio con efectos en la disminución del estado del ánimo; por ej.:⁶⁷ se ha sugerido que en algunas mujeres los anticuerpos antitiroideos pueden contribuir a una baja de hormona tiroidea en la sangre, por otro lado está también el descenso brusco de los niveles de progesterona y estrógenos, detonado por la expulsión de la placenta.

3.5.3.2 ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE DETECTAR, DIAGNOSTICAR, TRATAR Y SEGUIR A LAS MUJERES CON DEPRESIÓN POSPARTO?

La depresión en la mujer no sólo afecta la salud de la madre, sino también a su hijo o hija. Se ha mostrado una relación entre depresión y partos de pretérmino, recién nacidos con pesos inferiores, con circunferencias craneales más pequeñas y puntajes APGAR más bajos. Además se ha observado una mayor prevalencia de problemas conductuales y emocionales en hijos de mujeres deprimidas, un 49.8% en comparación con un 15% en niños y niñas de población general en Chile y aumento de la ansiedad infantil.

Trastornos de la interacción materno infantil en mujeres con Depresión Posparto

Recientes estudios señalan que la depresión posparto es responsable de trastornos de la interacción madre-recién nacido, pudiendo causar en los hijos alteraciones psicológicas en el corto y largo plazo⁶⁸. Una madre deprimida presenta una disminuida o sensibilidad necesaria para entender las señales del hijo o hija, de responder ante ellas de forma suficientemente buena y rápida, y de tolerar las exigencias del cuidado intenso de un recién nacido. Una madre con dificultades en regular o tolerar la expresión de afectos negativos o el llanto de su bebé puede tener interacciones de carácter negativas que vayan en aumento si no se interviene; así, el deterioro de las interacciones entre madres deprimidas y sus hijos o hijas puede tener consecuencias desfavorables en el desarrollo emocional y cognitivo del niño o niña⁶⁹. Las interacciones vinculares entre una madre con depresión posparto y su hijo están caracterizada por:

- Falta de responsividad ante las señales del niño
- Niño o niña se muestra pasivo(a), poco estimulado(a), o con conductas de evitación

⁶⁴ Jadresic, 2005

⁶⁵ Minsal, Encuesta de calidad de vida 2006

⁶⁶ Coates, 2004

⁶⁷ Jadresic, 2007

⁶⁸ A. Moreno; L. Domínguez; C. Da Motta; P. França; 2004

⁶⁹ C. Reck; A. Hunt; T. Fuchs; R. Weiss; A Noon; E. Moehler; G. Downing; E. Tronick; C. Mundt; 2004

- Bajo nivel de expresiones positivas de afecto, en ambos
- Baja capacidad de la madre para regular los afectos del niño
- Interacciones menos sensibles y vínculos de apego inseguros
- Maltrato o negligencia del niño o niña, en casos graves también infanticidio

3.5.3.3 EL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD

Existe un continuo que va desde la sospecha, la detección, la referencia para el diagnóstico, hasta el tratamiento y la vigilancia de su mantenimiento.

A. Detección

¿Cómo detectar?

Considerando la alta prevalencia y los efectos negativos tanto en la madre como en el hijo o hija y el entorno familiar; la detección de la depresión debe estar incorporada en forma permanente y activa en todos los contactos del equipo de salud con la mujer, estando alerta al surgimiento de sospecha basada en la observación y escucha activa. Además se debe incorporar la aplicación de instrumentos estandarizados en momentos predeterminados de la atención en salud, tales como la pauta de evaluación psicosocial en el primer control prenatal y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en los controles del niño a los 2 y 6 meses.

Realice preguntas que aportan información

En los controles de salud prenatal, pregunte por síntomas depresivos utilizando el instrumento de detección del Programa Nacional de Depresión⁷⁰:

¿Se ha sentido cansada o decaída casi todos los días?

¿Se ha sentido triste, deprimida o pesimista, casi todos los días?

¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?

Se considera **sospecha de depresión** cuando una o más preguntas son respondidas afirmativamente. Recuerde que los síntomas deben haber estado presentes por lo menos dos semanas y haber afectado la vida cotidiana de la mujer. Si los síntomas no cumplen con los criterios de duración e impacto en la vida cotidiana, continúe preguntando por ellos en las siguientes atenciones y por los posibles desencadenantes de éstos. En el último periodo del segundo trimestre de embarazo y durante el tercer trimestre se puede utilizar los criterios diagnósticos de la CIE-10⁷¹ para sospechar depresión en la mujer embarazada.

Cuando una mujer con antecedentes de episodio de depresión mayor posparto, tiene un riesgo de aproximadamente 25% de recurrencia en el parto subsiguiente⁷², por lo tanto **es importante completar la evaluación con preguntas tales como:**

- ¿Alguna vez en su vida ha tenido problemas emocionales?
- ¿Ha recibido tratamiento por estos problemas?
- ¿Ha consultado alguna vez un psicólogo o psiquiatra?

¿Cuándo detectar?

Detección durante el embarazo

La evaluación del riesgo psicosocial se realiza en el ingreso a control prenatal durante el embarazo, pero si se detecta que no ha sido realizada antes, ésta debe realizarse también en el puerperio inmediato o en los controles de salud. Considere que existe asociación entre sintomatología ansiosa depresiva y la presencia de mala alimentación, menor asistencia a los controles prenatales, uso de tabaco, alcohol, drogas, mala higiene⁷³ y antecedentes de problemas de salud mental anterior.

Detección después del nacimiento

En este período es importante realizar acciones de detección de sintomatología a todas las mujeres, pero con un énfasis especial a aquellas que presenten mayor vulnerabilidad. Es importante realizar una referencia oportuna y completa al nivel primario de atención (carné de alta y epicrisis en casos complejos) para detectar problemas como la inasistencia o mala adherencia de mujeres en riesgo y poder planificar una visita domiciliaria integral oportuna.

⁷⁰ Gobierno de Chile, MINSAL, GES Depresión

⁷¹ Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud.

⁷² Wisner y cols, 2004

⁷³ Stewart, 2005

Detección durante los controles de salud del niño y de la mujer

La evaluación del desarrollo integral del niño y la niña en el ciclo vital, considera como una de las acciones centrales, la detección de la depresión posparto a través de la aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, en los controles de salud de los 2 y 6 meses.

Sin perjuicio de esto, el equipo de salud puede realizar detección ante sospecha de sintomatología en otros controles diferentes de los mencionados y realizar la consecuente derivación. Considere en el primer control posparto de la madre o en el ingreso del niño/niña, antecedentes obstétricos especiales que puedan asociarse a sintomatología ansiosa, depresiva, o postraumática, por ej.: cesáreas de urgencia con o sin histerectomías, trabajo de partos excesivamente prolongados y dolorosos, madres con morbilidad grave agregada, madres de recién nacidos con pronóstico complejo, prematuros, que presenten patología médica o quirúrgica, con malformaciones congénitas o bien, madres en duelo (mortinato, óbito).

Aplicación de Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

Esta escala es una prueba de rastreo para depresión posparto (ver Anexo N° 4) que ha sido ampliamente utilizada y validada en varios países, traducida al menos a 23 idiomas diferentes⁷⁴ y está validada en nuestro país. La aplicación de esta escala está considerada para realizarse rutinariamente en el control de salud de los dos y los seis meses del niño o niña, sin embargo, en caso que se sospeche sintomatología ansiosa depresiva, esta escala también se podría aplicar desde la cuarta semana a los doce meses posparto. Ver instrucciones de aplicación adjunto a este anexo.

¿Quién debe detectar?

El equipo de salud está capacitado para realizar una detección tanto continua como dirigida de sintomatología depresiva; enfermeras, matronas, técnico paramédico, médicos obstetras y pediatras, trabajador(a) social, son quienes tienen la mayor frecuencia de contacto en la atención de la mujer gestante o madre.

¿Cuándo referir?

a) Refiera al programa de GES Depresión del centro de salud ante la confirmación de sospecha de la presencia de sintomatología ansiosa depresiva, o de otro tipo. Ver flujograma para la detección y tratamiento de la depresión posparto en atención primaria (ver Anexo N° 5).

b) De acuerdo a lo establecido en la Guía Clínica para el Tratamiento de Personas con Depresión, el equipo del programa GES Depresión del establecimiento derivará a especialidad en salud mental y psiquiatría cuando la mujer presente:

- Síntomas psicóticos o maníacos
- Ideación suicida
- Ideación homicida, en contra de su/sus hijos, pareja u otras personas
- Historia de depresión severa u otro problema mental como esquizofrenia, retardo mental, trastorno del ánimo bipolar, etc.
- Depresión refractaria es decir, si no ha respondido a un tratamiento adecuado, por el tiempo mínimo asignado y con buena adherencia al tratamiento

Diagnóstico

El diagnóstico lo realizan los profesionales del programa GES Depresión del establecimiento.

Manifestaciones Clínicas de la Depresión Posparto:

Ha sido definida como "la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto"⁷⁵. A pesar de que el cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, teniendo el humor deprimido y la falta de placer en las actividades (anhedonia) como síntomas centrales, la depresión posparto posee características que justifican su consideración como entidad específica:

- Sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas
- Sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando a su hijo/hija
- Falta de interés o miedo de estar a solas con el bebé, rechazo en casos extremos
- Síntomas de ansiedad, llanto, desánimo, irritabilidad
- Confusión e incapacidad para concentrarse

⁷⁴ Cox en Moreno y cols., 2004

⁷⁵ Cox en Moreno y cols., 2004

- Imposibilidad de dormir incluso cuando el hijo/hija esté dormido(a)
- Descuido personal y deseos de no levantarse de la cama
- Pensamientos de muerte e ideación de suicida

Diagnóstico diferencial con Tristeza Posparto:

La tristeza posparto o Blues no es realmente un trastorno, es un problema pasajero que tiene una alta prevalencia y que suele tener una buena evolución y remisión espontánea. La sintomatología aparece desde el tercer a quinto día posparto y cede en unas semanas. Consiste en labilidad emocional, tristeza, irritabilidad, sentimientos de temor hacia el futuro, dudas sobre su competencia como madre y llanto fácil. Este cuadro afecta de un 25% a un 85% de las mujeres⁷⁶ y sólo requiere de apoyo y psicoeducación a la madre y a quienes la rodean.

Diagnóstico diferencial con Psicosis Posparto:

La psicosis posparto es una enfermedad poco frecuente, aguda y grave que aparece generalmente de forma brusca entre el tercer y el noveno día posparto. Sus manifestaciones clínicas son labilidad del ánimo, agitación grave, confusión, incapacidad para dormir, pensamiento desorganizado y alucinaciones que implican al niño. Constituye una emergencia por el riesgo vital para la madre o el hijo o hija.

Tratamiento de la depresión posparto

Primera respuesta ante sospecha y detección de depresión;

Brinde a la mujer un espacio de contención y escucha, valide sus sentimientos.

Refuerce el hecho de que comparta sus sentimientos con Ud. a pesar de lo difícil que es para una mujer reconocer dificultades con su maternidad.

Dígale que no es la única mujer que cursa con este cuadro, que puede buscar ayuda.

Sin minimizar lo que ella siente o piense, déle una esperanza que su estado mejorará y ayúdela a buscar asesoría y derivela de una manera eficiente, asegurándose que ella obtenga una hora.

Si Ud. sospecha de riesgo vital o porque lo detecta en la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo:. En el contexto de una entrevista contenedora e individual con la mujer, haga preguntas directas que exploren específicamente el riesgo de vida para la madre y su hijo o hija. Asegúrese que la mujer sea atendida en forma inmediata por los profesionales del Programa GES Depresión. Contacte a las personas mas cercanas para activar el apoyo y acompañamiento permanente. Asegúrese que la mujer sea acompañada por un adulto que entienda la situación y la importancia de la derivación, del tratamiento y de brindar apoyo en el cuidado del hijo o hija.

Evaluación de la capacidad de la mujer en el cuidado del hijo/hija

Cuando la sintomatología en salud mental es moderada a grave, la capacidad de cuidar al hijo/hija puede verse se ve muy disminuida y puede ser un riesgo para el niño/niña, por ej.; cuando la madre presenta mucha irritabilidad, impulsividad, pero también cuando tiene un muy bajo estado del ánimo y energía física. El equipo de salud debe tener en cuenta esta situación, y detectar el riesgo para el hijo/hija; conversar la situación con la mujer, con su familia, y tomar medidas temporales que apliquen al caso. Tales medidas pueden ser; activar apoyo concreto de su pareja, de su familia, pedir ayuda externa a la familia. La madre y el hijo o hija deben tener acompañamiento permanente, incluso en los casos menos graves. Se debe establecer un plan lo más detallado posible, utilizando todos los recursos disponibles para que la madre no esté sola, explicando a la familia y cercanos que la madre con depresión post parto debe estar muy tranquila y descansar todo lo posible. El acompañamiento permanente lo más precoz posible, suele producir una mejoría sintomática en breve tiempo. También se debe considerar realizar una visita domiciliaria integral y citar a control de salud más frecuente.

Intervenciones efectivas

Activar redes de apoyo

Abrir el caso con las personas que la mujer considera cercanas a ella para solicitar ayuda práctica, compañía y soporte emocional: de la pareja, esposo, madre, padre, amigos, amigas y parientes de la madre. No dé por hecho quiénes son las personas cercanas a la mujer, pregúntele a ella directamente, puesto que pueden existir graves conflictos de relación con la pareja o con la madre.

⁷⁶ Coates y cols., 2004

Psicoeducación

Entregue conocimientos tanto a la mujer como a su familia sobre el cuadro que está viviendo, explique la gran frecuencia de la sintomatología e intente asociarlo con algún factor de riesgo contingente al caso. Aumentar el nivel de conocimientos puede ayudarle a comprender sus conductas, disminuir su ansiedad, reducir su sentimiento de culpa y llegar a creer y confiar en una salida terapéutica.

Estrategias de autocuidado

Es recomendable sugerir un inmediato cambio de prioridades de la rutina, enfatizando el cuidado y descanso de la mujer, del hijo o hija y después la realización de las otras labores del hogar. Algunas de las sugerencias pueden ser (elija las más atingentes):

Intente descansar lo más posible, duerma cuando su hijo/hija también duerma.

Postergue realizar aseos domésticos profundos, priorice la atención del niño o niña.

Atérvase a pedir ayuda, por ej.; pida a una vecina que salga a comprar sus encargos.

Busque compañía cuando se sienta sola o quiera conversar con alguien. Si se encuentra sola, hay teléfonos de ayuda gratuita a los que Ud puede recurrir (realice catastro de teléfonos de ayuda de la red local)

- Pida ayuda cuando algunas situaciones de la crianza la sobrepasan, un apoyo oportuno disminuye el stress de los padres y ayuda a resolver situaciones de crisis. Por ej.; el servicio telefónico FONINFANCIA de Fundación Integra, 800 200 818, entrega ayuda telefónica gratuita por psicólogos, en temas de crianza y desarrollo infantil.
- Cuide de alimentarse por lo menos cuatro veces al día, consumo frutas y verduras.
- Haga ejercicio moderado, salga a caminar, visite las plazas de su barrio.
- Intente suspender o reducir el consumo de café, tabaco y alcohol.
- Si tiene un portabebé, úselo, en casa o al salir, el contacto físico y el movimiento de su caminar calma a su hijo/hija y lo/la hace sentir seguro(a) en su compañía
- Realice controles de salud mas frecuentes para fortalecer la ayuda

Fomento de lactancia materna

La instancia de la lactancia influye positivamente en el establecimiento de interacciones sensibles, además favorece el desarrollo y la salud del lactante lo que facilita la crianza temprana. Sin embargo, hay que tener en cuenta excepciones ciertos casos en que la madre no lo desea, cuando hay sintomatología grave o cuando la madre tiene aversión al contacto.

Apoyo grupal

La participación grupal permite a la madre salir de su aislamiento, tener la experiencia de recibir apoyo emocional de sus pares, sentir que no está sola en su problema y ver una esperanza de salida. Las opciones dependen de cada centro de salud: talleres grupales (autocuidado, taller de crianza) o controles grupales de salud, grupos de autoayuda, etc.

Visita domiciliaria integral

Intervención que se orienta a la entrega de servicios en el domicilio de la mujer, se enmarca dentro de un plan de atención de equipo de cabecera y está orientada a fomentar el desarrollo psicosocial del niño/niña.

Apoyo Psicosocial

La compañía y actitud sensible y empática de personas queridas por la mujer permitirán que ella sienta alivio, se sienta comprendida y que vea una esperanza de salida a su situación. También el personal de salud puede brindar apoyo emocional cuando interactúa con la mujer en una actitud sensible: escuchándola, no juzgándola, normalizando su situación, aceptando que la mujer exprese sus sentimientos ambivalentes, no enojándose con ella, detectando sintomatología que orienten a un trastorno en salud mental y realizando acciones de derivación efectiva para el diagnóstico y tratamiento.

Derivación a tratamiento en el sistema GES

El tratamiento de la depresión posparto se realiza en el establecimiento de atención primaria según los criterios establecidos en el Programa de Depresión (ver Guía Clínica GES Depresión) e incluye psicoterapia y fármacos en caso de ser necesarios.

Psicoterapias

Dentro de los modelos de psicoterapia más efectivos realizados por psicólogos o psicoterapeutas, se destacan la psicoterapia de apoyo, interpersonal y cognitivo conductual.

Terapia Farmacológica

El uso de medicamentos antidepresivos se reserva en general para casos que no han respondido las intervenciones de apoyo psicosocial y/o a la psicoterapia y para casos cuya sintomatología es moderada a grave, existiendo una incapacidad importante en el funcionamiento diario y frente a la atención del hijo/hija. Durante el embarazo siempre es útil realizar un análisis individual del caso, es recomendable el uso de antidepresivos después de las 12 semanas, ya que no hay evidencia que descarte el riesgo fetal en este periodo. Durante el posparto el uso de antidepresivos compatibles con la lactancia ha mostrado ser efectivo en disminuir sintomatología ansiosa depresiva, en la práctica, los antidepresivos de uso más frecuente son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, siendo la sertralina el que menos pasa a la leche materna.

Mantenimiento del tratamiento

Se debe explicar a la paciente que el efecto terapéutico de los antidepresivos habitualmente demora alrededor de un mes en hacerse plenamente evidente (incluso a veces seis u ocho semanas). Es importante realizar un seguimiento del caso para monitorear periódicamente si el tratamiento se efectúa y mantener la adherencia a éste, puesto que a menudo la propia desesperanza de la mujer puede llevarla a interrumpir los medicamentos. El uso de éstos, si es que han sido efectivos, debe prolongarse por al menos seis meses después de la remisión completa de los síntomas. El plan terapéutico debe ser elaborado por los profesionales que se ocupan del Programa de Depresión en conjunto con los profesionales que atienden a la diada madre-hijo.

3.5.4. Padre, madre u otro integrante del hogar con consumo problemático de sustancias psicoactivas

Se considera consumo problema cuando la persona que fuma, bebe o consume drogas, experimenta debido a ello consecuencias negativas, sea para sí misma o para terceros, en las áreas de salud, armonía familiar, rendimiento (laboral o escolar), seguridad personal y funcionamiento social. En este concepto están incluidos los "trastornos mentales y conductuales debidos a consumo de sustancias psicoactivas" que la OMS define en la clasificación internacional de enfermedades.

Sustancias psico-activas son las que tienen la cualidad de modificar la conciencia, ánimo y procesos cognitivos en el individuo, pues actúan sobre los mecanismos cerebrales que los sustentan y, además, generan cambios psicofisiológicos que determinan una apetencia imperiosa y una conducta de dependencia por la sustancia.

Algunas sustancias psicoactivas son el tabaco, el alcohol, las llamadas drogas, cuyo uso está controlado por ley (marihuana, cocaína y pasta base, anfetaminas y derivados, morfina, heroína y otras), algunos medicamentos cuando se utilizan fuera del ámbito de la medicina (los llamados "fármacos", entre otros, las benzodiazepinas, estimulantes y anorexígenos derivados anfetamínicos, morfina, codeína, fentanil y otros).

Las presencia de consumo problema de alguna de estas sustancias en la familia y en particular en la madre o padre o cuidador(a), constituye un factor de riesgo para los hijos y/o las hijas que puede ser pesquisado e intervenido en el curso de los controles de salud pre y postnatales y del niño sano.

3.5.4.1. EFECTOS EN LOS HIJOS E HIJAS

La influencia negativa del consumo problemático la madre y/o padre en sus hijos e hijas se ejerce mediante tres mecanismos:

La transmisión hereditaria de una predisposición a desarrollar dependencia a sustancias.

Existe evidencia de la "carga" genética en el caso de hijos varones de padres alcohólicos. Ello significa que aún si se crían en ambientes favorables, tendrán mayor probabilidad de desarrollar dependencia al alcohol, en alguna etapa de la vida, que hijos de padres no alcohólicos.

La exposición en el período prenatal (in útero).

El consumo de alcohol, tabaco o drogas por la madre durante la gestación afecta a feto en diversas formas, según la magnitud del consumo, la etapa de la gestación en que el consumo se produce, la susceptibilidad del embrión y el tipo de sustancia. En este caso, los efectos se deben a la sustancia misma, aunque la madre presente un consumo moderado no problemático. El alcohol, la cocaína y muchos "fármacos", atraviesan la placenta y actúan sobre el cerebro y los tejidos del ser en formación y sobre el organismo materno o sobre la placenta misma, disminuyendo la calidad del sustento biológico materno a la gestación.

Su impacto en la vida en la familia.

El ambiente en el que crece y se desarrolla un niño o una niña hasta los 6 años puede ser desfavorable si en su familia hay uno o más adultos con consumo problemático de sustancias. La convivencia, tolerancia o aceptación del consumo indebido por parte de la madre y/o padre y su efecto como modelo conductual sobre los hijos en crecimiento, hace más probable el inicio del uso

de sustancias a más temprana edad o en mayor magnitud. El tipo de relaciones y el clima al interior de la familia con consumo problemático, tiende a ser más conflictivo, estresante y menos contenedor emocionalmente y se hace más frecuente la violencia entre la madre o el padre y el maltrato hacia los hijos o las hijas.

Estos mecanismos generan conjuntos complejos de factores que se combinan entre sí y con otros, como la presencia de otros trastornos mentales en la madre o padre, las condiciones de vida, nivel socio económico y de educación, el trasfondo cultural, etc. Las resultantes son también muy distintas y poco predecibles caso a caso, lo que reafirma la necesidad de un abordaje individual y personalizado de cada caso.

3.5.4.2 EPIDEMIOLOGÍA

Los niños y las niñas que se desarrollan en una familia en la que la madre consume alcohol durante la gestación o, en las que el padre y/o la madre presenta un trastorno mental o del comportamiento secundario al consumo de alcohol o drogas, tienen una elevada probabilidad de desarrollar algún trastorno psicopatológico⁷⁷.

La ingestión de alcohol durante la gestación aumenta las probabilidades de aborto y parto prematuro y contribuye al desarrollo en los hijos o las hijas, de diversos problemas, tales como, dificultades del aprendizaje, de la memoria, alteraciones conductuales, alteraciones de la actividad y de la atención. La consecuencia más severa es el llamado síndrome alcohólico fetal (cuya incidencia se estima entre 0.4 a 1 por cada 1000 nacidos vivos)⁷⁸ considerada la causa de discapacidad mental más fácilmente prevenible. Se caracteriza por rasgos faciales anómalos, menor peso de nacimiento, retraso en el desarrollo, defectos permanentes en la capacidad intelectual y en la conducta.

En relación con las sustancias ilegales, su consumo por la madre durante la gestación se correlaciona con una mayor frecuencia de parto prematuro, menor talla, peso y circunferencia craneana al nacimiento, efectos que dependen de la magnitud y tiempo de consumo. Con mucha frecuencia se agrega el consumo simultáneo de alcohol y de tabaco, de modo que no es fácil atribuir a unas u otras los eventuales efectos nocivos.

Los hijos o hijas de madre o padre alcohólicos tienen 4 a 6 veces mayor riesgo de desarrollar, a su vez una dependencia al alcohol a lo largo de sus vidas y mayor frecuencia de trastornos ansiosos, depresivos y de la conducta. Este antecedente es muy influyente, pero no basta por sí solo; se requiere la convergencia de varios factores (trastornos mentales en la familia, bajo nivel socio económico, pautas inadecuadas de crianza, interacción padres - hijos que favorecen conductas agresivas en los niños o las niñas, etc.), para que el trastorno se manifieste.

El consumo de drogas por uno o ambos padres, cuando los hijos o hijas tienen alrededor de los 6 años de edad, muestra mayor influencia negativa que a otras edades sobre la conducta de los hijos o hijas, presentándose con mayor frecuencia, trastornos conductuales y futuro consumo de drogas en alguna etapa de la vida.

3.5.4.3 DETECCIÓN DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

- El uso de cuestionarios, aplicables por personal de salud o respondidos en forma autónoma por las propias personas consultantes es una alternativa o complemento a la anamnesis para detectar consumo de alcohol en mujeres gestantes, madres y padres de niños y niñas menores de seis años.
- La reticencia, por temor a ser criticada o discriminada, de algunas personas para reconocer consumo de alcohol o problemas secundarios y las dudas e inhibiciones de algunos profesionales para indagar al respecto, pueden ser superadas creando un ambiente de respeto y aceptación (no crítico), en el que las preguntas sobre el consumo de alcohol formen parte de un "chequeo" de salud general y cuando los profesionales disponen de información acerca de la conducta a seguir.
- Un cuestionario validado en Chile y utilizable específicamente para la pesquisa de consumo de alcohol es el "Cuestionario de autodiagnóstico sobre riesgos en el uso de Alcohol"^{79 80} (ver Anexo N° 21). Consta de 10 preguntas, cuyas respuestas requieren elegir entre cinco opciones. Cada una de ellas origina un puntaje, cuya suma representa el puntaje final para la persona. El puntaje final obtenido en el cuestionario AUDIT, permite discriminar entre beber sin riesgo, beber riesgoso, consumo perjudicial y dependencia al alcohol.

⁷⁷ Ellis y cols., 1997.

⁷⁸ Public Health Agency of Canada. Alcohol Use and Pregnancy: An Important Canadian Public Health and Social Issue. Research Update. 2005.

⁷⁹ Babor y cols., OMS. 2001.

⁸⁰ Arteaga, O.; Acuña, G. Validación AUDIT en Chile.

3.5.4.4 RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD

- Preguntar por consumo de alcohol, drogas o psicofármacos a las madres, padres y familias de niños o niñas de 0 a 6 años es muy importante y las repuestas negativas deben generar nuevas preguntas en los siguientes contactos que forman parte del proceso de atención.
- Ante una respuesta de aceptación de consumo, se debe entregar información clara y adecuada. Si se constata un patrón de consumo problema la recomendación es de supresión o disminución del consumo. Referir a los apoyos y controles necesarios para que logre ese objetivo.
- Si se trata de una mujer gestante y ésta decide continuar con el consumo, debe ser considerada con riesgo mayor y ofrecerle controles más frecuentes, pesquisar problemas de salud mental, incluir a la familia como objeto de atención y persistir, sin críticas, pero con firmeza, en la recomendación de supresión.

Recomendaciones específicas

- La conducta más segura para una mujer durante la gestación es no beber alcohol y no consumir drogas. Las recomendaciones respecto del consumo de alcohol durante el embarazo⁸¹ son válidas para el consumo de drogas.
- La presencia de un trastorno por consumo perjudicial o por dependencia a alcohol o drogas en la madre, padre o familiar cercano de niños y niñas menores de 6 años es indicación de derivación para recibir una intervención de salud⁸², en el nivel primario o de especialidad que corresponda.
- En el caso del consumo del alcohol, los resultados del Cuestionario AUDIT orientan hacia la conducta a seguir:
 - Beber sin riesgo: educación y refuerzo de conducta de abstinencia.
 - Beber riesgoso: consejería específica y monitoreo en posteriores controles.
 - Consumo perjudicial: derivar a consulta de salud mental para diagnóstico e intervención preventiva o terapéutica.
 - Dependencia: derivar a tratamiento
- **La consejería** es una forma de intervención breve de probada efectividad en el campo de los problemas asociados al consumo de alcohol⁸³, y su aplicación ante el consumo de otras drogas probablemente tiene un impacto similar. La consejería permite retroalimentar con información y refuerzo la decisión y conductas de la madre o el padre para suprimir y mantener la abstinencia de alcohol y/o drogas. Estimula la responsabilidad para ejercer libremente la decisión de si y cuánto beber alcohol. En el caso de las drogas, persiste la indicación de supresión total, aunque en los casos en que ello no se logra o no se acepta, se deberá continuar proveyendo atención de salud con mayor frecuencia, información adicional y se decidirá si hay elementos como para referir a una consulta de salud mental. Entrega información clara y recomendaciones respecto de un conjunto de estrategias a seleccionar por la persona, en orden a preferir las conductas menos riesgosas, en una relación de apoyo y reflexiva, más bien que imperativa. Refuerza la auto eficacia, esto es, las expectativas de la persona acerca de sus logros.
- **La referencia a tratamiento** procede cuando se identifique un trastorno por consumo de alcohol o de drogas en una mujer gestante, en la madre, el padre o cuidadores(as) a cargo de un niño o una niña de 0 a 6 años. La referencia se dirigirá al programa respectivo en la atención primaria y en caso de confirmarse una dependencia a alcohol o a drogas, será referida a nivel secundario de salud mental y psiquiatría.

3.5.4.5 CUIDADOS ESPECÍFICOS DE UN HIJO O UNA HIJA DE PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) CON CONSUMO PROBLEMA DE ALCOHOL O DROGAS

Los hijos de madres que mantuvieron un nivel de consumo alto o permanente de alcohol durante su gestación, deben ser estudiados en busca de signos del espectro del síndrome alcohólico fetal, tanto al nacimiento como luego, a lo largo de los años hasta llegar a la escuela. Estos consisten en dificultades del aprendizaje, de la memoria, alteraciones conductuales, alteraciones de la actividad y la atención.

Los hijos de madres que mantuvieron un nivel de consumo alto o permanente de drogas hasta finales de su gestación, pueden presentar signos de privación de la sustancia, apreciable por intensa irritabilidad, llanto y perturbación del sueño.

Las familias en los que se presenta consumo problema de sustancias por uno o ambos padres, o por un adulto que viva en el hogar, si bien no necesariamente implica negligencia o abuso, sí representa riesgos que deben llevar a un control más cercano o frecuente por parte de los equipos de salud.

Los riesgos son mayores cuando concurren factores adicionales al consumo de alcohol y/o drogas por los padres, por ejemplo: pobreza, bajo nivel educacional, hogar monoparental, enfermedad mental de un padre. Se debe estar alerta a pesquisar negligencia, rechazo o abandono, violencia en el hogar o maltrato del niño. Ello representa amenazas no sólo para el presente sino para el

⁸¹ MINSAL. Examen de Medicina Preventiva para embarazadas. 2007.

⁸² Ver definiciones y procedimientos en Minsal. 2005. Detección y tratamiento temprano del consumo problemas y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la Atención Primaria. http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/alcohol_y_drogas/FINAL_GUIDE_OH.pdf

⁸³ Israel y cols., 1996.

desarrollo en el largo plazo. Probablemente lo más frecuente sea sin embargo, un ambiente con un pobre soporte emocional, estimulación y de seguridad para con los hijos y con pautas de crianza inconsistentes.

Los niños así afectados pueden desarrollar menos contacto con otros niños en el jardín infantil. Pueden presentar mayor número o magnitud de problemas de salud en los controles o presentar elementos francos de un trastorno emocional o conductual.

El apoyo a la familia en su conjunto es indispensable. A pesar de todo, se debe buscar en trabajo en conjunto y en alianza con los padres. Las personas que consumen sustancias presentan estados de ansiedad, depresión o al menos de insatisfacción que pueden dar pie para que acepten indicaciones de tratamiento.

La presencia de padres u otro adulto que no consume sustancias y el grado de influencia sobre el o los niños puede ser apoyado y monitoreado. En los casos más extremos, puede recurrirse al tratamiento residencial para madres con hijos pequeños, existente en algunos Servicios de Salud. En ello, la madre es acogida en conjunto con su hijo entre 0 y 2 años.

3.5.5 Vínculo de apego madre - hijo/hija y la detección de problemas de adaptación.

Los seres humanos poseemos una predisposición biológica (evolutiva) para vincularnos con otros seres humanos, con el objetivo de protegernos frente al peligro, reproducirnos y mantener la prole, explorar y aprender del ambiente circundante, y sentirnos conectados afectiva y subjetivamente con los otros⁸⁴. Esta predisposición se materializa en la formación de lo que se conoce como vínculo de apego, que es un subtipo de vínculo afectivo. Éste se caracteriza por ser una relación afectiva íntima, estable, continua, relativamente coherente a través del tiempo; y por sobre todo, es una relación que se forma, mantiene y desarrolla en el proceso de contener, regular y proteger cualquier tipo de dolor o stress⁸⁵ de la persona con quién se está vinculando⁸⁶. Dadas estas características, la relación de apego primaria y fundamental es aquella que se establece entre la madre, el padre, o cuidador(a) y sus hijos e hijas.

Se entiende la formación del vínculo de apego como un proceso que, si bien es fundamental durante los primeros años de vida, se desarrolla a través de todo el ciclo vital de la persona. En este sentido, el apego posee una conceptualización diferente a lo que se ha llamado apego precoz (bonding en terminología inglesa), que es el contacto piel a piel en el momento del parto⁸⁷. Diversos estudios han mostrado, que si bien el apego precoz posee un sinnúmero de efectos positivos para el desarrollo del niño-niña y su vínculo afectivo con la madre, no se asocia a la calidad y tipo de apego que ellos vayan a desarrollar⁸⁸.

Por esto es muy relevante tener en cuenta que el apego no se desarrolla en determinadas acciones aisladas que aseguran el adecuado bienestar del niño (tales como el apego precoz, o la lactancia) sino más bien a través de la entrega de un cuidado estable, continuo y sensible a lo largo de los años, lo que determina la formación de un apego sano. Del mismo modo, el apego no se resume sólo al proceso de contactarse afectivamente con el niño o niña en situaciones de stress, sino también al hecho de estimular su exploración y curiosidad en momentos libres de stress, lo que además ayuda a su desarrollo intelectual y psicomotor⁸⁹.

Los niños y niñas suelen desarrollar vínculo con aquellos adultos que le proporcionen un cuidado y crianza estable, continua y relativamente coherente. Por esta razón, la calidad del cuidado no necesariamente va a estar determinada por el hecho de ser madre o padre, sino más bien por la entrega de cuidado en estas condiciones, especialmente en aquellos momentos de stress del niño (por ejemplo; cuando el niño o niña tiene hambre, frío, está enfermo, se siente solo, se hace daño, etc.). De esto se desprende que los niños y niñas tienen la capacidad de poder desarrollar vínculos de apego con múltiples cuidadores a través de su vida (abuelas, abuelos, tíos, tías, profesores, profesoras y otros)⁹⁰. Sin embargo, en la mayoría de las culturas, son los padres los primeros en esta jerarquía de apego.

La calidad del apego que la madre, el padre u otros cuidadores o cuidadoras significativos desarrollen con el niño, será un factor preponderante en su adaptación y funcionamiento futuro. Los estudios longitudinales han mostrado de un modo claro que aquellos niños y niñas que crecen bajo el alero de un apego seguro, sensible, protector, empático, y bien regulado, suelen tener una mayor propensión a un buen desarrollo cognitivo, alta autoestima, relaciones de pares basadas en la confianza y comunicación, regulación y manejo adecuado de emociones negativas (tales como la rabia y la frustración), mejor adaptación y resolución de problemas

⁸⁴ Bowlby, 1998; Cassidy & Shaver, 1999; Lecannelier, 2006; Stern, 2004

⁸⁵ se entiende por stress cualquier reacción que exprese un desequilibrio de la homeostasis del niño o niña (que puede ser fisiológica como el hambre y emocional como la rabia)

⁸⁶ Ainsworth, 1973; Bowlby, 1969

⁸⁷ Klaus, Kennell & Klaus, 1995

⁸⁸ Rode y cols., 1981; George & Solomon, 1999

⁸⁹ Kobak y cols., 2006

⁹⁰ Howe, 1999

vitales⁹¹. El apego es el proceso de crecimiento vital que le proporciona al niño de las herramientas neuro-psico-sociales para adaptarse y enfrentar los diversos procesos de la vida, entregándole capacidades y un sentido de seguridad y exploración.

Las características que hacen que un padre, madre, cuidador o cuidadora significativo(a) desarrolle un apego sano que permita al niño una adecuada adaptación biopsicosocial se relaciona a lo que se ha llamado "sensibilidad materna/paterna"⁹² o "mentalización"⁹³. Ésta es una habilidad que suele aplicarse preferentemente en momentos de stress del niño y comprende:

- 1) la capacidad de los padres para detectar y atender a las señales que el niño o niña emite, como el llanto.
- 2) la habilidad posterior de poder comprender las causas o razones de la conducta del niño o niña, por ejemplo; imaginarse que el niño o niña llora porque lleva mucho rato solo en la cuna.
- 3) la capacidad de regular de un modo efectivo el stress del niño o niña: es decir, cualquier acción que reestablezca sus niveles homeostáticos, tal como alimentar cuando tiene hambre, tomarlo en brazos si se siente solo, e incluso estimularlo si lleva mucho tiempo sin actividad.

En ese sentido, los estudios han confirmado la tendencia natural y evolutiva que aquellas madres que acuden rápidamente al llanto de su hijo o hija, independiente de su causa, suelen ser madres más sensibles, pero a su vez, los niños y niñas desarrollan mayor confianza y competencia posterior en los momentos de separación y exploración del mundo⁹⁴.

Se ha demostrado la existencia de 3 patrones o formas que los niños tienen para vincularse con sus padres⁹⁵:

1) **Apego seguro:** cuando el niño y la niña expresan libremente su stress ya que se sienten confiados en que los padres acudirán de un modo rápido y efectivo. Son niños y niñas activos en la búsqueda del cariño y la contención, y cuando se sienten tranquilos suelen ser curiosos en la exploración. Los padres y/o madres son sensibles y empáticos con el niño o niña y sus necesidades, son comprometidos en todos los procesos de la crianza, y por sobre todo, entregan un cuidado estable, coherente y predecible.

2) **Apego inseguro evitante:** cuando el niño y niña no suelen expresar su stress, ya que no sienten que la madre o padre serán efectivos en calmarlos. Por esta razón, parecen niños o niñas muy independientes, controlados(as) y denotando pocas expresiones afectivas hacia el padre, madre o cuidador(a). Es decir, buscan más la exploración que el contacto afectivo con la madre, padre o cuidador(a). Los padres y/o madres de niños y niñas con este tipo de apego suelen evitar el contacto afectivo con el niño o niña y más bien estimulan la lejanía física.

3) **Apego Inseguro Ambivalente:** cuando los niños suelen mostrar conductas extremadamente sensibles, de aferramiento hacia la madre, y muchas veces expresan rabia y frustración en momentos de separación. El niño o niña no suele explorar el ambiente, ya que busca constantemente a la madre, siempre de un modo muy ansioso y frustrado. Los padres o madres de niños/niñas con apego ambivalente, tal como lo expresa su nombre, suelen realizar conductas inconsistentes, especialmente en momentos de stress del infante. Es decir, que tienen dificultad en la entrega de un cariño consistente y estable, al pasar fácilmente de la sobreprotección y la intrusividad (falta de respeto en los límites), a la falta de protección y la indiferencia.

Las conductas problemáticas de apego existen casos en donde los dos patrones inseguros (evitante y ambivalente) pueden llegar a condiciones de mayor riesgo y alteración. Es decir, que cuando los estilos evitante y ambivalente suelen ocurrir en madres con mayor riesgo psicosocial (depresión, maltrato, psicopatología parental) su conducta se vuelve mas extrema hacia lo evitante o hacia lo ambivalente. Estos extremos se han denominado Conductas Problemáticas de Apego (CPA) y son indicadores de problemas graves en la formación del mismo. En general, los padres de niños que presentan estas CPA tienen la característica básica de que suelen estresar más al niño (en momentos que debe ser calmado). Es decir, que estos padres se convierten en la fuente del miedo y el stress del niño, sea mostrando una conducta agresiva o extremadamente pasiva y depresiva.

Por esta misma razón, es importante notar que los estilos inseguros (ambivalente y evitante) solo suelen ser estilos propensos a la desadaptación y a problemas psicosociales cuando se dan en un contexto familiar de alto riesgo (pobreza, bajo nivel educacional de los padres, psicopatología parental, hacinamiento, etc.). El estilo desorganizado suele ser tendiente a generar problemas de adaptación en al menos el 70% de las veces⁹⁶.

La importancia de detectar riesgo relacional temprano en el contexto de dificultades en la relación de apego entre la madre (u otro cuidador significativo) y su hijo o hija, ha sido empíricamente validada por más de tres décadas de investigaciones que afirman

⁹¹ Grossmann y cols., 2005; Sroufe y cols., 2005

⁹² Ainsworth y cols., 1978

⁹³ Fonagy & Target, 1997; Slade y cols., 2005

⁹⁴ Ainsworth 1967; de Wolff & van Ijzendoorn, 1995

⁹⁵ Ainsworth y cols., 1978; Sroufe y cols., 2005

⁹⁶ Solomon & George, 1999.

que el vínculo afectivo temprano se constituye en el espacio vital de crecimiento de todos los aspectos del niño y la niña, y de su posterior desarrollo y adaptación⁹⁷.

Por esta razón, la creación, o adaptación y validación de una escala de observación de la relación de apego madre-hijo/hija, que sea de fácil y rápida administración, de uso práctico y operativo, y que pueda ser utilizada por cualquier profesional de la salud con un nivel básico de entrenamiento, era una urgencia a implementar en los sistemas de salud primaria, a nivel nacional.

La Escala Massie-Campbell de Indicadores de Apego Madre-Hijo/Hija en Situaciones de Stress, (abreviada como escala ADS), parece ser la más adecuada para la realidad nacional en comparación con otras escalas desarrolladas a nivel mundial, puesto que cumple los requisitos anteriormente descritos, y posee los estándares básicos de validez y confiabilidad⁹⁸. Del mismo modo, esta escala ha sido utilizada en diversos estudios de apego temprano en Chile, tanto con poblaciones normativas de bajo nivel socioeconómico⁹⁹ y poblaciones de alto riesgo¹⁰⁰.

La Escala Massie-Campbell de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress se encuentra en el Anexo N° 6 así como también el instructivo de uso adjunto. La aplicación de esta escala es una nueva prestación que ofrece el componente de salud del Sistema Integral de Protección a la Primera Infancia. Esta escala se deberá aplicar en los controles de salud a los meses 4 y 12 de edad, como parte de la evaluación del desarrollo integral del niño y la niña en el ciclo vital.

En las redes públicas de salud, esta pauta será aplicada por profesionales con entrenamiento y certificados (validados) por el Ministerio de Salud cada 3 años.

⁹⁷ Cassidy & Shaver, 1999; Sroufe et al., 2006; Lecannelier, 2007, y otros

⁹⁸ Lopez & Ramirez, en preparación

⁹⁹ Lecannelier y cols., 2005; Kotliarenco y cols., 2007

¹⁰⁰ Lecannelier & Hoffmann, 2006

Capítulo 4

Atención del rezago y déficit del desarrollo psicomotor

4.1. CONSIDERACIONES GENERALES

El apoyo y seguimiento del desarrollo de niños y niñas, mediante acciones de promoción y prevención (en caso de detectarse factores de riesgo) involucra la evaluación periódica del desarrollo y la orientación para el acceso a programas de estimulación y/o tratamiento de las patologías asociadas.

En este acompañamiento, el equipo es responsable de la salud de niños y niñas, en la atención pre y perinatal y en la primera infancia. Para ello, se deben realizar acciones orientadas a evaluar el desarrollo y a definir el riesgo al que están expuestos los niños y niñas. Estos riesgos pueden ser estimados sobre la base de los antecedentes que se obtienen en la anamnesis y el examen clínico, las que orientaran las intervenciones preventivas a realizar en el cuidado de la salud en la primera infancia.

4.2. REZAGO, Y DÉFICIT EN EL DESARROLLO

Cuando el proceso de desarrollo de un niño o una niña, no corresponde al patrón básico que define lo esperable para su edad, se considera que el niño o la niña presenta un rezago en su desarrollo. El desarrollo infantil es evaluado por la adquisición de nuevas capacidades y habilidades, y por el abandono de algunas formas de reacción y comportamientos menos complejos; con la debida consideración de las variaciones individuales.

El término rezago tiene su origen en la pedagogía¹⁰¹ y es utilizado para definir a un alumno que no logra alcanzar los objetivos educativos programados y propuestos como metas a alcanzar para todos. En este sentido, un rezago del desarrollo debe ser entendido como el fracaso en la adquisición de alguna de las habilidades esperables para la edad o de su etapa previa. En tal sentido la condición de rezago, debe ser considerado un factor de riesgo para el desarrollo porque implica un desajuste entre las potencialidades reales del niño o niña y su condición actual. En mérito de una mejor atención al desarrollo integral del niño y de la niña, la situación de rezago, constituye un grupo de especial atención para intervenir precozmente.

4.2.1. Instrumentos de Evaluación del Desarrollo Psicomotor

Un instrumento de tamizaje que se aplique a una población sana en riesgo de presentar un trastorno, debe ser sensible y específico. Así como también, la anormalidad detectada debe ser susceptible de tener un tratamiento que mejore su pronóstico. Existe evidencia que afirma que cuando no se usan instrumentos normados en la evaluación de desarrollo psicomotor, un 70% de niños y niñas con trastornos del desarrollo no son identificados oportunamente¹⁰². Por otro lado, el uso de estos instrumentos permite identificar al 70 a 80% de niños con problemas del desarrollo¹⁰³.

La intervención temprana fundamenta su evidencia en tanto el niño pequeño presenta un cerebro menos diferenciado, con mayor plasticidad y por tanto más sensible a cualquier intervención, como por ejemplo, la estimulación temprana del desarrollo psicomotor. Una revisión sistemática de la evidencia científica muestra que la intervención temprana es efectiva en prevenir el retraso del desarrollo, medido como menor repitencia de grado y menor necesidad de ubicación en escuelas especiales.¹⁰⁴ Se ha sugerido además un rol importante en la prevención de trastornos secundarios como comportamiento maladaptativo, baja autoestima y disfunción familiar entre otros.

En nuestro país, el desarrollo psicomotor de niños y niñas se evalúa desde el año 1979 a través de instrumentos de evaluación estandarizados, y su objetivo es pesquisar los niños y niñas que presenten riesgo o retraso en su desarrollo psicomotor. A partir de la elaboración de este manual y en el contexto del Sistema de Protección a la Primera Infancia se incorporan acciones de seguimiento y monitoreo a niños y niñas en condición de rezago.

¹⁰¹ Canda 2000.

¹⁰² Palfrey en Avaria 2007

¹⁰³ Squires en Avaria 2007

¹⁰⁴ Anderson y cols. en Avaria 2007

Los instrumentos para evaluar el desarrollo psicomotor que se aplican en los controles de salud son el EEDP y TEPSI; ambos son instrumentos estandarizados y cuantitativos, la Pauta Breve es una escala cualitativa derivada del primero.

4.2.1.1. ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0-24 MESES (E.E.D.P)¹⁰⁵

El EEDP (ver Anexo N° 9) mide el desarrollo psicomotor desde los 0 a los 2 años en 75 ítemes y evalúa las áreas coordinación, lenguaje, social y motor. Esta escala permite clasificar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas en Normal, en Riesgo y en Retraso. También considera la posibilidad de que un niño o niña tenga un puntaje normal con una o más áreas de déficit, lo que considerará como rezago. Se entiende por casos de Déficit del desarrollo a los niños y niñas cuyo resultado en el EEDP es de Riesgo o Retraso.

EEDP	NORMAL (N°) (Coeficiente de Desarrollo Normal)	RIESGO (Ri) (Coeficiente de Desarrollo de Riesgo)	RETRASO (R) (Coeficiente de Desarrollo de Retraso)
	NORMAL CON UNA O MAS ÁREAS ESPECIFICA DE DEFICIT <i>Situación de Rezago</i>		

La Pauta Breve (ver Anexo N° 7) es una escala cualitativa, que contiene ítemes seleccionados del EDDP y permite realizar una rápida detección de alteraciones para cada una de las edades. Esta escala tiene 20 ítemes para las áreas de coordinación, lenguaje, social y motor. La Pauta Breve se aplica en las edades: 4 meses, un año, un año tres meses, un año nueve meses y dos años. Esta pauta permite clasificar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas en Pauta Breve normal o Pauta Breve alterada¹⁰⁶. Entenderemos por Pauta Breve alterada cuando en la evaluación, el niño o niña, no presenta al menos una de las conductas esperadas de ese rango de edad. Cuando una Pauta Breve sale alterada estamos frente a una situación de rezago.

Pauta Breve	NORMAL	ALTERADA (situación de Rezago)
-------------	--------	--------------------------------

4.4.1.2. TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2-5 AÑOS (TEPSI)¹⁰⁷

El TEPSI (ver Anexo N° 14) mide desarrollo psicomotor entre dos a cinco años, tiene 52 ítemes que evalúan las áreas de desarrollo en lenguaje, coordinación y motor. Esta escala permite clasificar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas en Normal, en Riesgo y en Retraso. Sin embargo, es necesario analizar el perfil de los subtest de cada área, puesto que si un niño o niña tiene un puntaje total en rango normal pero uno o más de los subtest en categoría de riesgo o retraso se considerará como Rezago. Se entiende por casos de Déficit del desarrollo a los niños y niñas cuyo resultado en el TEPSI es de Riesgo o Retraso.

TEPSI	NORMAL (N°)	RIESGO (Ri)	RETRASO (R)
	NORMAL CON UNO O MAS SUBTEST DEL PERFIL EN RIESGO O RETRASO <i>situación de Rezago</i>		

Condiciones de aplicación:

3. Ambiente tranquilo, sin estímulos que interfieran en la aplicación
4. El niño/a debe estar sano(a), no tener hambre.
5. Si el niño asiste enfermo no deberá ser evaluado en esa oportunidad, para ello deberá ser citado dentro del mes.
6. En caso de niños o niñas prematuros/as se debe usar edad corregida hasta los 2 años
7. La evaluación se puede realizar tanto en el Centro de Salud, como en Jardín Infantil, Escuela, Sala Cuna, Hogar.
8. Los resultados, para el caso de EEDP, son obtenidos usando Baremo Alto, independiente del nivel socioeconómico del niño o niña.
9. Tanto en EEDP como en el TEPSI se deben señalar él o las áreas que están deficitarias.

4.2.2 Calendarización de la evaluación del desarrollo psicomotor

Los niños y niñas serán evaluados regularmente en las siguientes edades, sin perjuicio de realizar el test de evaluación en otras edades:

PB	EEDP	PB	PB	EEDP	PB	PB	TEPSI
4 meses	8 meses	12 meses	15 meses	18 meses	21 meses	24 meses	36 meses

En casos de rezago o déficit (riesgo o retraso) se seguirán los flujogramas de derivación respectivos.

¹⁰⁵ Rodríguez y cols.

¹⁰⁶ Pauta Breve alterada antes llamada como Pauta Breve en riesgo.

¹⁰⁷ Haeussler y Marchant 1985

4.3 ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON REZAGO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Entenderemos por Rezagado aquellos niños o niñas cuyo EEDP y/o TEPSI presente un rango normal, sin embargo hay un déficit en una o más áreas o subtest específicos, o bien, cuando en el control de salud que corresponde aplicar pauta breve, ésta resulta alterada (ver Anexo N° 8). Las acciones serán:

10. Realizar un plan de atención individual que contenga actividades que orienten a la madre, al padre o cuidador/a sobre estrategias para estimular en forma integral al niño o la niña entregando guías anticipatorias adaptadas a sus necesidades.
11. La intervención educativa a las madres y/o padres tiene como objetivo la promoción de la estimulación del desarrollo integral del niño y la niña. Esta modalidad de atención puede ser individual o grupal y se establecerá en función de la edad, características y necesidades del niño, de la familia y de la posible colaboración con otros recursos de la comunidad. En el CES, la modalidad grupal se entiende como Taller de Intervención Grupal (ver Anexo N° 20). Como apoyo educativo a los padres en la promoción de la estimulación del desarrollo psicomotor se adjuntan sugerencias de actividades según la edad del niño o niña (ver Anexo N° 23 de Estimulación Temprana), descripción de la técnica de masaje al niño o niña (ver Anexo N° 24) y sugerencia de juguetes diferenciados según la edad del niño o niña de 0 a 1 año (ver Anexo N° 25).
12. Otra actividad es la referencia a las instancias de juegos y estimulación, que se recomienda estén funcionando en cada uno de los Centros de Salud, o en coordinación con el intersector, por ej. Jardines infantiles, salas cunas o centros comunitarios.
13. Posteriormente, el niño o niña tendrá que ser evaluado(a) con test EEDP o TEPSI, al control de salud siguiente y continuar con el flujograma de evaluación subsiguiente.

4.4. ATENCIÓN NIÑOS Y NIÑAS CON DÉFICIT (RIESGO O RETRASO) DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Los niños y niñas que se encuentren con déficit psicomotor, ya sea riesgo o retraso deben ser incorporados a actividades reforzadas, como:

- Consulta Déficit DSM (enfermera, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, educadora de párvulos, etc.)
- Visita Domiciliaria Integral
- Derivación a médico capacitado APS
- Derivación a especialistas según necesidad
- Derivación a establecimiento de JUNJI / Integra
- Incorporación a talleres educativos en el establecimiento o comunidad
- Derivación a Sala de Estimulación
- Derivación a Escuelas de Lenguaje
- Otras instancias según caso específico

4.4.1 Atención del Déficit según flujogramas

La atención se realizará según flujogramas de derivación y según edad.

4.4.1.1 FLUJograma DE DERIVACIÓN DE EEDP CON DÉFICIT A LOS 8 MESES (VER ANEXO N° 12)

a) Al niño o niña que es diagnosticado(a) con Riesgo en el desarrollo psicomotor, se le debe realizar:

Tres consultas por déficit psicomotor, se sugiere hacer la primera inmediatamente. Reevaluación a los 10 meses, si el resultado de la reevaluación es Normal continúa con los controles de salud habituales pero con refuerzo educativo. Si es Normal pero con algún área con déficit enviar a Taller de Intervención Grupal o Sala de Estimulación si existe en el Centro. Si en la reevaluación sale nuevamente en Riesgo o Retraso debe ser enviado a Médico APS capacitado para diagnóstico y/o derivación a especialidad (neurología), así como también corresponde realizar Visita Domiciliaria Integral. Como sugerencia de registros ver ficha de registro EEDP en Anexo N° 10.

Si en la primera evaluación está en Riesgo pero además tiene antecedentes y factores del examen físico anormales, como circunferencia craneana fuera de rangos normales para su edad, dismorfias, alteraciones de la piel, etc., el niño o la niña debe ser referido(a) a médico APS capacitado para evaluación y referencia a neurología si corresponde.

b) Al niño o niña que es diagnosticado(a) con Retraso en el desarrollo psicomotor, se le debe realizar:

Análisis de sus antecedentes (embarazo, parto y primeros meses), si hay antecedentes y/o hallazgos del examen físico que hacen pensar en una patología, se debe derivar a médico de APS capacitado con el fin de que éste evalúe las causas del déficit, puede derivar al especialista para confirmar o descartar un daño e iniciar las actividades y acciones oportunamente. Mientras se hace el diagnóstico, hay que incorporar al niño o niña a la consulta por déficit psicomotor en el establecimiento de APS, a menos que el especialista indique lo contrario. Si el médico de APS considera que el déficit tiene como base la falta de estimulación psicosocial se deberá continuar con las Consultas de Déficit a los 9 y 10 meses y orientar a los padres para incorporación a Sala Cuna si corresponde, reevaluando en la consulta de déficit de los 10 meses.

Si el resultado de la reevaluación es Normal sigue con sus controles de salud habituales pero con refuerzo educativo. Si es Normal pero con algún área con déficit, se debe enviar a Taller de Intervención Grupal o Sala de Estimulación si existe en el Centro. Si sale nuevamente en Retraso debe ser enviado a Médico APS capacitado para derivación a especialidad (neurología) y realizar Visita Domiciliaria Integral. Si pasa de retraso a riesgo, se deben realizar 2 consultas más de déficit y reevaluar a los 12 meses.

4.4.1.2. FLUJOGRAMA DE DERIVACIÓN DE EEDP CON DÉFICIT A LOS 18 MESES (VER ANEXO N° 13)

a) Al niño o niña que es diagnosticado(a) con Riesgo en el desarrollo psicomotor, se le debe realizar:

Tres consultas de Déficit DSM y orientar a los padres para ingreso Sala Cuna si corresponde. La primera consulta inmediatamente, la segunda consulta a los 19 meses y la tercera consulta a los 20 meses. Reevaluación a los 21 meses; si el resultado de la reevaluación es Normal continúa con los controles de salud habituales pero con refuerzo educativo. Si es Normal pero con algún área con déficit enviar a Taller de "Intervención Grupal" o Sala de Estimulación si existe en el Centro. Si en la reevaluación sale nuevamente en Riesgo o pasa a Retraso debe ser enviado a Médico APS capacitado para diagnóstico y/o derivación a especialidad (neurología), así como también realizar Visita Domiciliaria Integral. Si en la primera evaluación el niño o la niña está en Riesgo pero tiene antecedentes y/o el examen físico alterado, entonces se debe derivar a médico APS capacitado.

b) Al niño o niña que es diagnosticado(a) con Retraso en el desarrollo psicomotor, se le debe realizar:

Análisis de sus antecedentes (embarazo, parto y primeros meses), si hay antecedentes y/o hallazgos del examen físico que hacen pensar en una patología, se debe realizar derivación. Derivar a médico de APS capacitado con el fin de que éste evalúe las causas del déficit, se puede derivar al especialista para confirmar o descartar el daño e iniciar las actividades y acciones oportunamente o solicitar una nueva evaluación en 1 mes. Mientras se hace el diagnóstico, hay que incorporar al niño o la niña a la consulta por déficit psicomotor en el establecimiento de APS a menos que el especialista indique lo contrario. Si el médico de APS considera que el déficit tiene como base la falta de estimulación psicosocial se deberá continuar con las Consultas de Déficit a los 19 y 20 meses, así como también se deberá orientar a los padres para la incorporación a Sala Cuna si corresponde, y reevaluar a los 21 meses.

Si el resultado de la reevaluación es Normal, el niño o la niña sigue con sus controles de salud habituales pero con refuerzo educativo. Si es Normal pero con algún área con déficit, se deberá enviar a Taller de Intervención Grupal o Sala de Estimulación si existe en el Centro. Si sale nuevamente en Retraso debe ser enviado a Médico APS capacitado para derivación a especialidad (neurología) y realizar también Visita Domiciliaria Integral. Si pasa de Retraso a Riesgo, realizar 2 consultas más de déficit y reevaluar a los 24 meses.

4.4.1.3 FLUJOGRAMA DE DERIVACIÓN DE TEPSI CON DÉFICIT A LOS 3 AÑOS (VER ANEXO N° 15)

a) Al niño o niña que es diagnosticado(a) con Riesgo en el desarrollo psicomotor, se le debe realizar:

Tres consultas de Déficit DSM y orientar a los padres para ingreso jardín infantil, si corresponde, también derivar a Sala de Estimulación y/o Escuela Lenguaje (si se cuenta con ello). La primera consulta déficit, se debe realizar inmediatamente, la segunda consulta a los 3 años 1 mes, y la tercera consulta a los 3 años 2 meses. Reevaluar a los 3 años 3 meses, si el resultado de la reevaluación es Normal, continúa con los controles de salud habituales pero con refuerzo educativo. Si es Normal pero con algún área con déficit enviar a Taller de Intervención Grupal o Sala de Estimulación si existe en el Centro de Salud. Si pasa a Retraso enviar a Médico APS capacitado para diagnóstico y o derivación a especialidad (neurología) y realizar Visita Domiciliaria Integral. Si sale nuevamente en Riesgo, se debe realizar 3 consultas más y reevaluar a los 3 años 6 meses. Si en esta reevaluación sale nuevamente en Riesgo o pasa a Retraso, se debe enviar al niño o niña a Médico APS capacitado para derivación a especialidad (neurología) y realizar Visita Domiciliaria Integral. Si en la primera evaluación está en Riesgo, pero tiene antecedentes y/o se detectan hallazgos en el examen físico, se debe derivar a médico APS capacitado.

b) Al niño o niña que es diagnosticado(a) con Retraso en el desarrollo psicomotor, se le debe realizar:

Análisis de sus antecedentes (embarazo, parto y primeros años), si hay antecedentes y/o hallazgos en el examen físico que hacen pensar en una patología, se debe derivar a médico de APS capacitado, con el fin de que éste evalúe las causas del déficit. Si corresponde, se debe derivar al especialista para confirmar o descartar el daño e iniciar las actividades y acciones oportunamente. Mientras se hace diagnóstico, incorporarlo a la Consulta por Déficit psicomotor en el establecimiento de APS, a menos que el especialista indique lo contrario. Si el médico de APS considera que el déficit tiene como base la falta de estimulación psicosocial se deberá continuar con Consultas de Déficit a los 3 años 1 mes, y a los 3 años 2 meses. Se debe orientar a los padres para incorporación del niño o niña al jardín infantil y/o escuela de lenguaje si corresponde. Reevaluar a los 3 años 3 meses, si el resultado de la reevaluación es Normal, sigue con sus controles de salud habituales pero con refuerzo educativo. Si es Normal pero con algún área con déficit, se deberá enviar a Taller de Intervención Grupal o Sala de Estimulación si existe en el Centro de Salud. Si en esta evaluación sale nuevamente en Retraso, debe ser enviado a Médico APS capacitado para derivación a especialidad (neurología) y realizar Visita Domiciliaria Integral. Si pasa de Retraso a Riesgo, realizar 2 Consultas de Déficit mas y reevaluar a los 3 años 6 meses.

NOTA: estos flujogramas de derivación están recomendados para las edades en que se aplican en forma masiva EEDP y TEPSI. Sin embargo, si se realiza el test en otras edades, los flujogramas de derivación o reevaluación subsiguiente se podrán adaptar para aquella edad en que se realiza el test.

4.5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE RECUPERACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS QUE PRESENTAN REZAGO Y DÉFICIT EN SU DESARROLLO

4.5.1. Taller de Intervención Grupal (Anexo N° 20)

Actividad de educación grupal programada con fines educativos que promueven cambios de conducta en las madres, padres y cuidadores(as) que afectan el desarrollo psicosocial de los niños y las niñas.

4.5.2. Consulta del niño o niña con Déficit del Desarrollo Psicomotor

Es la actividad que realiza una o un profesional del equipo de salud con un niño o una niña menor de 6 años y madre, padre, familiar o cuidador(a), a quién se le ha detectado Déficit (riesgo o retraso) en su desarrollo psicomotor mediante la aplicación del EEDP O TEPSI, según la edad. Para el registro de esta actividad ver protocolo de registro sugerido en Anexo N° 16.

Las acciones principales son la entrega de información, orientación y apoyo a la madre, al padre o cuidador(a) acerca de juegos, actividades, formas de relación, adecuación de los espacios físicos y de prácticas de cuidado que son más efectivas y adecuadas para la estimulación. Así como también para entregar guías anticipatorias adaptadas a las necesidades de cada niño y familia particularmente, pero no en forma exclusiva, en las áreas del desarrollo detectadas en déficit.

Esta actividad permite definir, para cada niño o niña y familia un plan de intervención que considere toda las prestaciones que el centro de la salud ofrece y que pudieran contribuir a que el niño alcance, en todas las áreas, el nivel de desarrollo esperable para su edad o, si presenta una discapacidad o enfermedad crónica, el máximo alcanzable de acuerdo a sus potencialidades. Este plan incorporará atenciones individuales y/o grupales, en función de la edad, características y necesidades del niño o la niña, del tipo y grado del problema, de la familia, del propio equipo de salud y de la posible colaboración con otros recursos de la comunidad.

4.5.3. Visita domiciliaria integral

La visita domiciliaria integral (VDI) es definida como "la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia. Esta visita puede ser generada por un problema de salud individual (caso índice) o familiar, solicitada por la familia o sugerida por el equipo y en que la necesidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica se hace relevante. Esta actividad debe ser acordada con la familia. La VDI es en parte diagnóstica y en parte terapéutica, ya que además de permitir recopilar información, se presta para efectuar acciones preventivas o de consejería"¹⁰⁸.

Entre los objetivos de la VDI se encuentran: conocer el hogar, el entorno y la situación familiar; detectar necesidades, recursos y redes de apoyo del grupo familiar y del caso índice; evaluar a la familia como unidad de cuidado; mejorar la definición del problema de salud; mejorar la comunicación entre los integrantes del equipo de salud y la familia. Uno de los factores de éxito de las visitas es la consideración que debe existir un vínculo de buena calidad entre algún miembro de la familia y el o la profesional o técnico del equipo de salud.

4.5.4. Consulta médica por Déficit del desarrollo psicomotor

Es la atención médica al niño o la niña que presenta un déficit del desarrollo psicomotor en el que existe indicación de explorar si existe una patología como factor determinante de este retraso o que influye negativamente en el proceso de desarrollo, con el objeto de realizar un diagnóstico y tratamiento en el centro de salud o derivar a atención especializada.

4.5.5. Consultas médicas de especialidad

Es la atención por profesional especialista a quien se ha derivado, por médico o pediatra del centro de salud, a un niño o niña que presenta un déficit del desarrollo psicomotor en el que se sospecha una patología de o requiere tratamiento de la especialidad, para su diagnóstico y tratamiento y/o informe al centro de salud.

4.5.6. Atenciones para apoyar plan de cuidado individual (Anexo N° 22)

Muchas otras actividades que se realizan en el centro de salud pueden contribuir, como parte de un plan de intervención para niños y niñas que presentan rezago o déficit en su desarrollo, con el objetivo de alcanzar, en todas las áreas, el nivel de desarrollo esperable para su edad o, si presenta una discapacidad o enfermedad crónica, el máximo alcanzable de acuerdo a sus potencialidades.

¹⁰⁸ Definición del Registro Estadístico Mensual (REM)

Capítulo 5

Registro, seguimiento y evaluación de la aplicación del manual en la atención de niños, niñas y sus familias

5.1. REGISTRO

El registro de las actividades que describe el manual se realiza con los instrumentos propios del sistema. Este registro permite contar con información del número, tipo y edad, sexo de las personas atendidas y de esta forma, estimar sus coberturas en relación a la población asignada.

Esta información puede estar al servicio o ser complementaria con las metas programáticas específicas que anualmente se definen en indicadores referidos a algunas las actividades programadas, como por ejemplo proporción de niños, niñas, madres y familias detectados con riesgo en relación al total de niños, niñas, madres y familias a quienes se aplica un determinado instrumento de detección o proporción de niños o niñas que son efectivamente atendidos en una determinada especialidad en relación al total de niños o niñas a quienes se deriva a dicha especialidad.

5.2. EVALUACIÓN

La evaluación, como proceso de carácter permanente que realiza un establecimiento de salud, es una valiosa herramienta que proporciona información oportuna y sistemática para conocer el desarrollo de las actividades propuestas en el Manual y que permite mejorar y hacer ajustes o corregir el proceso de implementación con el objetivo de lograr una mejora continua en la satisfacción de las necesidades de los niños, las niñas y familias.

La evaluación de la implementación de las actividades contenidas en el manual debe dar cuenta en qué medida se alcanza la calidad esperada y la percepción de éstas por parte de la población.

Se recomiendan las siguientes áreas de evaluación:

a) Capacitación de las personas que aplican el Manual

- Porcentaje de enfermeras/os, matronas, médicos validada/os en aplicación de Escala Massie-Campbell.
- Porcentaje de enfermeras/os validada/os en la aplicación de EEDP (lo mismo para otros profesionales definidos en manual).
- Porcentaje de enfermeras/os validada/os en la aplicación de TEPSI (lo mismo para otros profesionales definidos en manual).

b) Percepción de las familias durante el proceso de atención

- Análisis de registros de la oficina de información, reclamos y sugerencias (OIRS) del establecimiento.
- Realizar encuestas y evaluar periódicamente la satisfacción usuaria en la población atendida.

c) Percepción de las personas que aplican el manual acerca de las condiciones que facilitan o dificultan su aplicación, principalmente:

- Actividades de Promoción del Desarrollo de niños y niñas.
- Control de salud con énfasis en el Desarrollo de niños y niñas.
- Visita Domiciliaria Integral.
- Actividades comunitarias.
- Actividades de Coordinación intersectorial.

Se recomienda programar y realizar reuniones del equipo de salud con una periodicidad al menos semestral, para evaluar colectivamente la implementación de las actividades y definir colectivamente las necesidades de capacitación o refuerzo de ésta y las modificaciones que son necesarias para corregir eventuales barreras para la mejor calidad de la atención.

5.3 RESUMEN GENERAL DE ACTIVIDADES, PROPUESTA DE COBERTURA, RENDIMIENTO Y RECURSO HUMANO

RESUMEN DE ACTIVIDADES Y PROPUESTA DE COBERTURA, RENDIMIENTO Y RECURSO HUMANO

ACTIVIDADES	COBERTURA	EDAD	CONCENTRACIÓN	RENDIMIENTO	INSTRUMENTO
Control de Salud con aplicación Protocolo de evaluación del neurodesarrollo. 1-2 meses	100%	1 mes	1	2 x hora	Hrs. Médico capacitado/a Hrs Enfermera/o capacitado/a
Control de Salud con aplicación de Escala de Edimburgo	100%	2 meses 6 meses	2	2 x hora	Hrs. Enfermera/ o capacitado/a Hrs. Médico capacitado/a
Control de Salud con aplicación de Escala massie- Campbell.	100%	4 meses 12 meses	2	2 x hora	Hrs. Enfermera/o validado/a Hrs. Médico validado/a
Control de Salud con Aplicación de Pauta Breve	100%	4 y 12 meses 15-21 y 24 meses	2 3	3 x hora	Hrs. Enfermera/o Capacitada/o Hrs. Médico Capacitado/a Hrs. Téc. Paramédico Capacitado/a.
Control de Salud con Evaluación Desarrollo Psicomotor Instrumento EEDP Instrumento Tepsi	100%	8-18 meses 3 años		2 x hora 1 x hora	Hrs. Enfermera/o capacitado/a en aplicación de test. Hrs. Médico capacitado/a en aplicación de test.
Aplicación de Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor	100%	8 meses 18 meses 3 años	1 1 1	3 x hora 2 x hora	Hrs Psicólogo/a capacitado/a Hrs. Educac. de Párvulo capacitada/o Hrs. Terapeuta Ocupacional capacitado/a
Control de Salud Grupal (Grupos de 3 a 5 madres, padres o cuidadores(as))	De acuerdo al programa local	24 meses 4 años	De acuerdo a programa local.	1 x hora	Hrs. Enfermera Hrs. Médico Hrs. Técnico Paramédico capacitado en control salud grupal 4 años
Talleres de Autocuidado	100% de las familias con niños o niñas menores de 1 años	Menores de 1 años	3 Sesiones de 8 a 10 personas.	1 x hora	Hrs. Enfermera Hrs. Educadora de Párvulo. Hrs. Técnico Paramédico capacitado.
Talleres de Intervención Grupal	100% de niños y niñas diagnosticados/as con rezago del Desarrollo psicomotor.	0 a 5 años.	3 a 5 Sesiones de 8 a 10 personas.	1 x hora	Hrs Enfermera/o Hrs. Educadora de Párvulo. Hrs. Técnico Paramédico capacitado.
Talleres Grupos de Apoyo a la Crianza	Definido por nivel local.	0 a 5 años.	3 a 5 Sesiones de 8 a 10 personas.	1 x hora	Hrs. Monitoras de salud capacitadas.
Talleres de Apoyo Madre a Madre	Niños menores de 1 años	Definido de acuerdo a la necesidad local.	3 a 5 Sesiones de 8 a 10 personas.	1 x hora	Hrs. Monitoras de salud capacitadas.
Consulta del Niño/a con déficit del Desarrollo Psicomotor.	100% niños o niñas diagnosticados/as con déficit del desarrollo Psicomotor.	Edad según diagnóstico	3	2 x hora	Hrs. Enfermera/o capacitado/a Hrs. Médico capacitado/a
Visita domiciliaria Integral.	100% de las Familias de niños y niñas con diagnóstico de retraso en el Desarrollo Psicomotor.	De acuerdo a diagnóstico de retraso.	Según necesidad de la familia.	1 x hora.	Hrs. Enfermera/o Hrs Educadora Párvulos Hrs. Asistente Social Hrs. Matrona. Hrs. Técnico Paramédico capacitado.

ANEXO N°1 Resumen de Derechos de los niños y niñas

Todos los niños y las niñas tienen derechos desde que nacen. Las madres, padres, familiares y cuidadores(as) necesitan conocer los derechos de niños y niñas y saber lo que tienen que hacer para asegurar que estos sean respetados. Algunos de estos derechos son:

- Derecho a una identidad sabiendo quién es su madre, su padre y sus abuelas y abuelos.
- Derecho a recibir los recursos necesarios para cubrir sus necesidades de alimentación, habitación, vestuario, salud, movilización, recreación y educación (pensión de alimentos).
- Derecho, cuando la madre y/o el padre viven separados, al cuidado personal de parte de uno de ellos y a una relación directa y regular con el otro (visitas).
- Derecho a recibir un subsidio pagado por el Estado cuando son hijos de trabajadores o trabajadoras dependientes y pensionados (Asignación Familiar).
- Derecho, cuando su madre es estudiante, a que ella continúe sus estudios en un establecimiento de educación de cualquier nivel, el que debe además, otorgar las facilidades académicas del caso.
- Derecho, cuando uno o ambos padres son trabajadores dependientes y presenta una enfermedad o accidente grave que requiere la atención personal de la madre y/o el padre, que uno de ellos tenga un permiso especial de horas distribuidas a su elección en jornadas completas, parciales o combinación de ambas. Si ambos padres son trabajadores dependientes, el permiso lo tendrá quien tenga el cuidado personal o tuición.
- Derecho, cuando es hijo o hija de una mujer que trabaja en un establecimiento comercial, administrado, industrial y de servicios con más de 20 trabajadoras, a tener sala cuna en el lugar de trabajo de su madre.

IDENTIDAD

Los niños y las niñas tienen derecho a una Identidad, es decir, que puedan saber quién es su madre, su padre y sus abuelas y abuelos. Toda madre tiene el derecho de solicitar el reconocimiento de su hija e hijo.

¿Cómo solicitar el reconocimiento de su hija o hijo?

Debe dirigirse al Juzgado de Familia correspondiente a su domicilio o al domicilio del supuesto padre para solicitar la prueba de ADN. Si el demandado no concurre a la Audiencia Preparatoria, o si en ella niega su paternidad, el Juez o Jueza deberá ordenar que se practique el examen de ADN. Si el supuesto padre no concurre a practicarse el examen por dos veces, se presumirá, por ley, que es el padre. Entonces será él quien deberá probar en el juicio que no es el verdadero padre del niño o de la niña.

PROTECCION Y CUIDADO

Las Madres y Padres tienen la responsabilidad de entregar a sus hijas e hijos la protección y el cuidado necesarios para que puedan desarrollarse, aunque no vivan con ellos. Se entiende por pensión de alimentos a la entrega de los recursos necesarios para cubrir las necesidades de alimentación, habitación, vestuario, salud, movilización, recreación, educación básica y media y una profesión u oficio.

Es obligación del padre si están casados en sociedad conyugal. Es obligación de la Madre y del Padre, si no están casados. Es obligación de la Madre y del Padre si están casados con separación de bienes o participación en las ganancias. Es obligación de los abuelos, si se prueba que el padre o la madre no tienen recursos.

¿Qué documentos se deben presentar para iniciar una demanda de alimentos?

Se deben presentar los certificados de nacimiento de las hijas e hijos. Es muy conveniente incluir una lista de lo que gasta en ellos mensualmente, también es conveniente incluir una aproximación de los ingresos del padre o la madre demandada; si no se tiene esa información, se presenta la demanda y será la jueza o el juez quien la solicite.

¿Qué pasa si el demandado o la demandada no tiene los documentos para demostrar cuánto gana o si no quiere entregarlos?

Si no los tiene, debe hacer una declaración jurada. Si no lo hace, presenta documentos falsos u oculta sus fuentes de ingresos, comete un delito.

¿Qué pasa si el demandado o demandada se cambia de domicilio o de trabajo?

Debe informar al Tribunal sobre cualquier cambio, si no lo hace, puede ser multado. Quién oculte información acerca del paradero del demandado o la demandada para impedir su notificación y/o el pago de una pensión de alimentos, será sancionado con reclusión nocturna por 15 días.

¿Cuándo se fija la pensión de alimentos?

La pensión provisoria se fija al inicio del juicio y la pensión definitiva al término de éste.

¿Cuál es la pensión de alimentos mínima?

Si tiene una sola hija o hijo, la pensión no puede ser inferior al 40% del ingreso o sueldo mínimo. Si hay dos o más hijas o hijos, la pensión no puede ser menor que un 30% del ingreso o sueldo mínimo por cada uno.

¿Cuál es la pensión de alimentos máxima?

El máximo que la hija o hijo puede recibir como pensión es el 50% del total de las rentas del demandado o la demandada.

¿Qué pasa si el demandado o la demandada no paga?

Se le puede retener las devoluciones de impuestos. Se le puede suspender la licencia de conducir. Puede ser arrestado hasta por 15 días: la Policía podrá arrestar al demandado o demandada que no paga las pensiones en cualquier lugar en que se encuentre, pudiendo ingresar a su domicilio para hacerlo. El empleador o Empleadora está obligado a retener mensualmente la pensión de alimentos cuando la jueza o el juez lo ordena. Retener las indemnizaciones por años de servicio o las pactadas voluntariamente. E informar del término de la relación laboral. Si el empleador no cumple con estas obligaciones podrá ser multado con el doble de la cantidad que debía retener. Si presenta información falsa o inexacta respecto de los ingresos del trabajador o trabajadora, comete un delito.

Asignación familiar

- La asignación familiar es un subsidio pagado por el Estado para las cargas legales de las y los trabajadores dependientes y pensionados.
- Desde el 14 de febrero del 2007 se permite que las madres soliciten y reciban directamente las asignaciones familiares por sus hijas o hijos menores que vivan con ella, sin que se requiera el consentimiento del padre.
- Si la madre y/o padre viven separados, la Ley entrega a la madre el cuidado personal de sus hijas e hijos.
- La Ley permite también que la madre y el padre acuerden que el cuidado personal o tuición lo tenga el padre. Para ello es necesario firmar una escritura pública ante Notario o un acta ante el Oficial del Registro Civil que exprese este acuerdo.
- La escritura debe inscribirse al margen de la partida de nacimiento de la niña o el niño, en el Servicio de Registro Civil, en un plazo de 30 días contados desde que firman el acuerdo.
- El padre o la madre que no tenga el cuidado personal de los hijos e hijas debe mantener con su hijo o hija una relación directa y regular (visitas)
- Para mantener con su hijo o hija esta relación directa y regular, quien no tiene el cuidado personal debe solicitar al juez de Familia que regule esta situación.
- La madre y el padre podrán acordar un sistema y presentarlo en el Tribunal de Familia correspondiente.
- Cuando existe un acuerdo, la madre o el padre puede pedir al Tribunal que lo modifique si considera que es perjudicial para la niña o el niño.
- Si la madre o el padre que tiene el cuidado personal de la niña o niño no cumple o se atrasa en la entrega de los hijos e hijas para la visita, el otro podrá solicitar al Juez de Familia recuperar el tiempo no utilizado.

¿Qué pasa si la Madre o el Padre que no tiene el cuidado personal del niño o la niña, no cumple con la visita acordada?

El Tribunal podrá obligar al padre o madre a dar cumplimiento al compromiso mediante una orden de arresto. Si la falta no es justificada y perjudica el bienestar de la niña o el niño, el Tribunal podrá suspender o restringir la relación directa y regular (visitas)

Referencias:

CHILE CRECE CONTIGO, Información acerca de Derechos e instrumentos legales para ejercerlos
Boletín Informativo N°2; Promoción de Derechos y Participación Ciudadana de las Mujeres, Unidad Promoción de Derechos y Participación de las Mujeres. Servicio Nacional de la Mujer.
Biblioteca del Congreso Nacional (www.congreso.cl)

TALLERES EN EL ESTABLECIMIENTO

	ANEXO N° 2 TALLER AUTOCUIDADO: ESTIMULACIÓN Y NORMAS DE CRIANZA	ANEXO N° 20 TALLER DE INTERVENCIÓN GRUPAL
DEFINICIÓN:	Actividades sistemáticas grupales para familias con niños y niñas menores de 1 año orientadas a fortalecer competencias parentales y desarrollo de conductas de auto cuidado y promoción del desarrollo integral de niños y niñas. Utilizando metodologías participativas, con dinámicas grupales, privilegiando en el aprendizaje las emociones y afectos y no solo el aspecto cognitivo o intelectual.	Actividad de educación grupal programada con fines educativos que promuevan cambios de conducta en las madres, padres y cuidadores(as) que afectan el desarrollo psicosocial de los niños y las niñas.
OBJETIVO:	Brindar asesoramiento sobre prácticas saludables de crianza en el entorno real en que los padres, madres, cuidadores crían a sus hijos reforzando, donde sea posible, las pautas de crianza propias de los pueblos indígenas o de cada cultura. Facilitar el intercambio de experiencias, vivencias en relación a tema de la crianza y cuidado de los niños, dificultades, dudas, apoyos, etc.	Fomentar el desarrollo de factores protectores, habilidades parentales y estimulación, de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentran los hijos con el fin de revertir la situación de rezago y facilitar su recuperación.
DIRIGIDO A:	Madres, padres y cuidadoras(es) con hijas o hijos menores de 1 año de edad. Cobertura: al 100% de los niños y niñas de 0 a 12 meses bajo control. Para ser posteriormente, incorporados los niños y las niñas de hasta los 3 años de edad.	Dirigido a las madres, padres y/o cuidador de niñas/os que necesiten orientación acerca de cómo educar a sus hijos que presentan problemas de crianza y/o se haya diagnosticado rezago en su desarrollo. Cobertura: 100% de los niños y niñas diagnosticados con rezago del Desarrollo Psicomotor.
METODOLOGÍA:	Participativa, con intercambio de experiencias, donde el profesional o el monitor(a) pasa a ser el facilitador del proceso. En cada sesión se debe hacer un compromiso con una actividad para realizar con el niño o la niña en la casa . El taller consta de 3 sesiones, en grupos de 8 a 10 participantes y de debe ser adecuado al grupo de edad correspondiente.	Participativa, considerar la pertinencia cultural y aceptabilidad, con participación de profesionales cuya responsabilidad sea la de crear condiciones para que ocurra "el diálogo educativo". En talleres grupales de 3 a 5 sesiones cada uno con 8 a 10 participantes por taller.
SUGERENCIAS DE TEMAS A TRATAR	<p>1era sesión : protección y vínculo de apego Lactancia materna y apego Etapas del desarrollo normal (anticiparse a las crisis normativas) ej: etapa oposicionismo, negativismo, pataletas, control de esfínter, etc. Normas de crianza Expresión de afectos, seguridad y protección.</p> <p>2da sesión: lenguaje y comunicación Cómo nos comunicamos con nuestros hijos e hijas en las distintas etapas del desarrollo. Importancia del lenguaje en el desarrollo cognitivo y afectivo del niño y la niña. Cómo estimular el lenguaje desde la cuna.</p> <p>3era sesión: el juego El rol del juego para el desarrollo psicosocial integral del niño y la niña. Desarrollo de la motricidad fina y gruesa a través del juego. Importancia de crear un espacio para el juego, casa, parque, sala cuna, jardín infantil Evaluación de lo aprendido.</p> <p>En cada sesión se debe ir reforzando la capacidad de los padres para cumplir su rol protector, afectivo de proveedor de cuidados y educador, (funciones parentales).</p>	<p>Análisis de las experiencias de las/los participantes Reflexionar acerca de las normas de crianza, cuidado y protección, apego y vinculación de acuerdo a la edad de grupo de niños y niñas participantes en el taller. Generalidades del desarrollo del niño y niñas Etapas del desarrollo normal (anticiparse a las crisis normativas) ej: etapa oposicionismo, negativismo, pataletas, control de esfínter, etc. Actividades de la edad que el niño y niña pueden ejercitar solos o con la ayuda de otra persona Apoyo emocional para superar dificultades Planificación de actividades para el hogar y definición de compromisos</p>

ANEXO N°3

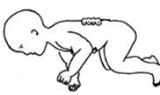


Protocolo de evaluación de neurodesarrollo

1 - 2 meses



GOBIERNO DE CHILE

	Puntaje	0	1	2	Metodología
1. Reflejos del desarrollo	Moro	Extiende brazos, abre manos, abraza y llora	Ausente	Exagerado	<i>Levantar y dejar caer suavemente la cabeza</i>
	Tónico - nugal	Presente no obligado	Ausente	Exagerado obligado	<i>Fijar el tronco y girar la cabeza</i>
	Succión	Presente	Débil	Ausente	<i>Preguntar a la madre / observar</i>
2. Examen	Circunferencia cráneo	Normal	Bajo P 5 < 2 DS	Sobre P 95 o > 2 DS	<i>Medir diámetro mayor</i>
	Peso	Normal	Bajo P 5 < 2 DS	Sobre P 95 o > 2 DS	
	Talla	Normal	Bajo P 5 < 2 DS	Sobre P 95 o > 2 DS	
	Piel	Sana	Manchas color café Anglomas línea media	Manchas hipocrómicas	
	Conducta	Tranquilo	Muy pasivo	Irritable	<i>Preguntar a la madre</i>
	Llanto	Normal	Monocorde agudo	No llora	<i>Observar</i>
	Consolabilidad	Fácil	Algo difícil	Inconsolable	<i>Se consuela después del reflejo de Moro, al ser acunado</i>
	Mira fijamente al examinador	Normal	Escaso	Ausente	
	Sonrisa social	Sí (al examen)	Dato de la madre	No	
3. Movilidad	Control cefálico	Cabeza alineada con el tronco 	Intermedio o parcial	Cabeza cuelga hacia atrás 	<i>Levantar de las manos</i>
	Movimientos de extremidades	Vigorosos	Escasos	Asimétricos	
	Manos	Abiertas al extender brazos	Empuñadas al extender	Empuñadas permanentes, con pulgar incluido	<i>Observar durante el reflejo de Moro</i>
	Movilidad facial	Normal	Anormal	Parálisis bilateral	<i>Observar llanto</i>
4. Tono	Tono axial	Normal 	Disminuido 	Aumentado 	<i>Suspensión ventral</i>
	Rojo pupilar	Presente	Dudoso	Ausente	<i>Oftalmoscopia</i>
	Fija la vista y sigue objeto 90°	Presente	Dudoso	No	<i>Utilizar argolla o pelota roja</i>
6. Audición	Reacciona frente a ruido fuerte	Presente	Dudoso	No	<i>Cierre palpebral</i>
	Se dirige hacia sonido	Presente	Dudoso	No	<i>Utilizar campanilla</i>
	Habitación	Presente	Dudoso	No	<i>Preguntar a la madre</i>
7. Deglución		Traga sin dificultad	Se atora	Salida de líquido por la nariz	

Puntaje por columna

Puntaje total

Diagnóstico Normal

Anormal

Muy anormal

(0 puntos)

(1 a 3 pts.)

(4 pts. o más)

Referir a un Neurólogo Pediatra si hay más de 4 puntos totales o si existe microcefalia o macrocefalia.

Instructivo de Aplicación del Protocolo

El objetivo de este protocolo es la identificación de alteraciones al examen físico y neurológico que significan factores de riesgo relevantes para la salud o para el neurodesarrollo de lactante menor y la pesquisa precoz de trastornos neurosensoriales (visión audición). El examen debe efectuarse en condiciones ambientales adecuadas en relación a temperatura y luminosidad, con un niño en buenas condiciones de salud, alerta y sin hambre.

Reflejos del desarrollo:

1. Reflejo de moro: con el niño en posición supina levantar cabeza y dejar caer suavemente. El niño extiende brazos y piernas, abre sus manos, flexiona y lleva sus extremidades a la línea media en un abrazo y llora. El reflejo de moro también puede aparecer frente a un ruido fuerte. Si es elicitado por estímulos mínimos, debe ser considerado exagerado(a) normal. El reflejo de moro permite observar movilidad facial poniendo atención a la presencia de asimetrías, evaluar la calidad del llanto, pesquisar calidad (debilidad) y asimetría de movimientos.
2. Reflejo tónico nuchal asimétrico: aparece habitualmente a las 4 semanas de vida con mayor expresión a los dos meses de edad. Con el niño en posición supina, fijar el tronco con una mano y con la otra girar la cabeza. Al girar y mantener la cabeza hacia la derecha, después de unos segundos el brazo izquierdo se flexiona y el derecho se extiende. Asimismo la pierna derecha se flexiona y la izquierda se extiende, en una postura llamada "del esgrimista". Si este reflejo aparece con una latencia muy breve o se mantiene durante todo el lapso en que la cabeza se mantiene girada se considera exagerado/obligado y es considerado anormal.
3. Piel.
 - a. Manchas café con leche: más de 6 de más de 0,5 cm. de diámetro o efélides axilares/inguinales
 - b. Manchas hipocrómicas (hípo pigmentadas) ovaladas sugerentes de esclerosis tuberosa.
 - c. Lesión de piel ubicada en la región dorsal o lumbar en la línea media como angiomas especialmente si tienen vello o depresiones. (solicitar ecografía de médula)
4. Conducta: evaluación cualitativa del grado de pasividad o irritabilidad.
5. Llanto: Se considera normal el llanto fuerte y sostenido de 5 a 10 minutos de duración, con variaciones en intensidad y tono durante éste.
6. Consolabilidad: solicitar a la madre que acune al niño para disminuir su llanto después de realizar el reflejo de Moro.

Movilidad:

7. Control cefálico: al tomar de los brazos y llevar a la posición sentada la cabeza debe mantener una relativa alineación con el tronco del niño que sin que cuelgue en forma exagerada. En posición prona, el niño debe liberar orificios levantando la cabeza y girándola. Al sentar lo debe mantener la cabeza alineada con el tronco por lo menos algunos segundos.
8. Movimientos de extremidades: los movimientos a esta edad son vigorosos y asimétricos, pero si el niño ocupa sólo brazo o existe una franca diferencia en la movilidad entre las extremidades debe ser considerado anormal.
9. Manos: a esta edad las manos están empuñadas por periodos prolongados pero el pulgar se ha liberado. Si el niño extiende sus brazos (ya sea por movimiento espontáneo o por el reflejo de moro) las manos deben abrirse y los dedos extenderse.
10. Tono: las alteraciones del tono son uno de los signos más frecuentes de disfunción neurológica. Existen numerosas formas de evaluar el tono. Una de las más efectivas es la suspensión ventral. Si el niño toma una forma de U invertida es muy probable que la hipotonía se deba a debilidad muscular lo cual constituye una urgencia. El niño con daño neurológico puede presentar hipotonía (como en el síndrome de Down u otras genopatías) o hipertonía que su grado máximo se presenta como opistótono.

Visión:

11. Rojo pupilar: su identificación permite descartar opacidades de los medios transparentes (córnea, humor acuoso, cristalino y humor vítreo) y algunas alteraciones de la retina. Si los medios están transparentes la luz rebotará en la retina se observará de color rojo. Se requiere un oftalmoscopio con el revólver de los lentes en +6 (o 6 de color negro). Se dirige la luz a la pupila lo cual se logra a aproximadamente 12-15cm, con lo cual se obtiene la observación del rojo pupilar normal. La falta de visualización puede deberse a una catarata congénita, malformación congénita a nivel del humor vítreo o un tumor ocular (retinoblastoma).
12. Seguimiento de objetos: evaluar seguimiento de una argolla o una pelota roja de alrededor de diez centímetros de diámetro en el sentido horizontal y vertical.

Audición:

13. Frente a un ruido intenso y sorpresivo se produce el cierre palpebral.
14. Frente a un ruido de moderada intensidad (campanilla o sonajero) el lactante detiene su actividad y orienta su atención hacia el sonido.

Todos los elementos mencionados anteriormente son importantes en evaluar el estado de desarrollo de un lactante de dos meses. Sin embargo los elementos más relevantes a esta edad que apuntan a su desarrollo cognitivo son la presencia de sonrisa social, la consolabilidad y la presencia de habituación a estímulos.

15. Habituación: el decremento de la respuesta a un estímulo repetitivo y se considera un signo temprano de funciones corticales superiores en el recién nacido y lactante menor. Se puede estudiar la respuesta de habituación a estímulos visuales, auditivos o táctiles.
 - a. Dirija una luz de mediana intensidad de los ojos del recién nacido en forma intermitente. Después de alrededor de cuatro estímulos el niño debe dejar de parpadear.
 - b. Haga sonar una campanilla en forma intermitente. Después de alrededor de cuatro sonidos el niño debe dejar de reaccionar al ruido.

ANEXO N°4



Escala de depresión post-parto de Edimburgo



Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una cruz el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

Ejemplo:

0
1
2
3

		2 meses	6 meses
1.	He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas	Tanto como siempre	0
		No tanto ahora	1
		Mucho menos ahora	2
		No, nada	3
2.	He disfrutado mirar hacia adelante	Tanto como siempre	0
		Menos que antes	1
		Mucho menos que antes	2
		Casi nada	3
* 3.	Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, a veces	2
		No con mucha frecuencia	1
		No, nunca	0
4.	He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo	No, nunca	0
		Casi nunca	1
		Sí, a veces	2
		Sí, con mucha frecuencia	3
* 5.	He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo	Sí, bastante	3
		Sí, a veces	2
		No, no mucho	1
		No, nunca	0
* 6.	Las cosas me han estado abrumando	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	3
		Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	2
		No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	1
		No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	0
* 7.	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, a veces	2
		No con mucha frecuencia	1
		No, nunca	0
* 8.	Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, bastante a menudo	2
		No con mucha frecuencia	1
		No, nunca	0
* 9.	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	3
		Sí, bastante a menudo	2
		Sólo ocasionalmente	1
		No, nunca	0
* 10.	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	3
		A veces	2
		Casi nunca	1
		No, nunca	0
Total		0	0

Observaciones

Nombre del niño o niña

apellido paterno
apellido materno
nombres

R.U.N.

Fecha evaluación 2 meses

día
mes
año

Fecha evaluación 6 meses

día
mes
año

Instructivo de Aplicación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Informe a la madre acerca de la Depresión Post Parto y la importancia de la detección precoz. Explíquela que para ello le hará una encuesta sencilla de 10 preguntas y que ella deberá elegir la alternativa que más represente la forma como se ha sentido los últimos 7 días. A pesar de que esta escala está diseñada para la autoaplicación, ésta deberá ser aplicada por el profesional que realiza el control.

Aplique la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo a todas las puérperas, en el control de salud correspondiente al segundo y sexto mes del post parto.

Lea cada pregunta y pídale a la mujer que escoja la alternativa de respuesta que más se asemeje a la manera en que se ha sentido en la última semana, contestando todas las diez preguntas.

Asígnele un puntaje entre 0 y 3 a las categorías de las respuestas según el aumento de la gravedad del síntoma. Observe que para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10, están marcadas con asterisco y el puntaje se anota en orden inverso.

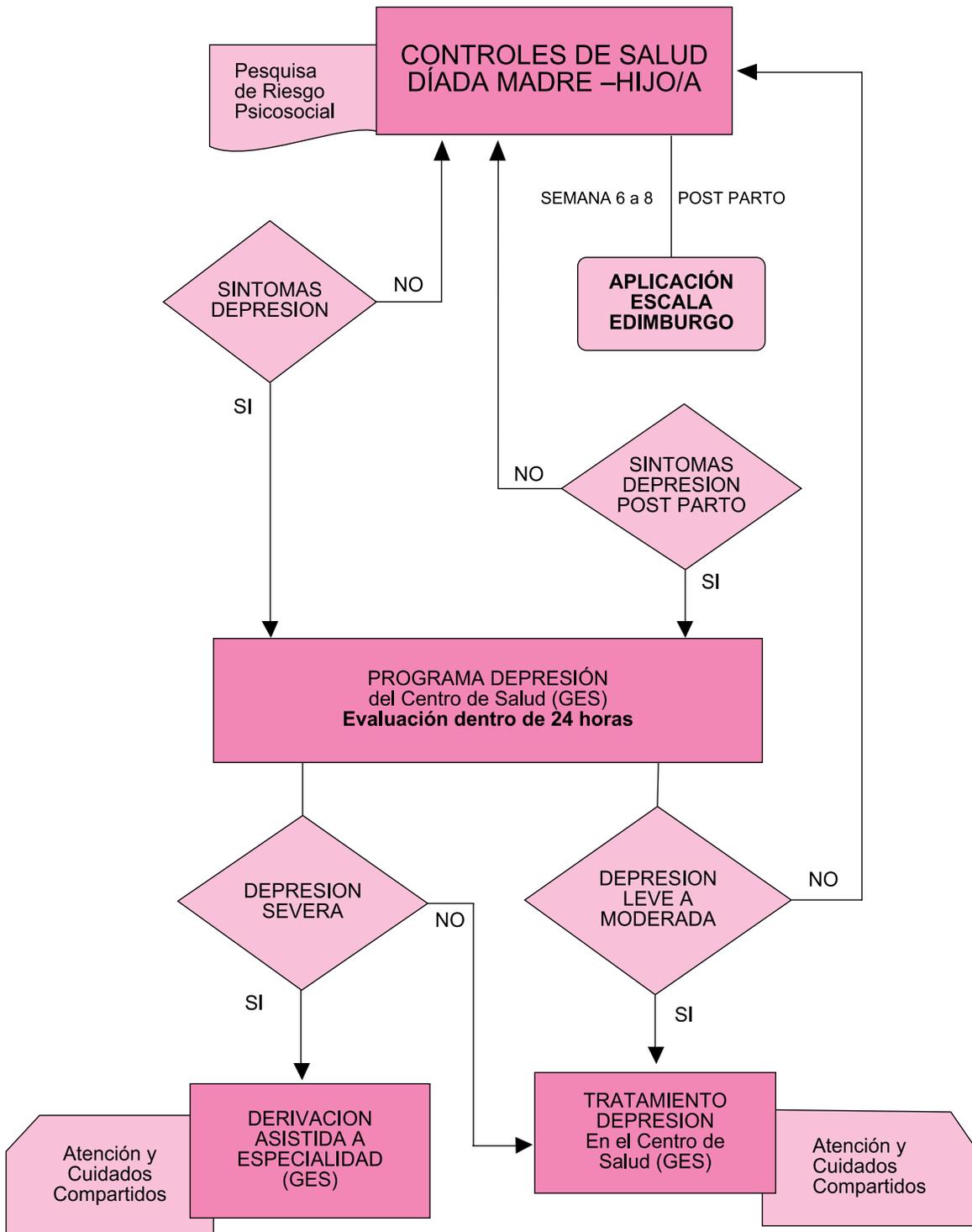
Sume todos los puntos para obtener la puntuación total. Una puntuación de 11 o más muestra la probabilidad de una depresión. Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10 requiere de evaluaciones adicionales inmediatamente debido que puede representar riesgo suicida.

Explique a la mujer que, de acuerdo a sus respuestas es posible que esté presentando síntomas depresivos y que es necesario hacer una evaluación más detallada.

Contáctese con los profesionales del Programa de Depresión (GES) del establecimiento y agende una consulta de evaluación diagnóstica dentro de las siguientes 24 horas.

Si la mujer es diagnosticada con depresión post parto, mantenga coordinación permanente con el equipo tratante de modo de reforzar y apoyar a la mujer en su tratamiento.

ANEXO N°5
FLUJOGRAMA PARA LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO
DE LA DEPRESION POST PARTO EN ATENCION PRIMARIA





Escala de Massie-Campbell



Conductas del niño o niña durante el evento estresante

Observar	1	2	3	4	5	x
1. Mirada	Siempre evita la cara de la madre.	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre.	Ocasionalmente mira la cara de la madre.	Frecuentes miradas a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas.	Fija la mirada a la madre por períodos largos de tiempo.	No observado
2. Vocalización	Callado, nunca vocaliza.	Rara vez vocaliza o lloriquea.	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	No observado
3a. Tocando	Nunca toca o tiende hacia la madre.	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca, siempre toca a la madre.	No observado
3b. Tocando	Siempre evita ser tocado por la madre.	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Generalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	No observado
4. Sosteniendo	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre.	No se relaja en brazos de la madre; la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra a ella, nunca la evita.	No observado
5. Afecto	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonriente.	No observado
6. Proximidad o cercanía	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	No observado

Respuesta del cuidador o cuidadora frente al estrés del niño o niña

Observar	1	2	3	4	5	x
1. Mirada	Siempre evita mirar la cara del niño/a.	Rara vez mira al niño/a a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño/a.	Ocasionalmente mira al niño/a a la cara.	Frecuentes miradas, largas y cortas, a la cara del niño/a.	Fija la mirada a la cara del niño por períodos largos.	No observado
2. Vocalización	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	No observado
3a. Tocando	Nunca toca o tiende al niño/a.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño/a.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca, siempre lo toca.	No observado
3b. Tocando	Siempre evita ser tocada por el niño.	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	No observado
4. Sosteniendo	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoya al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	No observado
5. Afecto	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa o apática.	Ansiedad moderada y/o agradada o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonríe.	No observado
6. Proximidad o cercanía	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza.	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	No observado

Nombre del cuidador/a

apellido paterno apellido materno nombres

Relación o parentesco con el niño o niña

Nombre del niño o niña

apellido paterno apellido materno nombres

R.U.N.

Fecha de la evaluación

día mes año

Estilo de Apego

- Seguro
- Inseguro / evitante
- Inseguro / ambivalente

En caso de existir, describa la Conducta Problemática de Apego (CPA)

INSTRUCTIVO APLICACIÓN ESCALA DE EVALUACIÓN DE APEGO MADRE-BEBÉ EN SITUACION DE STRESS, MASSIE-CAMPBELL

Este es un instrumento que se usa en el control de niño sano de los 4 meses y 12 meses de edad para evaluar la calidad de la relación vincular entre la madre el padre y cuidador(a) y su niño o niña. El instrumento consiste en una pauta de evaluación para situaciones de stress del bebé, y ha sido elaborado por Massie-Campbell (1978). El objetivo de esta pauta consiste en elaborar criterios observacionales claros y conductuales y que suelen ser fuertes indicadores de la calidad del vínculo entre la madre/cuidador y el bebé.

La pauta contiene 6 elementos de apego: 1) mirada; 2) vocalización; 3) tacto; 4) sostén; 5) afecto; 6) proximidad.

A cada categoría de observación se le asigna un puntaje de 1 a 5, dependiendo del tipo de la frecuencia e intensidad de las mismas. Los puntajes mas bajos se relacionan a una relación de tipo evitativa, aislada y carente de reciprocidad (propia del patrón de apego evitativo). Los puntajes más altos indican un relación mas intensa, intrusiva, y demandante de afecto (propia de los patrones de apego de tipo ambivalente). Puntajes intermedios son índices de un apego más equilibrado (apego seguro).

La escala posee dos pautas de observación, una para la conducta de la madre (o cuidador) y la otra para la conducta del bebé.

Modo de administración

Es una escala creada para ser utilizada en el contexto de stress del control de salud del niño/niña sano.

Tener siempre la escala y un lápiz a mano. La escala puede ser completada por la persona que realiza el examen o un ayudante debidamente entrenado. Nunca se le dice a la madre lo que tiene que hacer con el niño o niña (evaluar sin interferencias). No explique en detalle a la madre los pormenores de la escala.

Modo de puntuación

Observar todas las secuencias que se pueda de stress - regulación durante el control de niño sano.

Una vez finalizado el examen, tome su pauta y haga una cruz en la categorías de observación que usted cree que corresponden a la conducta del niño o niña y la madre. Trace un perfil de sus codificaciones e identifique el estilo de apego. Anote si observó alguna Conducta Problemática de Apego (CPA). Complete los datos de observación en la ficha.

Recuerde

Los puntajes solo se constituyen en indicadores o "guías de ayuda" para identificar estilos normales y perturbados de apego. No existen puntajes exactos que se correspondan a categorías de apego, se observa más bien la tendencia. Puede ser posible que las conductas que usted observe no calcen con las categorías de la pauta. En ese caso, trate de marcar aquella conducta que más se asemeje a lo que usted observó.

Si no ha podido observar alguna conducta, no invente una conducta, solo marque una cruz en el casillero de "conducta no observada". Puede repetir la pauta de observación en el próximo control. En casos de que un perfil sea disarmónico, el perfil de la madre es el que toma prominencia.

IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES DE ESTILOS DE APEGO

Puntajes 3 y 4	Puntajes 1 y 2	Puntaje 5
Indicadores de Apego Seguro	Indicadores de apego evitante	Indicadores de apego ambivalente

Indicadores de una interacción disarmónica puede ser característica de un apego tanto evitante como ambivalente.

ANEXO N°7



Pauta breve de desarrollo psicomotor

0 a 24 meses



	sí	no
4 MESES		
C 1. Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M 2. Gira la cabeza al sonido de la campanilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LS 3. Ríe a carcajadas*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C 4. La cabeza sigue la cuchara que desaparece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 MESES		
M 5. Camina afirmado de una mano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C 6. Aplauda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 7. Dice al menos 2 palabras con sentido*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LS 8. Entrega como respuesta a una orden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 MESES		
M 9. Camina solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C 10. Espontáneamente garabatea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 11. Imita tres palabras*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LS 12. Muestra lo que desea, apuntándolo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 MESES		
C 13. Arma una torre de cuatro cubos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 14. Nombra un objeto de los cuatro presentados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M 15. Se para en un pie con apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C S 16. Usa la cuchara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 MESES		
M 21. Se para en un pie sin apoyo 1 segundo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C 22. Desata cordones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 23. Nombra 2 objetos de los 4 presentados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S 24. Ayuda en tareas simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observaciones

Resultado

Pauta normal

Pauta alterada

Marcar con una cruz las áreas del desarrollo alteradas

M L C S LS

Nombre del niño o niña

apellido paterno
nombres
apellido materno

R.U.N.

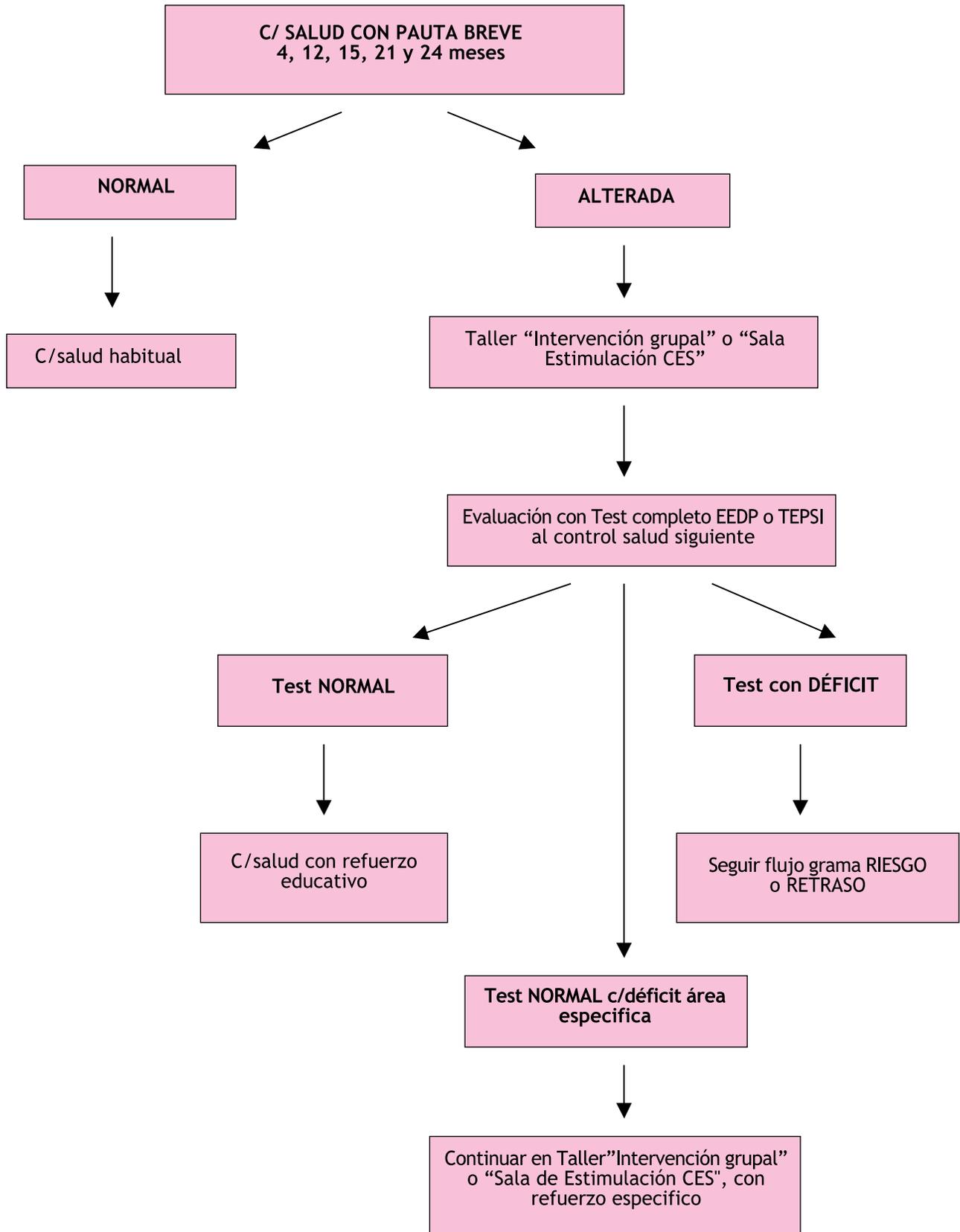
Fecha de la evaluación

día mes año

El asterisco * indica las preguntas que se deben realizar al acompañante del niño o niña.

Simbología: M Motor L Lenguaje C Coordinación S Social LS Lenguaje Social

ANEXO N° 8
FLUJOGRAMA CONTROL DE SALUD CON PAUTA BREVE



ANEXO N° 9
Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0 a 2 años (EEDP)
(Rodríguez, S. y cols.)

Nombre del Niño						
Fecha de nacimiento					FECHA EVALUACIONES	
Establecimiento						
EDAD	ÍTEM	Ponderación	1	2	3	
1 Mes	1. (S) Fija la mirada en el rostro del animador 2. (L) Reacciona al sonido de la campanilla 3. (M) Aprieta el dedo índice del examinador 4. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°) 5. (M) Movimiento de cabeza en posición prona	6 c/u				
2 Meses	6. (S) Mímica en respuesta al rostro del examinador 7. (LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador. 8. (CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador 9. (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada 10. (L) Vocaliza dos sonidos diferentes**	6 c/u				
3 Meses	11. (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa de del examinador 12. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 13. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°) 14. (M)Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada 15. (L) Vocalización prolongada **	6 c/u				
4 Meses	16. (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece 17. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla 18. (M)En posición prona se levanta a sí mismo 19. (M)Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada 20. (LS) Ríe a carcajadas **	6 c/u				
5 Meses	21. (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla 6 c/u 22. (C)Palpa el borde de la mesa 23. (C) Intenta prehensión de la argolla 24. (M)Tracciona hasta lograr la posición sentada 25. (M)Se mantiene sentado con leve apoyo	6 c/u				
6 Meses	26. (M)Se mantiene sentado solo, 6 c/u momentáneamente 27. (C)Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída 28. (C) Coge la argolla 29. (C) Coge el cubo 30. (LS) Vocaliza cuando se le habla **	6 c/u				
7 Meses	31. (M) Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más 32. (C) Intenta agarrar la pastilla 33. (L) Escucha selectivamente palabras familiares 34. (S) Cooperar en los juegos 35. (C) Coge dos cubos, uno en cada mano	6 c/u				
8 Meses	36. (M) Se sienta solo y se mantiene erguido 37. (M) Tracciona hasta lograr la posición de pie 38. (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos 39. (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo 40. (L) Dice da-da o equivalente	6 c/u				
9 Meses	41. (M) Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble 42. (M) Camina sostenido bajo los brazos 43. (C) Coge la pastilla con participación del pulgar 44. (C) Encuentra el cubo bajo el pañal 45. (LS) Reacciona a los requerimientos verbales*	6 c/u				

10 Meses	46. (C) Coge la pastilla con pulgar e índice 47. (S) Imita gestos simples 48. (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros 49. (C) Junta cubos en la línea media 50. (SL) Reacciona al "no, no"	6 c/u			
12 Meses	51. (M) Camina algunos pasos de la mano 52. (C) Junta las manos en la línea media 53. (M) Se pone de pie solo ** 54. (LS) Entrega como respuesta a una orden 55. (L) Dice al menos dos palabras **	12 c/u			
15 Meses	56. (M) Camina solo 57. (C) Introduce la pastilla en la botella 58. (C) Espontáneamente garabatea 59. (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros 60. (L) Dice al menos tres palabras **	18 c/u			
18 Meses	61. (LS) Muestra sus zapatos 62. (M) Camina varios pasos hacia el lado 63. (M) Camina varios pasos hacia atrás 64. (C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella 65. (C) Atrae el cubo con un palo	18 c/u			
21 Meses	66. (L) Nombra un objeto de los cuatro presentado 67. (L) Imita tres palabras en el momento del examen 68. (C) Construye una torre con tres cubos 69. (L) Dice al menos seis palabras ** 70. (LS) Usa palabras para comunicar deseos **	18 c/u			
24 Meses	71. (M) Se para en un pie con ayuda 72. (L) Nombra dos objetos de los cuatro presentados 73. (S) Ayuda en tareas simples ** 74. (L) Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca 75. (C) Construye una torre con cinco cubos	18 c/u			

** indica que se trata de una pregunta a la madre o acompañante

ANEXO N° 10
Ficha de Registro de Desarrollo Psicomotor, EEDP 0-2 años
(Rodríguez, S., Et Al.)

Nombre del Niño:.....
 Fecha de Nacimiento:.....
 Establecimiento:.....
 Nombre acompañante y/o cuidador:.....

Evaluación:.....meses

Fecha Evaluación:..... Edad Mental:.....
 Examinador:..... Edad Cronológica:.....
 EM/EC:.....PE.....

CD: Normal Riesgo Retraso

AREAS	COORDINACION	SOCIAL	LENGUAJE	MOTORA
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluación:.....meses

Fecha Evaluación:..... Edad Mental:.....
 Examinador:..... Edad Cronológica:.....
 EM / EC:..... PE.....

CD: Normal Riesgo Retraso

AREAS	COORDINACION	SOCIAL	LENGUAJE	MOTORA
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluación:.....meses

Fecha Evaluación:..... Edad Mental:.....
 Examinador:..... Edad Cronológica:.....
 EM / EC:.....PE.....

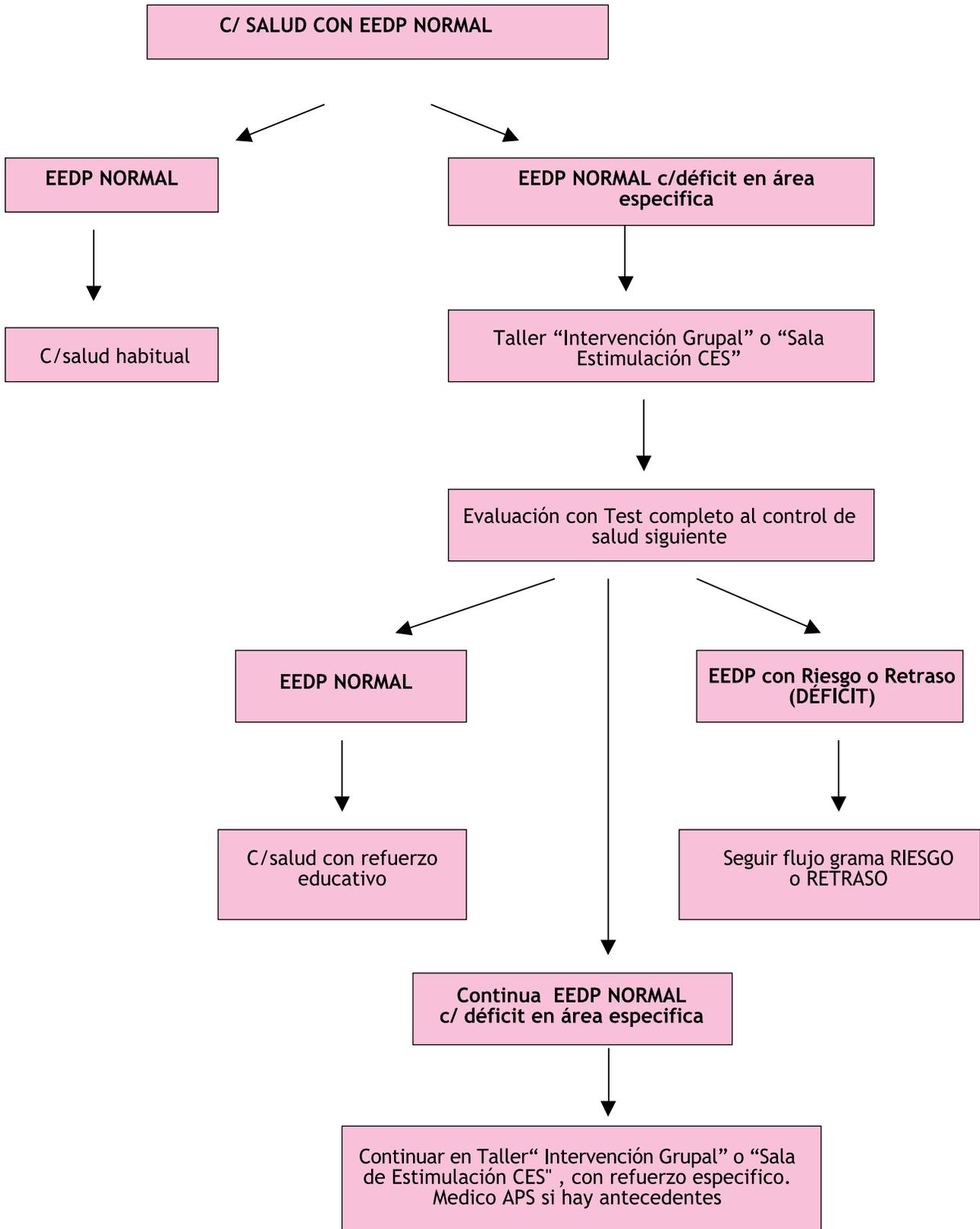
CD: Normal Riesgo Retraso

AREAS	COORDINACION	SOCIAL	LENGUAJE	MOTORA
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

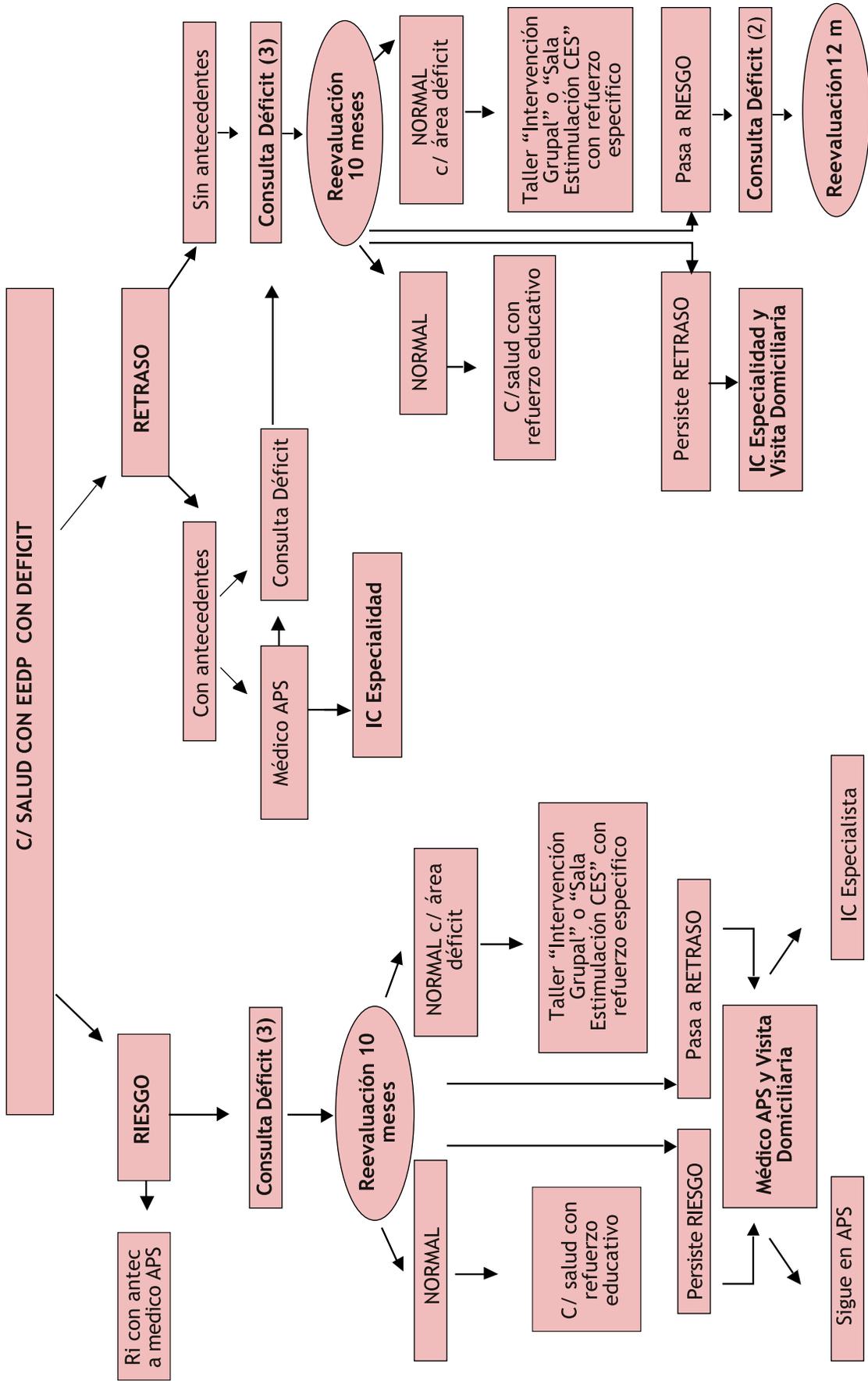
Marcar lo que corresponda (Normal - Riesgo - Retraso) y resultados de cada área

EM = Edad Mental
 EC = Edad cronologica
 PE = Puntaje estándar

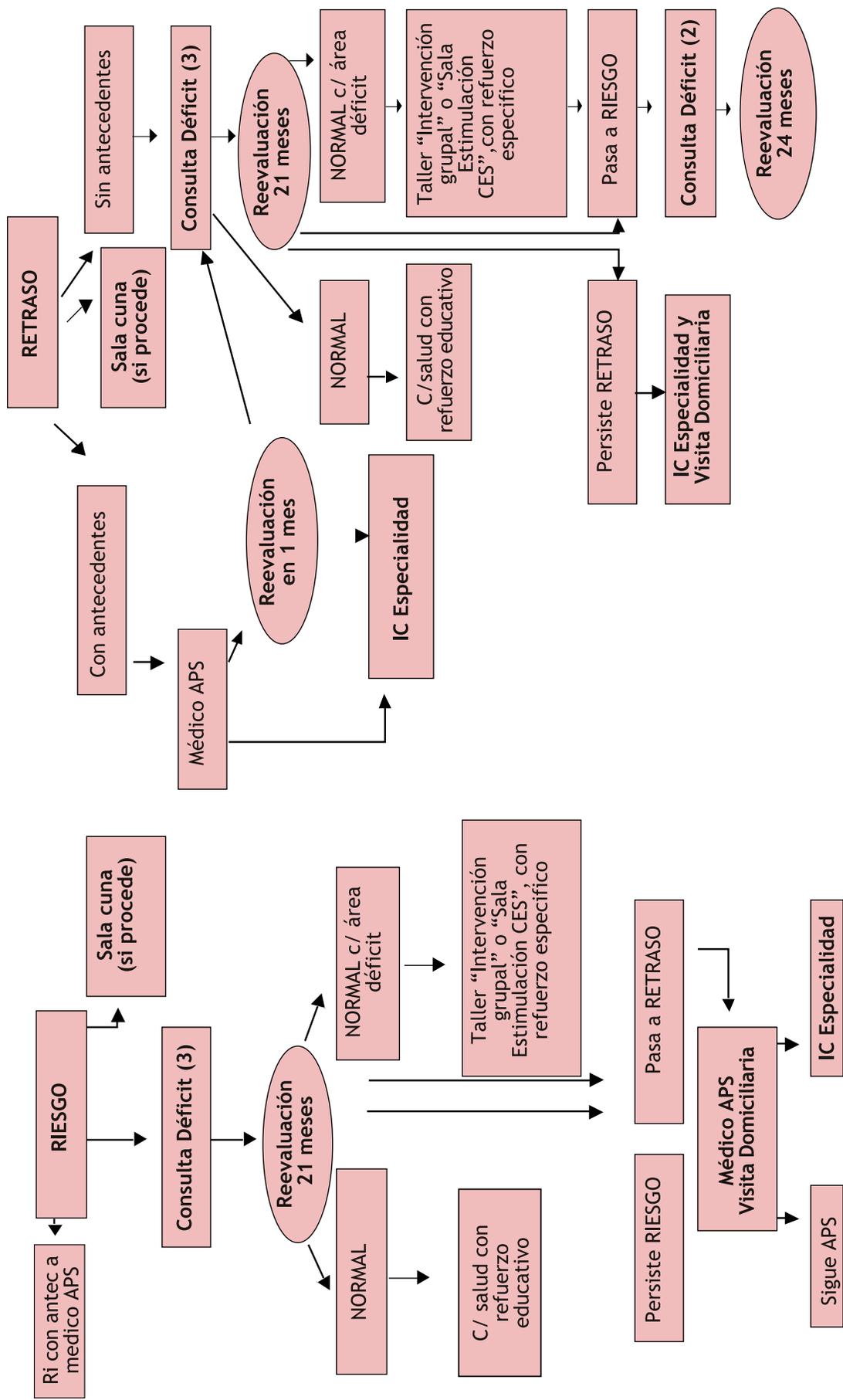
ANEXO N° 11
FLUJOGRAMA DE EEDP NORMAL



ANEXO 12
FLUJOGRAMA DE EEDP CON DEFICIT A LOS 8 MESES



ANEXO 13
FLUJOGRAMA DE EDP CON DEFICIT A LOS 18 MESES



ANEXO N° 14
TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2-5 AÑOS: TEPSI
 (Haeussler y Marchant 1985)

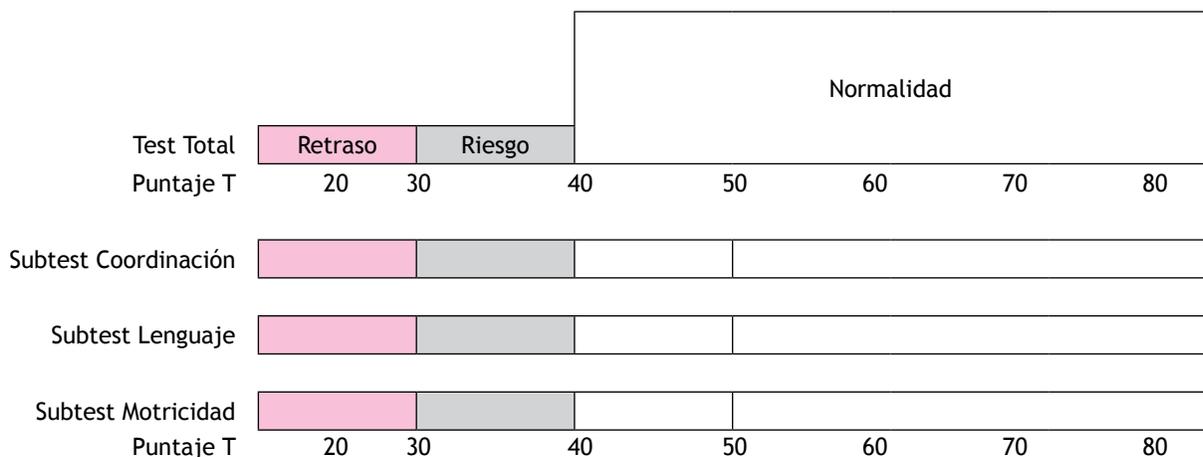
Nombre del niño:	
Fecha de nacimiento:	
Fecha de examen:	Edad: años meses días
Jardín infantil o colegio:	

Nombre del padre:	De la madre:
Dirección:	
Examinador:	

Resultados Test Total	Observaciones:
Puntaje Bruto: _____	
Puntaje T: _____	
Categoría: Normal <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Retraso <input type="checkbox"/>	

Resultados por Subtest			
	Puntaje bruto	Puntaje T	Cate-goría
Coordinación			
Lenguaje			
Motricidad			

Perfil TEPSI



SUBTEST DE COORDINACIÓN

- ___ 1C TRASLADA AGUA DE UN VASO A OTRO SIN DERRAMAR (Dos vasos)
- ___ 2C CONSTRUYE UN PUENTE CON TRES CUBOS COMO MODELO
- ___ 3C CONSTRUYE UNA TORRE DE 8 O MÁS CUBOS (Doce cubos)
- ___ 4C DESABOTONA (Estuche)
- ___ 5C ABOTONA (Estuche)
- ___ 6C ENHEBRA AGUJA (Aguja de lana; hilo)
- ___ 7C DESATA CORDONES (Tablero c/ cordón)
- ___ 8C COPIA UNA LÍNEA RECTA (Lám. 1; lápiz; reverso hoja reg.)
- ___ 9C COPIA UN CÍRCULO (Lám. 2; lápiz; reverso hoja reg.)
- ___ 10C COPIA UNA CRUZ (Lám. 3; lápiz; reverso hoja reg.)
- ___ 11C COPIA UN TRIÁNGULO (Lám. 4; lápiz; reverso hoja reg.)
- ___ 12C COPIA UN CUADRADO (Lám. 5; lápiz; reverso hoja reg.)
- ___ 13C DIBUJA 9 O MÁS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz reverso de la hoja reg.)
- ___ 14C DIBUJA 6 O MÁS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz reverso de la hoja reg.)
- ___ 15C DIBUJA 3 O MÁS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz reverso de la hoja reg.)
- ___ 16C ORDENA POR TAMAÑO (Tablero; barritas)
- ___ TOTAL SUBTEST COORDINACIÓN: PB

II. SUBTEST LENGUAJE

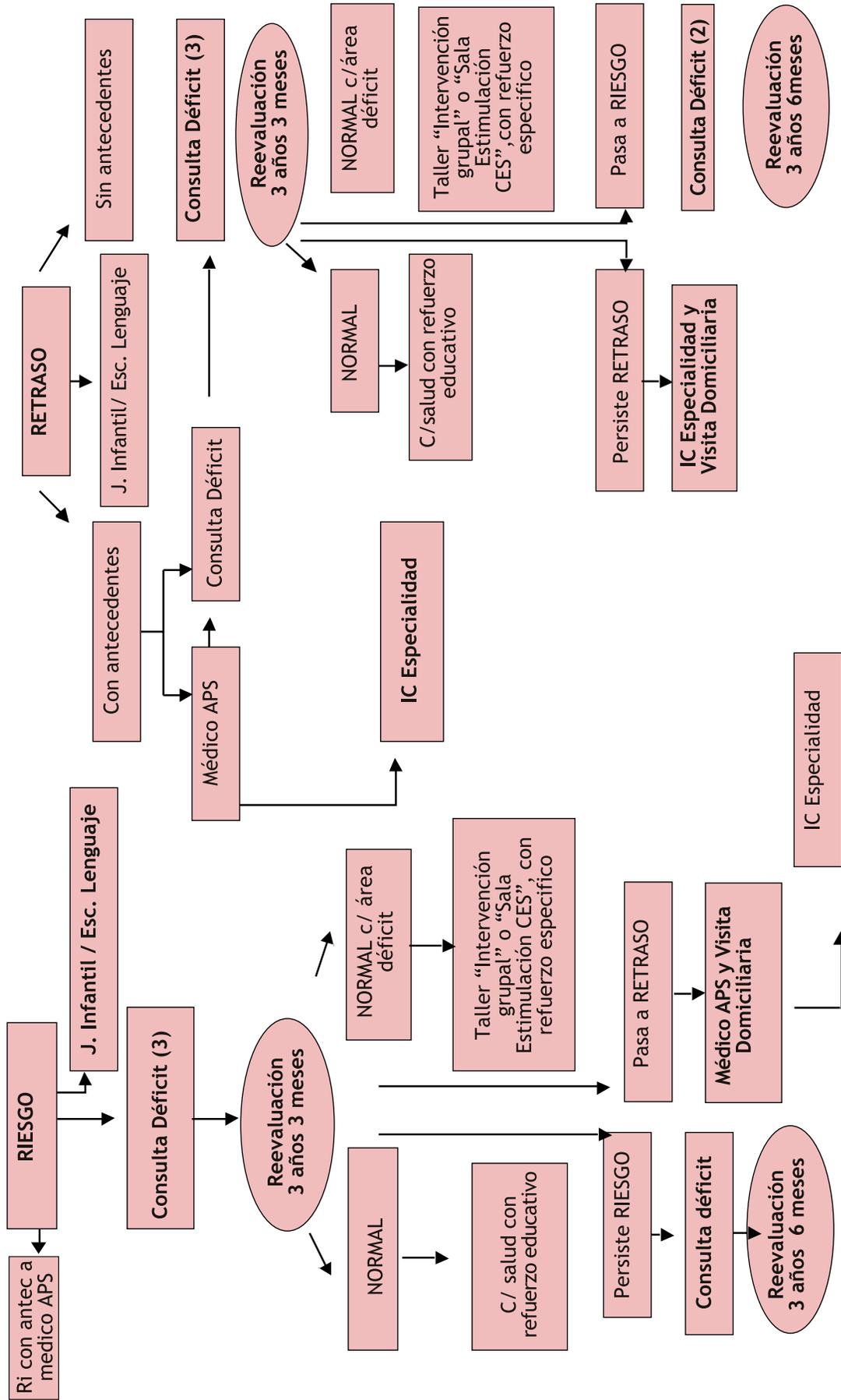
- ___ 1L RECONOCE GRANDE Y CHICO (Lám. 6) GRANDE__ CHICO__
- ___ 2L RECONOCE MÁS Y MENOS (Lám. 7) MÁS __ MENOS__
- ___ 3L NOMBRA ANIMALES (Lám. 8)
GATO.....PERRO.....CHANCHO.....PATO.....
PALOMA.....OVEJATORTUGA.....GALLINA.....
- ___ 4L NOMBRA OBJETOS (Lám. 5)
PARAGUASVELA.....ESCOBA.....TETERA.....
ZAPATOS.....RELOJ.....SERRUCHO.....TAZA
- ___ 5L RECONOCE LARGO Y CORTO (Lám. 1) LARGO__CORTO__
- ___ 6L VERBALIZA ACCIONES (Lám. 11)
CORTANDO.....SALTANDO.....
PLANCHANDO.....COMIENDO
- ___ 7L CONOCE LA UTILIDAD DE OBJETOS
CUCHARA.....LÁPIZ.....JABÓN.....
ESCOBA.....CAMA.....TIJERA.....
- ___ 8L DISCRIMINA PESADO Y LIVIANO (Bolsas con arena y esponja)
PESADO _____ LIVIANO _____
- ___ 9L VERBALIZA SU NOMBRE Y APELLIDO
NOMBRE.....APELLIDO.....
- ___ 10L IDENTIFICA SU SEXO.....
- ___ 11L CONOCE EL NOMBRE DE SUS PADRES
PAPÁ.....MAMÁ.....
- ___ 12L DA RESPUESTAS COHERENTES A SITUACIONES PLANTEADAS
HAMBRE.....CANSADO.....FRÍO.....
- ___ 13L COMPRENDE PREPOSICIONES (Lápiz)
DETRÁS _____ SOBRE _____ BAJO _____

- ___ 14L RAZONA POR ANALOGÍAS COMPUESTAS
 HIELO..... RATÓN..... MAMÁ.....
- ___ 15L NOMBRA COLORES (Papel lustre azul, amarillo, rojo)
 AZULAMARILLO..... ROJO.....
- ___ 16L SEÑALA COLORES (Papel lustre amarillo, azul, rojo)
 AMARILLO.....AZUL.....ROJO.....
- ___ 17L NOMBRA FIGURAS GEOMÉTRICAS (Lám. 12)
 ●.....■.....▲.....
- ___ 18L SEÑALA FIGURAS GEOMÉTRICAS (Lám. 12)
 ■.....▲.....●.....
- DESCRIBE ESCENAS (Láms. 13 y 14)
- 13.....
- ___ 19L
- 14.....
-
- ___ 20L RECONOCE ABSURDOS (Lám.14)
- ___ 21L USA PLURALES (Lám. 16)
- ___ 22L RECONOCE ANTES Y DESPUÉS (Lám. 17)
 ANTES..... DESPUÉS.....
- DEFINE PALABRAS
- ___ 23L MANZANA.....
 PELOTA.....
 ZAPATO.....
 ABRIGO.....
- ___ 24L NOMBRA CARACTERÍSTICAS DE OBJETOS (Pelota; globo inflado; bolsa arena)
 PELOTA.....
 GLOBO.....
 BOLSA.....
- ___ TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB

III. SUBTEST MOTRICIDAD

- ___ 1L SALTA CON LOS DOS PIES JUNTOS EN EL MISMO LUGAR
- ___ 2L CAMINA DIEZ PASOS LLEVANDO UN VASO LLENO DE AGUA (Vaso lleno de agua)
- ___ 3L LANZA UNA PELOTA EN UNA DIRECCIÓN DETERMINADA (Pelota)
- ___ 4L SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 10 SEG. O MÁS
- ___ 5L SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 5 SEG. O MÁS
- ___ 6L SE PARA EN UN PIE 1 SEG. O MÁS
- ___ 7L CAMINA EN PUNTA DE PIES SEIS O MÁS PASOS
- ___ 8L SALTA 20 CMS CON LOS PIES JUNTOS (HOJA RE.)
- ___ 9L SALTA EN UN PIE TRES O MÁS VECES SIN APOYO
- ___ 10L COGE UNA PELOTA (Pelota)
- ___ 11L CAMINA HACIA DELANTE TOPANDO TALÓN Y PUNTA
- ___ 2L CAMINA HACIA ATRÁS TOPANDO PUNTA Y TALÓN
- ___ TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB

ANEXO 15
FLUJOGRAMA DE TEPsi CON DEFICIT A LOS 3 AÑOS



ANEXO N° 16

PROTOCOLO DE REGISTRO DE CONSULTA DE NIÑO/NIÑA CON DÉFICIT DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Consulta del Niño con Déficit del Desarrollo Psicomotor: Es la atención otorgada al niño menor de 6 años, diagnosticado con riesgo o retraso en su desarrollo psicomotor, con el fin de lograr su recuperación. Esta atención consiste en capacitar a los adultos responsables de la crianza de los niños/niñas sobre normas de crianza y técnicas de estimulación.

Los ámbitos importantes de considerar en el transcurso de la consulta déficit del DSM son las áreas de riesgo o retraso, antecedentes de la madre como por ejemplo la escolaridad, el número de hijos y la actitud que presenta durante la consulta. En las acciones de orientación y apoyo educativo es necesario registrar al menos 3 normas de crianza de la edad en que inicia el riesgo y las indicaciones de estimulación y juegos de la edad.

CONSULTA DEFICIT DSM ¹			
NOMBRE.....	FECHA.....	EDAD.....	PROX. CONSULTA.....
D.S.M:	RIESGO <input type="checkbox"/>	RETRASO <input type="checkbox"/>	
AREAS DE DEFICIT ²	C <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES DE LA MADRE			
ESCOLARIDAD.....		EDAD.....	
N°DE HIJOS.....		N°DE ORDEN Del niño o la niña.....	
OTROS.....			
ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO			
APGAR.....		PESO DE NACIMIENTO.....	
ANTECEDENTES DE LA DIADA			
TIPO DE APEGO ³		TIEMPO LME.....	
ACTITUD DE LA MADRE.....			
NORMAS DE CRIANZA			
1°.....			
2°.....			
3°.....			
INDICACIONES DE ESTIMULACION.....			
.....			

¹Registrar si se trata de la 1ª, 2ª o 3ª consulta déficit del DSM.

²Se refiere a las áreas de Coordinación (C); Motora (M); Social (S); Lenguaje (L).

³Se refiere a clasificación Escala Massie- Campbell aplicada a los 4 y 12 meses de edad.

Talleres con participación comunitaria

	ANEXO N° 18 TALLER: GRUPOS DE APOYO A LA CRIANZA	ANEXO N° 19 TALLER DE APOYO MADRE A MADRE
DEFINICION:	Proceso programado de interacción grupal con fines educativos, entre el/la monitor(a) de salud, capacitado(a) y el grupo de padres, madres, cuidadores con hijos e hijas de 0 a 5 años orientado(a) por uno o más miembros del equipo de salud y en coordinación con otras instituciones (Junji, Integra, etc) y realizado en el territorio de la jurisdicción del centro de salud.	Actividad sistemática, grupal con madres de lactantes de menores de 1 año con fines educativos y de intercambio de experiencias realizado por un(a) monitor(a) de salud orientado por uno o más miembros de equipo de salud.
OBJETIVO:	Intercambiar información y herramientas de apoyo para cuidar y potenciar o estimular el crecimiento y desarrollo del niño o la niña y fortalecer conductas que protejan la salud de la familia y la comunidad.	Que las madres logren relacionar cómo sus conductas cotidianas van modelando la conductas de sus hijos o hijas. Reconocer sus propias capacidades para el autocuidado. Reflexionar acerca del ejercicio de sus derechos y vida saludable.
DIRIGIDO A:	Dirigido a padres, madres, cuidadores con hijos e hijas de 0 a 5 años de edad, con énfasis en niños y niñas menores de 1 año.	Dirigido a madres de niños y niñas menores de 1 año
METODOLOGÍA:	Participativa, a partir de las experiencias y vivencias desarrollar el taller, hacer compromiso individuales y como grupo. En talleres de 3 a 5 sesiones con 8 a 10 participantes	Se recomienda metodología participativa que facilite el intercambio de experiencias y vivencias del "modo" de criar y otros temas referidos al autocuidado y cuidados del niño y la niña que sea de su interés. En talleres de 3 a 5 sesiones con la participación de 8 a 10 participantes.
SUGERENCIAS DE TEMAS A TRATAR	Etapas del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas. Manejo problemas de salud y desarrollo de hábitos saludables en la familia (actividad física, alimentación, recreación y juego), Medidas de seguridad en el hogar, prevención accidentes. Estilos de crianza. Reflexionar acerca de estilos de crianza de familias de origen. Autoestima y vínculos afectivos. Fortalecimiento de la funciones parentales. Acciones que dificultan y que favorecen la crianza. Redes sociales y de apoyo. Incentivar la creación de vínculos de apoyo persistentes entre las y los participantes.	Entregar apoyo emocional e intercambio de experiencias en situaciones de dificultad en la lactancia, sueño, aseo etc. Enseñar técnica de extracción manual y conservación de leche Identificar factores estresantes Entregar apoyo al desarrollo de habilidades de autoayuda y apoyo familiar y comunitario para enfrentar el proceso de embarazo y parto, para la disminución de los niveles de estrés, ansiedad y miedo, con énfasis en el protagonismo de la mujer en el proceso gestacional Apoyo al manejo y utilización de la información acerca de derechos y deberes Apoyo al desarrollo de habilidades para enfrentar el proceso de parto, del nacimiento y desarrollo del apego Apoyo a la lactancia materna Apoyo a la crianza
CONDICION PREVIA	Contar con monitores de salud preparados en tema del desarrollo psicosocial del niño y la niña	Contar con monitores de salud preparados en tema del desarrollo psicosocial del niño y la niña

ANEXO N° 21

CUESTIONARIO DE AUTODIAGNÓSTICO SOBRE RIESGOS EN EL USO DE ALCOHOL



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT).

Las siguientes preguntas le permitirán conocer mejor un riesgo para la salud que con frecuencia, pasa desapercibido : Se trata del consumo de alcohol.

Nuestro organismo y nuestra persona pueden ser más o menos resistentes a los efectos adversos del alcohol.

Hoy día existen instrumentos y exámenes para saber con anticipación cómo está esa resistencia, o su contrario, su vulnerabilidad. Este cuestionario es uno de esos instrumentos.

Muestre sus respuestas al profesional de salud que lo atenderá.

Si bien Ud. puede mostrarlas hoy o más adelante, según estime conveniente, le recomendamos hacerlo ahora mismo.

Si la consulta con el profesional confirma que Ud. se encuentra en riesgo por su manera de beber, se le ofrecerá practicarse un examen de sangre llamado " GGT ", más una " Consejería de Buena Salud " en la que se le darán a conocer sus resultados y de acuerdo a ellos, se le ofrecerán alguno de los siguientes caminos :

- Confirmar que Ud. bebe alcohol con responsabilidad para con Ud. mismo.
- incorporarse al " Programa de prevención de riesgos: Ud. decide",
- incorporarse a un programa de tratamiento, o
- la interconsulta a un especialista.

Responda con la entera seguridad de que se respetará la confidencialidad de sus respuestas.

Antes tenga presente lo siguiente :

- Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a :
1 botella o lata individual de cerveza (330 a 350 cc), o
1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc.), o
1 trago de licor solo o combinado (45 cc. de licor). Considere pisco, ron, whisky, vodka u otros similares.
- Embriaguez : desde el punto de vista de la salud, la embriaguez ocurre cuando se presenta algún grado de inestabilidad o torpeza de movimientos por efectos del beber. Equivale a sentirse "mareado", " algo cocido", " curado", "pasado".

Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna de la derecha y el puntaje total abajo.

Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y su significado práctico para Ud.

Lea este recuadro después de responder el cuestionario del reverso de esta hoja.

SI SU PUNTUACIÓN TOTAL ES:

- De 0 a 7 : Ud. parece beber en forma responsable. Siga así.
- De 8 a 15 : Ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo. Se le indicará una consejería sobre beber sin riesgos.
- De 16 a 19 : Ud. está en un nivel de problemas con su manera de beber. Se le indicará una consulta para un estudio más detenido.
- De 20 y más. : Definitivamente Ud. necesita un estudio más detenido. Se le ayudará a tomar alguna decisión respecto de su manera de beber alcohol.

Felicitaciones. Ud. ha sido franco con Ud. mismo. Ahora Ud. puede decidir presentar o no sus respuestas al profesional que lo atenderá.

Cuestionario

Preguntas	0	1	2	3	4	Puntos
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Todos los meses	Todas las semanas	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Todos los meses	Todas las semanas	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Todos los meses	Todas las semanas	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Todos los meses	Todas las semanas	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Todos los meses	Todas las semanas	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Todos los meses	Todas las semanas	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
TOTAL						

GRAFIKA MARMOR 857 38 19

ANEXO N° 22
ATENCIONES PARA APOYAR EL PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALES DEL NIÑO O NIÑA
PARA EL DESARROLLO PSICOMOTOR

<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALAS DE JUEGOS</p>	<p>La incorporación de Educadoras(es) de Párvulos, Educadoras/es Diferenciales, Terapeutas Ocupacionales al Equipo de Salud, como estrategia complementaria de intervención para la estimulación del desarrollo psicomotor en niños y niñas con rezago o déficit en su desarrollo, expresa la importancia de la estimulación en el desarrollo de los niños y las niñas y es coherente con el actual Modelo de Atención centrado en las personas y las familias.</p> <p>Las actividades de los y las educadoras de párvulos - basadas en los avances en el campo de las neurociencias - están orientadas a crear espacios educativos y de estimulación para niños y niñas con rezago o déficit en su desarrollo. Su principal objetivo es entregar a la familia los conocimientos y habilidades para una crianza positiva que favorezca el desarrollo del niño o la niña en todas las áreas. Así mismo, durante las actividades, utiliza técnicas para reforzar o crear relaciones positivas, seguras, gratificantes y estimuladoras entre la familia y el niño o la niña; reforzando los esfuerzos y logros y motivando la continuidad en la vida cotidiana del hogar, de los juegos y nuevas formas de relación.</p> <p>Estas actividades pueden realizarse en un espacio físico de la red social o sanitaria.</p>
<p style="text-align: center;">RESCATE EN DOMICILIO DE PACIENTES INASISTENTES</p>	<p>Es la actividad que realiza una o un técnico paramédico o administrativo para reincorporar a niños o niñas diagnosticados en riesgo o retraso del DSM y que han permanecido inasistentes a las consultas déficit u otras de las actividades que le han sido programadas con el fin de lograr su recuperación.</p>
<p style="text-align: center;">CONSULTA ENFERMERA</p>	<p>Es la atención dirigida a la familia o caso índice en una situación problema, proporcionada por el profesional Enfermera que comprende: valoración, diagnóstico de enfermería, determinación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo al plan, evaluación registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. Se incluyen en ella, entre otras, aquellas consultas de seguimiento y/o de apoyo diagnóstico para familias con niños o niñas en rezago o déficit de su desarrollo.</p>
<p style="text-align: center;">CONSULTA POR PSICÓLOGO(A):</p>	<p>Es la atención individual o grupal proporcionada por Psicólogo(a), en un Centro de Salud, a la madre, padre o cuidador(a) de una niña o niño en que se ha que ha detectado un rezago o déficit en su desarrollo y que evidencian serias dificultades en su adaptación a los cambios propios del desarrollo del niño niña o a eventos críticos inesperados (hospitalización de un hijo o hija, accidente, fallecimiento o enfermedad severa de familiar cercano, etc.) o el padre o madre está en tratamiento de padres por un trastorno.</p>
<p style="text-align: center;">CONSULTA POR FONOAUDIÓLOGO(A):</p>	<p>Es la atención otorgada a niños y niñas que son derivadas para evaluación de un retraso o problema en el desarrollo del habla o por presentar un trastorno en la expresión verbal que requiere fonoaudiológico.</p>
<p style="text-align: center;">CONSULTA SOCIAL:</p>	<p>Atención otorgada por un(a) Asistente o trabajadora Social a una familia con un niño o niña en la que se han detectado riesgos sociales para su desarrollo o necesidades especiales para su protección y acceso a otras instituciones y servicios. Su objetivo es realizar un diagnóstico de la situación sociofamiliar y del niño o la niña, con vistas a favorecer el contacto y la relación de ésta con los servicios de la red asistencial local, orientar en la solución de problemas sociales y coordinar las ayudas y subsidios y otros recursos legales a través de la acción intersectorial.</p>
<p style="text-align: center;">CONSEJERÍA FAMILIAR</p>	<p>Es la actividad dirigida a facilitar el desarrollo de habilidades de las personas o familias para tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual y del niño/niña con riesgo, rezago o déficit en su desarrollo, y/o a la modificación de comportamientos que implican un riesgo o daño individual o familiar.</p>
<p style="text-align: center;">Manejo de caso</p>	<p>Es la actividad realizada por los integrantes del equipo de cabecera que atiende al niño o la niña y su entorno familiar, con la finalidad de analizar los casos de déficit o rezago, y en conjunto elaborar una estrategia común de manejo integral.</p>

ANEXO N° 23 ESTIMULACIÓN TEMPRANA

La concepción de estimulación temprana surge en 1959 en el documento de Declaración de los Derechos del Niño, enfocado como una forma especializada de atención a los niños y niñas que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social, y en el que se privilegia a aquellos que provienen de familias marginales, carenciadas o necesitadas. Posteriormente investigaciones de referencia sugieren que la estimulación temprana pueden tener efectos educativos de larga duración en niños y niñas sanas aplicándose en el momento necesario y en los períodos sensitivos pertinentes del desarrollo es así que entenderemos por Estimulación Temprana a un conjunto de acciones dirigidas a promover las capacidades físicas, mentales y sociales de niños y niñas, a prevenir el rezago y déficit del desarrollo psicomotor, a rehabilitar las alteraciones motoras, los déficit sensoriales, las discapacidades intelectuales, los trastornos de lenguaje con el objetivo de lograr la inserción de estos niños y niñas en su medio.

Al igual que el alimento nutre el cuerpo y permite la vida, la estimulación desarrolla la inteligencia y genera relaciones de afecto. Su objetivo final es contribuir a la calidad de vida mediante el óptimo desarrollo del vasto potencial del sistema nervioso central de niños y niñas, despertando capacidades “dormidas”, recuperando restos funcionales y desarrollando nuevas habilidades.

Se basa en la plasticidad cerebral de la infancia temprana y la posibilidad de su mayor desarrollo mediante la exposición a estímulos apropiados, modelaje de formas de respuesta a éstos, ensayo de distintas reacciones posibles ante un mismo estímulo. Se basa también en la capacidad de los seres humanos de responder a los estímulos sociales: sonrisas, caricias y al lenguaje verbal y no verbal. La estimulación es esencialmente social y por tratarse de niños y niñas, es siempre una forma de juego.

A continuación se describe una serie de actividades o juegos que pueden ser propuestos a la familia y cuidadores(as) por profesionales de la atención primaria y secundaria, y/o realizados en conjunto con ellos como modelo, en las actividades del programa de salud del niño y en las entrevistas que se realizan con la familia cuando niños y niñas están hospitalizados.

CÓMO AYUDAR AL DESARROLLO DE SU HIJO O HIJA DESDE QUE NACE

1. EL NIÑO O NIÑA ES UNA PERSONA

Es decir, diferente a todos los demás y ha nacido con una manera de ser que le es propia. Sus padres y familiares tendrán que aprender a conocerlo, así como él tendrá que aprender a conocerlo a ellos.

Por eso es muy importante:

- Llámelo(a) por su nombre.
- Abrácelo(a) y tómelo en brazos, se sentirá seguro(a) y sabrá que lo quieren
- Háblele y cuando el niño/niña emita sonidos, aunque le parezca que no significan nada, respóndale.
- Cántele, léale todos los días un pequeño cuento, escuche música con él o ella.
- Ponga música
- Téngalo(a) cerca cuando la familia se reúne, hágalo participar.
- Juegue con él o ella, despierto(a) y relajado(a).
- Cuide su seguridad
- No agite o zamarree nunca al niño o niña recién nacido o pequeño. Sus músculos del cuello son muy débiles y no tienen la capacidad de sostener la cabeza.
- Ponga el bebé a dormir boca arriba. Nunca debe dormir boca abajo ya que se asocia a muerte súbita.
- La forma mas segura de llevar al niño cuando sale de la casa en un portabebé o mochila, en que el peso se sostiene en los hombros, le deja las manos libres y el niño o niña se apoya de frente sobre su pecho.
- No permita que el niño o niña juegue con nada que le cubra la cara o pueda tragar.
- La lactancia materna exclusiva es la mejor forma de alimentar a los niños/niñas durante los primeros seis meses de vida, a contar del sexto mes se inicia la adición de sólidos consistente en puré. Recordar que la introducción de comidas en trozos pequeños se inicia posterior al año de edad.
- Nunca tome en brazos al niño o niña, ni se le acerque, cuando tenga en la mano líquidos o alimentos calientes.
- Nunca ponerlo en andador

RECUERDE:

Los niños, al igual que las niñas necesitan expresar sus emociones y así aprender a controlarlas, no es cierto que “los hombres no lloran”.

Los juegos y los juguetes permiten aprender distintas actividades y formas de hacer las cosas. Los niños hombres deben aprender como se cuidan los niños y las tareas domesticas. Las tareas domesticas no son exclusivas de las mujeres, son compartidas.

Para que los niños no aprendan a ser agresivos es mejor no tener juguetes que sirven para hacer daño o para la guerra. No es cierto que los juguetes bélicos sirvan para aprender a defenderse.

Los juegos tienen un gran poder socializante pues ayuda al niño/niña a resolver problemas confusos y perturbadores de índole social, emocional e intelectual, a respetar reglas que hacen posible una convivencia pacífica a compartir y cuidar su entorno. El deporte no es exclusivo de los hombres. Ser autoridad y mandar no es exclusivo de los hombres. Los niños y las niñas pueden y deben jugar a los mismos juegos y con los mismos juguetes.

2. CÓMO AYUDAR AL DESARROLLO DE SU HIJO O HIJA DURANTE EL PRIMER AÑO

Durante su primer año, el niño o niña pasa de ser alguien que responde en forma refleja, a alguien que puede dar una respuesta voluntaria a su medio ambiente. Aprende a reconocer la voz de las personas cercanas, a mirar moviendo los ojos, a balbucear, a repetir palabras cortas y mucho más

Pero, lo más importante es que establece una relación de afecto y confianza con su madre, familiares y cuidadoras(es). La forma en que estas personas lo abrazan, cargan y juegan con él o ella, definirá en gran medida la manera como el se relacionará con los demás a lo largo de su vida.

A continuación se entregan algunas recomendaciones sencillas que pueden ser útiles para apoyar al niño o niña en su desarrollo el primer año y para establecer con el una relación afectiva segura y positiva: la forma mas apropiada de jugar con él o ella, mes a mes y algunos masajes que ayudaran al niño o niña a sentirse seguro(a) y tranquilo(a), a saber que se le tiene afecto y a usted, a sentir que esta logrando tener una buena comunicación.

2.1. JUEGOS

El niño o niña esta siendo estimulado permanentemente, a través de los sentidos y con el contacto con las personas que lo cuidan. El juego es la actividad natural de los niños. Jugar con el apoyarlo y favorecer su desarrollo como persona. A continuación se sugieren juegos para cada mes, recuerde que hay que continuar con los juegos del mes anterior

Primer mes

El primer mes es una etapa de transición de la vida intrauterina, totalmente dependiente, a una existencia independiente, lo que exige una enorme capacidad de adaptación al cuerpo del niño o niña. Al nacer, la visión es inmadura por la ausencia de luz dentro del útero. Los recién nacidos ven mejor a una distancia de 20 centímetros y no enfocan bien a menor o mayor distancia, por eso, acérquele su cara a esa distancia, para que comience a conocerlo(a). Dentro del útero se escuchan sonidos, por eso el recién nacido ya tiene capacidad localizar, identificar y memorizar sonidos, voces y melodías. La madurez del sentido del gusto y el olfato permiten al recién nacido responder y reconocer el olor de las personas (especialmente la madre o principal figura de apego) y de la leche.

Juegos a realizar el 1º mes

- Colocar al niño o niña en distintas posiciones: boca abajo, boca arriba, de lado y cambiar su posición en la cuna, a veces hacia la cabecera y otras hacia los pies
- Mover sus brazos y piernas, abrir y cerrar con suavidad sus manos y dedos, mover sus pies en todas direcciones
- Poner un dedo en la palma de su mano, para que lo apriete
- Conversarle en tono de voz natural y cantarle, observando si reacciona a los sonidos
- Colocar objetos a su vista y observar si los mira
- Colgar un objeto y balancearlo para que el niño lo siga con la mirada
- Estimular su cuerpo con telas de texturas diferentes

Segundo y tercer mes

A los dos y tres meses existe una mayor comunicación entre los padres y el niño o niña. Los padres atraen su atención hablándole y buscando su mirada y el niño o niña responde sonriendo, vocalizando, movilizand sus brazos y piernas.

Este período se caracteriza por los desplazamientos espaciales del cuerpo y de los objetos por lo tanto es importante escoger objetos que permitan al niño o niña fijar su mirada sobre colores y formas diferentes.

Actividades a realizar el 2º mes

- Colocarlo en boca abajo para que intente levantar la cabeza
- Mover sus brazos y piernas más ampliamente
- Hacer sonidos con diversos objetos, a uno y otro lado de la cabeza y observar si da vuelta la cabeza al origen del sonido
- Mostrarle objetos de color llamativo
- Seguir estimulando el seguimiento visual de un objeto que se balancea frente a sus ojos
- Ayudarlo(a) a que tome un objeto, poniéndolo en su mano
- Estimular su cuerpo con telas de texturas diferentes
- No se olvide de conversarle y sonreírle.

Actividades a realizar 3º mes

- Sentarlo sosteniendo su cuello, espalda y cabeza sobre los brazos del adulto
- Boca abajo, llamar su atención con sonidos u objetos para que levante la cabeza y ayudarlo a que se apoye en sus brazos
- Cambie al niño/niña de lugar de vez en cuando, lo puede colocar cerca de la ventana y apoyando bien la espalda puede dejarlo

semisentado(a) algunos minutos y así podrá mirar distintas cosas. Favorecer con una linterna el seguimiento de estímulos luminosos

- Colocar en su mano un cascabel y ayudarlo(a) a producir sonidos con el
- Mostrarle sus manos
- Colocar un pañuelo liviano sobre su cara para que intente retirarlo
- Colocarle pequeñas pulseras de cascabeles en las muñecas y luego en los tobillos, para estimular el movimiento y la atención a los sonidos
- Háblele, trate de ser expresiva; su hijo o hija, aunque no entienda las palabras irá aprendiendo que las personas hablan distinto si están alegres, tristes, cansadas.

Cuarto y quinto mes

La relación con el niño/niña es más entretenida a estas edades. El niño/a está activo, se interesa más por las cosas a su alrededor, interactúa con sus padres, familiares, cuidadores, se ríe y responde a los juegos.

El niño/niña ha alcanzado logros importantes en su desarrollo: controla su cabeza, busca con la mirada un sonido nuevo, gorjea y se ríe a carcajadas. Se interesa por su entorno.

Un niño/niña que no controla la cabeza o que no muestra interés en el entorno necesita ser referido para una evaluación formal del desarrollo psicomotor.

Actividades a realizar el 4º mes

- Colocar al niño o niña boca arriba y ayudarlo(a) a rodar
- Colocar al niño o niña boca abajo apoyado(a) en sus antebrazos y balancear un objeto para que lo siga con la vista
- Ayudarlo(a) a juntar sus manos como aplaudiendo
- Colocar argollas en sus manos para que intente acercarlos
- Sentarlo(a) por breves momentos al comienzo, sostenido con almohadas y colocar objetos llamativos frente a él
- Hacer que mire sus manos
- Cantarle o tocar un instrumento, tenerle una canción para él/ella.

Actividades a realizar el 5º mes

- Sentarlo frente a frente del adulto, ayudándolo a sostener su cabeza
- Sentarlo frente a una mesa y permitirle manipular cubos, campanas, argollas, pelotas
- Con el niño o niña boca arriba, sosteniendo bien sus manos, tirarlo suavemente para que levante la cabeza y los hombros
- Mostrarle objetos y estimularlo para que los alcance
- Estimular con objetos sus pies y manos
- Colocar y balancear un cascabel en su mano
- Incentivarlo a que, tanto boca arriba como boca abajo, eleve su cabeza
- Ayudarlo a sostener su mamadera, envolviéndola en un pañuelo o tela
- Ponerlo frente al espejo, conversar y sonreír con él

Sexto y séptimo mes

A esta edad, el niño/niña está en el punto máximo de sociabilidad, disfruta mucho de interactuar con otros, se interesa en quien lo mira y responde con risas y juegos. A partir de los 7 meses puede preferir el juego con personas más cercanas.

El niño/niña se moviliza poco solo(a): se sienta sin apoyo por pocos segundos, en prono levanta el tronco y de espaldas se gira a prono. Balbucea por largo rato, repite disílabos y reconoce cuando lo llaman por su nombre. Puede tomar objetos con la mano y transferirlos a la otra y tiende a llevarse todo a la boca. De pie apoya su peso en los pies y flexiona sus piernas con energía

Juegos a realizar el 6º mes

- Boca abajo, apoyarlo(a) en sus brazos con las rodillas flexionadas
- Ayudar al niño a sentarse por algunos minutos, apoyando sus manos en el suelo, con las piernas extendidas y separadas
- Mostrarle sus manos y dedos, frotándose los
- Ayudarlo a sostener objetos con la palma de sus manos
- Favorecer y ayudarlo a que pase un objeto de una mano a la otra
- Animarle a sostener un juguete en cada mano y golpear uno contra otro.
- Jugar con él o ella golpeando la superficie de una mesa con sus manos abiertas
- Observar si el niño o niña oye los sonidos que se producen fuera de su campo visual
- Mostrarle objetos, dejarlos caer y observar si los busca

Juegos a realizar el 7° mes

- Cuando imite accidentalmente un sonido, producido por el mismo o por otra persona, felicitarle y demostrarle que eso que la hecho a usted le produce alegría
- Boca arriba, con su cabeza sobre una almohada estimularlo a levantarla, mostrándole objetos llamativos
- Motivarle a que se siente, sentarlo por algunos minutos con las piernas dobladas y apoyado en sus manos,
- Ayudarle a pasar de posición boca arriba a boca abajo y viceversa
- Tanto boca arriba como boca abajo, estimularle con sonidos para que se mueva en dirección de la fuente sonora
- Ponerlo(a) a gatas, ayudándolo(a) a mover brazos y piernas
- Ayudarle y estimularle a levantarse apoyado en mueble o persona
- Hacerlo(a) "saltar" estando de pie, sosteniéndole por debajo de los brazos
- Colocar un cascabel u otro objeto en su mano para que golpee con el la superficie de una mesa de puntas redondeadas
- Mientras el niño o niña sostiene un objeto con su mano, mostrarle otro y animarlo a que lo agarrare
- Hablar con el o ella frente al espejo, señalándole las partes de su cuerpo.

Octavo a décimo mes

Entre los 8 y 10 meses de vida se consiguen importantes logros en el desarrollo: el niño o niña se hace más independiente, está más móvil, gatea, se incorpora, se logra poner de pie afirmado en los muebles. Es capaz de expresar gustos y disgustos, desconoce a extraños; se despierta en la noche, se asusta con la oscuridad.

Juegos a realizar el 8° mes

- Sentar al niño o niña sin apoyo
- Boca arriba, motivarle a sentarse y después, tomándole de las manos, ayudarle a pararse
- Animarle a que alcance objetos colocados lejos de él
- Ayudarle a tomar un objeto con el pulgar y otro dedo
- Estimularle a tomar objetos con los dedos índice y pulgar
- Pasarle una cuchara plástica de mango grueso y recto que pueda sostener para que trate de comer solo

Juegos a realizar el 9° mes

- Permitirle y animarlo a gatear con movimientos alternados de manos y piernas
- Ayudarle a colocar objetos en una caja y animarlo después a que lo haga solo(a)
- Repetirle sílabas (ma - pa - da - ta - ga - la etc.) para que imite
- Decir el nombre correcto de los objetos y mostrárselos o acérqueselos para que los tome
- Acercarle a los muebles y objetos de la casa, diciendo su nombre correcto
- Hablarle describiendo objetos y mostrándole detalles de éstos
- Hacer sonidos con diferentes objetos para que los identifique.

Juegos a realizar el 10° mes

- Boca abajo, animarlo a que se arrastre y gatee para alcanzar objetos
- Sentarle cerca de la baranda de la cuna y animarlo a ponerse de pie
- Sentado(a), animarle a ponerse boca abajo
- Jugar a colocar objetos en un vaso plástico, siempre con un adulto
- Animarle a aplaudir
- Motivarle a que salude y diga adiós con su mano
- Colocar pedacitos de pan u otro alimento sólido en un plato para que los tome y se los lleve a la boca
- Permitirle llevarse solo un vaso plástico a la boca, sin líquido

Décimo primer y décimo segundo mes

En el curso de su segundo semestre de vida, el niño o niña se desarrolla rápidamente: desde este momento él o ella puede sostenerse sentado y pronto comenzará a desplazarse. Cerca de los 12 meses, puede que comience a querer jugar a llenar y vaciar.

Juegos a realizar el 11° mes

- Varias veces al día, colocar al niño o niña sentado varias veces al día y hacer que se interese por objetos a su alrededor
- Colocar un lápiz de cera gruesa en su mano y estimularle a rayar un papel
- Sacar y meter objetos de una caja
- Pedirle que entregue al adulto un objeto en su mano
- Jugar con él o ella a sostener y hacer rodar o tirar una pelota
- Jugar a tirar objetos hacia una caja, previa demostración

- Con el niño o niña sentado, producir con un objeto sonidos detrás de él o ella para que de vuelta la cabeza. Hacer lo mismo pero con el niño de pie apoyándose en un mueble
- Mostrarle y permitirle jugar con libros grandes con imágenes de colores y hablarle de ellas
- Amarrar un cordel a un objeto para que lo arrastre o tire en diferentes direcciones

Juegos a realizar el 12° mes

- Sentarlo y poner objetos a sus lados para que trate de alcanzarlos. Lo mismo con sonidos para que trate de localizarlos
- Ayudarlo a dar algunos pasos, sosteniéndolo de la ropa o debajo de los brazos
- Sentarlo en una silla apropiada a su tamaño, para que pueda sentarse solo(a)
- Si trata de caminar, dejarle levantarse y sentarse por sí mismo
- Jugar a patear una pelota grande
- Jugar con una pelota frente a un espejo
- Jugar con él o ella a ponerse y quitarse gorros o sombreros
- Hacer un tren de cubos y estimularle a imitarlo
- Tirar un carrito con una cuerda
- Animarle a dar algunos pasos solo apoyado en objetos o muebles
- Enseñarle a construir una torre con dos cubos y dejar que la haga solo(a)
- Jugar frente al espejo a los saludos, despedida, aplausos, besos y señalar partes del cuerpo por su nombre correcto
- Conversar mucho usando palabras sencillas y frases cortas
- Imitar sonidos de objetos y animales conocidos por el niño o niña
- Enseñarle a ejecutar órdenes simples
- Permitirle comer solo aunque derrame parte de la comida
- Sentarlo en la bacinica por algunos minutos, tres o cuatro, varias veces al día, en horarios fijos
- Ayudarlo a lavar y secar sus manos y su cara
- Al vestirlo, decir el nombre las prendas y partes del cuerpo
- Al bañarlo o lavar, ayudarlo a identificar caliente y frío

12 a 18 meses

En esta etapa el niño o niña ha logrado mantenerse de pie con buen equilibrio, reaccionado a los movimientos que le hacen perder el equilibrio con movimientos compensatorios. Progresivamente prefiere desplazarse caminando en vez de gatear y logra ponerse de rodillas. Al final del semestre, tiene prensión fina y precisa, con independencia manual (hacer movimientos distintos con cada mano) y buena coordinación ojo-mano, lo que le permite nuevas conductas, como "dibujar", beber en vaso y ensartar.

Utiliza nuevas formas de exploración gracias a que camina, necesita espacios grandes para moverse, le gusta que jueguen con él o ella y le enseñen nuevas cosas, nuevos juegos. Va mejorando su capacidad de comunicarse con los demás y ampliándola poco a poco. Pronuncia entre 2 y 10 palabras y comprende muchas más. Le gusta imitar sonidos y lo hace bastante bien. Tiene algunos logros en su autonomía social gracias a sus posibilidades motrices (empieza a beber solo, a quitarse prendas de vestir, a comer). Le gusta relacionarse con otras personas. No controla esfínteres: pero se da cuenta y avisa cuando ya se ha hecho.

Juegos a realizar entre los 12 y 18 meses

- Jugar a arrastrarle cogiéndole por las axilas.
- Sentarlo en una silla e invitarle a bajar ofreciéndole las manos
- Aprovechar cuando se ponga de rodillas para jugar con él o ella un rato en esa postura.
- Jugar a gatear, a subir escaleras gateando.
- Poner sillas u otros objetos formando un camino o túnel y animarlo a gatear atravesándolo
- Andar hacia atrás, hacer carreras, jugar a subir y bajar dándole las manos
- Dejar que se agarre a una puerta y entonces abrirla y cerrarla suave y lentamente, para que tenga que moverse hacia delante y hacia atrás.
- Lanzar objetos, a tirar la pelota.
- Contarle cosas, cuentos, canciones.
- Ofrecerle juegos de encajar aros en un palo.
- Ofrecerle objetos jugar a hacer hileras como si fuera un tren, pidiéndole que ponga los cubos delante o detrás
- Enseñarle a hacer torres con los objetos y dejarle que los tire.
- Pedirle que nos dé objetos de un determinado color, mostrando alegría cuando acierte y diciendo que no cuando se equivoque.
- Señalar objetos: decirle nombres de juguetes para que los señale.
- Preguntarle dónde están los ojos, la boca, las orejas, etc., para que los señale
- Ponerle los calcetines y tirar un poco de la punta, enseñándole el movimiento que debe hacer para quitarlos.
- Al ponerle los pantalones o la camiseta, enseñarle el agujero para que estire los brazos o las piernas y los meta allí.
- Empezar a enseñarle a cepillarse los dientes, mostrándole cómo lo hacemos con cepillo y con dedo.
- Sentarlo en la bacinica y estar con él o ella un rato, contándole que ahí puede hacer pipí o caca, diariamente para que se acostumbre y sepa para qué sirve, aunque no lo haga.

18 a 24 meses

Domina la posición de pie y mantiene el equilibrio aunque lo pierde cuando corre y quiere darse la vuelta. Se pone de rodillas para coger objetos del suelo; al principio se cae, pero ya al final mantiene el equilibrio en esta postura. Buena coordinación de manos, realiza manipulaciones finas y le gusta señalar con el dedo índice y sus dedos exploran de forma independiente los objetos. El conocimiento manual es cada vez más importante, disminuyendo el conocimiento bucal, chupar, morder. Le gustan los juegos manuales en los que su dominio es cada vez mayor.

Se interesa por lo que le rodea y quiere saber su nombre.

Se esfuerza por pronunciar de forma parecida a las personas que le rodean. Domina 20 a 30 palabras, usadas en grupos de dos sin ayuda entre ellas para expresar lo que desea. Utiliza la negación de forma más convincente, repite sonidos o frases de forma imitativa y sin valor de comunicación (ecolalia). Expresa sus emociones mediante el cuerpo en general, utilizando cada vez más movimientos. Le gusta colaborar en tareas que le proponen los adultos y el contacto con las personas. Le gusta vestirse aunque necesita la ayuda.

Juegos a realizar entre los 18 y 24 meses

- Colgar algún juguete en el respaldo de la silla para ver cómo trata de subirse (cuidar que no se caiga).
- Saltar obstáculos, chutear el balón
- Sentarle en una silla, cogerle de las manos y decirle que se levante, que vuelva a agacharse
- Tomarle de la mano y tirarle juguetes ayudándole a que se agache sin soltarle
- Tumbarle en el suelo a jugar, dar vueltas, gatear.
- Tumbarle en el suelo y decirle que no se mueva, contar hasta 3 y decirle que puede levantarse (ayuda a relajarse).
- Construir torres, comparaciones, pesado y liviano, lleno y vacío, largo y corto, diferenciar texturas, colores, rompecabezas, jugar a contar, esconder juguetes y que los encuentre.
- Ejercicios faciales y de lengua.
- Nombrar el agua cuando le demos de beber, al abrir el grifo, cuando se baña.
- Jugar a nombrar juguetes.
- Jugar a terminar palabras.
- Enseñarle a decir sí y no.
- Contarle cuentos.
- Nombrarle las acciones más importantes del día.
- Saludar a la gente
- Cuando alguien le ofrezca algo y lo coja, enseñarle a decir "gracias".
- Enseñarle a recoger los juguetes, mostrarle dónde se guardan
- Enseñarle que hay cosas que puede hacer y otras que no, sin enojarse
- Jugar con muñecas o muñecos, cambiándoles porque se hacen pipí y caca.
- Cuando él tenga pipí o caca, decirle que nos ayude, que busque el pañal.
- Alternar, el pañal y no pañal para que se dé cuenta cuando se moje.
- Enseñarle a quitarse la ropa, jugar a bajar y subir cierres
- A la hora de comer no debe haber apuro, aprender a comer solo necesita tiempo.
- Sentarse a su lado y darle de comer a la vez que se le deja comer solo.
- Aprovechar para realizar ejercicios de lenguaje referentes a la comida y para introducir conceptos de cantidad.
- Enseñarle a lavarse las manos después de las comidas.
- Enseñarle a cepillarse los dientes después de las comidas (dejarle que lo haga con el dedo o un cepillo de dientes para niños).
- Enseñarle a peinarse.
- A la hora del baño, darle una esponja para que se limpie.

ANEXO N° 24

MASAJE INFANTIL

Que el niño o niña crezca sano no es solo cuestión de buena alimentación. También hay que tomarlo en brazos, acariciarlo, acunarlo y masajearlo. Los masajes no solo ayudan a calmar al niño cuando esta molesto, son importantes como forma de hablar a la piel del niño, son un arte simple y muy antiguo y que ayuda al niño a aceptar el mundo.

Los niños y niñas tienen, como todas las personas, la necesidad de ser tocados, y acariciados. El contacto piel a piel le da seguridad y tranquilidad. La mayoría de las madres y familiares acarician instintivamente a sus hijos e hijas, pero se puede aprender a hacerlo mejor. Un masaje es frotar profundo, acariciando con ternura la piel suave del bebé. A través de estos masajes se estimulan sus sentidos, su sistema nervioso, respiratorio, digestivo y se liberan hormonas que estimulan el crecimiento.

El cerebro del niño o niña es una especie de rompecabezas sin armar, con un número infinito de piezas. Cada sonrisa, cada contacto con su piel, cada sonido, cada canción de cuna, induce nuevas conexiones neuronales, provoca sensaciones y despierta en el niño aptitudes e inclinaciones que son parte de los mecanismos fundamentales del aprendizaje y la experiencia. Cada momento que pasamos atendiendo y jugando con el niño o niña le estamos enseñando como son las personas adultas y como debiera llegar a ser el cuando sea adulto.

Los masajes son caricias y juegos, no una tarea a cumplir: puede hacerlo la madre el padre u otra persona muy cercana que le tenga cariño y sea responsable de cuidarlo. El mejor momento para el masaje es cuando el niño o niña está despierto y tranquilo. No cuando esta cansado, con hambre o con el estómago lleno. Se puede utilizar aceite natural (de oliva, de almendras dulces) u otro que sea comestible, el bebe puede acercar sus manos o pies a la boca. Puede hacer pipi durante el masaje, coloca un pañal. Quítese pulseras y anillos para no arañar la piel. El niño o niña debe estar desnudo(a), la habitación no puede estar fría. Es importante hablarle o cantarle durante el masaje, y por supuesto, parar y escuchar al niño o niña cuando responda. Hacer del masaje una rutina: son solo unos minutos al día, en los momentos en que suele estar relajado. Y por supuesto debe ser divertido.

Pasos a seguir:

- Siempre hacer los masajes, despacio, con tranquilidad. No los haga si tiene apuro o preocupaciones importantes, o no se siente bien.
- Sentarse en el suelo, apoyando la espada, poner al niño o niña delante, o sobre las piernas y comenzar por el pecho (boca arriba): pasar las palmas de las manos, como abriendo y alisando las páginas de un libro, hacia los hombros.
- brazo: bajar la mano desde el hombro a la mano, como si fuera una pulsera, después, lo mismo, pero con movimiento de torsión
- mano: pasar la mano desde la palma hasta la punta de los dedos del niño o niña, dedo por dedo, masajear el otro brazo y la otra mano
- abdomen (boca arriba): partiendo de la base del pecho, donde se abren las costillas, las palmas de sus manos descienden hacia la parte baja del abdomen. Repetir el movimiento como olas, como si “vaciará” el cuerpo del bebé.
- piernas: igual que con los brazos, tomar las piernas por las rodillas, acercárselas al pecho del niño, despegando la columna de la cama o colchoneta y luego aflojar suavemente
- pies: pasar el pulgar desde el talón hasta los dedos y luego la palma de la mano desde el talón hasta la punta de los dedos con la palma de la mano, dedo por dedo masajear la otra pierna y el otro pie
- espalda (boca abajo y transversal): como “amasando” suavemente a lo largo de la espalda; lo mismo, presionando en las nalgas y por ultimo, lo mismo a lo largo de la espalda hasta los pies
- cara (boca arriba): pase suavemente sus manos por la frente, base de la nariz y comisuras de la nariz

ANEXO N° 25

JUGUETES PARA LA ESTIMULACIÓN DEL NIÑO/NIÑA DE 0 A 1 AÑO DE EDAD

Edad	Juguete o herramienta de estimulación	Especificación Técnica	Función que apoya	Educación a la madre/padre/ cuidador/a
RN a 3 meses	Mantita de Estimulación	Manta de 1.00 x 1.00 m con telas lavables de diversos colores y texturas. Tiene incorporados elementos que emiten diversos sonidos y un espejo plástico de 10 cm de diámetro. Incorpora también un móvil de figuras con puntas redondeadas.	Todas las áreas: motora, coordinación, social, lenguaje hasta alrededor de año de edad.	Es un espacio de juego donde la madre/padre/ cuidador/a estimula al niño/niña a tomar objetos, a seguir con la mirada y escuchar diferentes sonidos. Puede transportar esta manta de estimulación a distintos lugares de la casa.
	Portabebé, mochila, bandoleras	Arnés de traslado infantil desde RN hasta que el niño/niña cumpla 1- 2 años de edad.	Estimula la intimidad entre la madre y el hijo/a. Ayuda a que la comunicación entre madre /hijo/a sea mejor ya que la madre se da cuenta más fácilmente de las necesidades del bebé. El balanceo y la estimulación del movimiento Incrementa su desarrollo neuronal	El transportar al n/niña en estos "portabebés" es más cómodo para los padres a la hora de realizar sus tareas habituales. El niño/niña se siente querida, seguro y confiado. El niño/niña forma parte de la conversación entre adultos, incrementando sus oportunidades de socialización y aprendiendo a escuchar. Está más involucrado con el mundo que le rodea.
	Aceite natural	Frasco plástico de 50 ml de vaselina líquida, con dosificador, transparente, etiquetado "aceite para masajes"	El masaje contribuye en un primer momento a disolver las tensiones surgidas en el parto vaginal o la cesárea Los masajes son una forma de "hablarle" a la piel del niño/niña.	El mejor momento para el masaje es cuando el bebe está despierto y tranquilo. No cuando esta cansado, con hambre o con el estómago lleno Se puede utilizar aceite natural (de oliva, de almendras dulces) u otro que sea comestible, el bebe puede acercar sus manos o pies a la boca. Puede hacer pipi durante el masaje, coloca un pañal. Quitarse pulseras y anillos para no arañar la piel del bebe, mantener uñas cortas El bebé debe estar desnudo, la habitación no puede estar fría .Es importante hablarle o cantarle durante el masaje, y por supuesto, parar y escuchar al bebé cuando responda .Hacer del masaje una rutina: son solo unos minutos al día, en los momentos en que suele estar relajado. Y por supuesto: debe ser divertido
	Móvil	Consta de 4 figuras simples y lisas, con volumen de 10 cm de diámetro. Colores: rojo, amarillo, azul. De plástico resistente	Estimulación espacial. Movimiento ocular y de apoyo a fijar la vista.	Colocar el móvil a una distancia de alrededor de 20 cms durante los primeros meses.
	Cascabeles con argolla	Son 2 cascabeles con asa circular de 1 cm de espesor y de 6 cm de diámetro, de plástico resistente, colores: asa blanca con figuras azul , verde pistacho, amarillo.	Estimulación de la coordinación ◊ prehensión, apretar y soltar objetos. Estímulo auditivo. Juntar manos en la línea media (8-9 meses).	Coloque el asa del sonajero en la palma de la mano con los dedos haga que afirme el asa. Muéstrela el sonajero y muévela lentamente para que lo siga con la vista. Cuando el niño/niña esté de espaldas muéstrela ambos cascabeles, muévalas para hacer ruido una contra otra, el niño/a prestará atención de dónde viene el sonido.

4° al 6° mes	Juego de argollas de encaje	6 argollas de plástico resistente donde el mayor sea de 15 cm de diámetro y el menor de 8 cm de diámetro. Colores llamativos: rojo, celeste, amarillo, naranja, verde pistacho, lila.	Estimula desarrollo viso-espacial. Prehensión Contribuye a desarrollar coordinación ojo -mano	Coloque 1 argolla en cada mano del niño/niña y ayude a que las pueda mirar, golpear o chupar. Tome las argollas y trate que la siga con la vista, moviéndolas lentamente de arriba-abajo; de un lado a otro, vaya nombrándole los colores. Desde lo 8 a 10 meses pásele el juego de argollas y estimule a que el niño/niña ensarte las argollas de distintos tamaños.
	Cubos	4 cubos de esponja forrado con vinil, incorporar un sonajero en el cubo grande de 12 x12 y en una cara del cubo de 10x10 colocar un espejo plástico. 1 cubo de 12x12 cm 1 cubo de 10x10 cm 1 cubo de 8 x 8 cm 1 cubo de 6x 6 cm. Colores fondo : rojo, amarillo, azul, verde Colocar figuras de la naturaleza en cada una de las caras.	Estimula actividad motora y coordinación visual-social	Coloque al niño/niña semisentado en la cama, coloque el cubo grande con sonajero en los pies del niño/niña y enséñele a patearlo. Deje caer uno de los cubos para que siga el recorrido de arriba hacia abajo. Pásele el cubo pequeño para que lo sostenga en la mano, muéstrelle otro cubo y que intente agarrado. Coloque al niño/niña frente al espejo (ubicado en el cubo de 10X10 cm). Nómbrelle las figuras que aparecen en las caras de los cubos. Coloque al niño/niña un rato boca abajo. Coloque uno de lo cubos, el más vistoso, delante de la cabeza, levantará y moverá los brazos para tomarlo.
7° al 12° mes	Pañuelo de color	1 pañuelo de color fuerte, tela liviana de 30x30 cm.	Permanencia del objeto. Juego de escondida: se estimula el área social, motora y coordinación.	Puede tapar el cubo con sonajero con el pañuelo e indicarle al niño/niña dónde está, haciendo sonar el cubo o moviéndolo debajo del pañuelo. Puede dejar la mitad del objeto asomado. Aproveche a jugar a las escondidas con el niño/niña. Puede colocar brevemente el pañuelo sobre la cara; se lo sacará --◇ célebrelle. También puede usted taparse la cara para reaparecer sonriente.
	Cuchara	1 cuchara melamina, bordes suaves, mango recto de 13 a 15 cm de largo	Estimula coordinación y ayuda a formar hábito	Pásele la cuchara para que vaya aprendiendo a tomarla. Déjelo sacar del plato trocitos de comida con los dedos y llevárselos a la boca cuando lo esté alimentando. El niño/niña tendrá que ir aprendiendo cómo se llaman las cosas, cuando le esté dando la sopa muéstrelle la cuchara y diga "cuchara". Envuelva la cuchara en una servilleta y estimule a que la desenvuelva. Alrededor de los 12 meses es bueno que el niño/niña comience a comer solo/a con la cuchara. Déjelo que vaya aprendiendo, aprovechando cuando le da comida seca.
	Libro de láminas	1 libro de 3 hojas de 15x15 cm, vinílico y relleno de esponja. Con imágenes grandes sencillas en secuencia por ejemplo: gusano-capullo-mariposa/ huevo, pollo, gallina/ luna, sol, día, noche.	Estimula lenguaje , coordinación visual social y área motora.	Hojee el libro junto al niño/niña y vaya relatando un cuento con las figuras que aparecen en las láminas. Nómbrelle los colores. Enséñele el nombre "libro" páselelo y luego pídaselo:"pásame el libro"
	Juego encaje	1 juego de encaje apilable (como vasos plásticos) de puntas redondeadas, plástico resistente de 4mm de espesor y de 6 piezas	Estimula coordinación	
	Figuras de animales	6 figuras de goma de 15 cm de alto de una sola pieza, con puntas redondeadas: vaca, perro, gato, gallina, auto, figura humana.	Estimular lenguaje	Es importante que el niño/niña conozca diversos objetos, nómbrelle los animales y realice gestos y sonido para que los imite

Bibliografía

- Ainsworth, M.D.S. 1967. *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of attachment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., y Wall, S. 1978. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M.D.S. 1973. The development of infant-mother attachment. En B.M. Caldwell, y H.Nº. Ricciuti (eds), *Review of child development research Vol.3. Child development and social policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Aksarina Nº.M., 1983. L'educació dels infants fins als set anys. Rosa Sensat, Barcelona. 37/261
- Alvarado, R., Medina, E., Aranda, W., 1996, Componentes Psicosociales del riesgo durante la gestación. Revisión Bibliografica. *Revista de Psiquiatría XIII*, 1; 30-41
- Anderson et als., 2003. The effectiveness of early childhood development programs A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. Volume 24, Issue 3, pp 32-46.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J., Lewis, Glyn, 2001, Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlatos. *Br J Psychiatry*;178: 228-33
- Arteaga, O., Acuña, G. Validación AUDIT en Chile.
- Avaría, M.A., Contreras, M.A., 2007, Programa de Prevención, Detección y Tratamiento de Trastornos del Desarrollo de Niños y Niñas de 0 a 6 años. Documento no publicado. Comisión de expertos para el desarrollo de Normas Técnicas para el Desarrollo Psicomotor: Grupo Instrumentos de evaluación en desarrollo, uso y propuestas.
- Babor,T, Higgins-Biddle, J., Saunders, J., Monteiro, M. 2001. AUDIT Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. Generalitat Valenciana / OMS.
- Babor,T; Higgins-Biddle, J.; Saunders, J.; Monteiro, M. *AUDIT Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*.
- Bleger, J., 1994. *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Boletín Informativo Nº2; Promoción de Derechos y Participación Ciudadana de las Mujeres, Unidad Promoción de Derechos y Participación de las Mujeres. Servicio Nacional de la Mujer
- Bowlby, J. 1969. *Attachment and loss: Vol.1. Attachment*. New York: Basic Books-Bowlby, J. (1988). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bralic, s., Haeussler, I.M., Lira, M.I., Montenegro, H., Rodríguez, S., 1979, *Estimulación Temprana*. UNICEF
- Brand, G., y cols., 1989, *Estimulación Temprana y Desarrollo de la Inteligencia*, U. de la Frontera, disponible en <http://www.saval.cl/medios/centro/contenidos/publicaciones>
- Brofenbrenner, U. 1979. *The Ecology of Human Development*. Holt, R & W.
- Canda, F., 2000, *Diccionario de Psicología y Pedagogía*. Móstoles: Madrid.
- Cassidy, J., y Shaver, P. (eds). 1999. *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. Guilford Press.
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. OMS.
- Chile Crece Contigo - Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia. 2007. *Creciendo Juntos*. Fundación Integra, Gobierno de Chile.
- Coates, A., Schaefer, C., Alexander, J., 2004, Detection of Postpartum Depression and Anxiety in a Large Health Plan.
- Consejo Asesor para la Reforma de las Políticas de Infancia. 2006. *Informe Propuestas de Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de la Infancia*. Disponible en <http://www.crececontigo.cl/especialistas/documentos.php?q1=&q2=1>
- Convención de los Derechos del Niño, Metas de Desarrollo para el Milenio, en http://www.derechosinfancia.org.mx/Derechos/cumplanconvencion_24.htm
- Convención de los Derechos del Niño. http://www.unicef.org/voy/spanish/explore/rights/explore_157.html.
- Cordero et al. Base de datos CEDIP 2004 - 2005, documento no publicado.
- Cordero, M., 2005. *Prevalencia de síntomas depresivos y factores asociados durante el embarazo, en una cohorte en seguimiento longitudinal*. LX Congreso de la Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neuropsiquiatría.
- De Andraca, I., Pino, P., de La Parra, A., Rivera, F., y Castillo, M., 1998, *Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas*. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Disponible en <http://en.scientificcommons.org>

- De Wolff, M.S. y van Ijzendoorn, M.H. 1997. Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Dwivedi, K.Nº. Ed. 1997. *Enhancing parenting skills: a guide for professionals working with parents*. John Wiley and Sons: Toronto.
- Estimulación Temprana. 2002. Lineamientos Técnicos. Mexico.
- Ellis, D., Zucker, R., Fitzgerald, H. 1997. The Role of Family Influences in Development and Risk. *Alcohol Health & Research World*. vol. 21, Nº 3.
- Elman, J., et al. 1998. *Rethinking Innateness: A Connectionist Perspective on development*. MIT Press
- Flavell, J.H. 1985, *El Desarrollo Cognitivo*. Visor Distribuciones SA: España.
- Fonagy, P. y Target, M. 1997. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fondo de Solidaridad e Inversión Social, Ministerio de Planificación. 2006. *Sistematización Programa de Estimulación temprana. Sistematización y ejecución de un modelo de Estimulación Temprana en Población Infantil. Claves para la replicabilidad*. Universidad de La Frontera, Universidad Católica de Temuco.
- Frankenburg, W., y cols., 1985, *Early Identification of Children at Risk. An Internacional Perspective*. University of Colorado School of Medicine. Plenum Press, New Cork y London.
- Fritsch, R., Montt, M.E., Solfs, J. y cols. 2007. ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria?. *Rev. méd. Chile*, vol.135, no.5, p.602-612. ISSN 0034-9887.
- Gabriel, G., Hofmann, C., Glavas, M., Weinberg, J. 1998. The Hormonal Effects of Alcohol Use on the Mother and Fetus. *Alcohol Health & Research World*. Vol. 22, No. 3.
- Garbarino, J., Ganzel, B., 2000. Cultural Differences as Sources of Developmental Vulnerabilities and Resources. En Meisels SJ, Shonkoff JP, Eds (2000). *Handbook of early childhood intervention*, 2nd edition. Cambridge, England: Cambridge University Press
- García, C., Sierra, J.M., Hernández, M.J., Ladrón, E., Antolín, E., año, Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Medicina General*.
- George, C., & Solomon, J. 1999. Attachment and caregiving. En J. Cassidy & Ph. Shaver (eds), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp.649-670). Guilford Press.
- Glascoc, F.P. 2000. *Early detection of developmental and behavioral problems*. Pediatrics in Review, 21:8.
- Goldfarb, C.E., Roberts, W. 1996. *Developmental monitoring in primary care*. Can. Fam. Physician, 42: 1527-1536.
- Grossmann, K., Grossmann, K., & Waters, E. 2005. Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studies. The Guilford Press.
- Grupo de Atención Temprana. 2000. *El Libro Blanco de la Atención Primaria*. Madrid-España, .
- Guía práctica para la administración, codificación e identificación de conductas problemáticas en el apego, de la Escala Massie-Campbell de Observación de Indicadores de apego Madre-Niño o niña en Situaciones de Stress.
- Haeussler, M., Rodriguez, S. 1986. *Manual de Estimulación del Niño preescolar. Guía para padres y educadores de niños de 2 a 6 años*. Editorial Nuevo Extremo: Santiago.
- Healthy Steps User Manual. An approach to enhanced primary care of children from birth to three interactive multimedia training &Resource Kit*. Boston University School Of Medice Continuing Medical Education.
- Health, A., Bainbridge, Nº. 2000. *Baby massage: the calming power of touch*. Dorling Kindersley. London.
- Howes, C. 1999. Attachment relationships in the context of multiple caregivers. En J. Cassidy & Ph. Shaver (eds), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp.671-687). Guilford Press.
- Hyman, S., (Conlan, R., ed.), 1999, *States of Mind: new discoveries about how our brains make us who we are*, New York: John Wiley and Sons.
- Irwin, L., Siddiqi, A, Hertzman, C., 2007, *Early Child Development: Final Report for the World Organization Comisión on the Social Determinants of Health, HELP*, Global Knowledge for ECD.
- Israel, Y., Hollander, O., Sanchez-Craig, M. y cols. 1996. Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Vol.20, Nº 8.Nov.
- Jacobson, J.; Jacobson, S. Drinking Moderately and Pregnancy. Effects on Child Development. *Alcohol Research & Health* Vol. 23, No. 1, 1999. Disponible en pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-1/25-30.pdf - 01-14-2002
- Jadresic E, Araya R, Jara C. 1995. Chilean version, in Spanish, of the EPDS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depresión Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* . 16(4): 187-191.

- Jadresic, E., Araya, R., 1995, Prevalencia de depresión Posparto y factores asociados en Sgto., Chile. *Revista Médica Chile*, 123;694-699
- Jadresic, E., Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile. Medwave. Año 4, No. 9, Octubre 2004. Disponible en <http://www.medwave.cl>
- Jadresic, E., Trastornos depresivos durante el embarazo. *Psicopatología de la Mujer*, segunda edición, en Correa E, Jadresic E, eds, Santiago de Chile: Mediterráneo, 2005
- Jadresic, E., Nguyen, DN., Halbreich, U., 2007, What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)?, *Journal of Affective Disorders*, 102; 237-243
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. *Programa habilidades para la Vida*. Chile, 2006.
- Kemper, K.J., Kelleher, K.J. 1996. *Family psychosocial screening: instruments and techniques*. Ambulatory Child Health, 1: 325-339.
- Klaus, M.H. & Kennell, J.H., & Klaus, P.H. 1995. *Bonding*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., & Ziv, Y. 2006. Attachment, stress, and psychopathology: A developmental pathways model. En En D. Cicchetti & D.J. Cohen (eds), *Handbook of developmental psychopathology. Theory and method* (pp. 333-369). 2nd edition. Wiley & Sons.
- Kopp, CB. y Mc Caal, RB. 1982. Predicting later performance for normal, at risk and handicapped infants. En Baltes, Brim eds. *Life span development and behavior*. New York: Academia Press, V4, 33-60.
- Landers, C., Mercer, R., Molina, H. y Eming, M. 2006. *Desarrollo Integral en la Infancia: Una Prioridad para la Salud. Manual del Desarrollo Temprano para Profesionales de la Salud*. OPS/OMS, Banco Mundial y Johnson & Johnson Pediatric Institute.
- Lecannelier, F. 2006. *Apego e intersubjetividad. La influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo y la salud mental. Parte I*. Editorial LOM.
- Leboyer, F. 1976. *Shantala, un arte tradicional, el masaje para niños*.
- Lira, M.I., 2002. *Manuales de Estimulación. Primer Año de Vida*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Lira, M.I., 2002. *Manuales de Estimulación. Segundo Año de Vida*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.
- Massie-Campbell. 1978. Escala Massie-Campbell de Indicadores de Apego Madre-Bebé en Situaciones de Stress
- Mathieu, M. 2000. *Masaje infantil, el contacto natural*. Ed Medici.
- MIDEPLAN, Encuesta CASEN, 1998, disponible en <http://www.mideplan.cl/casen>
- Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud en http://www.minsal.cl/ici/salud_mujer/documentos/modelo_atencion_integral_salud.doc -
- Ministerio de Salud. 1998. *Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar*, Unidad de Salud Mental.
- Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental, 1999, *Las Enfermedades Mentales en Chile, Magnitud y Consecuencias*, Santiago: Nef Diseño Ltda.
- Ministerio de Salud. 2003. *De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual*, Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud. 2004. *Normas Técnicas de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño y la Niña menor de 6 años*. Programa de Salud del Niño.
- Ministerio de Salud. 2005. Detección y tratamiento temprano del consumo problemas y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la Atención Primaria. Disponible en: http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/alcohol_y_drogas/FINAL_GUIDE_OH.pdf
- Ministerio de Salud, 2006, *Objetivos Sanitarios Nacionales, década 2000 - 2010*. Serie de Cuaderno N° 5, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial.
- Ministerio de Salud, 2006, *Garantías Explícitas en Salud, Guía Clínica para el Tratamiento de Personas con Depresión*. Departamento de Modelo de Atención, Departamento de Salud Mental.
- Ministerio de Salud, 2006, Norma General Administrativa N° 16, Interculturalidad en los Servicios de Salud, Resolución exenta N° 261.
- Ministerio de Salud, Encuesta de calidad de vida, 2006
- Ministerio de Salud. 2007. *Manual de la Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.
- Ministerio de Salud. 2007. *Examen de Medicina Preventiva para embarazadas*. Departamento de Asesoría Jurídica.

- Ministerio de Salud. 2007. *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. Informe Final*. Estudio comisionado por DIPRECE, Departamento de Salud Mental, a Medwave Estudios Ltda. Investigadoras: Ps. C. Moraga, Dra. G. Moreno. Disponible en <http://www.crececontigo.cl>
- Ministerio de Salud. 2007. *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. Informe Final*. Estudio comisionado por DIPRECE, Departamento de Salud Mental, a Medwave Estudios Ltda. Investigadoras: Ps. C. Moraga, Dra. G. Moreno. Disponible en <http://www.crececontigo.cl>
- Ministerio de Salud, 2008, *Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria*. Dirigido a Equipos de Salud de Atención Primaria. Documento en Prensa. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, Departamento de Diseño y Gestión de APS.
- Ministerio de Salud, 2008, *Orientaciones para la Programación en Red*. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial, División de Atención Primaria.
- Moreno, A., Domínguez, L., da Motta, C., França, P., 2004. Depresión Posparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del hospital universitario de Brasilia.
- Murray, L., 1992. The impact of postpartum depression on infant development. *J. of Child Psychol. Psychiat.* 33(3): 543-561.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Antenatal Care Guideline. <http://guidance.nice.org.uk/CG6/fullguidance/pdf/English>
- National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors, Inc. *State Issue Brief No. 2 Alcohol Research on Prenatal Alcohol Exposure, prevention, and Implications for State AOD Systems* <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/NASADAD/PrenatalBrief2.htm>
- Niccols, A. et al. 2001. *Right from the start: an attachment-based program for parents of infants under 2 years. Infant-Parent Program*.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio. ONU en <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- OMS, *Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes* WHO/FCH/02.21, disponible en <http://www.who.int/hq/2002/>
- OMS Orientaciones Estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes WHO/FCH/02.21.
- ONU, 2007, *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2007*, Naciones Unidas, New York. Disponible en <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/report2007>
- OPS, Fundación W.K. Kellogg. 2001. *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*. División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Familiar y Población, Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes, Washington DC. Disponible en <http://www.amro.who.int/Spanish/HPP/HPF/ADOL/ComSocial.pdf>
- OPS, 1996. *Promoción de la Salud. Una Antología*.
- Panagiotou, L., et al. 1998. Evidence-based well-baby care. *Can. Fam. Physician*, 44: 558-571.
- Popkin, M.H. et al. 1996. *Parenting program 1,2,3,4: Parenting your 1 to 4 year old*. Active Parenting Publishers, Atlanta, Georgia.
- Public Health Agency of Canada. 2005. Alcohol Use and Pregnancy: An Important Canadian Public Health and Social Issue. Research Update. Disponible en: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/fasd-ru-ectaf-pr-06/index.html
- Quidel, J., Pichinao, X., 2004. *Haciendo crecer personas pequeñas*. MINEDUC.
- Revista Médica de Chile. vol130, N°5, mayo 2002. En Propuestas para Desarrollo de un Sistema de Protección Integral a la Infancia. Disponible en http://www.minsal.cl/ici/salud_mujer/documentos/marco_conceptual.pdf
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E., Downing, G., Tronick, E., Mundt, C., 2004, *Interactive Regulation of Affects in Postpartum Depressed Mothers and theirs Infants: an Overview*.
- Rode, S.E., Chang, P., Fish, R.O., & Sroufe, L.A. 1981. Attachment patterns in infants separated at birth. *Developmental Psychology*, 17, 188-191.
- Rodríguez, S., Arancibia, V., Undurraga, C. 1989. *E.E.D.P. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 - 24 meses*. Editorial Galdoc: Santiago de Chile.
- Rojas, G., Fritsch, R., Solís, J., González, M., Guajardo, V., Araya, R., 2006. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 713-720
- Sameroff, A.J., Fiese, B.H. 2000. Models of development and developmental risk. En Meisels SJ, Shonkoff JP Eds (2000). *Handbook of early childhood intervention*, 2nd edition. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- SENAME, Boletín Informativo N°2, Promoción de Derechos y Participación Ciudadana de las Mujeres, Unidad Promoción de Derechos y Participación de las Mujeres. Servicio Nacional de la Mujer Biblioteca del Congreso Nacional (www.congreso.cl)

- Shonkoff, J.P., Meisels, S.J. 2000. *Handbook of early childhood interventions*. New York, USA: Cambridge University Press.
- Slade, A., Sadler, L.S. & Mayes, L. 2005. Minding the baby: enhancing parental reflective function in nursing/mental health home visiting program. En L.J Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, M.T. & Greenberg, M.T (eds), *Enhancing early attachments. Theory, research, and policy*. Guilford Press.
- Solomon, J., & George, C. 1999. *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press.
- Sroufe, A.L., Egeland, B., Carlson, E. & Collins, A. 2005. *The development of the person. The Minnesota Study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Guilford.
- Stern, D. N°. 2004. *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Norton & Company.
- Stewart, D., 2005. *Perinatal Depression*. University Health Network, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada M5G 2C4
- Tjossen, T., 1976, *Intervention Strategies for High Risk Infants and Young Children*. Baltimore MD, University Park.
- UNICEF, Convención de los Derechos del niño, en <http://www.unicef.org>
- UNICEF. 2004. *Desarrollo Psicosocial de los niños y las niñas*. Colombia
- Vegas, E., Cerdán-Infantes, P., Dunkelberg, E., Molina, E. 2006. *Evidencia Internacional sobre Políticas de la Primera Infancia que Estimulen el Desarrollo Infantil y Faciliten la Inserción Laboral Femenina. Documento de Trabajo 01/06*. Producido por la Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, disponible en <http://www.consejoinfancia.cl/view/documentosConsulta.asp>
- Vicente B. y cols. 2004. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry*;184: 299-305
- Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., Rioseco, P. 2007. Carga del Enfermar Psíquico, barreras y brechas en la Atención de Salud Mental en Chile. *Rev. Médica de Chile*; 135: 1591-1599.
- Wisner, K., Parry, B., Piontek, M. 2002. Postpartum Depression. *The New England Journal of Medicine*, vol 347, N° 3, en <http://www.nejm.org>
- Zenz, G., Wagner, E. 1996. *Masaje para bebés y niños pequeños*. Ed. Edad: Madrid.

PÁGINAS WEB:

- Biblioteca del Congreso Nacional en <http://www.congreso.cl>
- Vida Chile en <http://www.minsal.cl/ici/vidasana.asp>
- Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, <http://www.crececontigo.cl>
- Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información de Salud, <http://deis.minsal.cl/index.asp>
- MIDEPLAN, Instituto Nacional de Estadística, <http://www.ine.cl>

002912

445101

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA SALUD PÚBLICA
DEPTO. ASESORÍA JURÍDICA
JVM/POA/DFC/SPJ/ISL

APRUEBA MANUAL PARA EL APOYO Y
SEGUIMIENTO DE DESARROLLO PSICO
SOCIAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE
0 A 6 AÑOS.

Handwritten signatures and initials

EXENTA N° 454



SANTIAGO, 29 JUL. 2008

VISTO: lo dispuesto en los artículos 4°, 8° y 16 y en el Libro del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud; en el Decreto N° 136 de 2004 del Ministerio de Salud y en la resolución N° 520 de 1996 de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

- La necesidad de contar con un instrumento que facilite a los profesionales de salud su labor de acompañar y apoyar la crianza y desarrollo de los niños y niñas y proveer el acceso a las intervenciones individuales, grupales o colectivas que requieran, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1°.- APRUÉBASE el texto del Manual para el Apoyo y Seguimiento de Desarrollo Psicosocial de los Niños y Niñas de 0 a 6 años.

2°.- El Manual para el Apoyo y Seguimiento de Desarrollo Psicosocial de los Niños y Niñas de 0 a 6 años, se expresa en un documento de 100 páginas, cuyo original, visado por la Subsecretaría de Salud Pública, se mantendrá en poder del jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades.

Todas las copias del Manual en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3°.- REMÍTASE un ejemplar del Manual para el Apoyo y Seguimiento de Desarrollo Psicosocial de los Niños y Niñas de 0 a 6 años a los Servicios de Salud del país.

NOTIFÍQUESE Y COMUNÍQUESE



DRA. MARÍA SOLEDAD BARRÍA IROUMÉ
MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete de la Ministra de Salud
- Depto. Asesoría Jurídica
- SS
- Subsecretaría de Salud Pública
- División Prevención y Control de Enfermedades
- Oficina de Partes

7/6/08



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Departamento Ciclo Vital
Departamento Salud Mental
División Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
2008