

Sistematización Programa de Estimulación Temprana

*Sistematización y ejecución de un modelo de
Estimulación Temprana en población infantil.
Claves para la replicabilidad.*



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

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, 2006.

Responsables

Lilían Fernández F. (UFRO)
Paula Riquelme B. (UCT)

Patricia Conejeros A.
Loreto Faúndez L.
Felisa Solar R.

Co-autoras

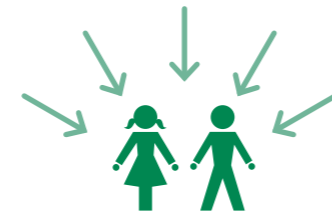
Equipo de Atención
Temprana Araucanía

Andrea Palma M.
Claudia Orrego L.
Carmen Gloria Villafranca

SISTEMATIZACIÓN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

OBJETIVO DEL PROGRAMA

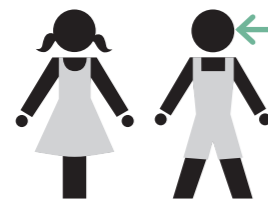
Su objetivo es proporcionar a las familias, a los niños/as y a la comunidad procedimientos, estrategias y acciones que contribuyan a disminuir, prevenir y dar respuestas a necesidades educativas derivadas de un déficit en el desarrollo.



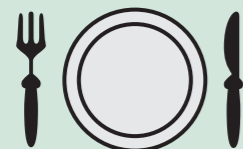
ATENCIÓN Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Programa que se ha desarrollado durante doce años en la novena región de la Araucanía, donde existen altos índices de déficit en el desarrollo.

DESARROLLO DEL CEREBRO



El cerebro infantil se caracteriza por su **plasticidad**, mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional. Muy vulnerable a la influencia del entorno y sus estímulos.



Buena nutrición o salud biológica



Estímulos psicológicos, afectivos y sociales



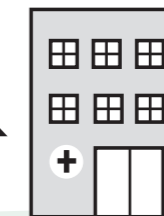
Permiten un desarrollo global y aceleran la recuperación física y nutricional.

PROCEDIMIENTOS Y ESTRATEGIAS

- a) Prevención de deficiencias asociadas a factores de riesgo, que gatillan mejores oportunidades de aprendizaje y desarrollo infantil.
- b) Disminución de los efectos de discapacidad en distintos contextos socio-culturales.



Diseñar estrategias con un enfoque poblacional (para todos los niños/as), con la familia como núcleo fundamental.



Los servicios sociales intersectoriales (salud-educación) como agentes mediadores del aprendizaje y desarrollo del niño/a.

RESULTADOS

- ~ Equipos de salud y educación sensibilizados frente al desarrollo infantil temprano.
- ~ Buenas prácticas en Atención Temprana desde una perspectiva de derechos.
- ~ Comunidades empoderadas de un programa de atención temprana en su comunidad.
- ~ Familias elevan autoestima y expectativas sobre el desarrollo y progreso de sus hijos/as.
- ~ Disminución de déficit en desarrollo y capacidades de aprendizaje de los niños/as menores de cinco años.
- ~ Incorporación del componente educación a los equipos de salud.



Índice

1. Introducción.....	8
2. Fundamento del modelo.....	11
A) Neurociencias y desarrollo cognitivo y social.....	12
B) Interacciones tempranas efectivas.....	13
C) Salud y educación como estrategia.....	14
D) Situación actual de desarrollo infantil en Chile.....	14
E) Programas de intervención existentes.....	17
F) Propósito y objetivos del Programa de Atención y Estimulación Temprana Araucanía.....	17
3. Descripción modelo urbano y rural de Programa de Atención y Estimulación Temprana Araucanía.....	18
A) Descripción de contextos urbanos.....	19
B) Antecedentes de implementación de las experiencias urbanas....	19
C) Caracterización de los niños y niñas urbanos.....	20
C.1) Consultorio Santa Rosa.....	20
C.2) Centro de Salud Familiar Amanecer.....	21
D) Características y distribución de factores de riesgo en contexto urbano.....	24
D.1) Comportamiento de factores riesgo del niño en áreas urbana de Temuco....	25
D.2) Desarrollo infantil y factores de riesgo materno.....	26
D.3) Sistematización de factores de riesgo para el desarrollo infantil.....	26
E) Comportamiento de algunos factores protectores en áreas urbanas de Temuco.....	27
F) Descripción de etapas del modelo de atención y educación temprana en contexto urbano.....	29
G) Descripción de actividades a desarrollar por ámbito de intervención: Niños, familias, comunidad y equipos de salud.....	35
G.1) Niños/niñas.....	35
G.2) Familias.....	38
G.3)Comunidad.....	39
G.4) Equipo de salud.....	39
G.5)Equipo de educación.....	40

H) Descripción modelo rural de Programa de Atención y Educación Temprana Araucanía.....	41
H.1) Enfoque intercultural.....	41
H.2) Contexto en el cual se desarrolló la propuesta.....	41
H.3) Características de los niños, madres y familias.....	42
H.4) Trabajo directo con los niños y niñas del sector Roble Huacho.....	43
H.5) Desarrollo de actividades con la comunidad.....	45
H.6) Descripción del trabajo con equipo de salud.....	46
H.7) Búsqueda de una pauta de evaluación de desarrollo contextualizada.....	46
H.8) Etapas claves de la implementación del Programa Atención y Estimulación Temprana en contextos mapuches.....	47
H.9) Elementos claves en la intervención rural.....	50
4. Organización de un centro de referencia regional: CEETU (Centro de Evaluación y Estimulación Interuniversitaria UCT-UFRO).....	52
A) Fundamentación general del Centro Regional Inter-universitario de Atención Temprana (UCT-UFRO).....	53
B) Características del Centro Regional Inter-universitario de Atención Temprana (UCT-UFRO).....	53
B.1) Contextualización del CEETU.....	54
B.2) Características de la atención del CEETU.....	55
B.3) Estadísticas 2005.....	62
5. Impacto y análisis de costo del Programa de Intervención Urbano en Atención y Estimulación Temprana Araucanía.....	65
A) Impacto del Programa Amanecer–Temuco.....	66
A.1) Evolución de desarrollo de los niños/as de 0-5 en Amanecer 1992-2003.....	68
B) Impacto del Programa Santa Rosa–Temuco.....	68
C) Evaluación cualitativa de impacto desde los agentes participantes	70
D) Análisis de costo/efectividad del programa.....	72
D.1) Caso Amanecer Temuco.....	72
6. Conclusiones y recomendaciones.....	74
Referencias Bibliográficas.....	78

Introducción

1

El camino hacia una nación en desarrollo ha permitido al país que la mayoría de los niños y niñas nazcan en igualdad de condiciones. Se ha logrado disminuir la tasa de mortalidad y desnutrición infantil (menos del 1%) a niveles similares de países desarrollados (7,8 por mil nacidos vivos), la atención profesional del parto es del 99%⁽¹⁾, por lo cual la mayoría de nuestros niños nacen en las mismas condiciones biológicas.

(1) www.minsal.cl

Durante el año 2003 se promulga la reforma constitucional que establece la enseñanza media obligatoria y gratuita, con lo cual el gobierno desea lograr que los niños, niñas y jóvenes tengan un mínimo de 12 años de escolaridad. Además, se ha aumentado la cobertura educativa para las edades más tempranas (4–5 años) a veinte mil cupos por año desde el año 2004⁽²⁾.

(2) www.mineduc.cl

A pesar de los avances descritos, los indicadores de calidad en los procesos educativos nos muestran una realidad poco alentadora. Durante el año se observó un repunte en los estratos sociales más bajos en relación a los puntajes del SIMCE, pero aún la brecha entre los establecimientos educacionales más pobres en relación a los particulares pagados es de 65 puntos de diferencia, lo que refleja un 28% de mejor calidad en los aprendizajes de esta población.

Ante esta realidad, habría que preguntarse **¿por qué si los niños y niñas de nuestro país nacen en las mismas condiciones biológicas presentan estas diferencias en sus capacidades de aprendizaje?**, claramente algo sucede en el curso de su **“historia cultural”** que no está permitiendo que la mayoría de ellos tengan mejores oportunidades de aprendizaje.

En esto últimos años, las ciencias cognitivas y las neurociencias —sumado a los aportes de las teorías del desarrollo y aprendizaje— han focalizado su atención en los primeros años de vida de los niños/as, considerándolos como de alta vulnerabilidad, ya que en este período se sientan las bases de todo el desarrollo posterior de la persona.

UNICEF, como organización mundial encargada de la difusión e implementación de acciones favorables a la aplicación de los derechos del niño, afirma que los aprendizajes oportunos y pertinentes son un derecho que tienen los niños “desde que nacen o quizás desde antes, y que, por tanto, son tan relevantes como su identidad, nacionalidad y la satisfacción de diferentes necesidades básicas”⁽³⁾.

(3) UNICEF, Documento de trabajo n° 4. Mayo 2004.

En Chile⁽⁴⁾ se han realizado estudios de evaluación del desarrollo infantil (desarrollo psicomotor) que demuestran que a los 18 meses los niño/as llegan a presentar retrasos en el desarrollo cercanos al 35% y un 40 ó 50 % de déficit a los cuatro años de edad. La magnitud de estos indicadores se ha mantenido sin variaciones en 20 años.

(4) Lira y Rodríguez 1974, Fernández y Brand 1990.

Una de las problemáticas detectadas en el estudio es que no sólo basta con detectar la existencia de niños/as en edades tempranas que presentan riesgo en su desarrollo y capacidad de aprendizaje, sino que la tarea a plantear es cómo se fortalecen los ambientes de aprendizaje, especialmente el familiar. Todo con la clara intención de influir en la mejora del desarrollo y las capacidades de aprendizaje, y con ello prevenir en sus distintos niveles las necesidades educativas transitorias y permanentes (retardo mental socio-cultural).

Será necesario entonces cuestionarse también las formas de potenciar “el capital relacional”⁽⁵⁾ de las familias para fortalecer los vínculos tempranos de todos los niños y niñas, con miras a incidir en mejores niveles cognitivos y desarrollo de competencias emocionales desde las más tempranas edades.

(5) Conjunto de competencias emocionales y lingüísticas que sirven de base para el desarrollo de las funciones intelectuales superiores.

Experiencias internacionales y regionales (región de la Araucanía) apoyan la tesis que actividades de detección y pesquisa precoz realizada con y por las familias

o equipos de salud–educación permiten una intervención temprana y oportuna que asegura el desarrollo infantil esperado en las distintas etapas evolutivas de los niños y niñas. De esta forma, se potencia la igualdad de oportunidades en el aprendizaje.

En este contexto, países en vías de desarrollo y en desarrollo han generado programas “institucionalizados”⁽⁶⁾ de Atención Temprana de carácter intersectorial, que coordinen acciones con diferentes redes de la comunidad para asesorar a las familias, educadores y comunidad en cómo potenciar el desarrollo y aprendizaje infantil.

(6) Como política de Estado y con financiamiento estable.

Las políticas públicas deben ayudar a los niños y jóvenes a superar las barreras que dificultan su desarrollo y capacidad de aprendizaje. Por ello, es necesario planificar procedimientos y acciones de carácter inter–disciplinar e intersectorial que coordinen recursos económicos, humanos y comunitarios que tempranamente permitan detectar distintas condiciones de riesgo en el desarrollo humano, además de potenciarlo al máximo. Las respuestas a las necesidades detectadas deben orientarse principalmente a potenciar los factores protectores, por medio de actividades de educación temprana a las familias y comunidades, respetando el contexto local y cultural.

“Todas las personas, incluidos los niños y las niñas, gozan de los derechos consagrados para los seres humanos”, dentro de ellos destaca el derecho a “desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus potencialidades” (Artículo 29⁽⁷⁾); esto supone generar mecanismos desde las edades más tempranas tendientes a equiparar oportunidades para todos los niños y niñas de Chile.

(7) Convención Derechos del Niño, 1990.

Al comparar resultados de investigaciones realizadas por MIDEPLAN y UNICEF, se observa que, al contrastar las 13 regiones del país, la IX región de la Araucanía, es la que presenta el Índice de Infancia más bajo. En lo que respecta a Educación, Salud, Habitabilidad e ingresos, es la región con mayor deficiencia del país, además de concentrar la mayor cantidad de comunas (19) con condiciones deficientes para niños y adolescentes⁽⁸⁾.

(8) UNICEF, Índices de Infancia: una mirada comunal y regional 2002. Santiago, 2002.

La región de la Araucanía viene desarrollando desde hace doce años una experiencia intersectorial (educación y salud) en la promoción del derecho de los niños/as a potenciar al máximo sus potencialidades, a pesar de las situaciones de riesgo que ellos vivencien. Su objetivo principal se relaciona con **“Proporcionar a las familias, niño/as y comunidad procedimientos, estrategias y acciones que contribuyan a disminuir, prevenir y dar respuestas a necesidades educativas derivadas de un déficit en el desarrollo”**.

Durante el año 2005 se solicitó al equipo ejecutor de este modelo de intervención sistematizar la experiencia desarrollada en la región de la Araucanía, con la finalidad de aportar un marco teórico y práctico de “buenas prácticas” frente a la promoción de los derechos de los niños/as a desarrollar su potencial independiente de sus condiciones socio–culturales.

El estudio se enmarcó dentro de un diseño mixto, cuali–cuantitativo de investigación, utilizando datos estadísticos y cualitativos (entrevistas y análisis de documentos) que enriquecen la interpretación de los impactos de la intervención.

El objetivo general ha sido Evaluar y sistematizar los elementos claves de replicabilidad de un programa de Estimulación Temprana en la IX Región en contexto Rural y Urbano.

El informe se organiza en Capítulos, los cuales dan cuenta de los fundamentos del modelo, su implementación en contextos rurales y urbanos, el impacto de las acciones realizadas y finalmente las recomendaciones para el éxito de propuestas.

Fundamentos del modelo



A) Neurociencia y desarrollo cognitivo y social

La infancia es considerada como el momento del desarrollo más significativo en la formación de las personas; en ella se organizan las estructuras funcionales en el cerebro que constituirán las bases fisiológicas de las funciones cerebrales que configuran las condiciones y predisposiciones del aprendizaje (Martínez F; CELEP)⁽⁹⁾. El cerebro se triplica en tamaño en los dos primeros años de vida y alcanza el 80% del peso de adulto en este período. Por otro lado, el sistema nervioso central del niño o niña, que es muy inmaduro al nacer, alcanza casi su plena madurez entre los 5 a 7 años de edad.

Este proceso dinámico, sumamente complejo, que se sustenta en la evolución biológica, psicológica y social en los primeros años de vida, constituye una etapa de la existencia especialmente crítica, ya que en ella se van a configurar las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el mundo circundante⁽¹⁰⁾.

De forma especial los tres primeros años de vida son cruciales para el diseño arquitectónico del cerebro. Las redes neuronales y las ventanas de aprendizaje que se abren y desarrollan durante este período determinarán la capacidad de aprendizaje de los niños y niñas. Bedegral⁽¹¹⁾ (2004) sostiene que este período crítico se transforma en el eje central del desarrollo integral y que en ningún momento posterior vuelve a ocurrir este fenómeno.

El ser humano desde su nacimiento, cuenta con una serie de posibilidades que podrá desarrollar en la medida en que reciba la influencia necesaria del medio natural y social. Las ciencias biológicas y neurológicas sostienen que el cerebro no puede llegar a su evolución completa si no se presenta la influencia intencionada del exterior que permita el perfeccionamiento de las funciones mentales superiores. El desarrollo temprano está supeditado a la función biológica y neurológica; más adelante, la acción del medio va a ser fundamental en ese proceso.

El desarrollo del cerebro es mucho más vulnerable a la influencia del ambiente de lo que se sospechaba; así, puede sufrir daños que son irreversibles producto de la malnutrición, falta de estimulación, situaciones de estrés, daños neurológicos o genéticos, entre otros. Esta misma vulnerabilidad dada por la inmadurez que presenta el sistema nervioso de los infantes, se transforma en una potencialidad característica del cerebro infantil, denominado “plasticidad cerebral”, dotando al Sistema Nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy importante en los años posteriores. Ésta permite que el cerebro pueda adaptarse a diversas exigencias y estímulos del entorno y se manifiesta en la capacidad de generar nuevas conexiones neuronales, modificando la organización cerebral por medio de la influencia recibida de la estimulación ambiental⁽¹²⁾.

La falta de estimulación y de cuidados de adultos significativos en edades tempranas tiene efectos devastadores e irreversibles en el desarrollo de las funciones cerebrales, ya que se altera su organización y disposición frente al aprendizaje. Por el contrario, las experiencias ricas y positivas durante la primera infancia pueden tener efectos positivos en el desarrollo cerebral, ayudando a los niños/as en la adquisición del lenguaje, en el desarrollo de destrezas de resolución de problemas, en la formación de relaciones saludables con iguales y adultos⁽¹³⁾. “Cuando en un organismo se da un sistema nervioso tan rico y tan vasto como el del hombre, sus dominios de interacción permiten la generación de nuevos fenómenos al permitir nuevas dimensiones de acoplamientos estructurales”⁽¹⁴⁾.

Dentro de las dimensiones del desarrollo el lenguaje cumple la función de organi-

(9) Centro de referencia latinoamericano para la educación pre-escolar (CELEP). Franklin Mendoza

(10) Grupo de Atención temprana, Libro Blanco de la Atención Temprana. 2000.

(11) Bedregal P. y González P. Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del niño. UNICEF, Chile, 2004.

(12) Bedregal P y González P., Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del niño. UNICEF, Chile 2004, y Eming M., Desarrollo del niño en la primera infancia: una inversión de futuro. Banco Mundial, 2000.

(13) European Agency for Development in Special Needs Education, Análisis de la situación en Europa. Aspectos claves y recomendaciones. Informe resumen. 2005.

(14) Maturana, H. y Varela, F., El Árbol del Conocimiento. Edit. Universitaria, Chile 1994 (p. 117).

zador del pensamiento y estructurante de la acción y personalidad. Fernández⁽¹⁶⁾ señala que “el lenguaje es muy importante porque significa transferencia tecnológica, implica capacidad cognitiva, involucra capacidad de desarrollo creativo, por lo tanto, es la función más importante de preservar”. Brunner⁽¹⁷⁾ sostiene que el lenguaje como función psicológica superior y herramienta cultural no estaría solamente influenciado por las posibilidades de conocimiento que tiene el niño/a (aprendiz) del mundo, sino además por las relaciones sociales entre el menor y los adultos significativos (cuidadores sensibles–apego). El formato de interacción a la base de estas relaciones sociales supone una relación entre los actores en contextos comunicativos determinados (petición, reclamo, demanda, etc.), donde las respuestas de uno dependen de las acciones y la calidad de los estímulos que se intercambian. “Cada miembro ha marcado una meta y un conjunto de medios para lograrla de modo que se cumplan dos condiciones: primero, que las sucesivas respuestas de un participante sean instrumentales respecto de esa meta, y segundo, que exista en la secuencia una señal clara que indique que ha sido alcanzado el objetivo”⁽¹⁸⁾.

Por otro lado, la **presencia de situaciones de estrés** ha sido reconocida como una condición que de estar presente en el embarazo o en los primeros años de vida en los niños, altera el desarrollo del cerebro, específicamente del cuerpo calloso. Esto último puede explicar no sólo el déficit cognitivo posterior, sino también las conductas con anti–sociales y de falta de autocontrol⁽¹⁹⁾.

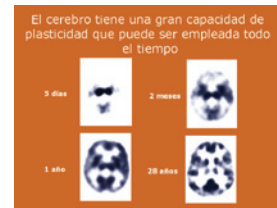
B) Interacciones tempranas efectivas

Se considera que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad y cultura, es el contexto natural en el cual los niños/as desarrollan y despliegan todas sus competencias para construir un puente de relación entre su micro sistema y el macro sistema social. La familia debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad, siendo una de las responsabilidades prioritarias potenciar al máximo las capacidades de sus hijos/as. Investigaciones avalan que cuanto mayor sea la calidad de la atención externa, en términos de estimulación del lenguaje y tipo de interacciones entre los niños/as y su cuidador, mayores habilidades lingüísticas tendrá el niño/a a los 15, 24 y 36 meses, mejor desarrollo cognitivo se apreciará a los dos años y mejor rendimiento escolar a los tres⁽²⁰⁾. Las consecuencias más graves se relacionan con **la alta probabilidad que de no mediar alguna intervención específica, el desarrollo psico–intelectual del niño se vea disminuido en relación al potencial de desarrollo y aumente la probabilidad de obtener un coeficiente intelectual límite o bajo (retardo mental sociocultural), irreversible con las respectivas consecuencia de rendimiento escolar.**

Por ello resulta fundamental considerar la potenciación de las relaciones tempranas entre el niño/a y el adulto significativo (díada hijo–madre, padre/cuidador/a) que orienten el fortalecimiento del vínculo emocional (desarrollo de capital relacional), por medio de actividades que generen espacios con determinada estructura en la que el adulto y el niño hacen cosas el uno por el otro en sí.

La adquisición del lenguaje (oral, corporal, escrito) es un factor esencial en el aprendizaje; un niño que no cuenta con los medios para comunicarse, no comprende claramente lo que ocurre a su alrededor y las instrucciones que se le dan, por lo que puede llegar a presentar serias dificultades en su desenvolvimiento social.

Si los niños y niñas en estos períodos de alta vulnerabilidad, no cuentan con comunidades y familias informadas, resulta complejo pensar cómo se podría potenciar el desarrollo y aprendizaje infantil. Resulta necesario que distintos estamentos (salud y educación, por ejemplo) coordinen acciones y recursos para



Diapositiva que visualiza la evolución y especialización de la corteza cerebral⁽¹⁵⁾

(15) Bedregal P y González P., Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del niño. UNICEF, Chile 2004.

(16) Fernández V, citado por JUNJI 2005.

(17) Brunner J, Acción, pensamiento y lenguaje. Alianza, Barcelona 2002.

(18) Brunner J, Acción, pensamiento y lenguaje. Alianza, 2002

(19) Congreso de Cerebro, Roma 2004.

(20) Observatorio de la discapacidad. Grupo de detección y atención temprana. IMERSO, España, 2004.

garantizar y promover comunidades y familias favorecedoras de aprendizajes que permitan elevar los índices de desarrollo de sus hijos/as.

El reconocimiento de los cuidadores sensibles (padres, madres y otros) como los generadores de apegos seguros y la importancia del **capital relacional** como la base para la participación del niño/a en el mundo social y en la exploración del entorno, transforman a la familia en el agente promotor del derecho del niño/a a desarrollar al máximo sus potencialidades⁽²¹⁾.

(21) Grupo de detección y atención temprana, Guía de estándares de calidad en atención temprana. Observatorio de la discapacidad. IMERSO. España, 2004.

C) Salud y educación como estrategia

Experiencias internacionales y regionales (región de la Araucanía) apoyan la tesis que actividades de detección temprana e intervención oportuna realizada con las familias, equipos de salud–educación y/o agentes comunitarios promueven y permiten disminuir situaciones de desigualdad frente al desarrollo de las capacidades de aprendizaje de los niños y niñas. Se hace necesario reflexionar sobre procedimientos y estrategias que promuevan, por un lado, la **prevención** de algún tipo de deficiencia asociada a factores de riesgo, que gatilla mejores oportunidades de aprendizaje y desarrollo infantil, y por otro lado, disminuir los efectos de la discapacidad en distintos contextos socio–culturales. Paralelamente a estas acciones, se hace necesario diseñar estrategias con un **enfoque poblacional** (para todos los niños/as), con la familia como núcleo fundamental y los servicios sociales intersectoriales (salud–educación) como agentes mediadores del aprendizaje y desarrollo del niño/a.

Resulta de gran impacto involucrar los servicios de atención primaria de salud (centros de salud), ya que en ellos se da **cobertura de atención** a la mayoría de la población infantil de una comunidad (todas las familias y sus hijos). Estos centros de salud en Chile han avanzado a un modelo biopsicosocial y ecológico (salud familiar) en el cual se comprende que el desarrollo de las familias es un proceso dinámico, altamente determinado por condicionantes externas y por las relaciones que se producen entre los distintos sistemas y subsistemas que incluye al niño/a.

En países en desarrollo se han generado modalidades de apoyo a la familia que se enmarcan dentro de las políticas de estado. El Estado, por medio de su cuerpo de instituciones (como marco–sistema), genera con diversos actores sociales (familia/escuela/servicios sociales) una oferta diversificada de atención a la infancia temprana. En España, por ejemplo, existen las redes de Centros de atención temprana por sectores geográficos (20 a 30.000 habitantes) que se coordinan con los centros de salud y de educación para recibir y apoyar a los niños con algún problema de desarrollo. Cuentan con equipos completos multidisciplinarios e infraestructura especial. **Nuestra propuesta considera la creación de espacios propios de atención temprana en los centros de salud y la incorporación de profesionales especialistas en desarrollo infantil que potencie al equipo de salud del consultorio.** Esta modalidad se fundamenta en el costo–efectividad, que aprovecha el gran avance que existe en el sistema salud, el equipo multi–disciplinario existente, el enfoque sistémico en desarrollo, la gran cobertura de atención de los niños de condición socio–económica vulnerables que supera el 95%.

D) Situación actual de desarrollo infantil en Chile

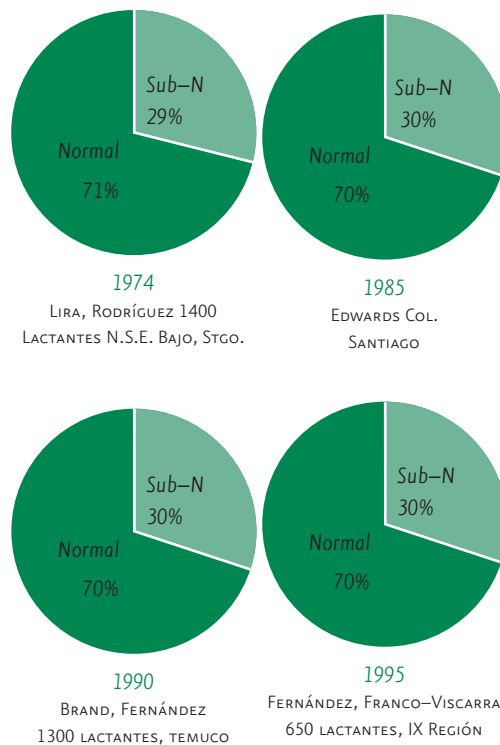
Nuestro país, así como en otros países de América Latina, ha puesto especial énfasis en los programas orientados a disminuir la morbi–mortalidad infantil, a través de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud en los

aspectos biológicos. Sin embargo, éstos no pueden ir separados de los aspectos intelectuales y emocionales.

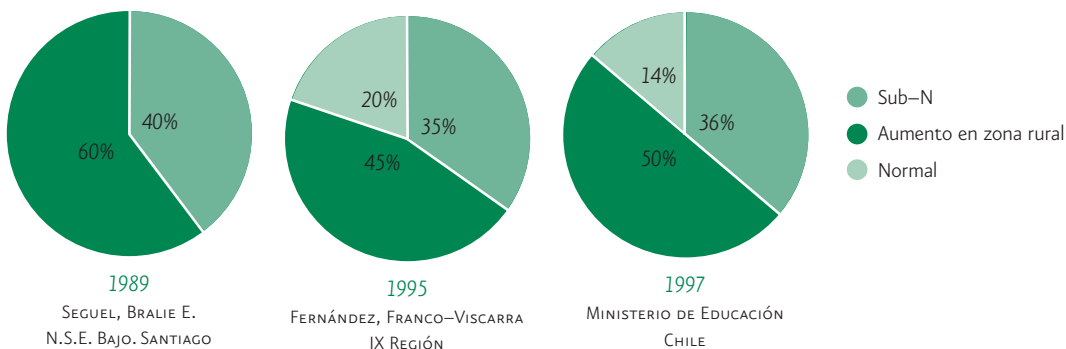
Diversos estudios en las últimas décadas demuestran el sinergismo que existe entre el estado de la salud física–nutricional y el desarrollo psico–social del niño lactante y preescolar. No sólo una buena nutrición o salud biológica permite un desarrollo global, sino que los estímulos psicológicos, afectivos y sociales aceleran la recuperación física y nutricional.

La vigilancia biomédica del niño ha constituido un pilar fundamental en la mejoría de los indicadores de morbi–mortalidad en nuestro país. Sin embargo, el impacto no ha sido evidente en el área psicosocial, en que los indicadores han permanecido prácticamente estables en estos últimos 15 a 20 años. Así, por ejemplo, mientras la mortalidad infantil ha disminuido a la décima parte desde 1970, y la desnutrición algo similar, los índices de Desarrollo infantil (desarrollo Psicomotor) en lactantes y preescolares, se mantienen con escasas variaciones como podemos apreciar en el siguiente cuadro.

SITUACIÓN DE DESARROLLO EN CHILE (EEDP)
LACTANTES (0-2 AÑOS)



SITUACIÓN DE DESARROLLO EN CHILE (EEDP)
PRE-ESCOLAR (2-5 AÑOS)



En 1974 se inician en Chile estudios de evaluación del desarrollo Psicomotor en lactantes y preescolares. En 1974 Lira y Rodríguez, estudiando a 1400 lactantes del área sur y sur oriente de Santiago, encuentran un 29% de coeficiente de desarrollo (CD) subnormal a los 21 meses de vida. Cabe destacar que el deterioro del CD se comienza a manifestar en promedio a partir del segundo año de vida y se deteriora progresivamente en los años posteriores.

En 1985⁽²²⁾ Edwards y Col en Santiago refieren también un 30% de déficit y en 1990 en Temuco, se describe un 29% a la misma edad (Fernández y Brand).

(22) CEDEP, Chile, 1985.

Estudios efectuados en preescolares en Santiago en 1989, arrojan un 40% de sub-normalidad a los 4 años.

Todos estos estudios fueron realizados en base a la población de situación socioeconómica medio-baja y con los mismos instrumentos de medición. En todos se aprecia que la edad crítica en que se produce el quiebre del indicador de desarrollo, tanto urbano como rural, se ubica entre los 15 y 18 meses de edad. Es en este período también donde se separan las curvas que comparan a los niños de nivel socioeconómico medio-bajo y el alto. Esta diferencia está determinada principalmente por déficit en el área del lenguaje y es causada por privación sociocultural en las familias más pobres.

A partir de 1978 el Ministerio de Salud inicia un programa donde incorpora la evaluación del Desarrollo Psicomotor a los 2-18 meses y cuatro años con los test EEDP y TEPSI, respectivamente, incorporando atención por déficit por la enfermera y derivación a otros niveles según necesidad. Este programa fue evaluado en 1988, y se demostró baja cobertura de evaluación e insuficientes aspectos de estimulación, lo que explica la estabilidad de los indicadores.

El problema entonces de retraso del desarrollo psicomotor o intelectual en la población infantil, especialmente de nivel socioeconómico medio-bajo, es de importantes y alarmantes dimensiones. Estas deficiencias se pueden prevenir con programas efectivos de vigilancia del desarrollo desde centros de salud (mayor cobertura), acompañado de programas familiares (para todas las familias y en especial a los que representan un retraso) diseñados por equipos de educación insertos en los consultorios con la finalidad de promover "buenas prácticas", desde los primeros años de vida.

Los programas que consideran programas familiares de orientación y estimulación temprana son más efectivos mientras más tempranamente se aplican, resultando crucial la participación activa de los padres.

Estas intervenciones, además de incorporar a todos los niños, trabajan con los factores que condicionan el desarrollo de la inteligencia, factores de riesgo tanto biológicos como ambientales. Los primeros, desde el período pre-concepcional, embarazo, parto y posparto, y los segundos, relacionados con la magnitud, intensidad y calidad de estímulos psico-neurológicos que recibe el niño en sus etapas tempranas del desarrollo (retardo mental sociocultural). Estos factores están a su vez interrelacionados; por ejemplo, poblaciones principalmente con pobreza y marginalidad, se asocian frecuentemente con el alto riesgo biológico.

El grupo de factores ambientales de riesgo representa el volumen más importante de condicionantes de la mayoría de los retrasos de desarrollo o retardos mentales de origen socio-culturales en nuestro país, correspondiendo a más del 90%, y se relacionan con el ambiente inmediato del niño (familia-comunidad).

E) Programas de intervención existentes

Los primeros programas de intervención nacieron en relación a la rehabilitación de niños con daños neurológicos, principalmente de origen biológico (factor; riesgo establecido), es decir, estaba dirigido a la prevención terciaria. Estos programas son de elevado costo y requieren la participación de diferentes profesionales de salud; terapeutas, kinesiólogos, psicólogos, neurólogos, etc. Una vez conocidos los conceptos de retraso sociocultural, el Síndrome de Deprivación Materna, hospitalismo, etc., se inician los primeros programas de prevención primaria, es decir, se actúa sobre los factores condicionantes ambientales, estimulación temprana para evitar que aparezca el deterioro de desarrollo (USA Head Start Program) y también de prevención secundaria, es decir, de pesquisa e intervención precoz, detectando tempranamente niños con retraso, para luego recuperarlos con programas de mejoría social, familiar y afectivos.

En la actualidad, los países desarrollados han optado por implementar modalidades mixtas e intersectoriales que contemplen profesionales de la educación.

La **atención temprana** es una modalidad de intervención para niños/as pequeños y sus familias, ofrecidos previa petición y/o orientación, en un determinado momento de la vida de un niño, que abarca cualquier acción realizada cuando éste necesita apoyo especial para asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia y fomentar la inclusión social de la familia y el niño⁽²³⁾. El programa Araucanía también se fundamenta en este concepto. A continuación se presentan su propósito y objetivos.

(23) European Agency for Development in Special Needs Education. Análisis de la situación en Europea. Aspectos claves y recomendaciones. Informe resumen. España, 2005.

F) Propósito y objetivos del Programa de Atención y Estimulación Temprana Araucanía

El propósito del programa es **crear y probar un modelo–País de intervención en Atención temprana con base comunitaria para contribuir al diseño de políticas públicas de protección a la infancia temprana.**

Objetivo general del proyecto Araucanía

Proporcionar a las familias, niño/as y comunidad procedimientos, estrategias y acciones que contribuyan a disminuir, prevenir y dar respuestas a necesidades educativas derivadas de un déficit en el desarrollo.

Objetivos específicos

1. Evaluar y crear línea base de desarrollo en cada sector implementado el programa para medición de impactos.
2. Generar condiciones para promover aprendizajes de calidad en niños/as de 0 a 5 años con la finalidad de contribuir a la disminución en el riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor, la aparición de deficiencias y discapacidades.
3. Fortalecer el rol que asume la familia como medidor en el proceso de desarrollo y aprendizaje de sus hijos/as.
4. Coordinación entre instituciones del territorio para la derivación de casos, asesoramiento a profesionales, técnicos, líderes comunitarios en temáticas de la infancia y atención directa de casos en las redes comunitarias.
5. Potenciar acciones en conjunto de trabajo interdisciplinario entre profesionales del área de salud y educación en los centros de salud, para un apoyo integral en el desarrollo psicomotor de los niños/as beneficiarios del mismo.
6. Coordinar acciones con la comunidad, familia y equipo de salud de los centros de salud para dar un apoyo integral a las familias y niños/as menores de 5 años beneficiarios del mismo.

*Descripción modelo urbano
y rural de Programa de
Atención y Estimulación
Temprana Araucanía*

3

La sistematización del modelo se analiza en tres situaciones diferentes: urbana Temuco, donde se describe la situación de Amanecer que es la experiencia original con mayor tiempo de evolución, y Santa Rosa con otras características sociales y del equipo de salud. La experiencia rural descrita corresponde a Roble Huacho, sector con alto porcentaje mapuche.

A) Descripción de contextos urbanos

Santa Rosa se encuentra ubicado en el límite oriente de la ciudad de Temuco. Al norte, limita con el sector de Pueblo Nuevo; al sur con la rivera de río Cautín y la comuna de Padre las Casas; al este con la rivera del río Cautín; al oeste con la línea férrea constituye el límite con el centro comercial de Temuco. De acuerdo a los datos entregados por el Censo 2002, la población de Santa Rosa corresponde aproximadamente a 33.000 personas.

El sector en el que está inserto el Centro Asistencial de atención primaria corresponde en su mayoría a un segmento poblacional urbano de clase media-baja, en donde se evidencia carencia de empleos con escasos espacios laborales propios: faltando empresas e industrias y bajo nivel de especialización del trabajo con representación de obreros, empleados de comercio, asesoras del hogar, feriantes y/o en trabajos ocasionales.

Amanecer se encuentra ubicado en Temuco; tiene también población ribereña pero también abarca un amplio sector con poblaciones aledañas a Amanecer, por lo que se registra un grupo beneficiario heterogéneo en cuanto a nivel socioeconómico e índices de vulnerabilidad social.

El perfil promedio de los beneficiarios del Centro de Salud Familiar Amanecer se caracteriza por pertenecer a un nivel socioeconómico medio bajo. Respecto al campo laboral y educativo de los padres de familia se puede señalar que, en su mayoría, son obreros o tienen trabajos de carácter esporádicos, mientras que las madres se desempeñan y prestan sus servicios laborales, como asesoras del hogar en casa en viviendas particulares. La escolaridad de los padres fluctúa en términos de enseñanza convencional, entre Enseñanza Básica Incompleta y Enseñanza Media Completa.

Se destaca que el centro de salud familiar (CESFAM) sectoriza su población para establecer un modo de atención con enfoque de salud familiar (enfoque sistémico). Los sectores tienen un equipo a cargo y pueden caracterizarse como:

- EL sector verde, presenta una alta tasa de embarazos adolescentes, índices de vulnerabilidad, y nivel socioeconómico medio-bajo. Está constituida por 19 villas.
- El sector azul, contempla familias de nivel socioeconómico medio, con profesiones predominantes de carreras técnicas y universitarias de sus habitantes, contempla 10 villas.
- El sector rojo, se señala como un sector heterogéneo con sectores de índices de riesgo social y otros medios, representa 13 villas.

B) Antecedentes de implementación de las experiencias urbanas

Amanecer es la experiencia original, es decir, es la primera implementada y por lo tanto la que tiene mayor tiempo de desarrollo. Se inicia en 1992 como un esfuerzo universitario para apoyar a niños de 0 a 2 años. Inicialmente sólo se activa al equipo de salud primario con apoyo de docentes de la facultad de medicina. Luego va siguiendo etapas que se resumen en la tabla n°1; más adelante se describen los impactos de cada etapa.

En 1998 se crea el espacio "sala de estimulación" dentro del consultorio y con éste la participación en el equipo del componente de educación (inicialmente de Párvulo y después Diferencial).

Santa Rosa se inicia como replica de Amanecer. A partir de 2001 la "sala de estimulación" y el componente educativo correspondiente funciona en el centro de salud. La integración del programa en este consultorio se desarrolla en forma más lenta y menos sistemática. Por otro lado, la situación inicial de la población infantil y sus familias está más deteriorada que la observada en Amanecer.

C) Caracterización de los niños y niñas urbanos

C.1) Consultorio Santa Rosa⁽²⁴⁾

La situación de Desarrollo Infantil al 2005 en Santa Rosa se conoce a través de la evaluación realizada en conjunto entre el equipo de salud y las educadoras del programa. Las coberturas de evaluación son cercanas al 30% (652 niños/as) de los niños/as entre 1-5 años.

Se puede observar una situación de normalidad en niños/as de 1 a 2 años de sólo el 67%, es decir, existe un 33% de niños/as en este período de edad con un desarrollo insuficiente. Se podrá revisar en el capítulo de impacto cómo ha sido la evolución de este indicador en el tiempo. El desarrollo se deteriora a partir del segundo año de vida.

En los períodos de 2-5 años las cifras son aún más dramáticas, con un 77% de normalidad, según se aprecia en las siguientes tablas y gráficos.

TABLA N°1: EVALUACIÓN DE NIÑOS-AS DE 1-5 AÑOS SANTA ROSA 2003-2005

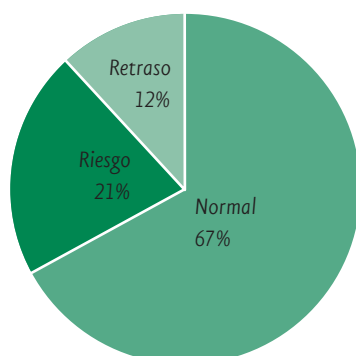
	2003	2004	2005
Normal	69	115	474
Riesgo	82	83	107
Retraso	9	13	71
Total	160	211	652

Niños/as Evaluados Período 2005 entre 0 a 5 años⁽²⁵⁾

TABLA N° 2: NORMAL, RIESGO Y RETRASO SEGÚN TRAMO DE EDAD

Edades	Normal	Riesgo	Retraso	Totales
0-2 Años	211	64	36	311
2-5 Años	263	43	35	341
Total	474	107	71	652

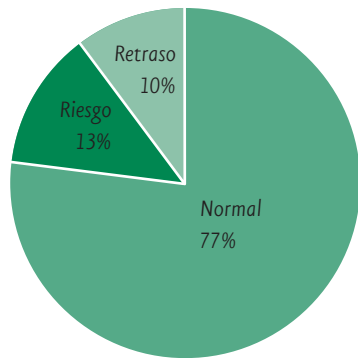
Gráfico N°1: Total de Niños/as de 0 a 2 años evaluados según categorías de análisis, año 2005



(24) Proceso de implementación del modelo aún inestable y con bajo afianzamiento por equipo de salud.

(25) Equipo de salud más sensibilizado frente a la temática, se coordinan mejor las atenciones entre las educadoras y enfermeras. Comienzan a incorporarse acciones de difusión masiva. Este consultorio, al igual que el del sector Amanecer, ha contando siempre con estudiantes en prácticas terminales para el desarrollo de las experiencias, lo que dificulta la continuidad y seriedad de la propuesta.

**Gráfico N° 2: Total de niños/as de 2 a 5 años
Evaluados año 2005 según categorías de análisis**



C.2) Centro de Salud Familiar Amanecer

Los niños/as evaluados de 0–5 años con instrumentos estandarizados (EEDP, TEPSI) en el período 2004–2005 es de 2.143 niños/as, que equivale a una cobertura de aproximadamente 60% de los niños en control.

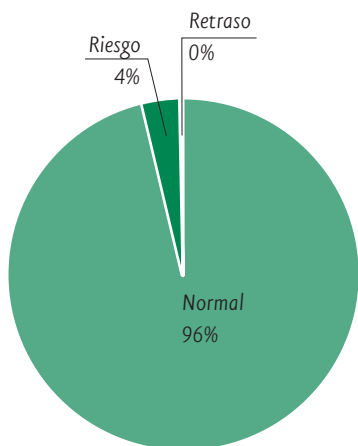
De esta evaluación, que es significativa del universo de niños/as del sector, se puede comprobar que el 96% de los menores de 2 años pondera en normalidad, y el 78% de 2–5 años.

Esta diferencia demuestra una vez más que el deterioro del desarrollo infantil por causa socio-cultural tiende a aumentar con la edad y se manifiesta desde el segundo año de vida. El área más comprometida y de difícil intervención es lenguaje.

Por otro lado, estas cifras son ampliamente mejores que las descritas al comienzo de la intervención y mejores a las presentadas en el sector Santa Rosa.

Gráficos por edad 2004–2005 desarrollo infantil Cesfam Amanecer⁽²⁶⁾

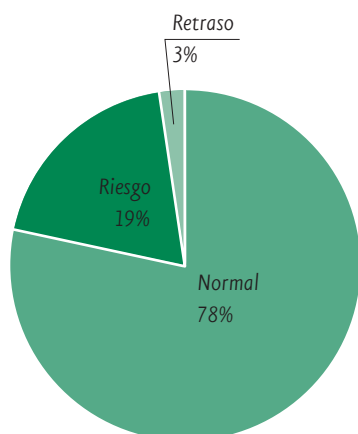
Gráfico n°3: Gráfico niños/as evaluados 0–2 años 2004–2005



(26) En el informe anterior se entrega estadística general hasta el año 2003, en el informe final se desarrollará estadística de forma más específica.

Categoría	N° niños y niñas
Normal	1.745
Riesgo	64
Retraso	8
Total	1.757

Gráfico N°4: Gráfico niños/as evaluados 2–5 años 2004–2005



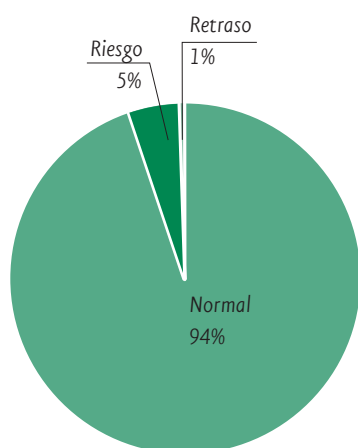
Categoría	N° niños y niñas
Normal	311
Riesgo	77
Retraso	10
Total	398

Haciendo un análisis de las características del desarrollo de los niños en los diferentes sectores geográficos de Amanecer, se aprecia la directa relación al riesgo socio-económico de cada uno de ellos. Así el sector verde, de mayor vulnerabilidad social es el que tiene mayores índices de riesgo y retrasos según se aprecia en los gráficos y tablas siguientes:

Gráficos de niños y niñas evaluados de 0–5 años por sector 2004–2005 CESFAM Amanecer.

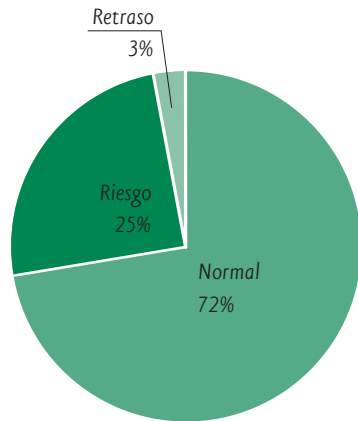
Gráfico N° 5:

Gráfico sector verde Amanecer niños/as evaluados 0–2 años 2004–2005.



Categoría EEDP	N° de niños/as evaluados
Normal	553
Riesgo	27
Retraso	3
Total	583

Gráfico N° 6:
Gráfico sector verde Amanecer niños/as evaluados 2–5 años 2004–2005.



Categoría TEPSI	N° de niños/as evaluados
Normal	128
Riesgo	44
Retraso	5
Total	177

Gráficos sector rojo–azul niños/as evaluados 0–5 2004–2005

Gráfico 7: Desarrollo niños/as 0–2 años sector rojo–azul

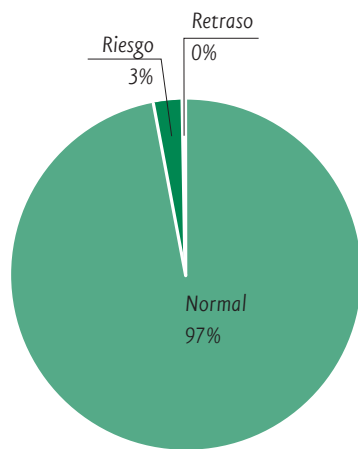
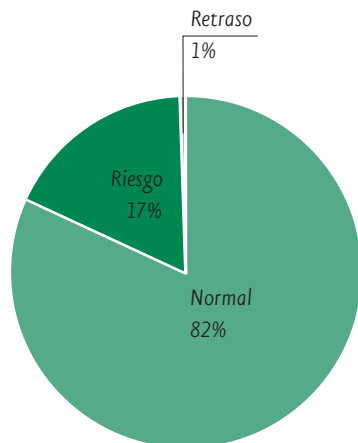


Gráfico N° 8: Desarrollo niños/as 2–5 años sector rojo–azul



Al disgregar los datos por Micro sector (verde, rojo, azul) aparece el Sector Verde, descrito como el de mayor riesgo social con cifras **de desarrollo infantil más deteriorada que el resto de los sectores**. Este elemento nos obliga a buscar estrategias de intervención más focalizada a estas áreas de alta vulnerabilidad. La integración con el enfoque familiar y sectorización en los centros de Salud puede permitir una intervención multidisciplinaria más efectiva.

TABLA N° 3: COMPARACIÓN DE DESARROLLO INFANTIL POR MICRO SECTORES 2004 – 2005

Evaluación	Totalidad Amanecer		Sector verde		Sector rojo y azul	
	N°	%	N°	%	N°	%
Desarrollo normal	1687	96	553	95	1236	97
Riesgo	64	4	27	5	35	2.5
Retraso	6	0	3	0	4	0.5
Subtotal niños evaluados	1745	100	583	100	1275	100

TABLA N° 4: DISTRIBUCIÓN DESARROLLO INFANTIL DE 2–5 AÑOS POR SECTOR AMANECECER 2004–2005

Evaluación	Totalidad Cesfam Amanecer		Sector verde		Sector rojo y azul	
	N°	%	N°	%	N°	%
Desarrollo normal	311	78	128	72	183	84,3
Riesgo–retraso	87	22	49	28	34	15,7
Subtotal niños evaluados	398	100	177	100	217	100

D) Características y distribución de factores de riesgo en contexto urbano

Los avances en investigaciones sobre prevención de Desarrollo Infantil dan énfasis a intervenciones preventivas universales, es decir, dirigidas al conjunto de la población (enfoque poblacional), sin embargo se recomienda focalizar o dirigir intervenciones específicas a colectivos más vulnerables identificados por factores de riesgo.

Muchas familias hoy no disponen de entornos favorables que den oportunidades adecuadas de aprendizaje y desarrollo de sus hijos en temprana Infancia, estos elementos o indicadores los podemos identificar. A continuación, se analiza el comportamiento de éstos en Temuco. Estos factores de riesgo se dividen en dependientes de la familia, del niño y del medio social comunitario:

CUADRO 1: FACTORES DE RIESGO Y RETRASO DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

Del niño
Peso de nacimiento:
• Menor de 1500 grs. (Muy bajo peso al nacer)
• Entre 1500–2500 grs. (Bajo peso)
Orden de paridad:
• 3 ^{er} hijo o más
• 2 ^{do} hijo
Prematurez
Patología de nacimiento o protección que afecte el desarrollo:
• Genopatía que afecte snc–hipoglicemia prolongada
• Meningitis u otra patología snc–hemorragia intra–craneana
• Traumatismo snc–ictericia extrema
• Sd. Convulsivo prolongado–anemia severa
Sexo (género): masculino: femenino= 2:1
Edad: mayor de 1 año

Madre y familia

Edad madre:

- Madre adolescente ≤ 19 años
- Madre mayor de 35 años

Escolaridad de la madre: básica incompleta (≤ 4to básico)

Estado civil: madre soltera, separada o jefa de hogar

Retraso mental madre

Adiciones o dependencia materna

Adicción padre

Maltrato y/o negligencia de padres y/o violencia intra-familiar

Situación socioeconómica de extrema pobreza

Medio social – comunitario

- Sector geográfico c/ mayor vulnerabilidad o riesgo social
- No disponibilidad de jardín infantil
- Centros educativos pre-escolares sin control de calidad
- Escasa participación social u organización comunitaria
- Ambiente rural v/s urbano (rural se asocia a mayor vulnerabilidad social)
- Inexistencia de programas de pesquisa e intervención precoz en desarrollo infantil temprano

D.1) Comportamiento de factores riesgo del niño en áreas urbana de Temuco

Se analizan algunos de estos factores en aquella población de niños detectados con déficit en su desarrollo y se compara con población sin daño. De esta manera podemos calcular el riesgo relativo (OR)

TABLA N° 5: DISTRIBUCIÓN DE DESARROLLO INFANTIL

Niños normales		Niños c/ riesgo y retraso	
Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
104	107	62	33
-104	-107	66	34
49%	51%	66%	34%

Se aprecia la relación hombre/mujer en niños c/problemas de desarrollo.

TABLA N°6: DESARROLLO INFANTIL Y PESO DE SEGÚN SEXO 2005 NACIMIENTO 2005

Niños c/ des. normal		Niños c/ riesgo y retraso	
≥ 2500	< 2500 al nacer	≥ 2500	< 2500 al nacer
201	10	90	10
-95%	-5%	-90%	-10%

El RR(OR) es 1.98 La incidencia de bajo peso al nacer en niños c/riesgo o retraso es el doble de los niños s/retraso. OR=2.2

TABLA N° 7: DESARROLLO INFANCIA Y PARIDAD

Niños c/ des. Normal		Niños c/ riesgo y retraso	
1° o 2° hijo	3° hijo o más	1° o 2° hijo	3° hijo o más
80%	20%	70%	30%

En familias c/riesgo social el factor paridad ó el orden de paridad del niño se asocia a riesgos múltiples entre ellos el de desarrollo

TABLA N° 8: DESARROLLO INFANTIL Y PATOLOGÍA

Niños c/ des. Normal		Niños c/ riesgo y retraso	
Sin prob. que afecta DS	Pat. que afecta SNC	Sin patología	Patología de RN y patten...
207	4	90	10
98%	2%	-90%	-10%

Las Patologías más asociadas a Desarrollo Infantil insuficiente son genéticas, Prematuros extremos, parálisis cerebral, septicemias severas, meningitis etc. OR = 5.75

D.2) Desarrollo infantil y factores de riesgo maternos

En este estudio se analizan el comportamiento de los factores de riesgo maternos en el contexto urbano. Al igual que los descritos en relación al niño/a, se compara con la frecuencia o distribución de las madres de niños/as sin riesgo–retraso de desarrollo.

Según se puede apreciar en la siguiente tabla, hay factores que aparecen con mayor riesgo y que deben considerarse en la intervención. Más adelante se comparan estos factores en el contexto rural.

TABLA N ° 9: DISTRIBUCIÓN DE FACTORES DE RIESGO MATERNOS EN NIÑOS/AS CON Y SIN RIESGO DE DESARROLLO

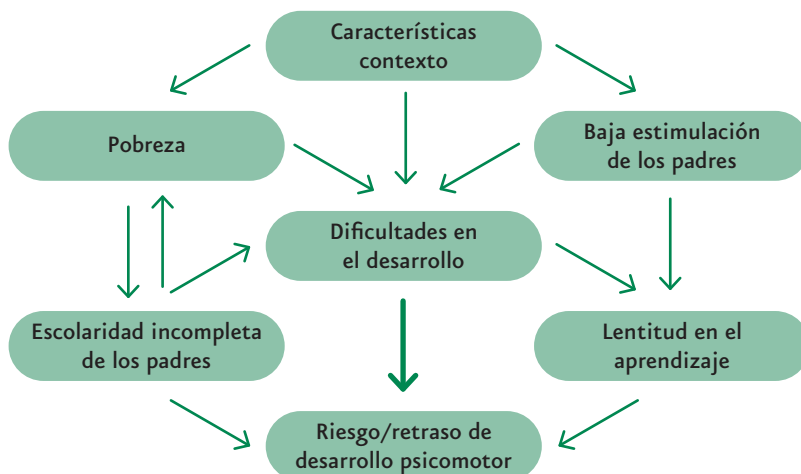
		Niños con des. Normal	Niños con riesgo y retraso
Edad madre	< 19 Años	24 (11,6%)	8 (8%)
	19–34 Años	168 (80%)	71 (71%)
	35 o más	18 (8,4%)	21 (21%)
Estado civil	Soltera o separada	44 (21,1%)	41 (41%)
	Casada–conviviente	166 (78,9)	59 (59%)
Escolaridad	Ens. Básica incompleta	15 (7,2%)	31 (31%)
	Básica completa–media incompleta	64 (30,6%)	19 (19%)
	Media completa–superior incompleta	129 (61,3%)	50 (50%)
	Superior completa	1 (0,9%)	0
Participación prog. salud mental	Sí	7 (3,3%)	13 (13%)
	No	203 (96%)	87 (87%)

De los valores encontrados llama la atención que los hijos de madres adolescentes no tienen una asociación significativa para el riesgo–retraso en desarrollo infantil, a diferencia de otros estudios. La participación de las madres en salud mental engloba elementos como depresión, adicciones, violencia intrafamiliar, entre otros. La situación socio–económica se puede ver reflejada en la distribución según sector geográfico en los gráficos anteriores, realidad descrita también en estudios nacionales y regionales.

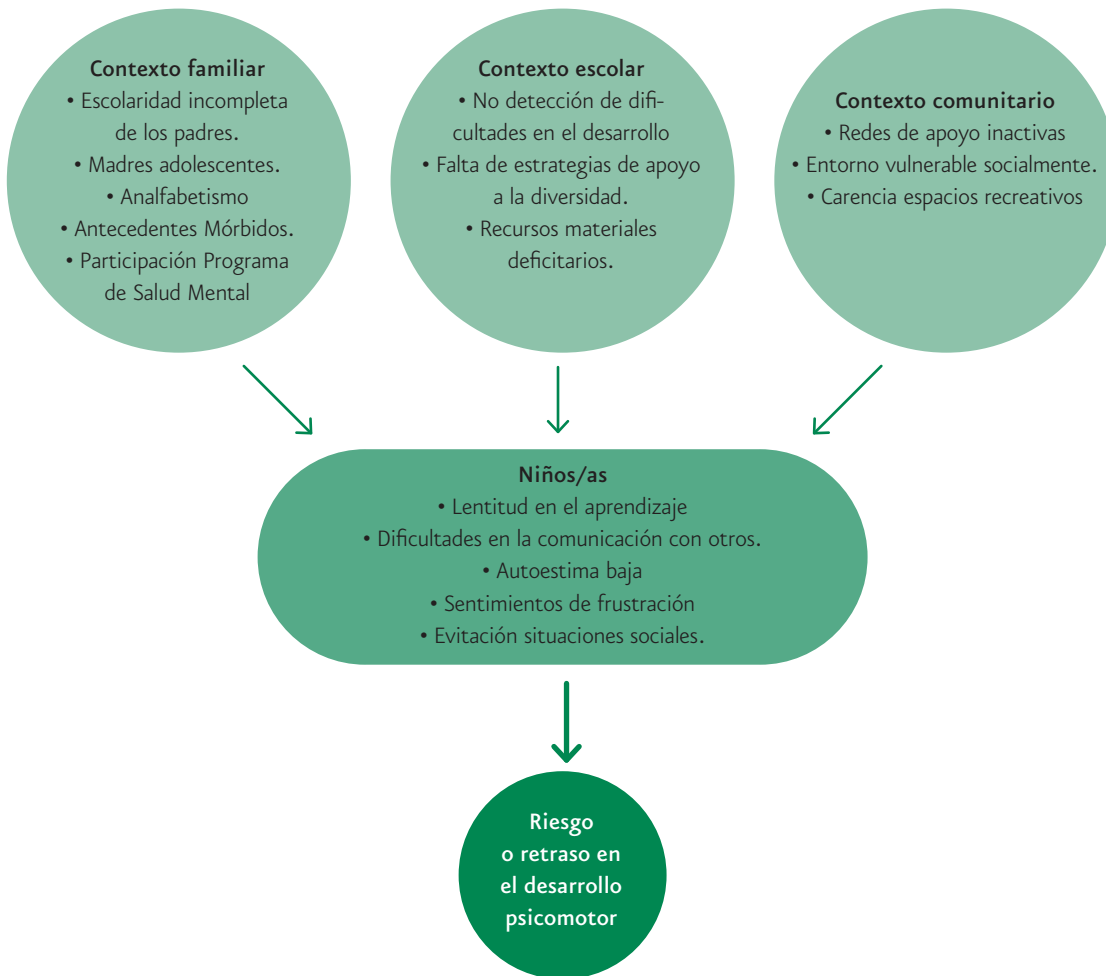
Otra información relevante es que el 58% de los niños y niñas que asisten a los centros de Atención y Estimulación Temprana (riesgo–retraso en desarrollo), se encuentran asistiendo a su vez a centros educativos formales pre–escolares, y un 5% pertenece a programa Puente. Otro factor de riesgo social–comunitario es la ruralidad, que en nuestra región se acompaña de aislamiento, pobreza y barreras culturales (etnia mapuche).

D.3) Sistematización de factores de riesgo para el desarrollo infantil

ESQUEMA N° 1: FACTORES PREDICTORES DE RIESGO O RETRASO EN EL DESARROLLO.



ESQUEMA N° 2: FACTORES DE RIESGO INCIDENTES EN EL RIESGO O RETRASO EN EL DESARROLLO DE NIÑOS/AS DE GRUPO 0 A 5 AÑOS



E) Comportamiento de algunos factores protectores en áreas urbanas de Temuco

La tendencia general al enfocar los problemas de desarrollo o de conductas es en términos de “Factores de Riesgo”, como ya lo hemos analizado previamente, falla por no tener en cuenta las conductas o condiciones de protección, sean éstos individuales, familiares o de contexto donde se desarrolla el niño/a, y por supuesto resulta importante el desarrollo real de redes de apoyo y seguimiento en servicios de salud o educación adecuados.

Los factores de protección (o protectores) actúan ya sea:

- Para promover el desarrollo adecuado de los menores y sus familias.
- O para contrabalancear el impacto negativo de los factores de riesgo reduciendo la probabilidad que estos últimos lleguen a ser consecuencia negativa.

La complejidad de las formas en que interactúan los factores de riesgo y de protección se enmaraña enormemente cuando se descubre que la relevancia de un factor de riesgo puede cambiar y de hecho lo hace en función del contexto en que se presenta, de la edad y la presencia o no de otros factores de riesgo y protección de índole diferente⁽²⁷⁾ (Roberts, Askey 1998).

Los factores protectores dentro de su dinámica ayudan a mitigar o absorber los efectos de los riesgos en los distintos sistemas. “Los procesos protectores” tiene

(27) Colegio oficial de psicólogos del principado de Asturias. Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo, España, 2004.

que ver con la manera como enfrentan las situaciones y cambios en la vida. Estos mecanismos protectores ejercen su papel modificando la exposición al riesgo, la participación en el mismo o reduciendo la probabilidad de reacción negativa resultante de la exposición al riesgo⁽²⁸⁾.

En un modelo de intervención como el descrito hasta ahora con elementos potenciadores o protectores, se transforman en recursos de los cuales se pueden apropiarse y utilizar de forma consciente e inconsciente los equipos y familias. Éstos pueden ser de distinta índole, y se organizan en un continuo desde los menos concretos (intangibles) a los más tangibles.

Aquellos relacionados con la comunidad se relacionan con las características, personas, entornos, instituciones, programas, y servicios sociales con los cuales puede contar un grupo para levantar soluciones a problemas que afectan el desarrollo humano.

A continuación se presenta una tabla con la descripción de los factores protectores según niños, familia, comunidad y equipo de intervención.

TABLA N° 10: FACTORES PROTECTORES PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO ⁽²⁹⁾

Del niño/a
• Lactancia materna prolongada (un año)
• Ser primer hijo
• Ser mujer
• Ser beneficiario de un programa de atención temprana en su centro de salud
• Pertener a nivel socio-económico alto
• Madre con alta autoestima
• Tener buena salud, desarrollo controlado
• Temperamento fácil
• Desarrollo normal del lenguaje
• Desarrollo de pensamiento lógico
• Buenas habilidades sociales
De la familia
• Pesquisa precoz riesgo-retraso
• Familia extensa (abuelos con presencia de cuidadores sensibles)
• Participación comunitaria de sus padres
• Expectativas elevadas de la familia sobre sus hijos
• Uso de un lenguaje descriptivo para comunicarse
• Uso de lengua materna o bilingüismo (mapudungún)
• Escolaridad media o superior de los padres
• Relaciones de apego seguro
• Equilibrada forma de responder a problemas de los hijos/as
• Padres sensibles y responsables
• Alta autoestima como padres
• Conocimiento sobre desarrollo de los hijos/as
Comunidad
• Pesquisa precoz riesgo-retraso
• Programas de apoyo a las familias
• Empleo estable
• Adecuado cuidado del niño/a en espacios comunitarios (plazas, escuelas, etc.)
• Coordinación de recursos de la comunidad para favorecer el aprendizaje (bibliotecas infantiles, ludotecas, etc.)
• Actividades comunitarias de ocio y esparcimiento familiar

(28) Hidalgo C, Carrasco E., Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria. Edit. PUC, Santiago 2002 (p.62).

(29) Adaptado de Schroeder y Gordon 1991. Citado en Colegio oficial de psicólogos del principado de Asturias. Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. España, 2004.

Equipo salud-educación

- Pesquisa precoz riesgo-retraso
- Información sobre proceso de aprendizaje y desarrollo infantil
- Incorporación de educadores/as en los centros de salud familiar
- Ser centro de salud familiar (enfoque sistémico/ecológico)
- Equipos de educación y salud coordinados y capacitados en infancia temprana
- Contar con financiamiento estable para ejecución de programas preventivos en infancia temprana
- Competencias en trabajo comunitario y en redes sociales
- Empatía para el trabajo con familias y niños/as menores de cinco años

F) Descripción de etapas del modelo de atención y educación temprana en contexto urbano

A continuación se detallan las etapas en las cuales se desarrolla el modelo en contextos urbanos, específicamente Consultorios de Santa Rosa y Amanecer.

a) Acercamiento al contexto: en primera instancia se sostuvo reunión con directoras de consultorios para presentar propuesta a implementar, estableciéndose algunos acuerdos en relación al espacio de funcionamiento y los roles que debían asumir los profesionales de la salud y educación involucrados.

b) Sensibilización al equipo de salud: se han realizado reuniones con los equipos de control de niño sano, destacando la importancia de desarrollar actividades conjuntas que, por un lado, aumenten la evaluación del desarrollo psicomotor, y por otro, apoyen a las familias y los niños/as en los procesos de estimulación de aprendizajes.

c) Determinación de línea base para medición de impactos: realización de un estudio estadístico básico sobre los datos de años anteriores y del año 2005, en relación a niños y niñas evaluados con EEDP y TEPSI, señalando cuántos de éstos se encuentran en situación de retraso, riesgo, normalidad y normal con funcionamiento límite y/o áreas comprometidas.

Es importante destacar que el programa asume un enfoque poblacional, es decir, se planifican acciones pensando en un continuo de ofertas para todas las familias independiente de los niveles de desarrollo (todas las que se atienden en el centro de salud). Además profundiza acciones y procedimientos para grupos de riesgo identificados, una vez realizados los análisis correspondientes.

El programa considera de riesgo aquellas **familias que participan de programas ligados a la superación de la pobreza y a los niños/as que en los test obtienen resultados que los ubican en categorías riesgo, retraso, normal con área comprometida y normal límite (obtiene puntajes límite normal en EEDP 0.85 y TEPSI 40-42).**

d) Difusión de las acciones del programa de atención y educación temprana: para el éxito del programa, se necesita desarrollar diversas acciones de difusión tanto al interior del centro de salud como fuera de él (comunidad), con el fin de informar y sensibilizar a los distintos actores de la importancia del desarrollo infantil temprano.

Es importante destacar en estos mensajes que la posibilidad de los niños/as a desarrollar al máximo sus potencialidades es un derecho fundamental, por lo tanto el Estado, comunidad y familia deben coordinar acciones y recursos para satisfacer esta demanda.

Las acciones de difusión pueden ser de distinta índole, por ejemplo: información a los padres en la sala de espera del consultorio, reuniones informativas en los jardines y escuelas de la comunidad, afiches y dípticos informativos sobre la importancia futura de las acciones de estimulación para el desarrollo humano, programas radiales en la comunidad, reuniones informativas y de coordinación con las redes de cada consultorio sobre cómo mejorar en conjunto los índices de desarrollo y aprendizaje de los niños y niñas del sector, entre otras.

e) Planificación de acciones de coordinación entre equipos de salud y educación: la organización y planificación de acciones de derivación, trabajo con la familia y comunidad entre los equipos de educación y salud son de vital importancia para el desarrollo del programa. Se realizó una reunión inicial en la cual se establecieron los criterios básicos de pesquisa para los niños de riesgo y sus familias al interior del centro de salud.

Se establece, además, cómo será el flujo interno de intervención de las familias y los niños. Igualmente, se organiza la recepción de las derivaciones de las redes externas y cómo el centro de salud derivará a otras instancias en la comunidad que prestan apoyo en situaciones de riesgo en la infancia.

f) Planificación de acciones a desarrollar en la comunidad: junto al equipo de salud y educación, los representantes de las distintas redes del sector planifican actividades masivas y focalizadas (puerta a puerta, reuniones de madres en casas, etc.) para promover el derecho de los niños/as a desarrollar al máximo sus potencialidades, así como actividades tendientes al conocimiento y apropiación del programa de Atención y Educación Temprana que se desarrolla en “su centro de salud”.

g) Planificación de acciones a desarrollar con familia: uno de los propósitos del programa es fortalecer a la familia como motor del aprendizaje temprano, para ello se deben coordinar acciones para que **“todas las familias”** estén informadas sobre los hitos más importantes del desarrollo y aprendizaje de sus hijos. Esto permitirá progresivamente que las familias sean las primeras en detectar retrasos en el desarrollo y soliciten los apoyos necesarios al **“programa instalado”** en su comunidad. Igualmente, el programa ofrece **“una oferta diversificada”** según las necesidades de apoyo de cada familia. Así existen actividades determinadas **para todas las familias de carácter informativas** sobre el desarrollo y aprendizaje de sus hijos, para las familias que sus hijos/as presentan situaciones de **riesgo y retrasos en su desarrollo y aprendizaje**, se diseñan propuestas de **“intervención familiar”** de acuerdo a las necesidades de cada una (no son programas estandarizados), si las familias tienen hijos con una **deficiencia o se detecta una alteración grave del desarrollo son acogidos y derivados al Centro Universitario de Evaluación y Estimulación (CEETU)**, allí un conjunto de profesionales altamente calificados los acogen y apoyan, profundizando en la evaluación y promoviendo la equiparación de oportunidades para sus hijos desde las más temprana edad.

Según las características de los grupos familiares, se promueven las visitas a los domicilios y los encuentros pedagógicos para facilitar el empoderamiento de estilos de crianza que favorezcan el aprendizaje infantil.

h) Planificación de acciones a desarrollar con niños y niñas: una parte de los niños y niñas son atendidos directamente durante el control del niño sano, recibiendo información del personal de salud o de educación sobre cómo poder seguir potenciando el aprendizaje y desarrollo de los sus hijos. El grupo de niño/as que se focaliza es el de riesgo y retraso en el desarrollo ofreciéndoles una oferta diversificada a sus necesidades.

Luego de la derivación realizada principalmente desde el control del niño sano, se profundiza en la valoración de las fortalezas y necesidades que presentan el niño/a y su familia. Se planifican programas familiares a implementar en el centro de salud (sala de estimulación) y actividades a ser realizadas en el hogar. Se potencia la participación de los **“cuidadores sensibles”** en las sesiones de trabajo, las cuales se planifican considerando el marco curricular nacional para Educación Parvularia (Bases Curriculares), teoría de la Modificabilidad Cognitiva y la consideración de los principios del enfoque ecológico y sistémico.

i) Ejecución y evaluación de acciones: junto con la implementación de las acciones, el equipo técnico del programa realiza reuniones quincenales de evaluación de las actividades realizadas, con la finalidad de detectar las fortalezas y debilidades. Una vez identificadas las debilidades, se planifican alternativas de acción realizando un monitoreo de las acciones.

A continuación se presentan esquemas que representan con distintas etapas del modelo y el funcionamiento interno y de flujo del modelo de intervención:

Esquema 1:

Esquema Representativo de las **etapas del funcionamiento** del modelo de atención temprana. Se consideran en orden consecutivo las acciones realizadas desde los propios centros de salud familiar hacia la comunidad. De este modo son abarcadas las etapas de: acercamiento al contexto, sensibilización del equipo de salud, determinación de línea base, difusión de acciones, planificación de acciones en los ámbitos del niño/a, familia, comunidad, equipo de salud y educación y la evaluación de seguimiento e impacto en cada una de las actividades programadas en el programa de estimulación.

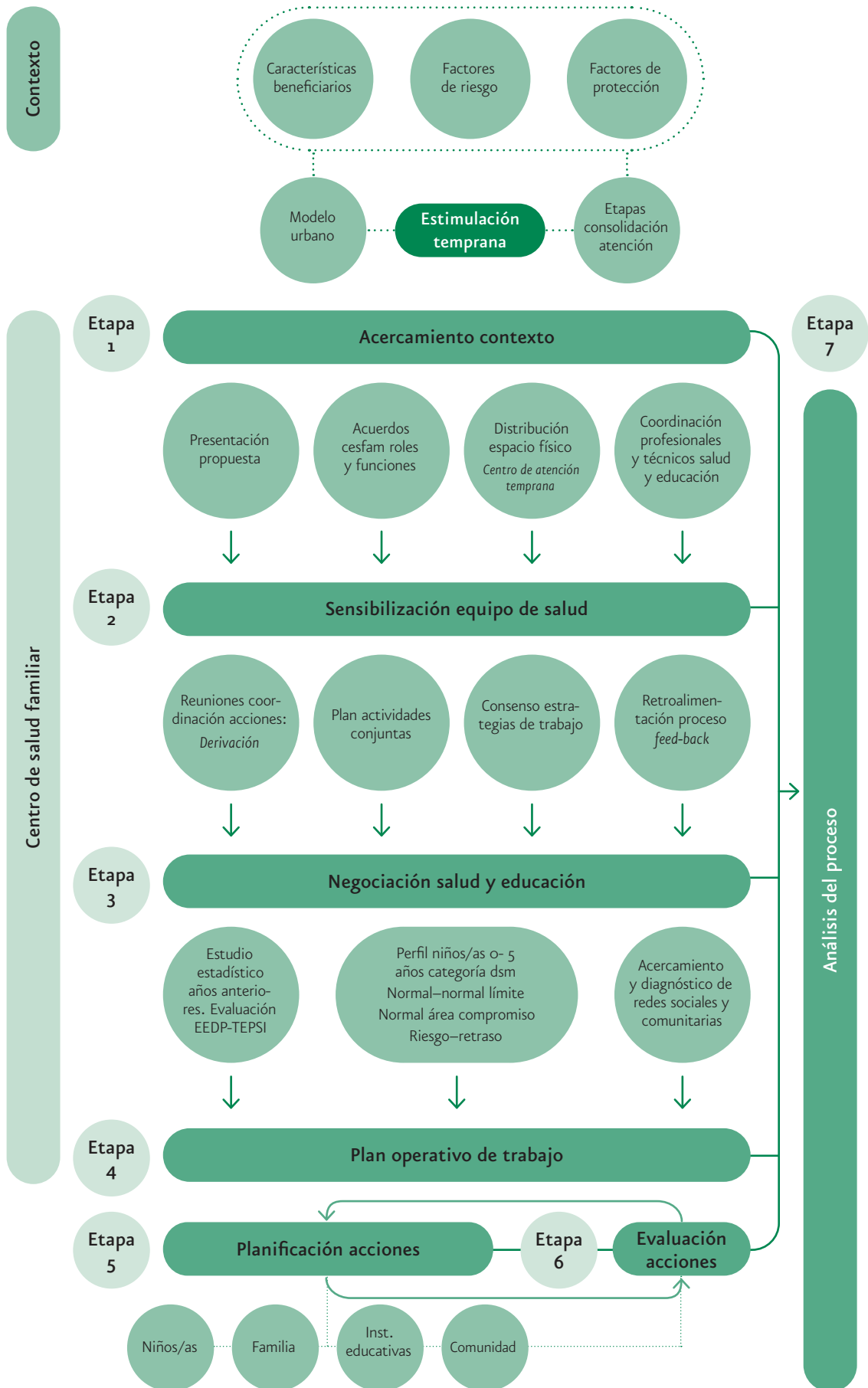
Esquema 2:

Esquema representativo que señala el **funcionamiento interno de la sala**, en cuanto a la derivación, pesquisa y las etapas de seguimiento que recorren los beneficiarios de la sala. Son abarcados de este modo, el objetivo, finalidad e hitos de apoyo en los que son divididas las sesiones de trabajo, señalando específicamente las características en la organización desde la evaluación del desarrollo psicomotor, para detectar las características del menor, la iniciación de trabajo mediante el ingreso a la sala, características de sesiones de intervención, y las etapas de reevaluación y alta de la sala de estimulación.

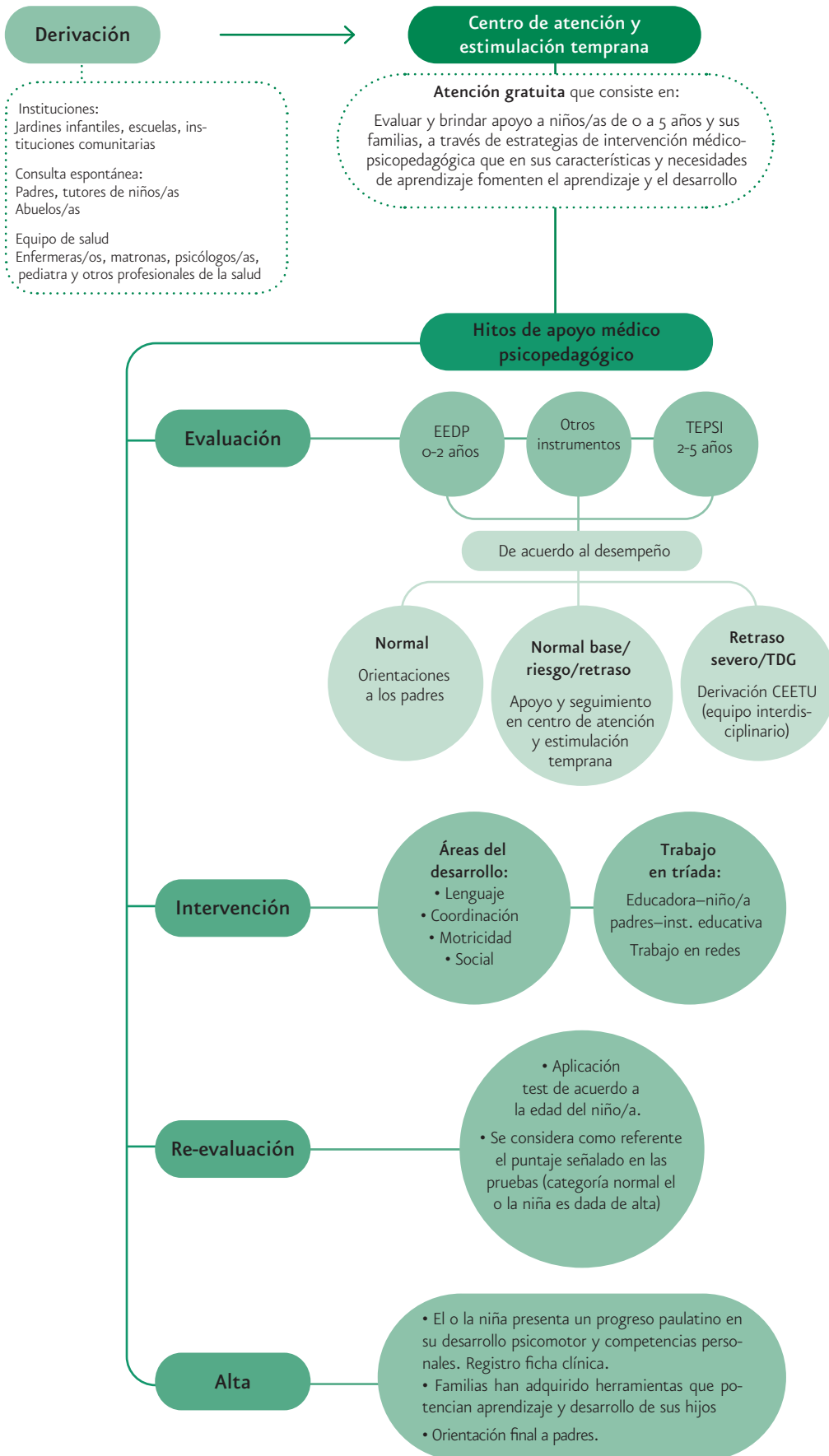
Esquema 3:

Esquema representativo de las actividades realizadas en el modelo urbano en los ámbitos de: niño/a, familiar, escolar, y comunitario da cuenta de la caracterización y descripción de cada una de las actividades que se llevan a cabo en dichos ámbitos.

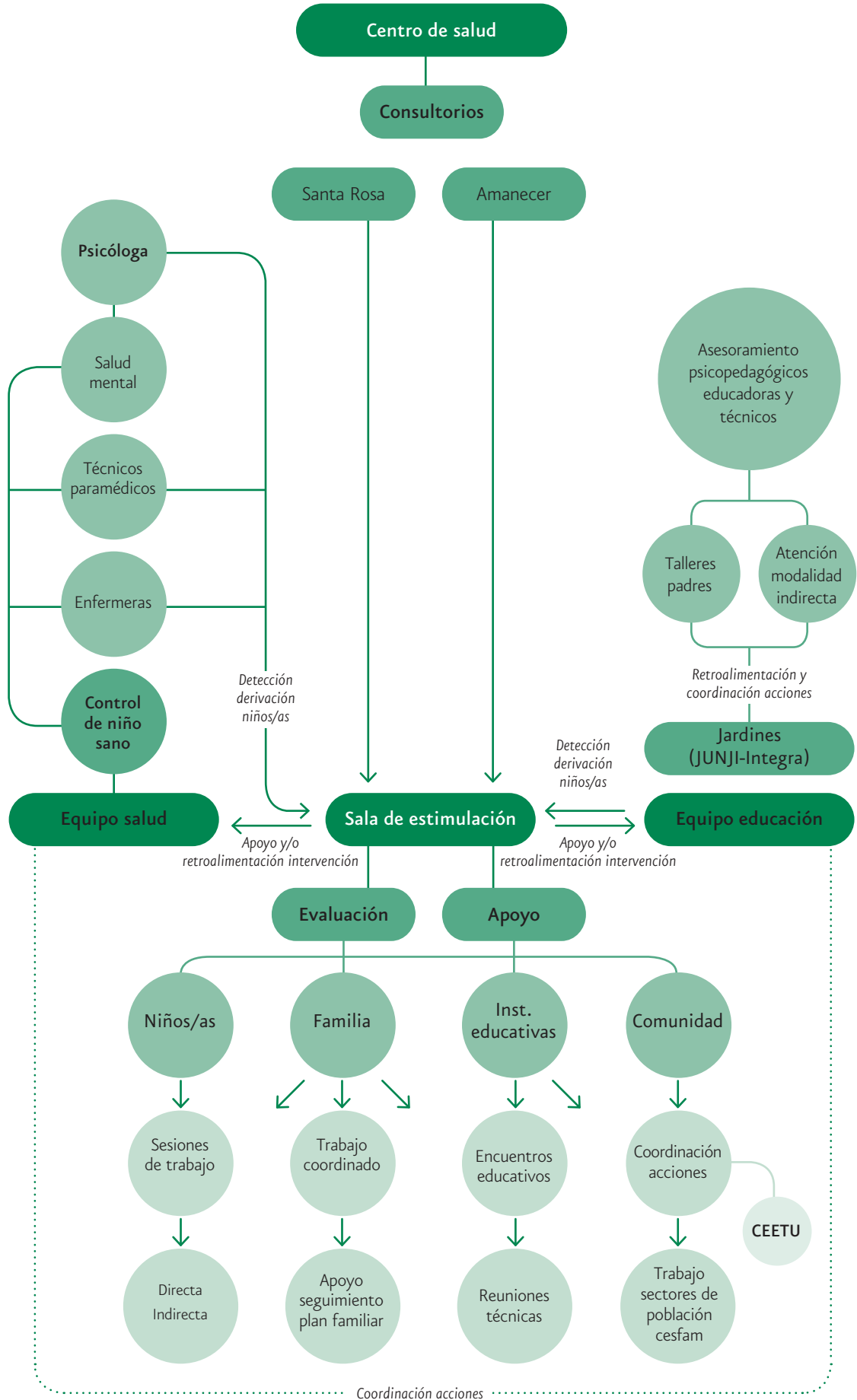
Esquema N° 3: Etapas modelo de atención y estimulación temprana modelo urbano



**Esquema N° 4: Funcionamiento interno:
Programa de atención educación temprana modalidad urbana**



Esquema N° 5: Representativo: Actividades centro de atención y estimulación temprana



G) Descripción de actividades a desarrollar por ámbito de intervención: Niños, familia, comunidad y equipos de salud

G.1) Niños/niñas

Objetivos de trabajo

Generar condiciones y apoyos para promover aprendizajes de calidad en niños/as de 0 a 5 años con la finalidad de contribuir a la disminución en el riesgo o retraso en el desarrollo y capacidades de aprendizaje

- **Detección y pesquisa:** como se señalara anteriormente, los equipos de salud y educación han instalado un **protocolo de derivación** al interior del consultorio, así como para las redes externas. Se hace énfasis para que sean las familias y/o cuidadores los que primero detecten alguna anomalía en el desarrollo infantil. Las pesquisas realizadas por el equipo de control del niño sano a edades determinadas por el MINSAL, se hacen aplicando el EEDP o TEPSI para evaluar el desarrollo psicomotor. Si los niños presentan riesgo (considerando normales con áreas comprometidas) o retraso en su desarrollo son derivados a la sala. Asimismo, si una institución del sector o familia detecta que un niño/a no se está desarrollando como los otros niños, acuden directamente a las Salas de Estimulación para ser apoyados.
- **Difusión del derecho a desarrollar potencialidades al máximo:** para todos los niños/as de la comunidad que se atienden en el consultorio de salud y/o están en contacto con las redes del programa. Se desarrollan actividades que potencian su aprendizaje y desarrollo, tales como: concursos de afiches, préstamos de libros, préstamos de juegos y material didáctico, entrega a sus familias de material informativo para fomentar actividades de aprendizaje.
- **Sesiones de trabajo individual:** los niños que se atienden de forma directa en el programa según su nivel de necesidades participan de sesiones individuales de trabajo con sus madres. En ellas se pretende apoyar las necesidades de aprendizaje del niño, haciendo que la madre, padre o cuidador participe activamente de la sesión. Por ejemplo: se les solicita a las madres que a partir de un tema de interés del niño (animales u otro), realice distintas actividades de aprendizaje guiada por el/la educadora para incrementar su lenguaje, ampliar sus ideas y potenciar su autoestima.

Estas actividades de aprendizaje están basadas en las Bases Curriculares de Educación Parvularia y se consideran elementos de la cultura para desarrollarlas, en ningún caso son situaciones de aprendizaje estandarizadas, ya que éstas deben responder a las necesidades de aprendizaje e intereses de los niños/as. La cantidad de sesiones (de cuarenta minutos promedio) se delimitan en conjunto con la familia y dependiendo de los apoyos que ello necesitan por lo que varían de dos a doce sesiones (con un promedio de seis a ocho) para ser re- evaluados o dados de alta.

A continuación se representa un cuadro con las etapas de: **sensibilización, evaluación, apoyo y seguimiento** de los niños/as ingresados a la sala de estimulación, señalando las características y descripción de las estrategias implementadas en cada una de las salas del modelo urbano pertenecientes al consultorio Santa Rosa y Consultorio Amanecer.

N° de sesión	Etapa	Objetivo	Estrategias claves	Descripción de la estrategia
1	Información/ sensibilización	Entrega de información visual a los padres que ingresan a la sala de estimulación para favorecer la sensibilización y toma de consciencia en cuanto a la importancia de la estimulación temprana.	Entrega de material informativo y esquemas representativos de atención en sala.	Al ingreso de los niños/as a la sala se realiza una sesión de trabajo con las madres-padres, señalando las características, finalidad e importancia del programa, a su vez que los padres señalan las necesidades y expectativas de trabajo.
2	Detección, pesquisa y evaluación	Aplicación de instrumentos estandarizados de evaluación propuestos por el minsal para la detección y pesquisa niños/as en categorías de riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor según grupo etáreo.	Evaluación precoz de 0 a 5 años.	En una instancia inicial, se aplican pruebas estandarizadas para la medición del desarrollo psicomotor y obtener así un diagnóstico que permita delimitar si el niño/a requiere de intervención especializada para el aumento de sus potencialidades y la disminución progresiva en las dificultades en su desarrollo. Coordinación con equipo de salud para conocer características de las familias para realizar derivaciones oportunas dentro de los programas del centro de salud o comunidad.
3	Inicio del proceso de intervención	Profundización de la evolución en conjunto con la familia. Se establecen los compromisos y propósitos básicos de la intervención. Se levantan temáticas de interés desde las experiencias de los niños/a y sus familias.	Cuaderno de proceso de trabajo.	Se implementa cuaderno de proceso donde se registran expectativas e intereses de los padres, características del niño/a, modelo de sesión en sala y estrategias de mediación utilizados por los padres en el hogar. A partir de ello se establecen compromisos entre padres, madres y/o cuidadores en cuanto a orientaciones de tareas específicas de apoyo en el hogar y sala.
4	Intervención	Desarrollo de la intervención, considerando la categoría dsm y sus necesidades de aprendizaje en la cual se ubica el niño/a, los intereses y fortalezas tanto de éstos como de sus familias.	Triada	Se incorpora a los padres y/o cuidadores a participar en las sesiones de trabajo con sus hijos/as a través de un trabajo colaborativo que facilite la retroalimentación entre los padres y la educadora encargada de la sala. Las sesiones duran aproximadamente 45 minutos a una hora. Consideran un momento inicial de bienvenida, desarrollo de la sesión de trabajo y evaluación por parte de la educadora y la familia.

N° de sesión	Etapa	Objetivo	Estrategias claves	Descripción de la estrategia
5	Intervención	Participación activa de las madres y/o cuidadores del niño/a durante el proceso de estimulación del desarrollo psicomotor.	Entrega de orientaciones Feed-back cuaderno	Se desarrollan los objetivos planificados en torno a un eje temático de interés para los niños con el apoyo de las madres/cuidadoras y la educadora. Se evalúan las acciones desarrolladas y se asignan tareas para el hogar. Si el niño/a y/o su familia participan de programas que ofrece la comunidad, se realiza visita a las redes para realizar seguimientos y coordinar acciones.
6	Cierre de intervención en sala	Valoración de la evolución paulatina del desarrollo psicomotor del niño/a a partir del programa familiar elaborado entre la educadora y la madre.	Entrega de pautas de seguimiento a las familias	Sesión destinada a la evaluación final del programa familiar. Los niños que no se dan de alta, se re-evalúan y derivan a otras instancias de la red o bien se sigue apoyando a la familia. Se cita para seguimiento del caso para uno o dos meses. Se monitorea en su centro educativo si está asistiendo a jardín infantil.

- **Sesiones de trabajo grupal:** pretenden incrementar las capacidades lingüísticas de los niños/as a través de una modalidad de apoyo grupal. Se trabaja en grupos de tres a cuatro niños/as con eje temático que permita captar los intereses, igualmente participan de ellas las madres o cuidadores directos.

- **Visitas a las redes del programa:** durante el trabajo que se realiza de forma directa con los niños/as y sus familias se realizan seguimiento de los casos más críticos en los establecimientos educacionales a los cuales asisten. Para asesorar a sus educadoras de cómo potenciar mejor el aprendizaje y desarrollo en ellos, como en temáticas del interés de ellas (temática de capacitaciones).

- **Derivaciones:** se realizan derivaciones al Centro de Estimulación Regional (CEETU) y otras instituciones, en los casos que según sus necesidades requieran apoyos más generalizados y tengan que integrarse a otros tipos de intervenciones más específicas y que demanden mayores recursos y apoyos para su inclusión social, como por ejemplo: trastornos generalizados del desarrollo, parálisis cerebral, síndrome Down y/o discapacidades severas.

Trabajo de trabajo directo en sala estimulación centro de atención y estimulación temprana



Ingreso a sala de estimulación. Etapa de saludo se entrega cita-ción y/o carnet de atención.



Exploración material didáctico. Coordinación preguntas y acciones en sesión con madres del niño/a.



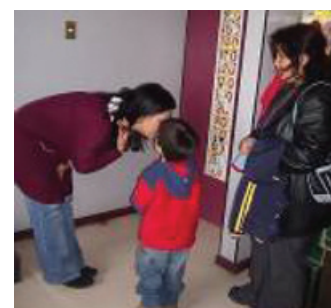
Situación de aprendizaje, el menor manipula el material de acuerdo a sugerencias de madre y educadora (clasificación frutas, verduras, colores)



Mediación para acciones en situación de aprendizaje. (Selección material de acuerdo a características)



Retroalimentación educadora y madre, orientaciones para el hogar, acuerdos de trabajo para la próxima sesión.



Finalización de la sesión. Despedida del niño/a y madre.

G.2) Familias

Objetivo de trabajo

Fortalecer el rol que asume la familia como medidor en el proceso de estimulación de sus hijos/as.

- **Entrega de información escrita y de forma oral:** a todas las familias que se atienden en los consultorios (que desarrollan la experiencia), se les entrega información oral en distintos espacios (box de control del niño sano, sala de espera o bien cuando la solicitan), escrita a todas las familias en el control del niño sano (manual de estimulación), y en las salas de estimulación en material impreso sobre algunas acciones a desarrollar para optimizar las experiencias cotidianas que tienen los niños/as en sus entornos naturales, potenciando el fortalecimiento del vínculo temprano.
- **Encuentros educativos:** se programan con grupos de padres interesados en conocer más sobre cómo ayudar a aprender más y mejor a sus hijos. Generalmente son mensuales y se realizan en los centros de salud. Ahora se está intentando juntar grupos de madres y padres en algunas casas que ellos mismos ofrecen, acercando más esta estrategia a la comunidad. Se han implementado de forma progresiva encuentros educativos con madres adolescentes embarazadas, como una forma de activar y mejorar las expectativas sobre sus hijos y desarrollo de la competencia emocional.
- **Entrevistas familiares:** si una familia tiene un hijo con riesgo en el desarrollo y es derivado a las salas de estimulación, allí se le realiza una entrevista en pro-



fundidad con la finalidad de detectar las necesidades y expectativas de las familias frente al desarrollo y aprendizaje de sus hijos. Esta información es considerada para la planificación del programa familiar.

- **Programación de apoyos:** al detectar a una familia en crisis, se organizan y coordinan los distintos apoyos que puede ofrecer la red en la cual está inserta el programa. La finalidad es no desgastar la potencialidad familiar y ahorrarle recursos.

- **Seguimientos:** una vez que las familias se encuentran dentro del programa (focalizadas) en todas las sesiones se hace seguimiento, registrando las acciones en la ficha médica y en los sistemas de registros implementados en el programa. Si son dados de alta se les visita en el domicilio o se aprovecha su asistencia al consultorio (por entrega de leche, controles, etc.), para realizar el seguimiento.

G.3) Comunidad

Objetivo de trabajo

Activar redes entre instituciones del territorio para la derivación de casos, asesoramiento a profesionales, técnicos, líderes comunitarios, en temáticas de la infancia y atención directa de casos en las redes comunitarias.

- **Evaluación de las redes del sector:** una vez instalado el programa en el centro de salud, se realiza con la coordinadora de CNS, un análisis de cuáles son las redes activas del sector, las pasivas y las que se deben reactivar para el éxito de las metas planteadas.

- **Establecimiento de compromisos entre las redes:** se inicia contacto personal y por escrito con cada representante de las redes (escuelas, centros de educación infantil, iglesias, juntas vecinales y centros comunitarios, entre otras). Se presentan los propósitos y metas del programa y se les invita a participar. Se toman acuerdos de cómo se derivarán a los niños/as y sus familias, las características de la capacitación que desean recibir, y quiénes serán los responsables de mantener la red activada en la comunidad.

- **Actividades de difusión masiva:** desarrollo de actividades informativas en programas de radio y textos informativos como: afiches y dípticos que informen sobre la importancia de conocer el desarrollo y aprendizaje de los niños en edades tempranas para potenciar sus capacidades de aprendizaje y la pesquisa temprana de necesidades de aprendizaje o de retrasos en el desarrollo infantil.

- **Capacitación a líderes comunitarios:** se desarrollan jornadas educativas con líderes comunitarios con la finalidad de sensibilizar y coordinar acciones para informar a la comunidad sobre la importancia de la infancia temprana.

- **Asesoramiento a instituciones pertenecientes a la red:** se organizan visitas a los centros y agrupaciones pertenecientes a la red con la finalidad de unificar criterios para la derivación o realización de seguimientos de familias y niños/as. Además de realizar talleres a distintos profesionales en las temáticas de infancia.

- **Derivación entre componentes de la red:** se establece un sistema de registro que permite derivar con un mismo formato desde cualquier punto de la red al centro de salud y desde él a otras instancias si los casos lo ameritan.

G.4) Equipo de salud

Objetivo de trabajo

Potenciar acciones en conjunto de trabajo interdisciplinario entre profesionales del área de salud y educación en los centros de salud para un apoyo integral en el desarrollo y aprendizaje temprano de los niños/as beneficiarios del mismo.



Talleres con Padres beneficiarios del Centro de Atención y Estimulación Temprana



- **Actividades de evaluación y pesquisa:** como se desarrollara anteriormente, los equipos del control de niño sano (en adelante CNS), a partir de la aplicación del EEDP y TEPSI evalúan un porcentaje del total de niños/as inscritos en el CNS. Una vez aplicada las evaluaciones, si se detectan casos con riesgos y retrasos, éstos son derivados a los equipos de educación para ser apoyados.
- **Actividades informativas a las familias:** durante el CNS, las enfermeras y auxiliares paramédicos dan información de forma oral y escrita a las familias de cómo mejorar el aprendizaje y desarrollo de sus hijos. Además, se planifican actividades de difusión conjuntas con el equipo de salud en espacios de encuentro dentro del consultorio y fuera de él, tales como: sala de espera, junta de vecinos y centros educativos del sector.
- **Consultas por déficit desarrollo psicomotor:** las enfermeras del CNS, implementan consultas por déficit en el desarrollo psicomotor. Consisten en tres sesiones de trabajo con el niño y su madre, y después de esta intervención se re–evalúa a los casos. En sectores en los cuales el porcentaje de riesgo es alto, el equipo no tiene capacidad para satisfacer las necesidades, por lo que es apoyado por las educadoras del programa.
- **Re –evaluaciones:** una vez que el equipo de salud realiza las consultas por déficit en el desarrollo psicomotor se re–evalúan los casos para verificar efectividad de las acciones. Cabe señalar que gran parte de los casos no progresan de forma satisfactoria porque los déficits que presentan son de consideración.
- **Actividades de coordinación con equipo de salud:** el equipo de salud realiza reuniones de coordinación de acciones con las educadoras del programa, con la intención de hacer más efectiva la intervención, evitando repetir información y desgastar a las familias.
- **Reuniones de evaluación de acciones:** de igual forma, se realizan en conjunto (salud–educación) acciones evaluativas y de seguimiento de las acciones implementadas.

G.5) Equipo de educación

Objetivo de trabajo

Coordinar acciones con la comunidad, familia y equipo de salud de los centros de salud para dar un apoyo integral a las familias y niños/as menores de 5 años.

- **Actividades de evaluación y pesquisa:** al igual que el equipo de salud, las educadoras realizan evaluaciones en las salas y en los centros educativos pertenecientes a la red, complementando de esta forma el porcentaje de niños/as evaluados.
- **Actividades de profundización en evaluación:** una vez derivados los casos se profundiza en la evaluación, a partir principalmente de la observación en contextos naturales del comportamiento e interacción de los niños/as y sus familias.
- **Evaluación de redes comunitarias:** se convoca y/o visita a las diferentes organizaciones comunitarias que se relacionan con el centro de salud; se evalúa con cuál de ellas se planificarán acciones en conjunto.
- **Planificación de acciones con niños/a, familia, comunidad y equipo de salud:** a partir de las evaluaciones realizadas a cada uno de los estamentos se levanta un plan operativo semestral que da cuenta de las acciones a desarrollar con los niños/as, familia, comunidad y equipo de salud de cada centro.
- **Asesorías a las redes internas y externas:** dentro de las acciones se programan asesorías al equipo de salud e instituciones comunitarias en temas de su interés y actualidad sobre el aprendizaje, y desarrollo de los niños/as.



- **Re-evaluación y altas:** una vez finalizado el plan de trabajo familiar se re-evalúan los casos con la finalidad de determinar las altas o bien la continuidad en el programa.
- **Actividades de coordinación con equipo de salud:** se planifican y determinan las actividades a desarrollar en conjunto. Es una instancia de información para dar a conocer las acciones realizadas por ambos equipos y que favorecen el éxito de la iniciativa.
- **Reunión de evaluación de acciones:** cada cierto tiempo se realizan evaluaciones del impacto de las acciones de mejora, levantando alternativas de acciones cuando se detectan debilidades en cualquiera de los ámbitos de intervención.



H) Descripción modelo rural de Programa de Atención y Educación Temprana Araucanía

H.1) Enfoque intercultural

Desde el año 2002 se viene desarrollando el proyecto sobre estimulación temprana en niños menores de cinco años. Durante su aplicación surge la inquietud de incorporar una perspectiva intercultural, sobre la base de los aspectos socio-culturales, formativos y educativos mapuche, un contexto particular y específico respecto de la cultura en el ámbito de la familia y la comunidad. Ha tenido como requerimiento la relación y vinculación con familias de comunidades, asumiendo un proceso de observación y levantamiento parcial de ciertos conocimientos y saberes que están a la base de la socialización y crianza de los niños en el marco de su cultura.

En tal sentido, se hizo necesario describir, analizar y profundizar los aspectos educativos y culturales que hacen referencia a la estimulación temprana respecto del modelo más clínico y/o propio de atención occidental que se ha estado implementando. Es necesario profundizar primero en los conocimientos de normas culturales, juegos, cuidados y qué es la “estimulación temprana” para desarrollar determinadas habilidades en los niños a través de sus familias.

El enfoque intercultural es entendido principalmente como una estrategia metodológica que tiene en cuenta ambas lógicas sociales y culturales en interrelación, mapuche y occidental sobre la construcción de conocimientos educativos.

H.2) Contexto en el cual se desarrolló la propuesta

El sector de Roble Huacho, correspondiente a la comuna de Padre las Casas, corresponde a un sector rural ubicado a 15 Km. de Temuco, cuya población en su mayoría es mapuche. La experiencia se desarrolla en la Posta de salud donde vive la auxiliar paramédica rural, además está contiguo a la escuela rural del sector. El total de la población es de 4.185, que corresponde a 987 familias. En total existen 136 de niños y niñas de 0-5 años según la siguiente distribución:

TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS DEL SECTOR POR EDAD

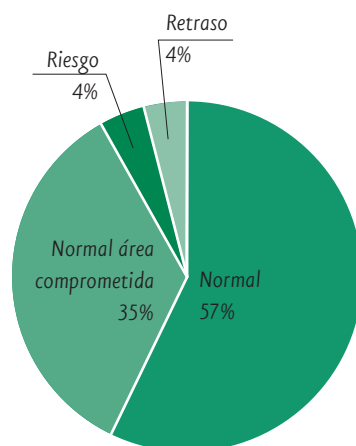
0-5 meses	6-11 meses	12-17 meses	18-23 meses	2-3 años	4-5 años
14	14	8	12	42	46

La realidad de las familias con las que se ha trabajado en el centro de estimulación y atención temprana predominante es la de familias de más de un hijo(a), con el padre de familia agricultor, las madres la mayoría dueñas de casa y que viven en condiciones precarias y cuya alimentación está basada en una agricultura de subsistencia.

Existe un porcentaje mínimo de familias que se encuentran atendidos en el Programa Puente. Es importante destacar que los niños y niñas menores de 5 años no contaban con evaluación psicomotora en el momento de inicio de la experiencia.

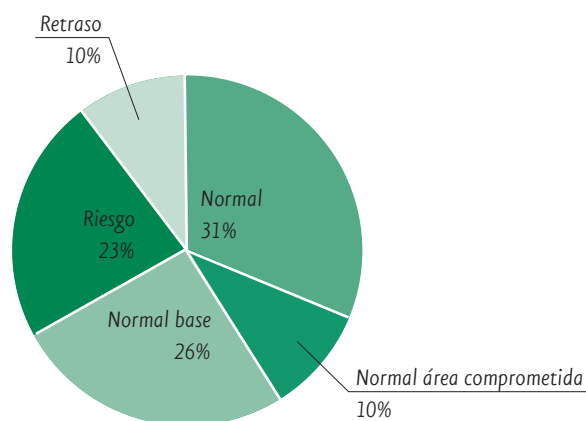
H.3) Características de los niños, madres y familias

Gráfico N° 9: general de niños evaluados de 0-2 años sector Roble Huacho



El gráfico muestra el resultado de todas las evaluaciones aplicadas en el rango de los 0-2 años, visualizándose que de un total de 26 niños y niñas evaluados el 57% se encuentra en el rango de normalidad de test, y 35% pese a tener un rango total de normalidad presenta un área comprometida. Entonces, el 43% de los niños y niñas requieren de intervención.

Gráfico 10: general de niños evaluados de 2-5 años sector Roble Huacho



En el gráfico 10 se muestra las evaluaciones aplicadas en el rango de los 2-5 años, visualizándose que de un total de 39 niños y niñas evaluados, el 31% se encuentra en el rango de normalidad, 10% —pese a tener un rango total de normalidad— presenta un área comprometida. Un 26% tiene áreas en riesgo.

Al observar la gráfica entonces se aprecia que el % de normalidad total es bastante menor que el observado a nivel urbano.

Las características de las madres en comparación con lo descrito a nivel urbano se pueden apreciar en el siguiente cuadro:

TABLA N° 12: COMPARACIÓN DE FACTORES DE RIESGO MATERNOS EN CONTEXTO URBANO Y RURAL

		Niños con riesgo y retraso urbano	Niños con riesgo y retraso rural
Edad madre	< 19 Años	8%	9.7%
	19 O más	92%	90.3%
Estado civil	Soltera o separada	41%	10.4%
	Casada – conviviente	59%	89.6%
Escolaridad	Ens. Básica incompleta	31%	41.9% (21% Analfabeto funcional)
	Básica completa – media incompleta	19%	46.8%
	Media completa – superior incompleta	50%	11,3%
Contacto con lengua mapuche	Contacto en la familia	–	37.8%
	Contacto sólo comunitario	–	62.2%
Peso de nacimiento del niño/a	Menos 2.500 Grs.	10%	4.8%
	Mas de 2.500 Grs.	90%	95.2%
Género	Hombre	66%	51.6%
	Mujer	34%	48.4%
Programa puente	Si	5%	4.8%
	No	95%	95.2%
Jardín infantil	Asistencia	48%	3.2%

Se comparan los factores descritos en niños/as con riesgo y retraso del programa rural con los del programa urbano, de esta comparación se pueden comentar algunas diferencias importantes:

- Escolaridad de las madres rurales claramente es menor con un 21% de analfabetismo funcional.
- El estado civil en el contexto rural claramente demuestra que culturalmente la mujer participa de la crianza de sus hijos acompañada de su pareja que en la mayor parte es formal, a diferencia de lo urbano.
- Contacto con la lengua mapuche en las familias es principalmente a través de los abuelos. Se demuestra la progresiva pérdida de la lengua materna. Esto lo consideramos un factor de riesgo pues familias bilingües permiten desarrollos más favorables.
- Madres adolescentes no aparecen con una relación significativa en retraso del desarrollo a nivel rural. Esto podría explicarse por aspectos culturales del sector, que tienden a que el hijo sea aceptado y apoyado por la familia materna (abuelos).
- Los otros indicadores aparecen con tendencias claras en relación a madres de niños con riesgo y retraso de desarrollo, especialmente asociado a factores socio-culturales.

H.4) Trabajo directo con los niños y niñas del sector de Roble Huacho

La primera sesión se denomina sesión de observación, que consiste una situación de juego, la que se planifica con la finalidad de establecer un primer acercamien-

to con el niño(a), observarlo en una situación lúdica, donde se coloca principal atención a aspectos generales del niño(a) tales como: la forma en que se maneja en situaciones en que no está presente la madre, cómo se relaciona con la educadora, tipo de comunicación que establece, su comportamiento, si se desenvuelve con una actitud tranquila o está atento a todo tipo de situación que ocurre y sus gustos, entre otros. Con esta información se planifican las siguientes sesiones de estimulación, lo que permite considerar aspectos como el espacio, el tipo de material, su distribución, etc. para planificar futuras intervenciones.

Luego de la sesión de observación, se planifican las primeras 3 a 4 sesiones, las que como se menciono anteriormente se estructuran en un orden lógico y gradual de complejidad, de manera de llegar a lograr en el niño o niña su zona de desarrollo potencial.

La intervención no es estandarizada, y los objetivos se ordenan bajo las supuestas categorías o niveles de desarrollo. La intervención del programa considera los principios sistémicos, por lo cual, potencia las relaciones naturales y los entornos enriquecidos en los que naturalmente se desenvuelve el niño/a y su familia, lo que quedó de manifiesto al utilizar la estrategia de triada (trabajo conjunto entre cuidadores, niño/a y educadora).

Cada sesión o período de trabajo consta de 45 minutos aproximadamente, instancia donde la familia participa en forma directa o indirecta según sea necesario, y de acuerdo a los objetivos planteados y características de los niños(as).

En ocasiones la presencia de la madre durante la sesión provoca que el niño o la niña destinen su atención en ella; constantemente se le acerca con la intención de que lo cargue, o definitivamente fomenta el que se niegue a trabajar, esto último, por la actitud de aprehensión en ocasiones de parte de la madre. Cuando se da esta última situación el trabajo se focaliza en la madre para luego ir incorporándola gradualmente en las sesiones.

Desarrollo de las sesiones de trabajo con niños y familias:

Las sesiones de intervención se realizan utilizando la siguiente estructura:

En primera instancia el trabajo es realizado en forma directa por la educadora junto al niño(a), donde se muestra el material, se entregan las instrucciones, motivando al desarrollo de la situación de estimulación, mientras la mamá observa el trabajo que se realiza y aporta desde su experiencia cotidiana a la entrega de instrucción o descripción del material del trabajo.

La segunda instancia corresponde a la participación conjunta de la madre/cuidadora en la situación de aprendizaje, siendo la mayoría de las veces modelo para sus hijos.

La tercera instancia, está dada por la participación protagónica entre la madre, y su hija/o, donde es ella quien aplica las estrategias de aprendizaje mediado implementado en la etapa dos, y la educadora asume un rol de observar lo que hace y dice la madre, para finalmente retroalimentar a partir de lo ejecutado.

Se termina la sesión ordenando el espacio y guardando el material junto a la niña(o).

Las sesiones se programan con las madres de acuerdo a su disponibilidad de tiempo, considerando las distancias desde sus casas hacia la posta; así, algunos niños asistían todas las semanas mientras que otro cada 15 días o más. Esto era registrado en el cuaderno de citas, donde era especificada la hora.

En el caso de que la madre no participara dentro de la sesión de intervención, se le describe lo desarrollado, la forma de trabajo, los avances del niño y lo que se requiere que replique en su casa.



Una vez que el niño o la niña junto a su madre o a quien lo acompañó se retira, la educadora realiza la evaluación de la situación trabajada, pudiendo ser a través de un registro o a través de la completación de instrumentos elaborados por la propia educadora, como escalas de apreciación, registros descriptivos, etc.

H.5) Desarrollo de actividades con la comunidad

El trabajo está dado por el contacto y acercamiento con las personas representantes de la comunidad. En este caso en particular con el equipo de salud, con las educadoras de los distintos centros educativos del sector, etc. Para ello se realizaron visitas a terreno junto con la auxiliar paramédico de la posta, quien constituye un mediador y un nexo clave al momento de establecer comunicación con la comunidad. Esto porque, por un lado, es una persona que es conocida y respetada, y, por otro, al ser el profesional de la salud al cual acuden periódicamente, tiene una connotación de autoridad frente a la comunidad.

El hecho que el centro de estimulación y atención temprana esté inserto en la posta, tiene un valor agregado; así, la educadora es considerada como parte del sistema de salud y es reconocida por todos como **“la tía de la posta”**.

Es fundamental tener presente que el trabajo que se desarrolla en una zona rural tiene un carácter de tipo profesional y personal, dado que se requiere tener una actitud de apertura hacia la gente. De este modo, será necesario que mientras se realizan visitas a domicilio, se pueda aprovechar la instancia para trasladar personas que se encuentren en el camino, constituyéndose en un momento de difusión y de comunicación clave ya que se citó a varias mamás para evaluación en forma directa o través de recados a otras mamás que eran vecinas.

Otro factor que cobra relevancia, es el tipo de relación que se establezca con las mamás. Si bien es necesario mantener una relación profesional, ésta debe ser muy cordial, concretizándose en saludos de la mano o con un beso ya que esto determina en muchas ocasiones el que la madre regrese en otra oportunidad. De igual forma se recibe el agradecimiento de la gente con diversas manifestaciones, como a través de alimentos que cosechan en sus tierras o que producen sus animales.

Se visitaron las escuelas y jardines que corresponden al sector de Roble Huacho.

Se realizaron evaluaciones de desarrollo psicomotor, informes que fueron devueltos a las educadoras correspondientes.

Encuentro en las casas:

Se realizaron talleres con madres de niños y niñas con los que se está trabajando en el centro de atención y estimulación temprana en una de las casas, convocando a otras madres cercanas al domicilio previamente consultado. Esto favorece la cercanía hacia la gente.

El énfasis del taller es aprovechar la cantidad innumerable de recursos con que se cuenta en el hogar. Si se piensa, el entorno rural ofrece por sí mismo un sin número de estímulos a los niños y niñas pero que, sin embargo, no es aprovechada por desconocimiento por parte de las familias en términos de no saber que estos constituyen estímulos, como por la necesidad de conocer estrategias de estimulación.

Implementación de cuaderno de citas:

Este cuaderno contenía las fechas y horarios disponibles para citar a las madres para las fechas correspondientes, ya sea para evaluación en primera instancia y para intervención cuando se requiriera.



Dicho cuaderno era utilizado tanto por la educadora como por los auxiliares paramédicos. Esto permitió coordinar los horarios evitando que se reunieran las madres en un mismo período.

- **Acuerdos establecidos**

Todo resultado de la evaluación en desarrollo psicomotor debió ser registrado en la ficha clínica, en la tarjeta de control y en el carné de control de los niños y niñas.

- **Material elaborado**

El material utilizado en las diversas intervenciones y construido para ellas, corresponde a dominós, rompecabezas, material didáctico construido a partir de material de desecho, de dibujos realizados y recopilados por la educadora, la elección de éstos ha sido considerando los siguientes criterios:

- Material de fácil acceso para las familias, por su bajo costo económico.
- Porque existe en las casas ya que han sido requeridos a sus hermanos en la escuela.
- Porque existen en las casas porque se han adquirido por iniciativa de los padres con anterioridad.

Es importante señalar que pese a que mucho del material que se utilizó y que se requiere puede ser construido a partir de material de desecho, es importante contar con material base que permita tener un stock básico de implementación y que a su vez se puede utilizar como ejemplo para luego replicar con otro material.

Material utilizado en taller con madres en la posta:

Como se ha mencionado al inicio del presente informe, la población de Roble Huacho es en su mayoría población mapuche, se suma a esto que un alto porcentaje de las madres tienen enseñanza básica incompleta, por lo cual el material considera los dibujos como forma de mejorar la comprensión de los mensajes.

H.6) Descripción del trabajo con equipo de salud

Trabajo con auxiliar de posta rural: La auxiliar paramédico de la posta, tal como se mencionó anteriormente, constituye un mediador y un nexo clave al momento de establecer comunicación y realizar algún trabajo con la comunidad.

Es una persona que hace más de 15 años que vive en la propia comunidad, por lo que conoce perfectamente a las familias, sus integrantes, nombres, su realidad familiar y lugar donde viven.

Es importante que el auxiliar paramédico tenga conocimientos de desarrollo psicomotor, conozca los hitos de desarrollo, de manera que permita pesquisar durante las visitas a terreno y se sienta con la libertad de evaluar el desarrollo de los niños con instrumentos determinados por el MINSAL.

Junto a él se organizan las visitas al sector y a los domicilios. Además, se dan los espacios para que participe activamente de los procesos de evaluación y apoyo familiar.

H.7) Búsqueda de una pauta de evaluación de desarrollo contextualizada

Lo primero que habría que tener claro respecto a la evaluación es que ésta forma parte de un **contexto**. Es un proceso y mantiene vínculos con los demás elementos que componen un sistema, en el caso de la evaluación del desarrollo psicomotor en el marco de los procesos de estimulación temprana, los sistemas familiar y comunitario.

Esta consideración implica que la evaluación debe mantener un equilibrio entre el **ser** y el **deber ser**. El **ser**, entendido como el producto, proceso o evento



físico real generado en la interacción niño/a–familia/comunidad, y el **deber ser**, entendido como el **objetivo** o el norte hacia el cual se encamina el proceso de enseñanza–aprendizaje dado en la socialización. La psicología ecológica plantea que los estudios de los individuos deben realizarse teniendo en cuenta que éste se encuentra al interior de un ambiente dentro del cual se desarrolla. Dichos ambientes los divide en sistemas y subsistemas, y los analiza sobre la base que éstos se afectan recíprocamente, influyendo en el individuo. Sin embargo, es necesario considerar el hecho que esta influencia se manifiesta de distintas formas en cada individuo.

En la misma línea, la escuela culturalista norteamericana sostiene que cada cultura es producto de una historia donde ha confluído una compleja red de factores que no es posible establecer de antemano y, en consecuencia, que sólo resulta comprensible con base en sus propias particularidades. Por lo tanto, podríamos decir que cada familia es una subcultura (subsistema) dentro de la cultura mapuche, con rasgos comunes, pero con características propias que las distinguen. Es por esta razón que, incluso dentro de la propia cultura, se hace necesario conocer las particularidades de cada subsistema familiar de manera general.

En base a la diversidad cultural que encontramos en los niños y niñas, sus familias y comunidades (esto a pesar de pertenecer a una misma cultura), es que se hace imperiosa la necesidad de establecer un modelo de evaluación que permita flexibilizar según las características de las familias participantes, esto último sin perder la rigurosidad que debe poseer todo proceso de evaluación para ser válido.

Actualmente el equipo de trabajo se encuentra desarrollando un estudio de validación de un instrumento contextualizado de evaluación, para lo cual ha diseñado las siguientes etapas:

- Indagación de los procesos de formación (pautas de crianza) establecidos como parte de la cultura, que nos permitieran visualizar las prioridades en el desarrollo de los niños y niñas, respecto de los requerimientos del ambiente por el que se ven rodeados y estimulados.
- Reflexión respecto a los listados de hitos recolectados que permiten visualizar claramente las diferencias evidentes en la aparición de ciertas conductas.
- Revisión y reflexión por el grupo de profesionales que conforman el equipo del proyecto. Sin embargo, surge la necesidad de la apertura hacia la comunidad y hacia el conjunto de técnicos y profesionales de la salud con los cuales nos encontrábamos vinculados y quienes finalmente pondrían en práctica el modelo de atención temprana que se levantaría.
- Como parte del proceso de reflexión y revisión inicial, también fue necesario analizar los instrumentos utilizados en la actualidad para dicha labor, siendo en este caso los establecidos por el Servicio de Salud Pública. A partir de este análisis se ha levantado una pauta preliminar que en la actualidad se encuentre en proceso de validación de expertos para con posterioridad trabajar con la comunidad y realizar las pruebas estadísticas correspondientes.

H.8) Etapas claves de la implementación del Programa Atención y Estimulación Temprana en contextos mapuches

En nuestra experiencia hemos definido como puntos clave para la implementación efectiva de un programa de atención temprana en un contexto rural–mapuche lo siguiente:

a. Conocimiento de las pautas de crianza de cada contexto de intervención, aunque la cultura mapuche tiene elementos diferenciales desde el punto

de vista histórico, éstos se ven alterados por la influencia de la cultura mayoritaria (transculturación–aculturación). Así, la influencia de los medios de comunicación, la asistencia a establecimientos escolares que no incorporan aspectos de la cultura, exposición a trabajos urbanos, etc., producen nuevos cánones de socialización, roles familiares, de lengua utilizada con los niños, tipo de alimentación, entre otras, que se deben conocer para ser discutidas e incorporadas en los procesos de intervención. Este acercamiento se logra por medio de entrevistas con padres, líderes culturales, auxiliares de posta rural y reuniones grupales con informantes claves de la comunidad.

b. Negociación y trabajos de confianza, este aspecto es fundamental para el éxito del trabajo en comunidades mapuches, se deben lograr confianza mutua. Para ello es importante que el acercamiento comunitario sea mediado a través de un agente facilitador intercultural que pudiera ser el auxiliar (si es hablante o representante de la cultura) o un técnico capacitado para estos efectos.

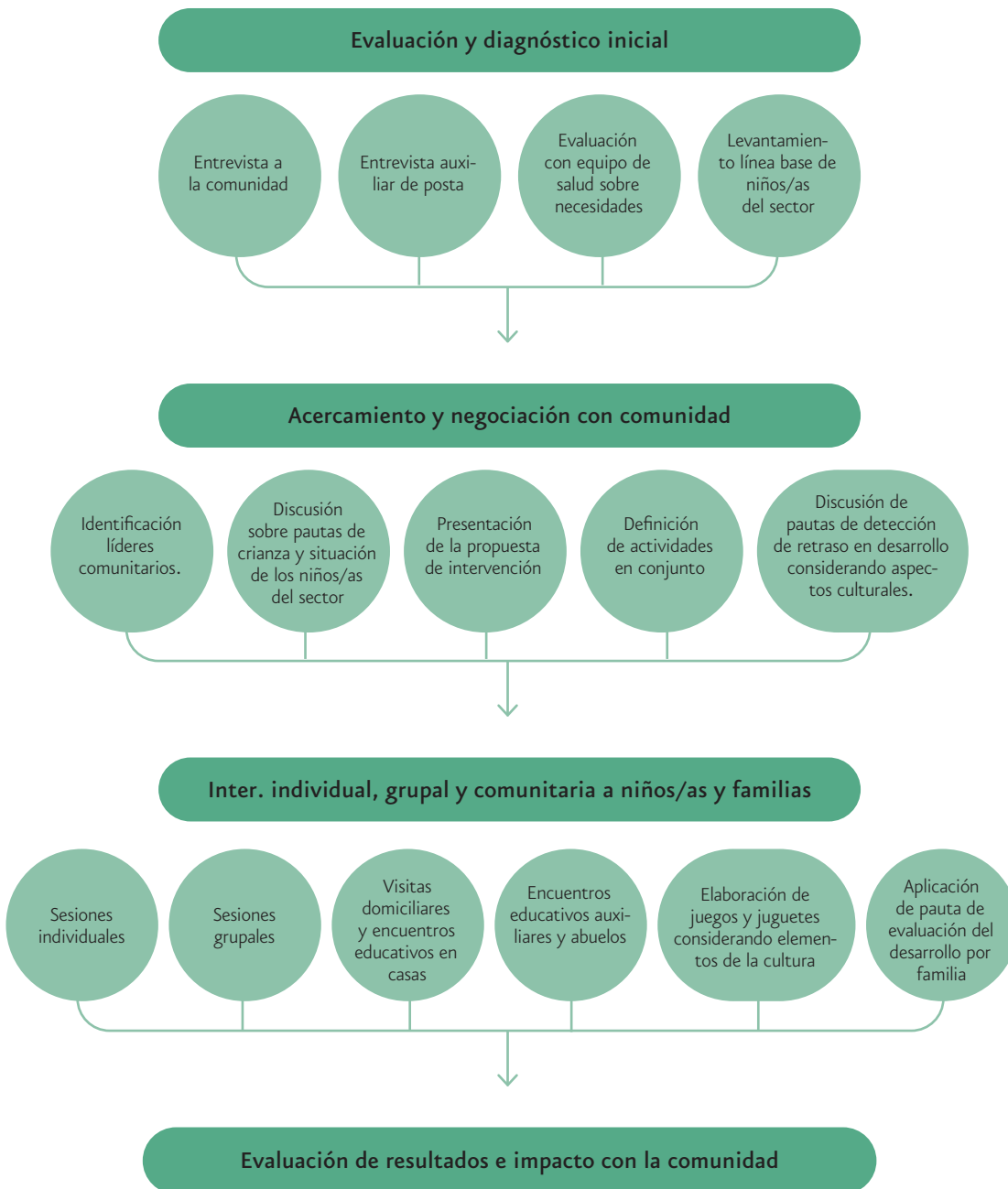
c. Evaluación de niños para identificar línea base, la forma de lograr este aspecto tiene diferencias al modelo urbano. Se debe adaptar los instrumentos de evaluación al contexto rural–mapuche. Por otro lado, se recomienda utilizar instrumentos de tamizaje (detección gruesa) aplicados por el auxiliar rural y las mismas familias, con el objetivo de empoderar a estos agentes de aspectos del desarrollo de los niños/as y que sean ellos los primeros en identificar alguna situación de alerta.

d. Trabajo de intervención con niños/as pesquisados/as utilizando materiales y juegos contextualizados, se realiza de forma individual/grupal en la posta o en domicilios, se adapta el modelo de tríada utilizando materiales contextualizados, y se promueve la utilización de la lengua mapuche. Además, con las madres se promueve la creación de materiales y recuperación de juegos locales.

e. Difusión masiva de pautas de crianza que promuevan el desarrollo y el aprendizaje temprano, la participación de auxiliar rural, equipo de salud y líderes comunitarios son importantes en este proceso, junto a las coordinaciones con la educadora del programa. Esta acción se puede llevar a cabo por diferentes medios: cartillas con dibujos, encuentros en las casas de las madres, vistas domiciliarias, conversaciones durante el control del niño sano, programas en radios de la comunidad, etc. Es importante incorporar a los facilitadores interculturales para la promoción del uso de la lengua materna por parte de la comunidad.

A continuación se presenta esquema de sistematización del modelo de intervención.

Esquema N° 6: Etapas de implementación del modelo en contexto rural



H.9) Elementos claves en la intervención rural

- **El auxiliar paramédico** cobra relevancia, es un técnico de salud considerado—a una autoridad local, vive y forma parte de la comunidad. Tiene un conocimiento global y fidedigno de todos los integrantes, lo que favorece el acercamiento hacia las familias, constituyéndose en un nexo natural. Dentro su función está el realizar visitas domiciliarias, lo que facilita una mirada y un seguimiento de los niños y niñas que están en una situación de riesgo o retraso. Se requiere que el auxiliar paramédico cuente con una base teórica y práctica en el área de desarrollo psicomotor por lo que su capacitación es un elemento clave.

- **Los niños permanecen bajo el cuidado de sus madres.** De un universo de 66 madres consultadas, el 99% —correspondiente a 65 de ellas— permanece al cuidado de su madre o abuela materna. Participan de actividades familiares o juegos muchos de ellos al aire libre. Tienen poco contacto en el día con la televisión, sólo un 7,57% correspondiente a 5 madres señalan que su hijo permanece más de una hora viendo la televisión.

- **Trabajo contextualizado con la familia.** El trabajo se planifica a partir de las situaciones y condiciones cotidianas de la familia y de sus propias pautas de crianza, de manera que sea especialmente significativa para el niño(a) y considere la dinámica de la familia. Se aprovecha la riqueza humana de las familias y los recursos y oportunidades que ofrece su medio natural y cultural. Se trabaja en sesiones individuales o de pequeños grupos en la Posta de salud o en el domicilio.

- **Conformación de redes de trabajo con las escuelas o jardines rurales:** Es necesario crear instancias de coordinación, de apoyo, y de derivación, desde y hacia aquellas entidades que se relacionan directamente con el desarrollo de los niños en el sector.

- **Instrumentos de evaluación contextualizados a la cultura:** Se necesitan procedimientos de evaluación estandarizados que permitan medir realmente las capacidades de aprendizaje de los niños y niñas respetando su contexto cultural, de forma tal que ellos puedan demostrar su verdadero potencial y no sean castigados con el instrumento (Instrumento en proceso de validación).

- **Material de trabajo que responda a la cultura:** para desarrollar un modelo como el descrito ha sido necesario diseñar e implementar una serie de materiales que nos permitan como equipo captar la esencia del saber cultural de los contextos rurales—mapuches. A continuación se grafican algunos de ellos en fotografías.



Encaje de animales doméstico diseñado y validado en la comunidad



Cartillas de estimulación en español y mapudungún

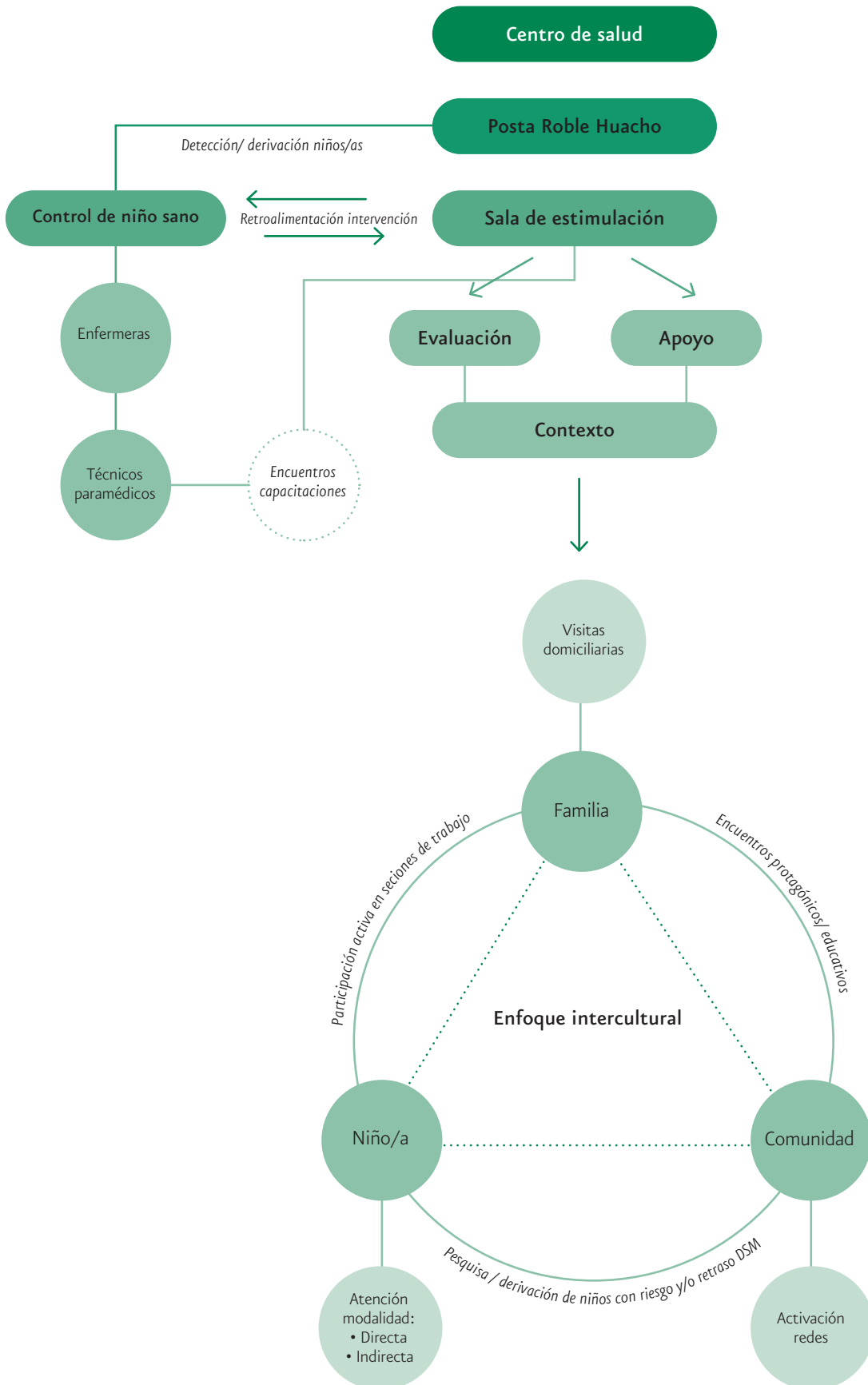


Set de fotografías contexto rural



Cuento mapuche graficado con dibujante en comunidad

Esquema N° 7: Modelo de atención modelo rural



*Organización de un centro
de referencia regional:
CEETU (Centro de
Evaluación y Estimulación
Interuniversitario UCT–UFRO)*

4

A) Fundamentación general del Centro Regional Inter–universitario de Atención Temprana (UCT–UFRO)

El aumento de los “trastornos profundos del desarrollo” en la infancia y los avances desarrollados por el campo de la educación especial y la psicología cognitiva, ponen de manifiesto la necesidad de generar nuevas formas de intervención, las cuales deben considerar un enfoque sistémico y ecológico en su diseño, respetando el derecho de los niños/as y sus familias a recibir apoyos oportunos y de calidad.

En la región de la Araucanía, las familias que tienen hijos con graves trastornos del desarrollo no cuentan con redes formales que les permitan recibir los apoyos de forma temprana. Las posibilidades que existen se restringen a ser derivados a escuelas especiales, las que, en su mayoría, prestan atención a niños/as mayores de dos años o bien los cupos de atención son limitados (15 niños).

Ante esta realidad, se crea el Centro Inter–universitario de Evaluación y Atención Temprana, el cual pretende ser un “conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0–6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”⁽³⁰⁾.

(30) Grupo de Atención Temprana, Libro Blanco de la Atención Temprana, Madrid 2000.

El propósito del centro es cooperar en la conformación de una red que preste servicios tendientes a equiparar oportunidades desde la más temprana edad a los niños/as con necesidades educativas especiales y sus familias, organizando los recursos existentes en la comunidad y región para mejorar la calidad de vida de los beneficiarios.

Para el éxito de esta labor, se han establecido y formalizados redes con diversos agentes de la comunidad, tales como: consultorios, hospitales de la región, Servicio de neonatología del Hospital Regional, JUNJI, INTEGRA, escuelas básicas, públicas y subvencionadas, escuelas especiales, agrupaciones de padres, entre otras. Esto permite que los niños y sus familias sean derivados de forma oportuna y se organicen los apoyos y seguimientos según los recursos con los que cuenta su entorno más próximo.

B) Características del Centro Regional Inter–universitario de Atención Temprana (UCT–UFRO)

El “Centro de Evaluación y Estimulación Temprana Universitaria” (CEETU) realiza acciones en tres líneas de trabajo orientadas hacia la **coordinación de las salas de estimulación, la intervención de menores y la investigación para la generación de conocimiento.**

Como centro especializado en estimulación y atención temprana, cumple con la labor de coordinar y asesorar las diferentes acciones realizadas en las Salas de Estimulación Temprana que existen en la región y que se ubican en las comunas de Victoria, Collipulli, Curacautín, Angol y Renaico. Es importante mencionar, además, la asesoría brindada a las salas de estimulación de los consultorios Amanecer y Santa Rosa.

Esta línea de trabajo se concreta a través de reuniones periódicas, a las cuales asisten la totalidad de las educadoras a cargo de las salas y el equipo de profesionales de apoyo del “CEETU”, con quienes se analizan las problemáticas emergen-

tes en cada una de las localidades, se discute sobre casos específicos y se analizan las características de aquellos casos que requieren ser derivados al centro, y se establecen los mecanismos de derivación y los canales de comunicación para su seguimiento.

Una segunda línea de trabajo llevada a cabo dentro del CEETU se orienta hacia la atención de niños y niñas que presentan una diversidad de trastornos específicos.

B.1) Contextualización del CEETU

La temática de infancia ha tomado relevancia en la agenda social del gobierno chileno desde la suscripción de la Convención sobre los Derechos de los Niños y los compromisos adoptados en la década del '90 en la "Cumbre Mundial en favor de la infancia", asegurando con esto la protección los niños(as) y la reducción de su sufrimiento; la promoción del desarrollo pleno del potencial humano de cada niño/a, y la conscientización sobre sus necesidades, sus derechos y sus posibilidades.

Esta preocupación del Estado chileno por la infancia y la adolescencia, de larga data, ha sufrido transformaciones que la han hecho evolucionar desde una visión preferentemente asistencialista a una focalizada en la promoción y la inversión social, considerando el desarrollo infantil como un componente fundamental y directamente asociado al desarrollo humano integral.

Un extracto de la Declaración Final de la II Reunión Iberoamericana de Ministros de Economía y Hacienda "Gasto público focalizado en la niñez y la adolescencia", suscrita por el representante del Gobierno de Chile en Septiembre del año 2000 en la ciudad de Panamá, plantea que la inversión social está llamada a desempeñar un papel esencial en el proceso de desarrollo de las oportunidades y del capital humano en áreas tan cruciales como educación, salud, desarrollo cultural y convivencia democrática. Esta inversión no sólo se justifica como un imperativo ético vinculado a los derechos básicos de la infancia y la adolescencia, sino también como una condición **sine qua non** para el crecimiento y desarrollo social del país.

Lo anterior termina de ratificar con esto la importancia de inversiones que favorezcan el desarrollo de iniciativas enfocadas a generar y asegurar las mejores condiciones posibles y las mayores oportunidades a nuestros niños y niñas para desarrollarse plenamente e integrarse de manera activa y participativa a la sociedad.

Al respecto, debemos considerar la situación detectada por un estudio realizado por UNICEF durante el año 2000, el cual tuvo como objetivo poder evaluar las condiciones de las regiones chilenas que garantizaran un desarrollo óptimo de su población infantil. En este estudio se observa a la región de la Araucanía como aquella con mayor cantidad de comunas en el quintil más precario.

Las universidades de la Frontera y Católica de Temuco, desde su misión de crear y adaptar conocimientos de alto impacto aplicados a problemáticas regionales, replicables a nivel nacional y que contribuyen al desarrollo humano, proponen responder, en un trabajo mancomunado, levantando esta iniciativa desde el área de la prevención en sus cuatro niveles: primaria, secundaria, terciaria y equiparación de oportunidades.

Dicha propuesta está enfocada a la atención e intervención de niños y niñas con necesidades educativas especiales permanentes y transitorias en el marco de una

atención e intervención temprana, propiciando con esto la generación de espacios y experiencias de calidad que permitan no sólo un proceso de intervención integral para los niños y sus padres, sino también considerando las posibles proyecciones de estos niños y sus familias en los procesos de integración e inclusión real a los sistemas educativos y sociales en los cuales se encuentran insertos, propendiendo a la generación de cambios reales, significativos y perdurables.

B.2) Características de la atención del CEETU

El “Centro de Evaluación y Estimulación Temprana Universitaria” (CEETU) tiene como objetivo la atención temprana de niños y niñas entre 0 y 6 años con alteraciones en su desarrollo, ya sean permanentes o transitorias, a través de la realización de acciones en cuatro líneas de trabajo:

- a. Intervención Transdisciplinaria
- b. Capacitación en Atención e Intervención Temprana a Profesionales de instituciones de educación y Salud
- c. Investigación para la generación de conocimiento

a. Intervención transdisciplinaria

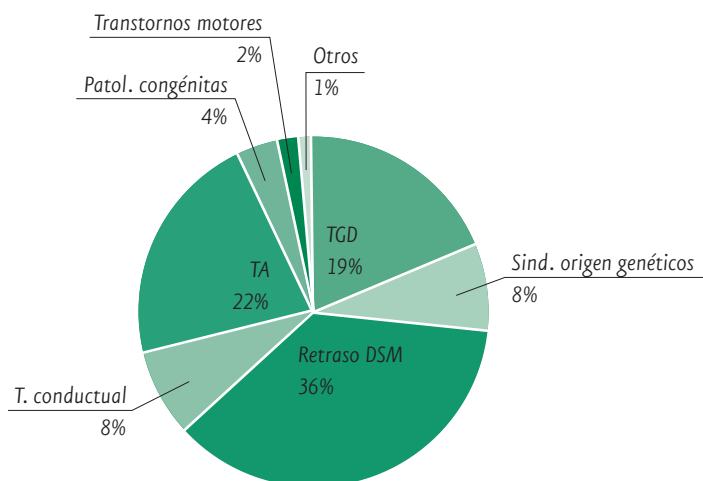
Esta primera línea de trabajo se orienta hacia la atención e intervención temprana de niños y niñas entre 0 y 6 años que presentan necesidades educativas especiales, sean éstas permanentes o transitorias, comprendiendo con esto a una gran variedad de alteraciones en el desarrollo. Previo a la descripción del usuario, consideramos necesario poder esclarecer el concepto de Necesidades educativas especiales, esto con el objetivo de facilitar la comprensión de lo que posteriormente se expondrá.

Necesidades Educativas Especiales: Se considera alumnos con necesidades educativas especiales a aquellos cuyas necesidades educativas individuales no pueden ser resueltas con los medios y los recursos que habitualmente utiliza el docente para responder a las diferencias individuales de sus alumnos y que requieren para ser atendidas de ajustes, recursos o medidas pedagógicas especiales. De esto se infiere que el sistema educativo debe proveer los recursos humanos, técnicos y materiales necesarios para la equiparación de las oportunidades de los alumnos con NEE así como las orientaciones técnicas con el objeto de lograr aprendizajes de calidad⁽³¹⁾ (MINEDUC, 2003).

(31) www.mineduc.cl

La edad de los niños y niñas que son atendidos en CEETU fluctúa entre los 0 y 6 años, por tratarse de un centro focalizado en los procesos de atención temprana. Sin embargo, es necesario mencionar que ha sido inevitable realizar algunas excepciones con problemáticas presentadas por niños y niñas de edades superiores, quienes no han encontrado una oferta educacional satisfactoria para la superación de las problemáticas presentadas y las necesidades de aprendizaje derivadas de éstas. Respecto a las consideraciones socio–económicas, es necesario establecer —por el hecho de no contar con un sistema de aranceles o cobros por la atención entregada— que se priorizará por aquellas familias de más escasos recursos que no puedan acceder a otras alternativas de atención por considerar esto un costo. Entre los diagnósticos que presentan los casos que son atendidos en el centro encontramos: **retraso en el desarrollo psicomotor, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del Lenguaje, alteraciones conductuales, patologías congénita, trastornos motores, síndromes de origen genético.**

Gráfico n° 11: Distribución por NEE



• **Modelo de intervención:** De acuerdo con las investigaciones realizadas en el mundo, los primeros años de vida constituyen una etapa de la existencia especialmente crítica, ya que en ella se configuran habilidades básicas (perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales) que posibilitarán la interacción adecuada con el ambiente. Es por esto, que surge la necesidad de responder, lo más tempranamente posible, a las necesidades que presenten niños y niñas, a fin de evitar futuras discapacidades o, en el caso que ya la presenten, poder potenciar significativamente sus habilidades adaptativas disminuidas.

Es aquí donde cobran relevancia todos los niveles de prevención primaria, secundaria y principalmente la prevención terciaria, debido a las características de los casos a los que se atienden.

El tipo de intervención realizada, al interior del centro, tiene características de flexibilidad que permiten la adaptación de dicha intervención según las particularidades individuales de los niños/as y de sus familias.

Es necesario establecer que el modelo de intervención que se presenta se levanta a partir de la experiencia vivenciada desde la atención de niños(as) en el CEETU y en las distintas salas de estimulación, además del aporte de los distintos profesionales de apoyo. Para la mejor comprensión de dicho modelo éste se expondrá a través del relato real de un niño atendido en el Centro de Evaluación y Estimulación Temprana.

• **Sistema de ingreso:** En este apartado se pretende explicar desde dónde son derivados los niños y niñas que ingresan al CEETU. Es interesante destacar la diversificación de los centros o puntos de derivación, los que en un comienzo se restringían a centros educativos (especiales y regulares), centros de salud municipales y salas de estimulación temprana de la comuna de Temuco. Sin embargo, luego del proceso de posicionamiento que ha llevado a cabo el centro, las derivaciones provienen además de los diferentes consultorios y hospitales de la Región, centros comunitarios, consultas médicas particulares, juzgado, clínicas psicológicas, entre otros.

En el caso de **C** (el niño con el que se ejemplificará el modelo de intervención), la derivación proviene desde el Centro de Salud Familiar Amanecer, referido específicamente por la psicóloga infantil. El niño y su familia ingresan al centro presentando como antecedentes un informe, además de exámenes médicos que se le han realizado con anterioridad.

El objetivo de la derivación del niño es **poder clarificar y orientar mejor el diagnóstico y sus características**, a fin de poder iniciar lo más tempranamente su proceso de intervención.

- **Acogida del niño y su familia (ingreso al centro, inicio del proceso de evaluación):** El ingreso oficial al centro se inicia con la recepción de los antecedentes que entrega la familia comenzando el proceso de evaluación a partir de una **entrevista inicial**, la cual tiene como principal objetivo el identificar las **necesidades** de la familia y sus **expectativas** respecto del proceso que se iniciará en el centro. Esta primera instancia permite aclarar a la familia las características del trabajo que se llevará a cabo y el tipo de apoyo que se brindará tanto al grupo familiar como al niño.

A partir de la comprensión de este proceso se inicia la focalización de la entrevista a fin conocer aspectos específicos que puedan influir o afectar el desarrollo del niño/a; entre ellos podemos destacar: antecedentes mórbidos personales, dinámica familiar, situación económica, apoyos que recibe la familia o las redes tanto formales como informales con las que cuenta.

En esta primera sesión se hace necesario resaltar el establecimiento de compromisos con los padres en cuanto al proceso de intervención en sus distintas etapas, (evaluación o apoyo), dejando establecido que este proceso deberá ser realizado en conjunto; por tanto, es imprescindible su activa participación en la toma de decisiones durante la intervención.

El proceso de entrevista inicial es complementado con la labor que deben asumir los padres de escribir “en familia” la historia del niño, intentando describir lo mejor posible su desarrollo desde la etapa prenatal hasta la fecha de ingreso al centro, destacando en esta historia las características del niño, de la familia, los miedos, las expectativas, los sueños, lo que les preocupa, entre otros. La producción de este texto es un aporte muy valioso al momento de orientar la profundización de la evaluación.

- **Profundización de la evaluación (evaluación específica):** De acuerdo a las características del niño(a) en atención, para profundizar la evaluación se seleccionan los instrumentos específicos necesarios, por ejemplo, en el caso de C se utilizan: **Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI)**, **Escalas de apreciación y listas de cotejo**, (basadas en el desarrollo normal), en este caso específico (C) se hace necesario profundizar la evaluación con instrumentos específicos para niños con trastornos generalizados del desarrollo, **Cuestionario para Niños con Espectro Autista (Ángel Rivière): Guía de integración sensorial IDEA: Inventario de Espectro Autista (Ángel Rivière), Registro Fílmicos.**

La valoración de los casos se centra en la comprensión del vínculo sujeto–medio para determinar sus necesidades educativas, lo que obliga a un mayor conocimiento de los procesos involucrados en la dinámica de intervención y su influencia en el niño o niña. A la base de este trabajo se encuentra la convicción de que las respuestas a las necesidades educativas especiales no son ámbito exclusivo de una disciplina en particular; de aquí la importancia de pensar en términos de equipo, de trabajo interdisciplinario y colaborativo, que permita de esta forma lograr condiciones más propicias para la intervención. Este equipo Interdisciplinario forma a su vez parte de la estructura principal que se encuentra a la base de la labor de intervención que se lleva a cabo en el centro: “**la tríada**”.

- **Tríada: ¿cómo participa la madre y/o el padre en este momento de la evaluación?:** La tríada se compone de los especialistas del equipo Interdisciplina-

rio, del adulto responsable y significativo (preferentemente los padres) y el niño/a sujeto de atención.

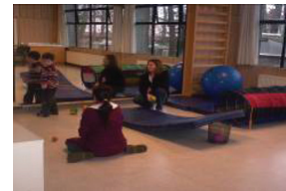
La labor realizada en conjunto por **la tríada**, busca potenciar las habilidades innatas respecto de la estimulación de sus hijos y a través de esto asegurar la intervención o estimulación en el hogar, lo que repercute positivamente en los avances que puedan conseguir los niños en relación al tiempo de intervención, influyendo también en las expectativas de los padres. Esto se lleva a cabo a través de acciones como: encuentros educativos con padres y madres, entrega de orientaciones durante cada sesión, análisis en conjunto de registros filmicos de las madres o padres estimulando a sus hijos, asesorías en la elaboración de material, y principalmente a través de la participación activa durante las sesiones de intervención de los niños y niñas.

Los padres participan durante el proceso de evaluación a través de la realización de registros escritos durante la sesión; cada padre tiene **su cuaderno de trabajo** donde anota lo que ha observado durante la sesión (ya sea en participación directa o indirecta, esta última por observación desde la sala espejo). Estos registros son analizados en conjunto al momento de finalizar cada sesión, por tanto el profesional puede comprender la visión y los referentes que tienen los padres del desarrollo de sus hijos.

Los padres también tienen la misión de registrar en el hogar las anécdotas, situaciones o conductas que le llamen su atención, además de ir constantemente anotando sus preguntas, necesidades miedos, entre otros, para luego en la sesión ser trabajadas en conjunto. Este proceso permite ir conociendo las características del trabajo en el hogar, visualizar las necesidades de la familia, identificar sus expectativas, entre otros.

Durante las sesiones de los padres, en ocasiones y de acuerdo tanto a las características del niño como de su madre, padre o tutor, puede asumir el rol de aplicar algunos ítems de instrumentos específicos, a fin de que el niño entre en confianza y este proceso pueda ser más significativo y contextualizado.

Es muy importante mencionar que con la mayoría de los casos se intenta evaluar la relación que hay entre sus padres e hijos, para ello se diseñan situaciones de juego donde los padres juegan con sus hijos, ya sea en situaciones dirigidas o espontáneas; estas sesiones son filmadas y luego trabajas con los padres.

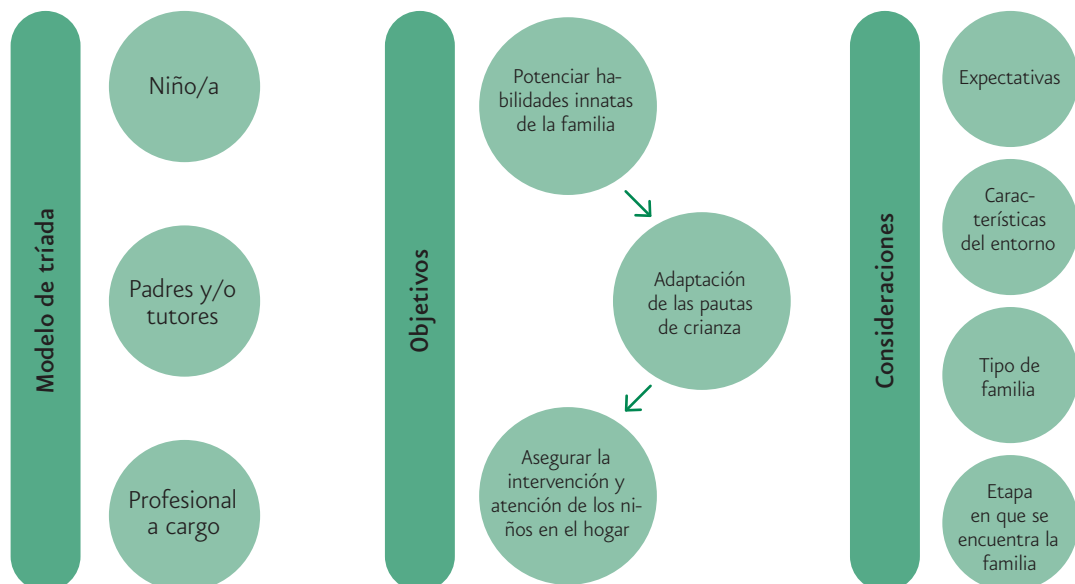


Sesión de trabajo en tríada, participación activa de la madre



La madre verifica lo aprendido en la sesión para replicarlo en el hogar.

Esquema N° 8: Modelo de tríada



- **Análisis de la información recogida:** durante el proceso de evaluación se analiza la información recogida, valorando cualitativamente los instrumentos aplicados y analizando los registros tanto filmicos como las notas de campo. Este proceso permite ir triangulando la información y logrando formar una visión clara del diagnóstico del caso y sus características.

Es muy importante destacar que este proceso, y de acuerdo a las necesidades del caso, es realizado por profesionales de distintas disciplinas, los cuales aportan en el análisis de la información y en la toma de decisiones para la intervención o derivación a otros profesionales específicos.

- **Levantamiento del informe psicopedagógico:** el proceso final de evaluación integral se da con la elaboración de un informe que entrega una visión global del proceso realizado, destacando que en este proceso participan todos los profesionales que aportaron en el proceso de evaluación. Este informe se caracteriza por no tener un formato único sino que variará de acuerdo a los destinatarios y al motivo de derivación, entre los más frecuentes se encuentran:

- **Centros educativos:** donde el énfasis se da en responder al motivo de derivación, entregando una visión global del desarrollo del niño y las competencias curriculares que maneja de acuerdo a su nivel, y dando orientaciones claras principalmente para el logro de objetivos pedagógicos.

- **Centros de salud:** En este informe se intenta responder al motivo de derivación enfatizando principalmente en el análisis del desarrollo evolutivo del niño, haciendo referencia y comparando con los principales hitos del desarrollo, entregando orientaciones claras, para el trabajo en el hogar, y las dimensiones que es necesario seguir evaluando constantemente.

- **Los padres:** Es importante destacar que a los padres se les entrega un informe con un lenguaje factible de entender, que responda a sus interrogantes iniciales y con orientaciones claras para el trabajo en hogar.

Se destaca que este proceso de devolución de la información no se da sólo a través del informe escrito, sino también de manera oral, donde se analiza el informe y se clarifican cada uno de los conceptos y orientaciones que allí se dejan registradas, esto a fin de asegurar la comprensión de los resultados de la evaluación y de las decisiones tomadas en base a ellas.

- **Otros profesionales:** El énfasis está puesto en la confirmación del motivo de consulta de acuerdo a la observación directa e integral del niño; debe tener un lenguaje técnico acorde al profesional que requiere del informe.

- **Levantamiento de plan de intervención familiar:** de acuerdo a los resultados de la evaluación realizada, se levanta un plan específico de intervención el cual tiene como objetivo planificar las acciones en los distintos ámbitos a fin de responder integralmente a las necesidades detectadas del niño y su familia. Desde esta premisa los planes de cada caso consta de los siguientes apartados: **Levantamiento de objetivos, modalidad de trabajo, frecuencia, tipos de materiales, rol de los padres, profesionales participantes en la sesión.**

Descripción de una sesión de intervención:



Momento de la llegada a la sala, el niño identifica el espacio a través de la clave de contexto dada por el letrero



El niño de acuerdo a la rutina planificada, el niño puede seleccionar el material con el que desea trabajar



Momento de trabajo en mesa: El niño interactúa con la educadora durante la sesión, logrando el objetivo de aumentar el contacto visual.



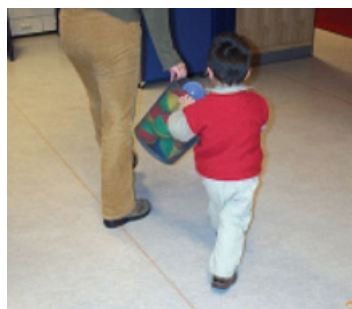
Durante la sesión la educadora intenta establecer lazos de confianza y trabajar la tolerancia del niño a compartir con otros las actividades que prefiere trabajar en solitario



Durante la sesión trabaja con su hijo a partir de las sugerencias entregadas por la educadora y lo que ha observado en sesiones anteriores, siempre continuando con una rutina previamente establecida



Para finalizar la sesión existe una clave de contexto que demarca el fin de la sesión y con ello el distanciamiento del trabajo realizado



El niño, de acuerdo a la rutina planificada, asume junto a su madre la responsabilidad de dejar guardados los materiales usados durante la sesión



Tanto la madre como su hijo se preparan para la partida y cierre de la sesión.



Momento de la despedida, el niño reconoce la finalización de la sesión, logrando distanciarse del trabajo con conductas totalmente adaptadas, despidiéndose, incluso dando besos.

De acuerdo a la rutina presentada, se destaca que ésta fue planificada en función de los intereses y características del diagnóstico del niño (TGD), los objetivos planteados y las características de la madre. Esta rutina es anticipada al menor a partir del uso de fotografías, que representan cada uno de los momentos trabajados durante la sesión lo que ha permitido bajar los niveles de ansiedad del menor y con ello sus conductas estereotipadas, obsesivas y autolesivas.

• **Evaluación del proceso:** La evaluación del proceso de intervención se lleva a cabo a través del registro constante de las sesiones, este proceso de registro se da tanto a través de las notas de campo realizadas por los padres como de los registros técnicos del profesional a cargo de la sesión. Para complementar este proceso se trabaja además con pautas (de cotejo, de apreciación o descriptivas) realizadas en función de los objetivos propuestos, las cuales permiten tener una visión objetiva de los avances logrados.

Otra forma muy importante de ir registrando los avances es a partir de las entrevistas que se realizan tanto a los padres como a otros actores involucrados en el proceso de intervención, esto con la finalidad de ir valorando los indicadores de logro e ir tomando decisiones constantemente que permitan ir orientando de mejor manera el trabajo tanto con el niño como con su familia.

• **Egreso y seguimiento:** Como última etapa del proceso de intervención se lleva a cabo el **seguimiento**, el cual se realiza una vez que los casos son dados de alta y espaciándose los momentos de encuentro, a fin de poder ir monitoreando la evolución del menor y la continuidad del trabajo en el hogar. En este contexto las velaciones de seguimiento se realizan, en un principio, una vez al mes, por un período de cinco meses para luego seguir con una frecuencia de dos veces por año.

b. Capacitación:

Esta tercera línea de trabajo está referida a las acciones realizadas respecto de las participaciones formales en seminarios y congresos que permitan compartir con otros profesionales el modelo de intervención, generando además un aporte desde lo empírico a la reflexión en las temáticas de la educación especial.

Esta línea de trabajo también se concretiza a través de la participación en capacitaciones a equipos de salud y líderes comunitarios que favorezcan la implementación de una red de apoyo informada respecto de las características de niños con alteraciones en su desarrollo, situación que favorezca, a su vez, la detección o pesquisa precoz de estos niños y niñas.

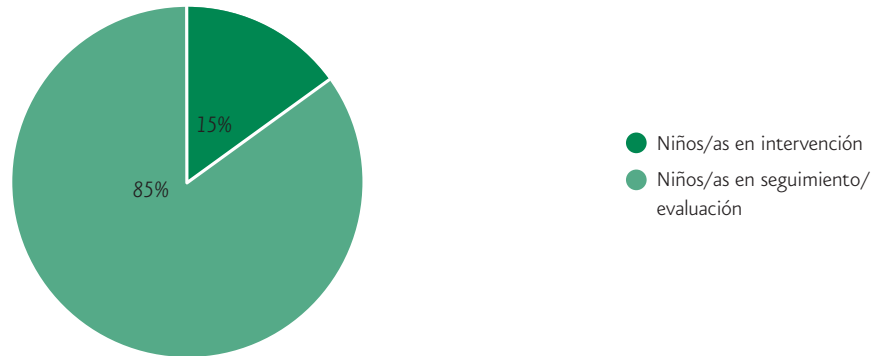
c. Investigación para la generación de conocimiento:

La última línea de acción relacionada con la labor que se realiza al interior de CEETU está orientada a la realización de investigación en torno a cada caso recibido, a fin de poder documentar sobre las experiencias adquiridas en el trabajo diario, y a partir de esto innovar respecto de estrategias de intervención y asesoramiento interdisciplinario, de acuerdo a las distintas patologías y necesidades de los casos detectados. Esto a su vez permite a los profesionales que conforman el equipo adquirir mayor experiencia y competencias que les favorecen en la socialización de los conocimientos construidos, lo que se lleva a cabo a través de capacitaciones a profesionales de diversas áreas relacionados con el tema, madres y padres, líderes comunitarios y funcionarios que conforman las distintas redes de apoyo.

B.3) Estadísticas 2005

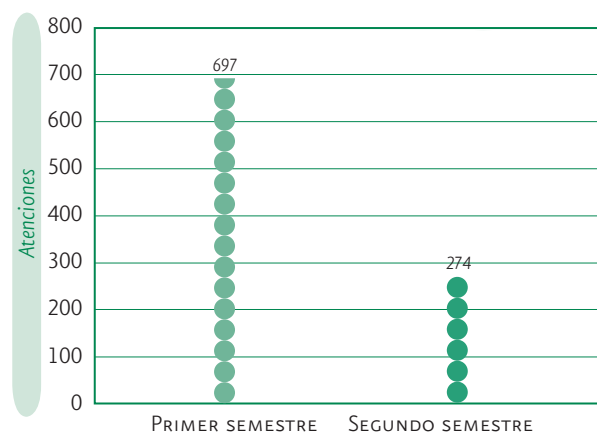
A continuación se presenta un análisis estadístico de los logros alcanzados durante los años de funcionamiento del centro.

Gráfico N° 12: Distribución por atención



En el gráfico N°12 se evidencia la distribución de niños por tipo de atención, destacándose de ello que el 85% de los niños/as están en proceso de intervención directa y el 15% ingresa para la realización exclusiva de evaluación y posterior derivación con las orientaciones pertinentes.

Gráfico N° 13: Número de atenciones

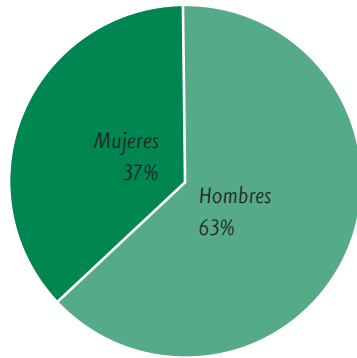


En el gráfico N° 13 se puede observar el número de sesiones de intervención o evaluación realizadas durante el año 2005, destacándose la diferencia cuantitativa existente entre uno y otro semestre. Esto se explica por los siguientes hechos sucedidos durante el primer semestre:

- Mes de marzo, finalización del proceso de construcción e implementación de la sala.
- Abril y mayo proceso de movilización estudiantil (Paro y Toma) en el campus San Francisco, lo que imposibilita el normal funcionamiento del centro.

Otro punto a destacar es que durante el segundo semestre se incorpora al centro una especialista en Lenguaje, lo que permite el aumento de la cobertura.

Gráfico N° 14: Distribución por género 2005



En el Gráfico N° 14 se evidencia un mayor porcentaje de niños que presenta alguna alteración del desarrollo, tendencia que ha sido permanente en el tiempo sin grandes variaciones.

Gráfico N° 15: Atención kinésica 2005

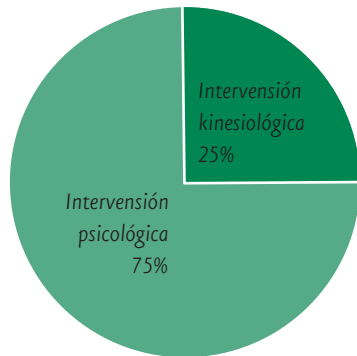
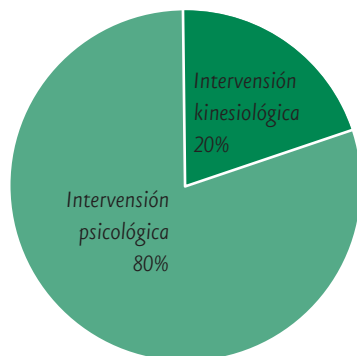


Gráfico N° 15: Atención kinésica 2003



Los gráficos (15-16) evidencian el aumento en la cobertura respecto de las atenciones kinesiológicas, aumentando de un 22 a un 25% del total de los niños atendidos; esto ha sido posible por la incorporación de alumnos en práctica de la carrera de Kinesiología de la Universidad de la Frontera.

Gráfico N° 17: Distribución por NEE 2005

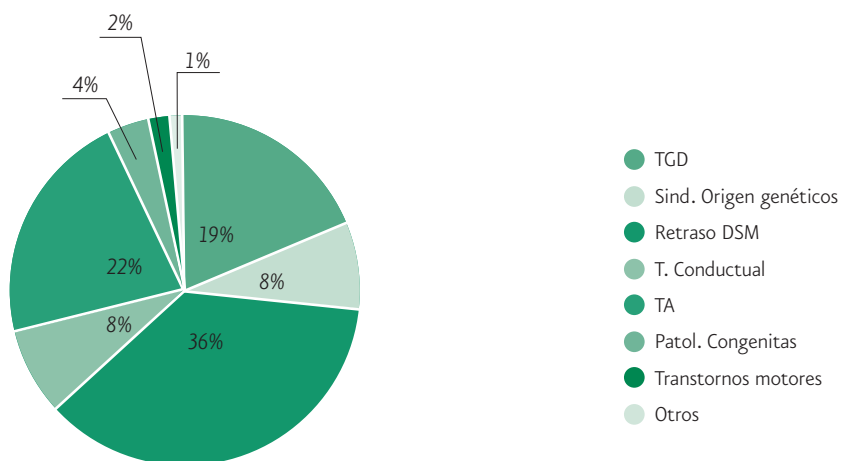
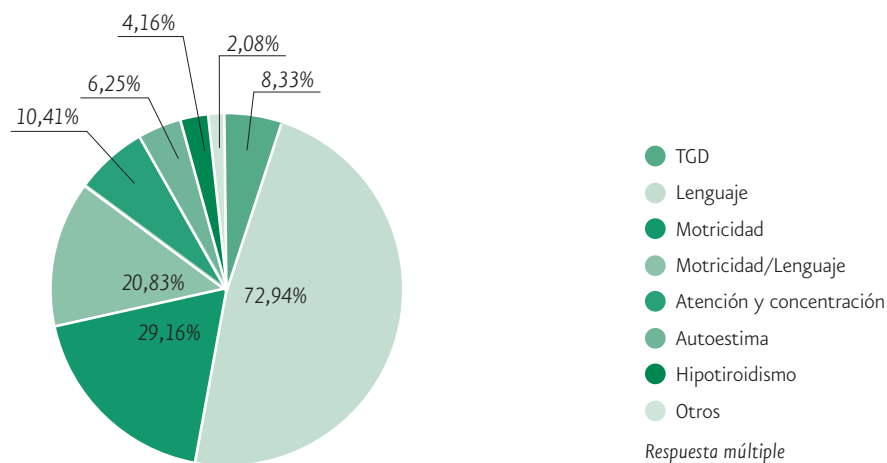


Gráfico N° 18: Distribución por NEE 2003



Respuesta múltiple

Los gráficos 17 y 18 nos indican la evolución respecto de la diversificación de las necesidades educativas especiales que se atienden en el CEETU.

Es relevante la información en tanto muestra un aumento en el porcentaje de niños y niñas con TGD, pasando de un 8,33% a un 19%.

*Impacto y análisis de
costo del Programa de
Intervención Urbano en
Atención y Estimulación
Temprana Araucanía*

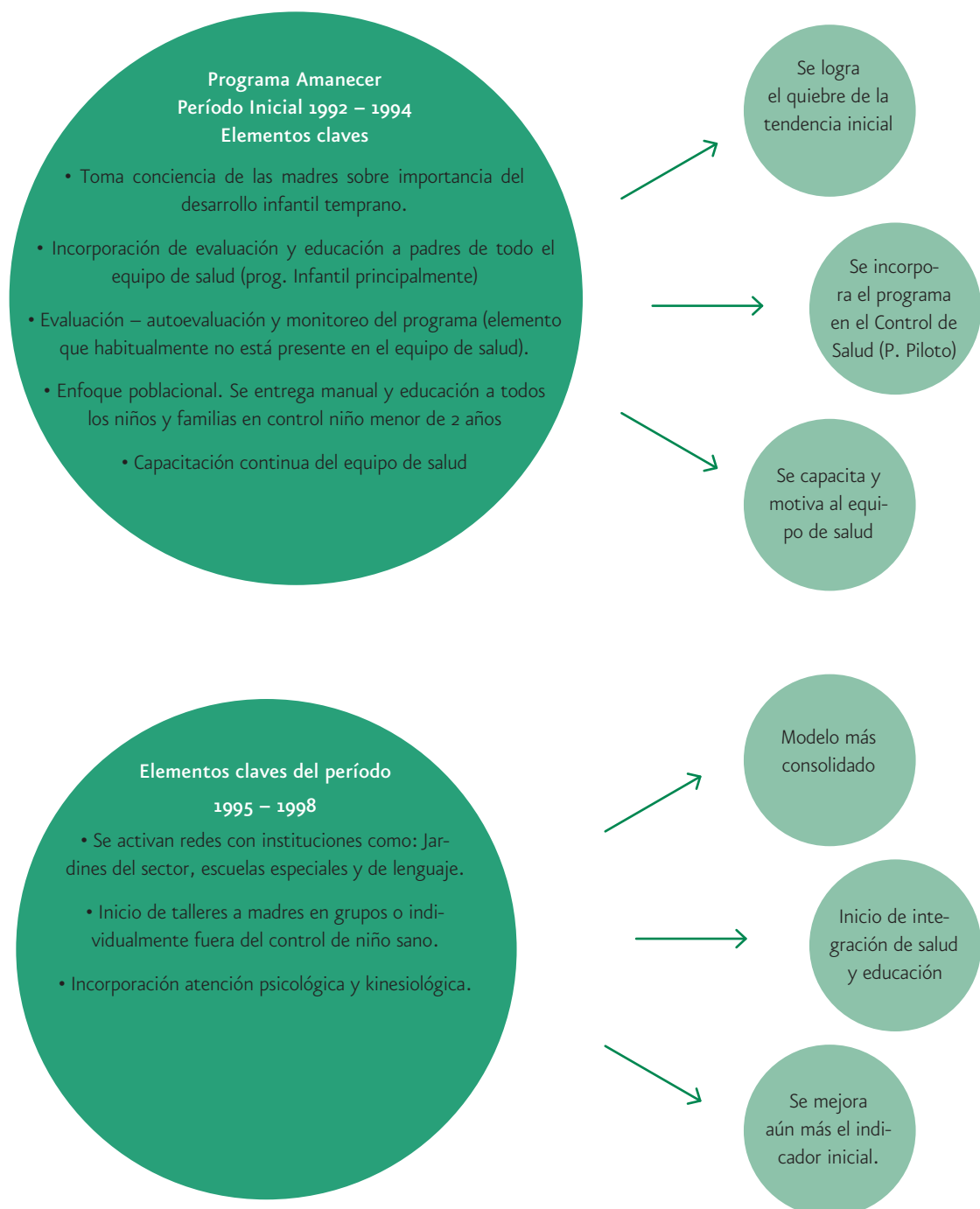
5

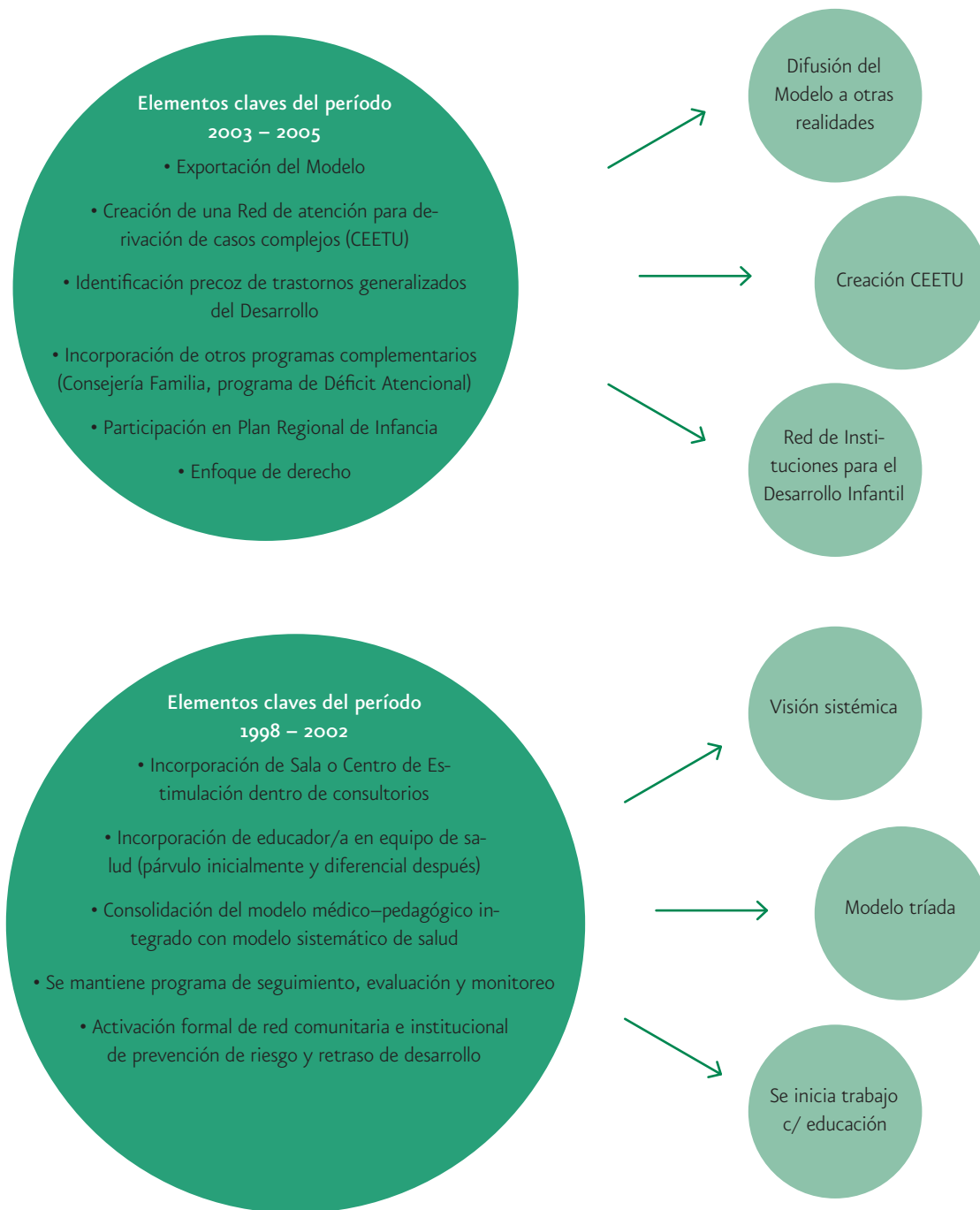
Luego de desarrollar los capítulos anteriores, se hace un análisis en los resultados o impactos de este modelo (Urbano y Rural) tanto cuantitativo como cualitativo. La sistematización de logros e impacto se hace en relación a las etapas de la experiencia y la línea base. Para esto se hace un acercamiento en relación al costo –efecto de este programa.

Analizaremos en primer lugar el caso de Amanecer de Temuco, realidad Urbana que tiene el mayor tiempo de intervención y que claramente ha vivido un proceso de consolidación del Modelo Propuesto.

A) Impacto de Programa Amanecer–Temuco

Amanecer como Centro de Salud comienza su intervención en 1992; los siguientes cuadros reflejan las etapas, impactos y elementos claves.

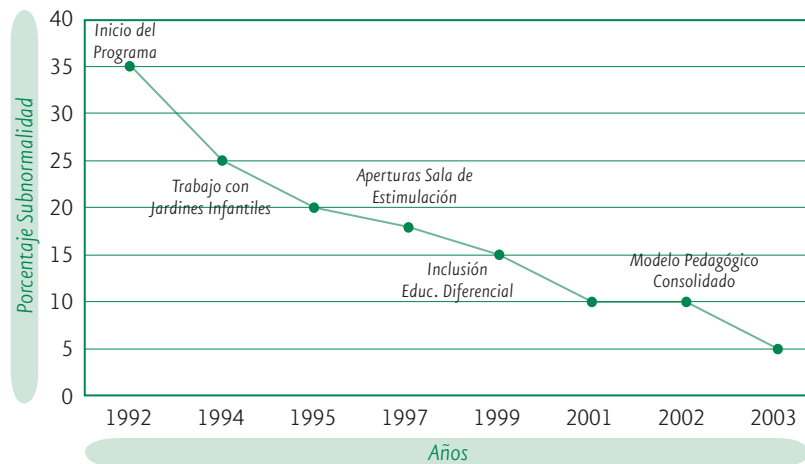




En el gráfico a continuación se aprecian las etapas referidas en proyecto Amanecer y su resultado en la prevalencia de desarrollo infantil insuficiente (retraso en el desarrollo psicomotor según EEDP y TEPSI). Llama la atención que la intervención es más efectiva en las etapas precoces (0-2 años) o es más sensible el indicador en este período. Desde los 2 a 4 años el indicador es más difícil de impactar. La evolución más rápida e importante es al inicio con prevalencia alta. A medida que se mejora el indicador es más difícil seguir disminuyéndolo.

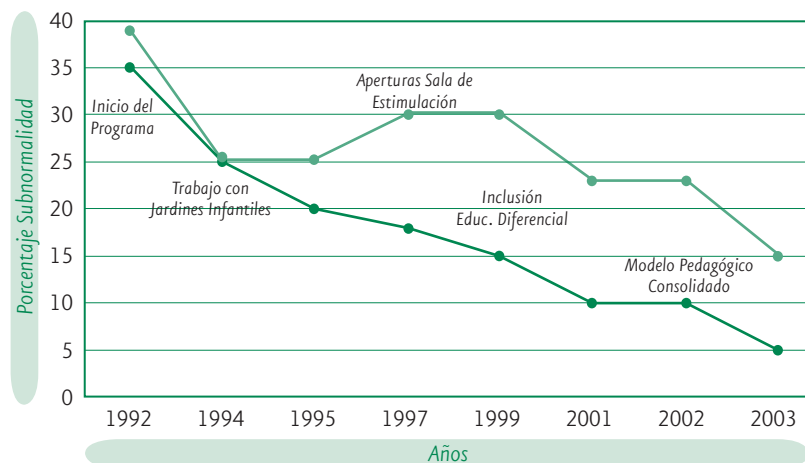
A.1) Evolución de desarrollo de los niños/as de 0–5 en Amanecer 1992–2003

Gráfico N° 19: Impacto de prevalencia de riesgo y retraso de DSM 1–2 años



Proyecto Estimulación Temprana, UFRO–UCT–UA, Temuco, Chile

Gráfico N° 20: Prevalencia de riesgo y retraso de DSM



● 2–5 años
● 1–2 años

Proyecto Estimulación Temprana, UFRO–UCT–UA, Temuco, Chile

Los indicadores de evolución de desarrollo presentan un leve aumento a partir del año 2004, situación que se corrige el 2005 (ver gráficos de capítulo anterior). La explicación pudiera relacionarse con una sobrecarga del equipo de Salud en ese período. Esto demuestra lo sensible de los efectos si se debilita la intervención. Se requiere de intervención permanente y con enfoque poblacional, evaluando para mantener los indicadores.

B) Impacto de Programa Santa Rosa–Temuco

En Santa Rosa el proceso de intervención se inicia a partir del 2001. El impacto cuantitativo ha sido significativo pero más lento que el observado en Amanecer, además de partir de un diagnóstico más deteriorado.

Se observan en los gráficos y tablas siguientes la evolución de los indicadores en Santa Rosa entre los años 2003 y 2005.

TABLA N° 13 EVALUACIÓN DE NIÑOS-AS DE 1-5 AÑOS SANTA ROSA 2003-2005

	2003	2004	2005
Normal	69 (43,1%)	115 (54%)	474 (72,7%)
Riesgo	82 (51,3%)	83 (39,3%)	107 (16,4%)
Retraso	9 (5,6%)	13 (6,2%)	71 (10,9%)
TOTAL	160 (100%)	211 (100%)	52 (100%)

Evolución del desarrollo del niño/a de 1-2 años Santa Rosa 2003-2005

Gráfico N° 21: Santa Rosa

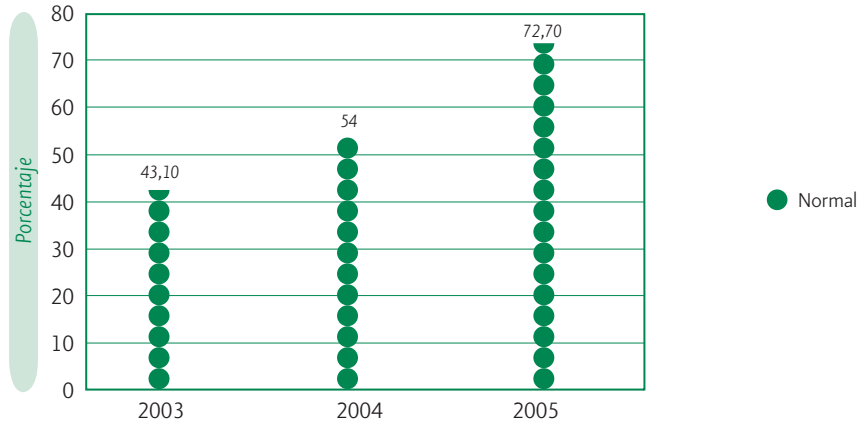


Gráfico N° 22: Santa Rosa

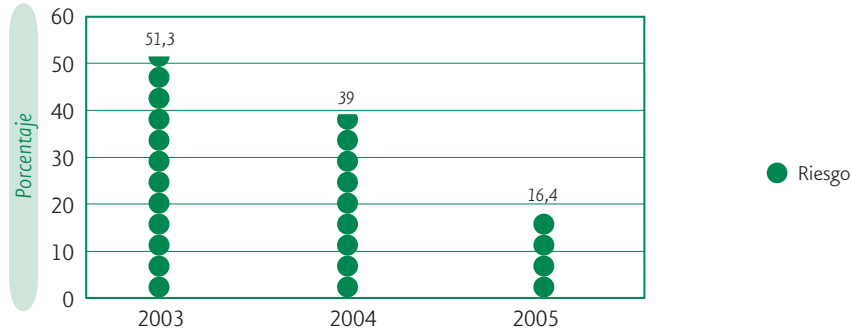


Gráfico N° 23: Santa Rosa



TABLA N° 14: EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO/A DE 2-5 AÑOS SANTA ROSA

	2003	2004	2005
Normal	29 (63%)	54 (60%)	263 (77%)
Riesgo	13 (28%)	32 (35%)	43 (13%)
Retraso	4 (9%)	5 (5%)	35 (10%)
Total	46 (100%)	91 (100%)	341 (100%)

El deterioro del indicador es especialmente sensible en edades de 2-5 años, donde las habilidades o competencias de la Madre o familiar son más complejas y requieren de un proceso de apoyo e intervención más especializada.

Se destaca que, al igual que la realidad de Amanecer, lo primero que se aprecia es el indicador de 1-2 años el más sensible a su mejoría con la intervención y que es más lento el quiebre del indicador de 2-5 años.

Los elementos claves que explican el impacto cuantitativo favorable en la experiencia Santa Rosa son los siguientes:

C) Evaluación cualitativa de impacto desde los agentes participantes

El análisis cualitativo de esta experiencia está dado por la percepción de los participantes, quienes aportan sus perspectivas y creencias sobre cómo se ha ido desarrollando e instalando la modalidad de intervención en su comunidad. Para ellos se diseñaron entrevistas con objetivos y dimensiones que se realizaron a profesionales de la salud y educación, así como a madres, redes y agentes comunitarios.

Se presentará la información organizándola por las dimensiones seleccionadas para el estudio, que se describen a continuación:

i. Percepción del programa por parte de la familia, comunidad y equipo de salud y educación:

En relación a esta dimensión los y las entrevistadas coinciden en destacar los beneficios que tiene el programa como forma de potenciar a las familias y cuidadores sensibles, así como de la relevancia de esta iniciativa para el progreso de la comunidad, como se refleja en las siguientes citas:

“Yo creo que es una gran ventaja, en términos de que está la posibilidad concreta de poder resolver algunas situaciones de apoyo familiar y personal en niños que tienen problemas para aprender”. (ES)

“Sirve para que las mismas mamás aprendan cómo estimular a sus hijos porque la tía les enseña cómo trabajar con ellos en la casa, porque muchas veces nosotras nos dedicamos a todos los quehaceres de la casa pero no sabemos cómo ayudar a nuestros hijos”. (Líderes)

“Me han enseñando hacer cosas con él que de repente uno en la casa no las encuentra tan importantes, por ejemplo, enseñarle a poner la mesa, pero a veces uno tiene temor de que se vayan a insertar un cuchillo o un tenedor que es peligroso, pero uno también tiene que aprender la técnica de cómo pasarle las cosas para que él aprenda sin correr peligros y aquí esto a mí me ha servido, porque me han enseñado cómo jugar con eso”. (Madre)

“Ha sido bueno porque nos ha ayudado a conocer mejor lo que es estimular a nuestros hijos, ayudarlos para que después cuando vayan al colegio no tengan problemas para entender”. (Madre 2)

“Gran apoyo para nosotros, para los niños que tengan alguna dificultad en alguna área de su desarrollo. También para el conocimiento de las madres, que hay muchas mamás

que tienen varios niños en el hogar, y bastantes actividades fuera del hogar y no están muy bien interiorizados en el crecimiento y desarrollo”. (Redes)

ii. Facilitadores y Obstaculizadores del programa por familia, comunidad y equipo de salud y educación:

Los **facilitadores** detectados por los distintos agentes están relacionados con la coordinación en las derivaciones, el poder contar durante la realización del estudio con un profesional de la educación especial de planta en los centros de salud. Igualmente se destaca la capacidad de las familias de ir apropiándose del programa al igual que el equipo de salud, como se refleja en las siguientes citas:

“Ahora las familias están más abiertas como a recibir todos los aportes para los niños, o sea ese es un facilitador”. (Salud)

“Las mamás reconocen que sus hijos tenían alguna dificultad y buscaban apoyo, por lo que existía una asistencia a éste, para responder a la necesidad”. (Redes)

“Mira, a él lo evaluó la doctora, después lo enviaron a donde una enfermera y la enfermera lo envió a la sala de estimulación, y si esto no existiera acá de repente te pueden mandar a otro lugar, te pueden enviar al hospital donde a veces es más difícil obtener una hora rápida”. (Madre1)

“Todo lo que tiene que ver con orientación y lo otro es que me han dado harto apoyo para ella, me consiguieron una hora en la Católica, me ayudaron para que entrara al Hablarte, entonces me ha beneficiado harto, tanto como para ella como para mi”. (Madre2)

En relación a **los obstaculizadores** surgidos desde la implementación de la propuesta, todos y todas las entrevistadas destacaron la necesidad de contar con una mejor implementación física (espacio) y con una educadora de planta que dé continuidad a las acciones implementadas en todos los ámbitos de intervención (niño/familia/comunidad/equipo de salud), como se refleja en las siguientes citas:

“Se necesita una señorita que esté todo el tiempo, y por más horas”. (Madre1)

“Lo otro que falta es mejorar la sala, o hacer una sala para el programa, para que la tía atienda a los niños, porque ese box no es de ella”. (Comunidad)

“Porque no sacamos nada que tengamos mamás asistiendo por un tiempo a talleres o a trabajo con el niño, si después van a dejar los niños abandonados, además hay mamás que si no se les insiste no hay caso, y después el fracaso va ser demasiado”. (Comunidad)

“El obstaculizador más grande obviamente es el que siempre esté a base de alumnas y se estén rotando...el ideal es que la sala de estimulación sea una actividad considerada dentro de salud, y con personas a cargo, en vez de que esté basado sólo en alumnas”. (Salud)

iii. Requisitos Mínimos de Funcionamiento:

Se relacionan principalmente **con los espacios y equipo más estable** en las intervenciones con los niños y sus familias, como se evidencia en las siguientes citas:

“Yo siempre he dicho que hace falta alguien de planta, o sea un profesional que dependa del consultorio, que sea pagado por el departamento de salud para que ya no sólo sea programa sino algo de aquí nuestro, y bueno que se implementen también en otros consultorios, pero que sea algo concreto propio”. (Salud)

“Que esa sala sea especial, tenga sus cosas propias, sea mejor implementada, debería tener un espacio propio y que sea más grande, porque ahí la salita en donde están también es súper chiquitita”. (Madre2)

“Es un programa que si no hay una persona a cargo de él, es algo que se corta, se descabeza. Porque creo que nadie puede asumir, porque nosotros tenemos mucho trabajo, muchas funciones”. (Salud)

iv. Expectativas en relación al funcionamiento del programa...El Futuro:

Las expectativas de los entrevistados y entrevistadas en relación al **futuro** del programa se relacionan con hacer acciones para que la propuesta de Atención y Estimulación Temprana **sea un recurso instalado y factor protector** de su comunidad, como se evidencia en las siguientes citas:

“Sería ideal que funcionara en términos nacionales, ministeriales, que sea hecho a nivel nacional, tener la legislación, y desde ese punto de vista pueda ser dado, en la práctica digamos, en todas las instancias de salud, municipales, o sea en todos los niveles, y que además se incorpore en todas las carreras del área de salud”. (Salud)

“Mira, lo que yo espero es que todo lo que me han ido enseñando y lo que le han ido enseñando a mi hijo me ayude a que este año yo lo pueda matricular en pre-kinder”. (Madre)

“La visión a futuro del programa es que éste constituya un espacio de convivencia comunitaria en el cual se capaciten a madres líderes quienes desarrollen en sus comunidades la función de monitores en temáticas de Estimulación Temprana, se evidencie claramente un empoderamiento de la comunidad en las estrategias claves del programa, se consolide tanto en trabajo con el equipo de salud como con el equipo de educación de las redes”. (Educación)

“Que no se corte el hilo, que los chicos puedan seguir asistiendo, que se vayan incentivando cada día más. Sobre todo eso, que esto siga, es un gran aporte necesario para nuestras familias con niños”. (Comunidad)

v. Coordinación del equipo de salud y educación:

Esta dimensión fue especialmente explorada en los equipos de salud que trabajan en coordinación con las educadoras. Para las entrevistadas, existe la percepción de una **buena coordinación, derivación y seguimientos de los casos detectados**, con lo cual se favorecería la complementariedad de las acciones en pro de la promoción de aprendizajes de calidad.

“La comunicación juega un papel importante, nosotras como enfermeras y encargadas del control de niño sano, derivamos a la sala a niños que presentan riesgo o retraso en algún área, y, bueno en realidad cada equipo por así decirlo hace o cumple con su función, luego en una reunión que se hace el segundo martes de cada mes, se da a conocer los avances, logros, el trabajo que se ha estado realizando con los menores y así nos mantenemos informados, pero en definitiva, creo que hemos funcionado bien”. (Salud)

“Pero sin la dupla no hacemos nada, o sea, se requiere de ambos para hacerlo bien, como un matrimonio, cada uno hace lo que le corresponde de forma eficiente y coordinada, nosotros detectamos y derivamos, luego ustedes nos devuelven información y así”. (Salud)

D) Análisis de costo/efectividad del programa

D.1) Caso Amanecer Temuco

El análisis de costo/efecto se puede considerar desde dos perspectivas:

a) Costo total de la intervención en Amanecer por el total de niños en control (enfoque poblacional).

b) Costo total por niño pesquisado e intervenido/ año.

El análisis de costo del programa se hará en una situación ideal de recurso humano, material de monitoreo y Red de apoyo, pues en la práctica muchos de los costos a la fecha son aportes de instituciones académicas.

**TABLA N° 15: ESTRUCTURA DE COSTO CON EQUIPO IDEAL.
CENTRO DE SALUD AMANE CER (2500 NIÑOS 0 – 5 AÑOS EN CONTROL)**

Equipo educación del programa (66 hrs.)	\$ 8.100.000	
Equipo monitoreo, supervisión y capacitación continua	\$ 4.500.000	
Implementación	\$ 2.300.000	
Gastos operacionales	\$ 1.500.000	
Sub – total	\$ 16.400.000	
Equipo salud existente (10 hrs/sem) asignado al programa	\$ 1.400.000	
Equipo redes instituciones (2 hrs/sem) asignado al programa	\$ 300.000	4 hrs. Enfermería
Equipo CEETU (11hrs /sem)	\$ 1.650.000	2 hr.: Kinesiólogo
Sub total	\$ 3.350.000	1 hr.: Médico familiar
Total	\$ 19.750.000	2 hrs.: Medico pediatra
		1 hrs.: Matrona

En los costos asociados en esta tabla, se ha colocado costos permanentes y los costos de implementación (materiales y muebles). Al mismo tiempo se ha valorizado el apoyo de los equipos de salud y de educación en las redes, a pesar que estos son costos fijos de otras instituciones. El costo de referencia de los niños al CEETU es calculado como un servicio aproximado.

Al calcular el costo separando el de implantación tenemos un total de:

\$ 17.450.000 por año

Considerando que este programa tiene un enfoque poblacional, donde todos los niños–as reciben beneficio de la intervención, se hace un cálculo de costo por niño en relación a todos los inscritos en control de niño–sano, según se aprecia en el cuadro.

a) Costo total de intervención/ centros de Salud o comuna

\$ 17.450.000	Año	Sector 2200 niños en control de 0–5 años.
\$ 7.932	Año	Por niño control 0–5 años
\$ 660	Mes	Por niño en control de 0–5 años

Si se analiza el costo por niño/a pesquisado e intervenido, el valor por niño–a es de \$ 4.840 por mes. Este cálculo es en base a 300 niños pesquisados e intervenidos al año, incluyendo los derivados.

b) Costo total niños pesquisados y recuperados /año

\$ 17.450.000	Año	300 niños/as pesquisados e intervenidos de 0–5 años.
\$ 58.170	Año	300 aprox., pesquisados y tratados
\$ 4.840	Mes	Por Niño pesquisado y tratado

Claramente este modelo de intervención es **costo–efectivo**, pues aprovecha y potencia las redes institucionales existentes, potencia a las familias y las comunidades. Es un programa complementario a otras intervenciones, no excluyente.

*Conclusiones y
recomendaciones*



El equipo ejecutor en estos doce años de experiencia —especialmente los últimos cuatro— ha transitado desde el concepto de estimulación temprana al de **ATENCIÓN TEMPRANA**, el cual considera a los niños, su familia, comunidad (servicios de salud, educación, juntas vecinales, etc.) como actores activos e influyentes en los procesos de aprendizaje y desarrollo infantil temprano. Este proceso se define como un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidos previa petición y/o orientación, en un determinado momento de la vida de un niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un niño/a necesita apoyo especial para: asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia y fomentar la inclusión social de la familia y el niño. Se plantea como una forma de intervención intersectorial que comprometa recursos técnicos y económicos de salud, educación y otros servicios sociales para proporcionar una oferta diversificada a los niños/as menores de seis años. Esta intervención permite responder, independiente de su condición social, étnica y capacidad, a las necesidades derivadas de sus procesos de aprendizaje y desarrollo, y contribuye de esta forma a construir una sociedad más inclusiva.

Ante esta evidencia, **sugerimos entonces que este “Centro de Atención temprana y Desarrollo Infantil” funcione dentro de la estructura de los Centros de Salud Familiar, ya que en ellos se atiende al 90% o más de los y la niños y niñas del país, y que el recurso humano y material sea financiado de forma estable por salud–educación, a través de una subvención especial (MINSAL–MINEDUC).**

Elementos claves para replicabilidad (mínimos)

Modelo de intervención médico–psicopedagógico: usar protocolo de intervención que ha demostrado efectividad, no sólo basta el educador y el espacio físico, si no existe un modelo fundamentado y probado en la práctica.

Equipo Salud: motivación y capacitación continua en desarrollo infantil temprano. Capacidad de trabajo en equipo con educación (educadoras) y comunidad (redes).

Espacio adecuado: dentro de los consultorios, para el funcionamiento de los centros de Atención y Estimulación Temprana (centro implementado).

Financiamiento estable: subvención intersectorial (MINSAL–MINEDUC) para el desarrollo de estos programas.

Equipo de Educación en consultorios: capacitado y especializado en desarrollo infantil y aprendizaje temprano. Manejo del modelo ecológico y sistémico. Ser un recurso estable de los centros de salud (Educador diferencial y párvulos).

Establecer mecanismos de monitoreo, supervisión técnica y evaluación: contar con modelo de evaluación (inicio, proceso y producto) que permita el seguimiento de las acciones con la finalidad de cumplir con las metas.

Trabajo en red intersectorial: potenciar y coordinar diferentes instituciones, servicios y programas relacionados con la familia y niños/as.

Estrategias de difusión efectivas con participación comunitaria: implementar un conjunto de estrategias de información masiva (evaluadas), que permitan empoderar a las familias y comunidad sobre desarrollo infantil temprano.

Coordinar acciones para la prevención: generar un sistema de prestaciones coordinado que permita prevenir la aparición de problemas en el desarrollo y/o de pesquisa precoz e intervenir oportunamente para disminuir las discapacidades derivadas de una deficiencia.

Diversificar la oferta para la infancia temprana: evitar generar programas paralelos y excluyentes. Es mejor que un niño y su familia se beneficie de un programa de Atención Temprana que responda a las diferentes necesidades especiales educativas (discapacidades, retrasos en lenguaje, trastornos generalizados del desarrollo, etnia, trastornos conductuales, sociales entre otros).

“Orientaciones para las buenas prácticas en los proceso de Atención Temprana desde los centros de salud”

Del equipo salud–educación

1. Capacidad de trabajo en equipo y empatía.
2. Auto–evaluación de las acciones para mejorar la calidad de los servicios.
3. Sistematizar e investigar nuevas formas de brindar apoyos a todas las familias.
4. Formarse y especializarse en el campo de la atención y educación temprana, así como en los fundamentos del modelo sistémico de los Centros de Salud Familiar.
5. Respetar las prácticas culturales de la comunidad.
6. Planificación de las acciones a desarrollar con la familia, niño/a, comunidad y equipos complementarios al equipo de salud.
7. Difundir en la comunidad la importancia del buen desarrollo infantil.
8. Contar con procedimientos uniformes de detección, derivación de niños y niñas al interior del consultorio y fuera de él.
9. Diseñar propuestas de intervención en aprendizajes tempranos adaptadas a las necesidades de los niños, niñas y familias.
10. Recopilar de forma sistemática experiencias que permitan enriquecer las formas de abordar a la familia y comunidad.

Del equipo hacia la comunidad

1. Respetar la diversidad cultural en la intervención con la familia y comunidad.
2. Potenciar y apoyar la coordinación, apoyo y cooperación entre los diversos servicios sociales y programas para generar procedimientos y estrategias que favorezcan la atención y educación temprana.
3. Promover la sensibilidad de la comunidad y actitudes no discriminatorias para la integración e inclusión social desde edades tempranas.
4. Colaboración con otros servicios (generando redes) para prevenir en todos sus niveles la discapacidad.
5. Intervenir desde una perspectiva de derecho y con enfoque no sólo de riesgo sino también poblacional (para todos las familias y niños de un sector).
6. Organizar la intervención de forma sectorizada y dando prioridad a las familias y sectores que presenten mayores necesidades, una vez realizado el análisis de riesgo y protectores.

Del equipo hacia la familia

1. Tener participación en las decisiones que se toman en relación con la intervención de sus hijos.
2. Valorar las formas de relación y de mediación existentes en el grupo familiar.
3. Participar de forma activa en las acciones de los programas de atención temprana, tales como: evaluación inicial, selección de actividades de aprendizaje y sesiones de trabajo, etc.
4. Organizar instancias de grupos de padres, generando instancias de autoayuda e identidad.
5. Recibir por parte del equipo información sobre el diagnóstico, desarrollo e intervención de sus hijos/as, de forma comprensible y guardando los principios de confidencialidad.
6. Recibir ayuda para fortalecer las díadas (madre–hijo) y desarrollo de la competencia educativa y afectiva de la familia.

Del equipo hacia el niño

1. Implementar un sistema de detección, atención y educación temprana que permita detectar tempranamente situaciones de riesgo y de discapacidad en edades tempranas, ofreciendo así una oferta diversificada.
2. Potenciar el aprendizaje y desarrollo de los niños/as con actividades de aprendizaje, que respondan a sus formas de aprender y favorezcan la adquisición de habilidades adaptativas, funcionales y escolares.
3. Desarrollar sistemas de registros protocolizados (estándar) que permitan tener un seguimiento de los casos y sus familias, así como una evaluación de impacto de las intervenciones realizadas.
4. Coordinar acciones que orienten los procesos de integración escolar desde las más tempranas edades.

Conclusiones

En relación al trabajo desarrollado con los niños/as:

- La implementación de programas de Atención y Estimulación Temprana, con acciones realizadas de forma sistemática y bajo un enfoque familiar, disminuye progresivamente el déficit en el desarrollo psicomotor. Esto enmarcado en intervenciones en edad temprana (18 meses) y en la participación activa de la familia y comunidad para la coordinación de un apoyo integral, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y equiparación de oportunidades de los niños en este grupo etáreo.
- Los factores que tiene mayor incidencia en el déficit en el desarrollo son las características del sector rural, índice de riesgo social, y detección tardía de dificultades en el desarrollo y deterioro de las capacidades de aprendizaje de los niños entre 0 a 5 años.

En relación al trabajo desarrollado con la familia:

- Existen mayores impactos en las acciones, cuando los recursos comunitarios se organizan de forma interdisciplinaria (salud–educación), con apoyos y estrategias contextualizados a la realidad de los beneficiarios, que incluyen dentro de sus acciones la difusión de los recursos para que las familias cuenten con la información y acceden a estos apoyos.
- Las familias con mayor índice de vulnerabilidad social, presentan mayores índices de déficit en el desarrollo de sus hijos/as, por lo que se requiere de apoyos desde un enfoque intersectorial para el acceso y factibilidad en la promoción y utilización de los recursos por parte de la comunidad en la promoción de un buen desarrollo infantil temprano.

En relación al trabajo con la comunidad:

- La comunidad y sus distintos agentes denotan empoderamiento en la promoción del desarrollo infantil temprano, cuando éstos están sensibilizados con la temática y las estrategias utilizadas van a la base de las necesidades y características de su sector.

En cuanto a las características del modelo de intervención temprana:

- El programa de estimulación temprana ha demostrado ser un modelo de intervención efectivo y de bajo costo en cuanto al indicador de mejora en el desarrollo psicomotor de niños/as de 0 a 5 años, con características específicas y consolidadas, sustentable para la replicabilidad.
- La efectividad del programa se basa en los lineamientos de trabajo sustentados en un trabajo interdisciplinario (salud–educación), enfoque intersectorial, activación de redes y participación activa de la familia, que le otorgan al modelo características de apoyo integral y ecológico basado en las necesidades de los beneficiarios.
- Las características del modelo, con involucramiento de los niños y sus padres en las sesiones de trabajo, denota ser un programa que promueve la calidad de vida de las familias en general, pues genera impactos implícitos en relación a: la dinámica familiar, mejora de autoestima de los involucrados, etc.
- Si bien el programa demuestra ser un modelo de intervención de bajo costo, es necesaria la incorporación de un financiamiento estable, con requisitos mínimos de funcionamiento —entre ellas capacitaciones— que promuevan una mejor productividad del equipo ejecutor en su ámbito de intervención.



*Referencias
Bibliográficas*

1. European Agency for Development in Special Needs Education, *Análisis de la situación en Europa. Aspectos claves y recomendaciones. Informe resumen*. 2005.
2. Brunner J.J., *Acción, pensamiento y lenguaje*. Alianza, Barcelona 2002
3. Bedregal P y González P. *Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del niño*. UNICEF, Chile 2004.
4. Centro de referencia latinoamericano para la educación pre-escolar (CELEP). *La estimulación temprana: enfoques problemáticos y proyecciones*. Cuba, 2000.
5. Colegio oficial de psicólogos del principado de Asturias. *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. España, 2004.
6. Grupo de Atención temprana. *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid 2000.
7. Eming M. *Desarrollo del niño en la primera infancia: una inversión de futuro*. Banco Mundial, 2000.
8. European Agency for Development in Special Needs Education. *Guía de estándares de calidad en atención temprana. Observatorio de la discapacidad. Grupo de detección y atención temprana*. IMERSO, España 2004.
9. Hidalgo C, Carrasco E., *Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Edit. PUC, Stgo. 2002.
10. Maturana, H. y Varela, F., *El Árbol del Conocimiento*. Edit. Universitaria, Chile 1994.
11. Observatorio de la discapacidad. *Grupo de detección y atención temprana*. IMERSO, España 2004.
12. UNICEF, Documento de trabajo n° 4. Mayo 2004.
13. UNICEF, *Índices de Infancia: una mirada comunal y regional*. Santiago 2002.

Fuentes informáticas

www.minsal.cl

www.mineduc.cl

www.unicef.cl



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

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

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