
PRÁCTICAS DE
CRIANZA DE LAS
FAMILIAS DE
NIÑOS 0 a 6 MESES
DEL CENTRO DE
ATENCIÓN
PRIMARIA DE LA
SALUD
ALMAFUERTE DE
LA CIUDAD DE
NEUQUÉN. Estudio
descriptivo-
cualitativo, período
2013.

Informe final

Cecilia Miranda
Alejandra Parra

Índice

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO.....	6
METODOLOGÍA.....	10
RESULTADOS	11
ALIMENTACIÓN	11
SUEÑO	14
DESARROLLO AUTÓNOMO.....	16
DISCUSIÓN.....	19
ALIMENTACIÓN	19
SUEÑO	23
DESARROLLO AUTÓNOMO.....	26
CONCLUSIÓN	29
BIBLIOGRAFÍA.....	30

PRÁCTICAS DE CRIANZA DE LAS FAMILIAS DE NIÑOS 0 a 6 MESES DEL CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD ALMAFUERTE DE LA CIUDAD DE NEUQUÉN.

Estudio descriptivo-cualitativo, período 2013.

Cecilia Mirandaⁱ

Marcela Alejandra Parraⁱⁱ

RESUMEN

La presente investigación se propone conocer cuáles son las pautas de crianza (alimentación, sueño y desarrollo infantil) de las familias de niños de 0 a 6 meses que se atienden en el CAPS Almafuerte. Período de estudio: octubre 2013-marzo 2014. El marco teórico incluye una perspectiva sistémica de la familia y las pautas de crianza así como también desarrollos teóricos sobre la primera infancia. Se trata de un estudio descriptivo-cualitativo en el que se utilizaron entrevistas semiestructuradas y visitas domiciliarias. Los principales resultados evidencian que, mientras algunas pautas de crianza están cercanas a lo indicado por la normativa que guía a los equipos de salud, otras, se alejan bastante de dicha normativa. En ese sentido, el principal desafío para los profesionales de la salud será generar interfaces entre lo que indican dichas normativas y lo que las familias efectivamente hacen.

PALABRAS CLAVE

Familia - pautas de crianza - alimentación - sueño infantil - desarrollo infantil

ABSTRACT

Through this research, we set out to know what the patterns of child rearing are (feeding, sleep and infant development) between families with 0-6 months babies who come to Almafuerde Primary Care Center. Study period: October 2013 to March 2014. The theoretical framework used includes a systemic perspective on family and child rearing, as well as theories on early childhood. This is a descriptive-qualitative study in which semi-structured interviews and home visits were used. The main results show that some child rearing patterns are close to those indicated by the local guidelines, while others are away from them. In that sense, the main challenge for health professionals will be to generate interfaces between these guidelines and what families actually do.

KEYWORDS

Family - child rearing – feeding - infant sleep –infant development

INTRODUCCIÓN

A través del presente proyecto de investigación nos propusimos conocer cuáles son las pautas de crianza de las familias de niños de 0 a 6 meses que se atienden en el CAPS Almafuerde tomando como período de estudio octubre 2013-marzo 2014.

La importancia de conocer dichas pautas proviene de las innumerables intervenciones que, como agentes de salud, realizamos en torno a cuestiones atinentes a la crianza de los niños y la brecha que muchas veces existe entre dichas intervenciones y las pautas culturales de las comunidades en las que trabajamos.

En el marco de la implementación de la Nueva Guía para la Atención y el Cuidado de la Salud de los Niños y las Niñas de 0 a 6 años, cobra especial relevancia la pregunta de investigación propuesta para este trabajo de investigación acerca de cuáles son las pautas de crianza de las familias que atendemos en el CAPS Almafuerde. Pregunta de investigación en relación a la cual, además, no existen antecedentes de investigación previos en el área de estudio propuesta.

Dicha guía se propone, entre otros objetivos, acompañar a la niña/o y su familia en la tarea de crianza desde el entendimiento de que, acompañar, es un proceso que requiere deseo y presencia. Es decir que, acompañar, es una forma de ser y estar que implica comprensión, aceptación y respeto por el otro.

Este acompañamiento a la familia en el proceso de crianza implica, para quienes trabajamos en salud, algunos desafíos importantes entre los cuales se encuentra escuchar atentamente las necesidades de la familia, dosificar las intervenciones sugiriendo más que imponiendo y apoyar la estrategia de cuidado de la salud que la familia ya puso en marcha.

Así entendido, este acompañamiento en la crianza supone también propiciar espacios de reflexión crítica y de atención centrada en las personas y en la comunidad, con un trabajo interdisciplinario a favor de una niñez feliz y saludable que propicie la formación de ciudadanos/as sujetos/as de derecho.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico que utilizamos incluyó una perspectiva sistémica de la familia y las pautas de crianza así como también desarrollos teóricos sobre la primera infancia.

Podemos definir **familia** como un conjunto de personas en interacción, en un sistema organizado de manera estable y estrecha relación en función de necesidades básicas, con una historia y un código propio que la hacen singular: se transforman evolutiva y temporalmente; generalmente mantienen continuidad y posibilitan reestructuración; posee una estructura, se ve en acción moviliza acuerdo; establecen formas de comunicación, límites y fronteras entre sus integrantes y el conjunto social; se caracteriza por tener vínculos ligados a una comunicación con marcado grado de intimidad, presencia de objetivos comunes, grados de pertenencia, responsabilidad, roles y funciones específicas de cada uno de los integrantes.

En este contexto, entendemos **crianza** como el conjunto de prácticas históricas, culturales y familiares que permiten al adulto responsable percibir las necesidades de la niñez, acompañar y brindar cuidados para un desarrollo individual y social satisfactorio.

Dentro del proceso general del desarrollo, y en el marco de la presente investigación, se prestó especial atención a los siguientes ítems por considerarse claves según la nueva Guía de Atención a Niños y Niñas de 0 a 6 años de la provincia de Neuquén: alimentación, sueño y desarrollo autónomo.

Respecto a la **alimentación**, es importante destacar que, para los seres humanos alimentarse, significa mucho más que comer. Por eso, alimentar a un niño significa mucho más que satisfacer su necesidad de comida.

La alimentación de un niño no se limita a cubrir sus necesidades nutricionales: es también uno de los factores más importantes para su crecimiento y desarrollo armónico e integral como persona. Se trata de una verdadera experiencia de vida, de intercambio y reciprocidad, entre el niño y quien le brinda –además del alimento– cuidados y cariño. Se apoya en formas sutiles comunicación y de integración social y cultural.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y la continuación del amamantamiento (con alimentación complementaria oportuna) hasta los dos años o más. Se dispone de suficiente evidencia que demuestra que la lactancia materna es beneficiosa para los niños, las madres y la sociedad. La leche materna no solo contiene todos los nutrientes necesarios en los primeros meses de vida, sino que protege frente a enfermedades durante la lactancia y en el futuro.

Amamantar es mucho más que brindar alimento, todo lo que rodea al acto de amamantar ayuda a fortalecer el vínculo madre – hijo. La madre produce hormonas (ocitocina- prolactina) que facilitan no solo la secreción de leche sino que ayudan a producir ese vínculo. La mirada, los contactos, el gesto, la palabra, la tonada y los sonidos de la voz nutrirán al niño tanto como el alimento. Por lo tanto convergen y se integran en ese acto las funciones fisiológicas, el desarrollo emocional y la constitución psíquica. La función de alimentación contempla múltiples variables ya que se desarrolla en el seno de la relación adulto-niño desde el comienzo de la vida y está atravesada por múltiples factores (historia alimentaria de la madre, la cultura familiar, los usos y costumbres de la época).

La alimentación complementaria oportuna es la incorporación progresiva de otros alimentos complementando a la leche hasta que el niño pueda llegar a compartir la alimentación familiar, en bebés sanos y nacidos a término se recomienda comenzar con la misma alrededor del 6to mes de vida ya que desaparece el reflejo de protrusión lingual y progresa la coordinación y utilización de los músculos de la masticación.

El hecho de que la leche materna sea el alimento de elección en esta etapa se relaciona con su composición bioquímica, tanto en el aspecto cualitativo como cuantitativo, así como en relación con sus componentes peptídicos, inmunológicos y celulares. Esta capacidad funcional le confiere a la leche materna la condición de alimento específico para su especie, ideal para cubrir todas las necesidades en los primeros meses de la vida. La revalorización actual de la lactancia materna se ha centrado en las diferencias insuperables entre la leche de madre y la leche de vaca o fórmulas, tanto en los aspectos nutricionales, como en las características inmunológicas de protección de las infecciones, y su contenido en factores específicos de crecimiento y de protección respecto de ciertas patologías crónicas, como por ejemplo la hipercolesterolemia y la obesidad.

En cuanto al **sueño**, hay recomendaciones con suficiente evidencia para la prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. Entre ellas la posición supina, la lactancia materna, evitar fumar y el calor excesivo, desaconsejar el colecho, utilizar un colchón duro y firme, evitar almohadas, juguetes, etc.

Las nuevas recomendaciones 2011 de la Academia Americana de Pediatría ¹; en un intento de abarcar el SMSL y las muertes por sofocación, asfixia o atrapamiento, son similares a las hasta ahora vigentes, pero incorporan otros aspectos basados en

¹ American Academy of Pediatrics. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011; 128:1030-9. <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/5/e1341.full.pdf+html>

conocimientos epidemiológicos actuales sobre este tipo de muertes. Se mantiene la recomendación de colocar al niño en posición supina para dormir, usar una superficie firme, compartir la habitación, pero no la cama con el niño, evitar los objetos blandos o sueltos dentro de la cuna, ofrecer el chupete, evitar el sobrecalentamiento, no utilizar dispositivos para fijar la posición del niño, no aconsejar el monitoreo cardiorrespiratorio y prevenir la plagiocefalia.

Las recomendaciones que se incorporan tienen que ver con mejorar el cuidado prenatal, evitar la exposición al tabaco de la gestante y del niño, evitar la exposición de las embarazadas al alcohol y a las drogas, promover la lactancia materna exclusiva, y administrar las inmunizaciones habituales.

Por último entendemos el **desarrollo** como un proceso de organización progresiva y complejización creciente de las funciones biológicas y psicosociales que le permiten al ser humano satisfacer progresivamente sus diferentes, múltiples y renovadas necesidades en un proceso de adaptación activa al medio. Se trata de un conjunto de transformaciones internas que permiten al sujeto la adquisición de las competencias necesarias para ejercer progresivamente actitudes cada vez más autónomas. El desarrollo tiene una programación innata que obedece a cambios biológicos que son modificados en forma constante por el entorno. De esta forma, los factores determinantes de la evolución neurológica del niño y de la niña son genéticos y ambientales.

Los elementos fundamentales del desarrollo infantil según Emmy Pickler son:

- **La seguridad afectiva dada por el vínculo de apego:** si su vida está desorganizada, duerme mal, o sus relaciones con el adulto significativo no son satisfactorias, el/la niño/a se tornará inquieto, nervioso y no podrá jugar o entregarse a las actividades de exploración.
- **La motricidad libre:** las actividades de exploración están presentes desde los primeros momentos de la vida, y van a permitirle conectarse y conocer el mundo exterior. La exploración visual y la manipulación son precursoras y fuentes de las actividades lúdicas y cognitivas. El juego es una actividad central en el/la niño/a. A través del mismo, aprende a compartir, a expresar sus sentimientos, a interpretar las funciones y el trabajo de los adultos, así como a expresarse mejor. A su vez, favorece la creatividad y la evolución cognitiva, social y emocional de los/las niños/as.

Teniendo en cuenta los aportes de las ciencias desde una perspectiva interdisciplinaria (psicología genética, teorías conductistas y cognitivistas, psicología

social, psiconeuroendocrinoinmunología) se reconoce al bebé como un ser activo, capaz de acción y no solo de reacción, abierto al mundo y al entorno social del cual depende, *"que se desarrolla a partir de los otros, con los otros y en oposición a los otros, en interacción con un medio que lo anida"* (Chokler, 1998). El rol del **adulto** es fundamental en el desarrollo y en la socialización del niño y de la niña: la capacidad de reconocerlo como quien es y de aceptarlo tal cual es, es lo que puede contener la fragilidad, la desorganización y la ansiedad del/la niño/a, siempre y cuando se encuentre apoyado por sus grupos de pertenencia y contenido por la trama social

Por último, en torno al **desarrollo autónomo** se describen los factores facilitadores y obstaculizadores del desarrollo autónomo, siguiendo a Adriana M. García (2011) definiremos al factor de desarrollo como cualquier elemento de naturaleza biológica o material, relacional, fenómeno ambiental o circunstancial que incida en ese proceso. Dentro de dichos factores podemos diferenciar:

- a. Factores facilitadores del desarrollo (FFD): son aquellos que promueven el despliegue de potencialidades, facilitan el proceso de adaptación a las circunstancias concretas y permiten la manifestación de la capacidad de interactuar con los sujetos.
- b. Factores obstaculizadores del desarrollo (FOD): son aquellos que desorganizan o inhiben el despliegue de las potencialidades y los procesos de organización funciona pudiendo causar alteraciones en el desarrollo.
- c. Factores de riesgo para el desarrollo (FRD): son todas aquellas situaciones, hechos o condiciones que aumentan la probabilidad de alterar el proceso de desarrollo, promover accidentes o contraer enfermedades.
- d. Factores perturbadores del desarrollo (FPD): aquellos que provocan un impacto altamente traumático sobre el desarrollo del ser humano. Se incluyen en ella desde la sobreprotección y la ineficiencia parental, hasta el abandono, el trabajo infantil, el maltrato y los abusos de todo tipo.

METODOLOGÍA

Se trató de un estudio descriptivo-cualitativo en el que se utilizaron entrevistas semi-estructuradas (ver anexo I) a las familias en la sala de espera del CAPS, mientras esperaban que los llamen para realizarles la visita del niño de 0 a 6 meses y entrevistas semi-estructuradas a dichas familias en su domicilio donde se incluyó también la observación como recurso metodológico.

Se encuestaron un total de 87 familias: 27 con bebés menores de 1 mes; 12 con bebés de 1 mes; 10 con bebés de 2 meses; 7 con bebés de 3 meses; 12 con bebés de 4 meses; 3 con bebés de 5 meses; y 16 con bebés de 6 meses.

De las 87 encuestas realizadas, 15 se hicieron en el domicilio complementando la realización de la encuesta con la observación que posibilita la visita domiciliaria.

Para el análisis de los datos se agruparán las familias encuestadas del siguiente modo: familias con bebés menores a un mes: 27; familias con bebés de uno y dos meses: 22; familias con bebés de tres y cuatro meses: 19, y familias con bebés de cinco o seis meses: 19.

En relación al sexo, los bebés de las familias encuestadas, 41 fueron mujeres y 46 varones. Respecto a la configuración familiar que se desprende del famiograma, 35 de los bebés eran hijos únicos, 51 poseían hermanos y de 1 no tenemos datos.

RESULTADOS

ALIMENTACIÓN

En las primeras preguntas de la entrevista se abordó el tema de la **alimentación**, en una primera instancia se les preguntaba si **cuando nació su hijo le pudieron dar el pecho**, el 90,8% (79) de las familias encuestadas respondió que la mamá pudo dar el pecho cuando nació su hijo y en solo el 9,2 % (8) respondieron que no. (Ver tabla nº 1)

En relación a darles el **pecho en la sala de parto** las familias respondieron que en el 81,6%(71) de los casos pudieron darle el pecho en la sala de parto, mientras que solo el 18,4%(16) respondieron negativamente. En los casos en los que la respuesta fue negativa se debió, en la mayoría de los casos al nacimiento por cesárea. (Ver tabla nº 2)

Cuando se les pregunto si pudieron darles el **pecho en la internación** el 98,8 % (86) de los casos respondió que se les dio el pecho en la sala de internación conjunta, y solo el 1,2% que corresponde a un caso respondió que no pudo darle el pecho en esa instancia ya que su bebe se encontraba en internación en neonatología. (Ver tabla nº3)

En relación a la **lactancia materna**, les preguntamos a las familias si tomaban el pecho actualmente, el 96,5% (84) nos respondió positivamente y sólo el 3,5% (3) que no se encontraban en el momento de la encuesta con lactancia materna. En el grupo de 0 a 1 mes el 100% se encuentra con lactancia actualmente, mientras que en los demás grupos el número desciende al 95%. En cuanto a los 3 casos que no se encontraban con lactancia materna, se les pregunto hasta que edad tomaron pecho siendo la respuesta en dos de los casos hasta el mes de vida y en uno de los casos hasta los 3 meses. (Ver tabla nº 4)

En cuanto a la **lactancia materna exclusiva** (LME) los datos totales nos muestran un 75,86%(66) y para lactancia no exclusiva, o sea aquellos niños que habían incorporado leches de fórmula , un total de 24,14 % (21), habiendo diferencias según los grupos etarios; en el grupo de 0 a 1 mes es marcada la diferencia a favor de la lactancia materna exclusiva con un 81,4%(22) y un 18,6%(5) no exclusiva ; en el segundo grupo de 1 y 2 meses disminuye a 72,7%(16) y 27,3% (6) respectivamente ; en el tercer grupo de 3 y 4 meses los datos nos muestran un 78,94%(15) para LME y un 21,06%(4) para no exclusiva y por ultimo en el grupo de 5 y 6 meses se registra el

menor porcentaje de LME descendiendo a 68,4%(13) y de 31,6%(6) no exclusiva.

Respecto a la edad de la incorporación de leches de formula, el 23,8%(5) incorporo desde el nacimiento, el 9,52%(2) desde los 7 días , el 4,76%(1) a las 2 semanas y a los 20 días el mismo porcentaje, el 9,52%(2) al mes de vida, el 4,76%(1) a los dos meses, y el 9,52%(2) a los 3 y 5 meses, teniendo un 23,81% (5) con datos incompletos.(ver tabla nº5 y 6)

Cuando se les pregunto a las familias sobre la **incorporación de otros líquidos** en total solo el 16,1%(14) de los niños habían incorporado otros líquidos mientras que el 83,9%(73) no lo había realizado; al igual que la pregunta anterior encontramos diferencias según los grupos etarios. En el primer grupo de 0 a 1 mes el 100% (27) de los niños no habían incorporado otros líquidos, en el segundo grupo de 1 y 2 meses el 95,4%(21) no incorporó otros líquidos, en el grupo de 3 y 4 meses el 100% (19) no incorporó otros líquidos mientras que en el último grupo se nota una gran diferencia ya que el 68,4% (13) de los niños ya habían comenzado con la ingesta de otros líquido .El liquido incorporado en todos los casos fue agua y la edad de comienzo de la ingesta de la misma es en la mayoría de los casos a los 5 meses (7 casos). (Ver tabla nº 7)

Respecto a la **incorporación de semisólidos** en un total el 23% (20) incorporo semisólidos antes de los 6 meses de edad y el 75,9 %(66) no lo había hecho, teniendo un 1,1% (1 caso) sin datos. Nuevamente notamos diferencias según los grupos etarios, aumentando el porcentaje de incorporación de los mismos a mayor edad de los niños. En el primer y segundo grupo de 0 a 1 mes y de 1 y 2 meses el 100% (27 y 22 respectivamente)de los niños no habían incorporado semisólidos, en el tercer grupo de 3 y 4 meses el 84,2 %(16) de los niños no lo había hecho mientras que el 10,5 %(2) si habían incorporado otros alimentos y en este grupo contamos con un 5,3% sin datos (1),en el último grupo de 5 y 6 meses el 94,7%(18) de los casos había incorporado ya semisólidos y solo el 5,3%(1) de los casos no lo había realizado. Cuando se les pregunto acerca de la edad de comienzo de la incorporación de semisólidos, en la mayoría de los casos lo habían hecho a partir de los 5 meses (80%), a los 4 meses (10%) , a los 3 meses (5%) y a los 6 meses (5%).

Dentro de los alimentos incorporados a los 5 meses se encuentran : sopa, zapallo, papillas, yogurt y a los 6 meses: papillas, papilla de zapallo , puré de papa o zapallo (14 casos),sopa o sopa de vitina (6 casos), yogurt (6 casos), gelatina (1 caso), vitina (1 caso) , postres (1 caso).Dentro de las causas que describen las familias por las cuales comenzaron a comer figuran porque tenía hambre 41,5% (17) , y pedía comer 24,4%(10) en la mayoría de los casos, siguiendo en menor porcentaje

porque nos miraba cuando comíamos 9,8(4), quería comer / deseaba comer 7,3%(3), me dijeron que ya podía comer 4,9%(2), empezó a agarrar la cuchara 4,9% (2) y por último empecé a darle de comer y comía , ya no tenía tanta leche y lloraba 2,4% cada uno (1 caso).(ver tablas nº 8,9 y 10)

La siguiente pregunta que realizamos fue en que **horarios se alimenta el bebe y cada cuanto tiempo lo hace**. En el grupo de 0 a 1 mes la respuesta fue a demanda, cada dos o tres horas por unos 10 a 20 minutos. En el grupo de 1 a 2 meses también la respuesta fue a demanda, variando cada 2 a 3 horas o a cada ratito. En el grupo de 3 y 4 meses, las familias también respondieron a demanda, cada 2 a 3 hs, y en algunos casos a cada ratito. En el último grupo de 5 y 6 meses continúa la respuesta a demanda cada 2 a 3 hs agregándose a los 6 meses comida una vez al día en el almuerzo o la cena o incluso cuando pide.(ver tabla nº 11)

A continuación realizamos una pregunta relacionada al **lugar donde se alimentaban** los niños, la mayoría de las familias contestaron "en la casa" (habitación, cocina, comedor, cama, brazos, sentada en una silla o en la cama), otros además agregaron "en todos lados" o "donde estén" (colectivo por ejemplo).

En relación al **encargado de administrarles habitualmente el alimento** a los niños en el 98,8 % (86) de los casos la respuesta fue la mama, en solo el 1,2%(1) la respuesta fue a veces la mama o el papa quien le administran la mamadera. (Ver tabla nº 12)

En cuanto a que **realiza el bebe mientras toma el pecho / mamadera** principalmente las familias respondieron que "me mira" 55,6% (75), luego me sonrío /se ríe 13,3%(18), me acaricia 8,9%(12), me toma la mano 4,4%(6), toma la teta

3,70% (5), en menor porcentaje mencionan también :escucha/presta atención si le hablo 1,5% (2), hace movimientos con las manos 1,5% (2), toma y se duerme 3% (4) ,me agarra , quiere la mamadera 1,5%(2), se desespera, se pone nerviosa 0,7% (1), respira 0,7%(1), me habla 1,5%(2), juega 1,5% (2) y me pellizca 0,7% (1).(ver tabla nº13)

Luego vinculado a que **realiza la mama mientras el bebe toma el pecho / mamadera** se destaca la respuesta de la mama refiriendo "lo miro" 35,7% (56), luego le hablo 33,1% (52), lo acaricio/lo toco /le hago mimos 15,3% (24),le sonrío 1,9% (3),nada, solo le doy la teta 1,3% (2),juego /juego con su manito 1,3% (2) y por último sostengo la teta, lo beso, me sorprende, hago otras cosas (mirar tele , tomar mate, tomar agua),le hago cosquillas 0,6% cada una de las opciones (1 caso c/u).(ver tabla nº14)

El último ítem a evaluar en cuanto a la alimentación fue el **uso del chupete** el 83,9% (73) de los casos refirió no utilizar chupete ,mientras que solo el 16,1%(14) de los casos refirió utilizarlo .No encontramos diferencias significativas cuando se evalúa cada grupo etario por separado , en los niños de 0 a 1 mes utilizan chupete el 18,5%(5), en los de 1 y 2 meses el 18,2% (4), en los de 3 y 4 meses el 10,5% (2)y en los de 5 y 6 meses el 15,8%(3) de los casos.(ver tabla nº 15)

Cuando se les pregunto a las familias acerca de los **momentos en que utilizaban el chupete** el 52,2% (12) nos respondió para dormir, el 26,1% (6) cuando está muy llorón o inquieto, el 8,7% (2) a la noche y en menor porcentaje figuran cuando deja de tomar la mamadera, cuando esta odioso y para calmarse 4,3% cada una de las últimas opciones (1 caso c/u)(ver tabla nº 16)

SUEÑO

En cuanto al **lugar de la casa donde habitualmente duerme el bebé durante la noche** (habitación de los padres, habitación propia, otro lugar de la casa, etc.) todas las familias de los bebés de 0 a 6 meses, excepto una, es decir el 98,85% (86 bebés), hacen dormir al bebé en la habitación de los padres (ver tabla nº 17).

En relación al **lugar de la habitación donde duerme el bebé habitualmente durante la noche** (cuna, cama de los padres, carrito, etc.), el 71% (62) de los bebés de 0 a 6 meses es colocado en la cama de los padres; el 25,28% (22) es colocado en su cuna y el 3,44% (3) es colocado en el carrito. No se observan diferencias significativas entre los bebés más pequeños y los más grandes respecto al lugar de la habitación donde las familias los colocan para dormir durante la noche (ver tabla nº18).

Respecto a **en qué otro lugar de la habitación duerme el bebé durante la noche** (cuna, cama de los padres, carrito, etc.) además de los lugares mencionados en el ítem anterior, el 50,57% (44) de los bebés es colocado en la cama de los padres; el 9,19% (8) es colocado en su cuna; el 3,44%(3) duerme en el carrito; el 1,14% (1) duerme en otro lugar (moisés) y del 1,14% (1) no hay datos. De este modo, como primera o segunda opción, la mayoría de los bebés es colocado en la cama de sus padres para dormir durante la noche (ver tabla nº 19).

En relación al **lugar de la casa donde habitualmente duerme el bebé durante el día** el 86,20% (75) lo hace en la habitación de los padres; el 11,49% (10)

lo hace en otro lugar de la casa (cocina, living, etc.) y el 2,29% (2) lo hace en su habitación. Los bebés menores de un mes, si bien son colocados mayoritariamente (74,07%) en la habitación de los padres al dormir durante el día, una gran parte (25,92%) es colocado en otro lugar de la casa (ver tabla n° 20).

Respecto al **lugar donde habitualmente duerme el bebé durante el día** (cuna, cama de los padres, carrito, etc.) el 55,55% (50) de las familias dijeron que colocan al bebé en la cama de los padres; el 21,11% (19) dijeron que lo colocan en la cuna; el 16,66% (15) dijeron que ponen al bebé a dormir en el carrito; y el 6,66% (6) dijeron que lo colocan en otro lugar, huevito o bebesit (ver tabla n° 21).

En relación a la **persona con la que duerme el bebé** el 57,47% (50) dijeron que lo hacen con la mamá y/o el papá; el 26,43% (23) lo hace solo; el 5,74% (5) lo hace solo y, a veces, con la mamá o el papá; el 4,59% (4) lo hace con la mamá o el papá y hermano/s y del 5,74% (5) no obtuvimos datos. Aunque varían los porcentajes según los meses del bebé, siempre el mayor porcentaje corresponde a la categoría del bebé durmiendo con mamá y/o papá (ver tabla n° 22).

Respecto a **la posición en que duerme el bebé** el 78,02% (71) lo hace boca arriba; el 10,98% (10) lo hace boca abajo; y el 10,98% (10) lo hace de costado. En los bebés menores de un mes, el porcentaje de los bebés que son colocados boca arriba para dormir asciende al 95,85% (26) (ver tabla n° 23).

En relación al **uso de almohada al dormir** el 86,20% (75) de las familias dijeron no colocar almohada al bebé para dormir mientras que el 13,79% (12) dijeron que sí colocaban almohada. . En los bebés menores de un mes, el porcentaje de los bebés a los que no se les coloca almohada para dormir asciende al 96,29% (26) (ver tabla n° 24).

Referido a **si el bebé duerme o no con juguetes en su cuna** el 89,65% (78) de las familias dijeron que no mientras que el 10,34% (9) dijeron que sí. Esta relación es más polarizada en las familias con bebés menores a dos meses en las cuales los porcentajes de los bebés a los que no se les pone ningún juguete para dormir ascienden al 96,29% (menores de un mes) y al 95,45% (bebés de 1 y 2 meses) (ver tabla n° 26).

De las familias que sí colocan juguetes en la cuna del bebé, el **tipo de juguetes** fueron sonajeros y peluches.

Vinculado a **la persona que duerme habitualmente al bebé** el 89,65% (78) de las familias dijo que lo hacía la mamá; el 2,29% (2) dijo que lo hacía el papá; el 2,29% (2) dijo que lo hacía el mamá y/o a veces la mamá de manera indistinta; y el

1,14%(1) dijo que hacía que el bebé se durmiera solo. En el 4,59% (4) no obtuvimos datos respecto a esta variable (ver tabla n° 27)

En relación a **los horarios/tiempo en que duerme el bebé durante la noche**, los mismos varían de acuerdo a los meses que tenga el bebé. En los bebés menores de un mes y en los de uno y dos meses el mayor porcentaje de bebés se despierta cada dos o tres horas (81,48% en el caso de bebés menos a un mes; 59,05% en bebés de uno y dos meses). A partir de los tres meses, casi la mitad de los bebés duerme casi toda la noche (el 47,36% en el caso de los bebés de 3 y 4 meses y el 42,10% en el caso de los bebés de 5 y 6 meses) (ver tabala n° 28).

Respecto a los **horarios/tiempo en que duerme el bebé durante el día (siestas)** la mayor parte de ellos (73,56%) hacen dos o tres siestas que van de una a tres horas. Esa tendencia, con algunas variaciones, se repite en los bebés de todas las edades (ver tabla n° 29).

DESARROLLO AUTÓNOMO

En relación al **lugar en que se encuentra el niño habitualmente durante el día** el 53,85% (49) es colocado en el chango/carrito; el 23,07%(21) en la cama; el 18,68% (17) en el bebesit; el 6,59% en otros lugares (sillón, cuna, upa, andador);y el 3,29% (3) en el suelo sobre alguna colchoneta fina y/o mantita (ver tabla n° 30).

En relación a **otros lugares en que se encuentra el niño habitualmente durante el día** el 33,33%(30) es colocado en el chango/carrito; el 32,22%(29) en la cama; el 16,66% (15) en otros lugares (huevito, sillón, cuna, almohadón, corralito, andador, brazos); el 11,11% (10) en el bebesit; el 4,44%(4) en el suelo sobre una colchoneta fina y/o mantita; y el 2,22% (2) en la sillita de comer (ver tabla n° 31).

Los bebés de 0 a 1 mes son colocados sobre todo en el chango (41,37%) o en la cama (41,37%).

A partir de los 3-4 meses los bebés son colados en el suelo en un 10% (2) y un porcentaje similar, 9,52%(2), aparece a los 5-6 meses.

Respecto a la **posición en la que coloca al niño durante el día** el 53,21% (58) de las familias dijeron que lo colocan acostado en una superficie plana boca arriba; el 34,86% (38) dijeron que lo colocan semi-sentado; el 14,65% (16) dijeron que lo tiene a upa; el 2,75% (3) dijeron que lo colocan en otras posiciones (cohecito, chango); el 1,83%(2) dijeron que lo colocan sentado y el 0,91% (1) dijeron que lo colocan acostado en una superficie plana boca abajo (ver tabla n° 32).

Esta tendencia se repite en los bebés de todas las edades menos en los bebés de 3 y 4 meses en el que el 38,46% (10) de las familias dijeron que colocan a los bebés semi-sentados mientras que el 20,83% (5) dijeron que lo colocan acostado en una superficie plana boca arriba.

Respecto al **tipo de ropa utiliza habitualmente el bebé** el 75,23% (19) de las familias dicen colocarle ropa suelta y cómoda. Estos porcentajes son similares en todas las edades (ver tabla n° 33).

Esta información brindada por las familias a través de las encuestas realizadas es consistente con lo observado durante las visitas domiciliarias en las cuales se observó que los bebés habitualmente usan ropa cómoda que les permite libertad en los movimientos.

El 19,04%(20) de las familias dice ponerle ropa abrigada. Este dato debe ser interpretado en el contexto de que la mayor parte de las encuestas se realizaron en época invernal en una zona donde hace bastante frío.

En lo atinente a **si se ofrecen o no juguetes al bebé** el 59,77%(52) dijo que no ofrecen juguetes al bebé mientras que el 35,63% (31) de las familias dijo que sí ofrecen juguetes (ver tabla n° 34).

La proporción entre las familias que no ofrecen y las que ofrecen juguetes varía de acuerdo a los meses que tenga el bebé. Mientras que en los bebés menores de un mes las familias que no ofrecen juguetes al bebé alcanza el 96,29% (26), en los bebés de 1 y 2 meses este porcentaje disminuye siendo de 68,18% (15), a los 3 y 4 meses este porcentaje continúa disminuyendo siendo de 52,63% (10) y a los 5 y 6 meses este porcentaje es mínimo de sólo 5,26% (1).

A la inversa, el porcentaje de familias que sí ofrecen juguetes al bebé va aumentando a medida que el bebé crece siendo de 3,70% (1) en los bebés menores de un mes; de 13,63% (3) en los bebés de 1 y 2 meses; de 47,36% (9) en los bebés de 3 y 4 meses; y de 94,73% (18) en los bebés de 5 y 6 meses.

Respecto a los **tipos de juguetes que ofrecen al bebé** aquellas familias que lo hacen encontramos que el 42,10% (16) ofrecen sonajeros; el 36,84% (14) ofrecen peluches; el 10,52% (4) ofrecen mordillos; el 5,26% (2) ofrecen colgantes, pelotas o pelotas sonajeros; y el 2,63% (1) ofrecen muñequitos, cucharitas o mantitas (ver tabla n° 35).

En relación **a lo que hace el bebé con los juguetes** el 32,60% (20) de las familias dijeron que se los lleva a la boca, los chupa y/o los muerde; el 26,22% (16) dijeron que los mira y/o los sigue con la mirada; 13,04% (8) dijeron que los toca; el 6,52% (4) dijeron que los tira; el 4,89% (3) dijo que los agarra y/o los toca o los

quiere agarrar respectivamente; y el 1,63%(1) dijo que los mueve o los golpea con las manos respectivamente. El 1,63% (1) dijo no saber qué hace el bebé con los juguetes (ver tabla n° 36).

Hasta los dos meses lo que hacen habitualmente los bebés es seguir los objetos con la mirada (50% en bebés menores de un mes y 40% en bebés de 1 y 2 meses) o intentar tocar y/o agarrar los objetos (40% en los bebés menores de 1 mes y 50% en los bebés de 1 y 2 meses). A los 5 y 6 meses aparece como actividad predominante sobre los objetos es llevárselos a la boca, chuparlos y/o morderlos.

En lo atinente a **la persona que se encarga principalmente de los cuidados del bebé** en el 96,55% (84) de los casos es la mamá; en el 2,29% (2) es la mamá y el papá; y en el 1,14% (1) es la abuela. Estos porcentajes son similares para todas las edades del bebé (ver tabla n° 37).

En lo relacionado a la **persona con la que pasa la mayor parte del tiempo el bebé** el 78,16% (68) de las familias dijeron que lo hace con la mamá; el 10,34% (9) dijeron que lo hace con la mamá y los hermanos; el 9,19% (8) dijeron que lo hacen con la mamá y los abuelos; y el 1,14% (1) dijeron que lo hacen con la mamá y el papá o con la mamá y los tíos respectivamente (ver tabla n° 38).

DISCUSIÓN

En este apartado se irán analizando los resultados obtenidos en relación con las indicaciones que aparecen en la Guía para la atención y cuidado de la salud de niños y niñas de 0 a 6 años y otras normativas y perspectivas teóricas que guían el accionar de los equipos de salud en la Provincia de Neuquén.

ALIMENTACIÓN

Las respuestas a las **primeras preguntas** de este apartado **relacionadas al momento del parto y nacimiento** (por ejemplo, poner al pecho al bebé de la madre apenas nace) están en consonancia con la propuesta del parto respetado y la incorporación precoz de la lactancia materna².

El término "parto respetado" o "parto humanizado" hace referencia a una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños y niñas en el momento del nacimiento. Es decir, en consonancia con las necesidades y deseos de la familia que va a dar a luz. Cuando se habla de parto humanizado, se habla de generar un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean los protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible.

La Ley de Parto Humanizado N° 25.929, promueve que se respete a la familia en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad- y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas. Entre los derechos que menciona se destacan tener a su lado al hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales; derecho a ser informada desde el embarazo sobre los beneficios de la lactancia materna; derecho a recibir apoyo para amamantar y a recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

El hecho de que en los hospitales se estimule poner al bebé al pecho de la madre apenas nace marca un cambio en las prácticas respecto a épocas anteriores en el sentido de la humanización de la atención.

Los pocos casos en los que la mamá no le dio el pecho al bebé apenas nació (en la sala de parto) tuvieron que ver, cuando se indagó, con las situaciones de cesárea.

² <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48-temas-de-salud-de-la-a-a-la-z/354-parto-respetado>

Se observa un alto porcentaje en ***lactancia materna***, aunque el número desciende si hablamos solo de lactancia materna exclusiva (LME). En ese sentido, si bien en solo 3 casos no estaban tomando teta, en 21 casos ya habían incorporado otras leches y en 20 casos habían incorporado semisólidos antes de los 6 meses.

Respecto a ***la edad en la que se empieza a dar otro líquido y comida a los bebés***, la misma es anterior a la indicada en la guía en la cual se propone la lactancia exclusiva hasta los seis meses. En relación a la incorporación de líquidos, el líquido incorporado en todos los casos fue agua y la edad de comienzo de la ingesta de la misma en la mayoría de los casos fue a los 5 meses (7 casos).

Respecto a la incorporación de agua, no se indagó acerca del porqué se le empieza a administrar la misma aunque sería un punto interesante de profundizar en próximas investigaciones. En relación a la comida, lo que las familias aluden fundamentalmente es que "*el bebé tiene hambre*" siendo la tendencia principal iniciar la alimentación a los cinco meses y no a los seis.

Lo que resulta interesante de las respuestas obtenidas en este punto es que muchas de ellas reflejan que la decisión de darle de comer al niño tuvo que ver con observar a su hijo y con, a partir de observarlo, decidir en función de lo que interpretaban de esa observación más allá de las indicaciones dadas por el equipo de salud.

Esto será un desafío para los profesionales de salud en cuanto a elaborar estrategias a fin de evitar la incorporación precoz de leches de fórmula y semisólidos antes de los 6 meses de vida, una herramienta útil es la consejería en alimentación infantil³, el objetivo de la consejería en nutrición es acompañar a la madre, la familia y/o quien se ocupa del cuidado del niño o niña, para facilitar la adopción de prácticas y conductas beneficiosas en relación con la alimentación de los chicos. La consejería comprende la evaluación de la alimentación y la orientación que se debe brindar en cada control del niño sano, así como también cuando está enfermo o cuando es dado de alta. Es importante reconocer las diversas oportunidades de contacto que existen entre el personal de salud y las madres o responsables de los niños, para brindar consejería. Entre ellas el control de salud del niño, el momento de administrarle las vacunas obligatorias, cuando el niño está enfermo con las patologías comunes de la infancia (momentos en que la madre suele estar preocupada y motivada para poner en

³ Ministerio de Salud de la Nación. (1997) Guías alimentarias para la población infantil. Consideraciones para los equipos de salud, Ministerio de Salud de la Nación, 3ª Edición, septiembre 2007.

práctica las sugerencias que se le hacen), cuando se realizan visitas domiciliarias con los agentes sanitarios, aprovechando reuniones de madres, padres o cuidadores, ya sea en la sala de espera de la consulta, en reuniones escolares, salud escolar, grupos de capacitación, o bien encuentros especialmente convocados a través de instituciones sociales en articulación con el centro de salud.

En relación al ***momento en que se le da el pecho/la mamadera al bebé***, a diferencia de otros momentos históricos en que la indicación ha sido dar de comer al bebé cada tres horas, en las prácticas de crianza de las familias aparece incorporada la pauta de dar pecho a demanda que se sugiere en la guía: *“recomendar que la madre descanse, que busque una posición cómoda para amamantar, que utilice el sistema de libre demanda”* (página 23).

En lo atinente a la información de ***quién le administra el alimento*** – fundamentalmente la madre- esta información se condice con la que nos habla de que, en la mayoría de los casos, el principal alimento es la leche materna y con la información, que aparece más adelante en el análisis, de que la persona que habitualmente se encarga de los cuidados del bebé es la mamá.

No obstante, llama la atención que aun habiendo comenzado la etapa de inclusión de otros alimentos –o haya bebés que toman también mamadera- no haya otras personas significativas dentro del entorno familiar que aparezcan participando también en la alimentación. Si bien la pregunta apuntaba a quien habitualmente administraba el alimento, podrían haber aparecido otras personas significativas.

Donald Winnicott (1994) plantea la importancia de organizar un entorno capaz de promover, facilitar el desarrollo del “ser” humano y de proveer todos aquellos elementos que le permitan la satisfacción de sus necesidades. Denominó a este entorno “ambiente sostenedor”. Para que dicho ambiente sea sostenedor, una de las condiciones es la continuidad del ambiente humano y del ambiente físico.

En ese marco, *“para que el bebé pueda conocer a un adulto, identificarlo entre otros sujetos, reconocer su olor, su temperatura, la manera particular de sostenerlo, es necesario que las tareas en las que el niño se ve directamente comprometido sean realizadas siempre por las mismas personas y las menos posibles”⁴*.

En ese sentido consideramos que, si bien es conveniente la continuidad de la persona que ejerce los cuidados del bebé haciendo de este modo que el ambiente sea sostenedor, quizás lo que no es tan recomendable es la sobrecarga que, en esta tarea,

⁴ Ministerio de Salud de la Nación (s/d). Factores del entorno Facilitadores y obstaculizadores del Desarrollo Infantil. Desarrollo Infantil. Primer Año de Vida.

parece tener la mama al no haber otras personas significativas que también participen de dicha tarea.

En lo atinente al **uso del chupete**, parece no ser una práctica tan extendida entre las familias. Esto está en consonancia con lo que indica la guía en la cual se sostiene que *"el uso del chupete no debe ser sistemático, sino sólo en aquellos niños/as que tienen gran necesidad de succión. Si lo usa, proscribir endulzarlo con miel o azúcar"* (página 40).

Las familias cuyos bebés sí usan chupete dicen ofrecérselos en el momento del dormir y/o cuando éstos están inquietos o llorosos.

Desde el enfoque de la Atención Temprana del Desarrollo Infantil se entiende que el chupete es un obstaculizador del desarrollo de la comunicación del bebé⁵. No obstante, otras perspectivas no tienen esa mirada del uso del chupete sino que lo entienden como un posible elemento clamador del bebé. Asimismo, El Grupo de trabajo del SMSL (Síndrome de Muerte Súbita del Lactante) de la Academia Americana de Pediatría (AAP) ha publicado recientemente las nuevas recomendaciones para la disminución del riesgo del SMSL, entre las que se encuentran el uso del chupete⁶.

El uso del mismo está muy arraigado en las sociedades desarrolladas ya que calma el llanto del bebe, ayuda a conciliar el sueño y reduce el estrés en diferentes procedimientos. Su uso se ha relacionado con una menor duración y exclusividad de la lactancia materna, aumento de otitis media, problemas dentales y riesgo de accidentes. Además, estudios recientes relacionan su uso, particularmente durante el sueño, con la disminución del riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. El debate sobre su utilización o no es motivo de controversia, no obstante es importante que los profesionales de salud y los padres conozcan los riesgos y beneficios que conlleva el uso del chupete y, en el caso de que se detecte su uso, se recomiende introducirlo una vez afianzada la lactancia materna (al mes de vida); exclusivamente

⁵ La emisión de las vocalizaciones típicas del primer año de vida, se encuentran impedidas por el uso del chupete, lo que obstaculizaría el desarrollo del lenguaje. El llanto es indicador de alguna necesidad que debe ser adecuadamente satisfecha. La utilización del chupete como recurso para "calmar al bebé" puede confundirlo logrando "calmarlo" sólo momentáneamente, sin llegar a interpretar su real necesidad obstaculizando el desarrollo de la comunicación. Sin embargo, sigue siendo un objeto ampliamente utilizado, que tranquiliza más al adulto que al niño y trae aparejado una serie de inconvenientes al momento en el que se considera que el niño ya no debe usarlo. Factores del entorno. Facilitadores y obstaculizadores del Desarrollo Infantil. Desarrollo Infantil. Primer Año de Vida. Ministerio de Salud de la Nación.

⁶ American Academy of Pediatrics. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011;128:1030-9. <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/5/e1341.full.pdf+html>

en el momento de dormir y sólo hasta el año de vida a fin de evitar los efectos adversos derivados de su utilización.

Respecto a **lo que hace el bebé cuando toma el pecho** podríamos decir que las descripciones propuestas nos hablan de un bebé activo, que capta sonidos, que puede mirar, que escucha la voz de su mamá, que se ríe, etc. y de que las familias tienen registro de esa capacidad de actividad del bebé. Imagen de un bebé activo que no sólo se alimenta físicamente al momento de tomar la teta sino que está presente desde todas sus posibilidades perceptivas. En relación a este punto, es importante destacar que el desarrollo de los sentidos del bebé comienza en el interior del vientre materno, desde la interogestación.

Excepcionalmente unas pocas mamás parecen no tener ninguna percepción acerca de que, en el momento del amamantamiento, además de la alimentación física, ocurren muchos otros intercambios entre la mamá y el bebé que tienen que ver con las caricias, las miradas, las palabras, etc.

En relación a **lo que hace la mamá cuando lo alimenta** (mirarlo, hablarle, cantarle, acariciarlo, etc.) los hallazgos encontrados nos dan cuenta de que para las familias, la alimentación no es sólo algo orgánico sino relacional. Por orden de importancia según lo mencionado por la madre, los sentidos puestos en juego en la relación de la mamá hacia el bebé son, en primer lugar, la mirada; en segundo lugar la palabra; y, en tercer, lugar el tacto.

En este sentido, podríamos decir que el momento del amamantamiento no se vivencia sólo como una necesidad del bebé de alimentarse a nivel orgánico sino también como una necesidad del bebé y de la mamá de mirarse, acariciarse, sentirse, etc., como un momento de interacción entre ambos.

SUEÑO

En la pregunta acerca del **lugar donde duerme el bebé**, aparece con mucha frecuencia la cohabitación que está recomendada en la guía -"se sugiere cohabitación hasta el 6º mes de vida" (página 24)- y la experiencia del co-lecho la cual no está recomendada. La presencia extendida del co-lecho que encontramos coincide con lo mencionado en la guía donde se sostiene que "*por razones económicas, culturales, vinculares y prácticas el co-lecho está ampliamente difundido en nuestras comunidades*" (página 24).

Aun reconociendo la presencia extendida del co-lecho –se prosigue en la misma guía- el mismo no es recomendado ya que "*si bien es cómodo y reconfortante para la*

mamá que amamanta dormir con su bebé en contacto estrecho, se ha demostrado riesgo de aplastamiento o sofocación -particularmente en esta etapa- cuando la madre y/o la pareja son muy obesos, consumen alcohol en exceso, psicofármacos u otras sustancias psicoactivas, o están excesivamente cansados. El colecho también está asociado con muerte súbita si los padres son fumadores, aunque no fumen en la cama ni en presencia del bebé. En cualquiera de los casos mencionados arriba se recomienda evitarlo. Si analizamos otros aspectos cabe mencionar que existen estudios que muestran que el colecho puede interferir en el proceso de individuación y autonomía del niño o de la niña, en su desarrollo psicosexual y en la representación mental del yo corporal. Por otro lado, ciertamente desconocemos cómo y en qué momento el colecho puede tener alguna relación con el abuso sexual infantil” (página 24).

En el mismo sentido, en el documento Herramientas Subjetivas que Protegen (anexo de la guía que estamos tomando como referencia) se sostiene que, en términos subjetivos, el eje intimidad de niños y adultos es la principal “vacuna” que protege contra el abuso sexual infantil y el maltrato. Se remarca así la importancia de colaborar, desde los equipos de salud, en la construcción del espacio propio, desde el lugar para dormir hasta el guardado de las propias pertenencias y su cuidado; de contribuir a diferenciar entre lo privado y lo público; y de ayudar a incorporar, desde el inicio de la vida, el cuidado del propio cuerpo a través del pudor en las relaciones cuerpo a cuerpo (página 6).

Por último, el trabajo realizado con embarazadas y familias gestantes desde el Centro de Salud de las 528 viviendas de Zapala⁷, está orientado en el mismo sentido cuando propicia la construcción del nido como el espacio propio de quien está por llegar. En ese marco se sostiene que, cuando un ser humano llega al mundo, el mundo debe hacerle un lugar, para que desde los comienzos de la vida tenga su espacio y se desarrolle en él. De ese modo, el mencionado equipo desestima el co-lecho bajo cualquier justificación, habida cuenta de las muertes trágicas de bebés por aplastamiento y para prevenir tempranamente el abuso sexual infantil (página 23).

Por todo lo anteriormente dicho, tanto en términos de la presencia extendida del co-lecho como por las recomendaciones en contra de su práctica, sería interesante indagar cuáles son las razones que hacen que las familias tengan incorporado el co-lecho dentro de sus pautas de crianza. Al mismo tiempo, sería relevante también

⁷ Plasmado en el documento de Pedraza, M., Marcus, A. y Sanchez, M. (2006). Viaje a la vida. Una propuesta de humanización temprana al niño y/o niña en gestación y su familia. Centro de Salud B° 582 viviendas. Zapala. Neuquén, Patagonia. Argentina. Inédito; 2006.

analizar otras perspectivas teóricas que están a favor del co-lecho o, que al menos, no lo entienden como una práctica poco recomendable.

Por último, asumiendo que el co-lecho es una práctica desarrollada en las familias, sería quizás conveniente hacer hincapié no tanto en los inconvenientes que acarrea su realización sino en cómo hacer que el co-lecho sea más seguro siguiendo las indicaciones que se dan en la guía. En dicha normativa dice que, si por razones de fuerza mayor o por decisión de la familia el bebé durmiera en la misma cama que los padres, se deberán tener algunas precauciones: el colchón debe ser firme y parejo y estar limpio; no se debe dejar que el bebé se acalore (la mejor temperatura ambiente para el bebé es entre 16 y 18 grados centígrados); no se le debe poner demasiada ropa al bebé ni cubrirle la cabeza; asegurarse de que el bebé no se pueda caer de la cama o atascarse entre el colchón y la pared; y asegurarse de que la pareja sepa que el bebé también está en la cama si no se acuestan al mismo tiempo (página 24).

Respecto a **la posición en que duerme el bebé**, la mayoría lo coloca boca arriba lo cual coincide con la recomendación que aparece en el anexo sobre Sueño Seguro de la guía: "*posición boca arriba para dormir*" (página 1).

En relación al **uso de almohada al dormir** y a si **el bebé duerme o no con juguetes en su cuna y al tipo de juguetes**, ninguna de las dos prácticas están demasiado presentes en las familias encuestadas. En ese sentido, hay coincidencia entre lo que las familias hacen y las recomendaciones que aparecen en el anexo sobre Sueño Seguro de la guía donde se recomienda "*evitar almohadas, almohadones, juguetes, peluches, y otros objetos en la cuna del bebé*" (página 1).

Vinculado a **la persona que duerme habitualmente al bebé**, y de algún modo al igual que sostuvimos para el caso de la persona que administra habitualmente el alimento al bebé, llama la atención que, más allá de la presencia de la madre, no haya otras personas significativas dentro del entorno familiar que aparezcan participando también en el hacer dormir al bebé. Si bien la pregunta que hicimos estaba orientada a indagar quién habitualmente hace dormir al niño, podrían haber aparecido otras personas significativas participando de esta tarea que, en principio, no tiene ninguna dependencia física –como sí lo es el dar el pecho– del bebé hacia la madre.

En ese sentido consideramos, al igual que en el caso de quién le administra habitualmente el alimento que, si bien es conveniente la continuidad de la persona que ejerce los cuidados del bebé haciendo de este modo que el ambiente sea sostenedor quizás lo que no es tan recomendable es la sobrecarga que, en esta tarea, parece tener la mamá al no haber tiene otras personas significativas que también

participen del hacer dormir al niño. Otras personas significativas que formen parte de la red de sostenes (Gutman, 2011) que la madre necesita para maternar a su bebé. Quizás también, en futuras investigaciones, se podría indagar cuál es la cadena de sostenes que tienen estas madres que habitualmente se encuentra a cargo del cuidado del bebé.

En relación a **los horarios/tiempo en que duerme el bebé durante la noche**, los datos mostraron que algunos bebés durante el primer mes no tienen diferenciado el ritmo día y noche lo que es esperable de acuerdo al momento de su desarrollo ya que se trata de bebés recién nacidos.

DESARROLLO AUTÓNOMO

En relación al **lugar en que se encuentra el niño habitualmente durante el día**, si bien la guía de atención a niños y niñas de entre 0 a 6 años recomienda la colocación del bebé en un lugar plano en el suelo que le posibilite moverse en libertad esto no puede hacerse durante los primeros meses de vida cuando el bebé recién ha salido del útero materno sino, tal como aparece en las tendencias observadas, a partir de los 2 meses. No obstante, los resultados nos dicen que esta práctica comienza a ser realizada por las familias a partir de los 3-4 meses.

En ese sentido, es necesario tener en cuenta que, durante los nueve meses de embarazo (interogestación), el bebé se encuentra inmerso en el mundo uterino donde crece a través de suministros básicos: contacto corporal (piel a piel), movimiento y sonido, succión y alimentación. Tras el nacimiento y el inicio de la exterogestación dichos suministros básicos se transforman en necesidades básicas del bebé⁸. Lo que antes estaba asegurado de manera continua ahora genera necesidades que deben ser satisfechas a partir del accionar del adulto. De allí, entre otras cosas, la importancia del contacto piel a piel del bebé con su mamá y la importancia no sólo de favorecer la autonomía gradual del niño sino también del "ser llevado en brazos" (Liedloff, s/d) en el que se hace hincapié desde las Ciencias del Inicio de la Vida (Madruga Luzes, s/d).

No obstante, retomando el ítem del lugar en que se encuentra el niño habitualmente durante el día, observamos que el porcentaje de los bebés de 5-6 meses que es colocado en el suelo (13,63%) en comparación con los que son colocados en lugares poco seguros como la cama de donde puede caerse porque el bebé ya se mueve (13,63%) o que son colocados en lugares/posiciones que no

⁸ Material de Puericultura. Curso Virtual Intervenciones Clínicas en Psicoperinatología y Conceptos Fundamentales de Puericultura. Prof. Titular Lic Susana N. Vignolo y Prof. Adj. Lic Sandra Zampaloni. Año 2014.

permiten su movimiento en libertad como el bebesit (22,72%) y el chango (50%) es bajo. En ese sentido, el ofrecimiento de un espacio en el suelo con objetos pertinentes que es lo recomendado en la guía es excepcional.

De todos modos consideramos que, en términos generales y pensando en poder construir interfaces entre lo indicado desde las normativas de salud y lo que las familias realmente están haciendo en este momento, lo más importante es trabajar en función de enfatizar la importancia de que, al menos en algunos momentos del día, el bebé a partir de los tres meses pueda ser colocado boca arriba en un lugar plano en el piso sobre una mantita que le permita moverse de manera autónoma aunque gran parte del día esté ubicado en otros lugares y/o posiciones poco recomendadas.

Respecto a la **posición en la que coloca al niño durante el día**, si bien la mayoría de las familias dijeron que colocan al bebé acostado en una superficie plana boca arriba -que sería la posición más recomendada para facilitar el movimiento autónomo del bebé- este dato no es del todo consistente con la información acerca del lugar en que se encuentra el niño habitualmente durante el día en donde el cochecito aparece como el espacio más frecuente. En ese sentido, si bien el niño está colocado boca arriba, la superficie de apoyo en la que se lo coloca no es plana sino curva obstaculizando, en lugar de facilitar, el movimiento autónomo.

Como elemento positivo vale destacar que, salvo algunas excepciones en que se menciona el andador, éste no aparece como un objeto/espacio muy utilizado en las familias con los riesgos y las contraindicaciones que, de usarlo, ello implicaría.

Respecto al **tipo de ropa que utiliza habitualmente el bebé**, y teniendo en cuenta que la ropa es un factor favorecedor u obstaculizador del desarrollo autónomo, podemos decir que en general las familias brindan a los bebés ropa que favorece su libertad de movimiento y que, por tanto, beneficia el desarrollo del movimiento autónomo.

En lo atinente a **si se ofrecen o no juguetes al bebé**, el grado de ofrecimiento de juguetes es bajo aunque podemos pensar que esto es relativamente coherente con el nivel de desarrollo de los pequeños. Así, cuando son muy pequeños, los objetos que se les ofrecen son pocos o casi nulos y, a medida que los bebés crecen, el ofrecimiento de objetos por parte de las familias va siendo mayor.

Respecto a los **tipos de juguetes que ofrecen al bebé**, a medida que los bebés crecen pareciera que el tipo de juguete que se les va ofreciendo es más variado a la vez que dichos juguetes aparecen más diversos porque la cantidad de familias que ofrecen objetos es mayor. Los objetos ofrecidos, en principio, aparecen como relativamente adecuados al nivel de desarrollo y posibilidades del bebé (sonajeros,

peluches, etc.) no mencionándose objetos que podrían pensarse como claramente obstaculizadores del desarrollo del niño (gimnasios, juguetes con sonidos y luces, etc.). No obstante, sería necesario profundizar más el conocimiento concreto de los juguetes que se ofrecen a los niños (forma, tamaño, peso, etc.) a través de la observación domiciliaria y en función de poder valorar si son o no pertinentes según la edad y tomando la perspectiva de la ATDI.

En relación **a lo que hace el bebé con los juguetes**, lo observado (sobre todo llevárselo a la boca y mirarlos) es acorde con el nivel de desarrollo de los bebés y sus posibilidades de acción.

En lo atinente a **la persona que se encarga principalmente de los cuidados del bebé**, el que la mamá sea la persona que se encargue habitualmente del bebé –y tal como lo observamos para el caso de la alimentación y el sueño- es un hecho positivo ya que marca continuidad en los cuidados del niño. No obstante, el que casi no aparezcan otras personas significativas ayudando en el cuidado del niño hace pensar en la sobrecarga que dicho cuidado implica para las madres y en la repercusión negativa que esta sobre-exigencia tendrá en la calidad del cuidado de esa madre para con su bebé. Aquí también sería importante indagar los sostenes de esta mamá.

En lo relacionado a la **persona con la que pasa la mayor parte del tiempo el bebé**, y en concordancia con el ítem anterior, lo continuo es la presencia materna.

CONCLUSIÓN

A través del presente trabajo de investigación nos propusimos conocer cuáles eran las pautas de crianza de las familias de niños de 0 a 6 meses que se atienden en el CAPS Almafuerte , tomando como período de estudio octubre 2013-marzo 2014.

La importancia de conocer dichas pautas proviene de las innumerables intervenciones que, como agentes de salud, realizamos en torno a cuestiones atinentes a la crianza de los niños y la brecha que muchas veces existe entre dichas intervenciones y las pautas culturales de las comunidades en las que trabajamos.

Se indagaron las pautas de crianza de las familias relacionadas básicamente a la alimentación, al sueño y al desarrollo autónomo. En relación a dichas pautas pudo observarse que, mientras algunas están cercanas a lo indicado por la normativa que guía a los equipos de salud (incorporación precoz del pecho, pecho a demanda, cohabitación hasta los seis meses, ubicación del niño boca arriba para dormir, etc.) otras pautas se alejan bastante de lo estipulado por dicha normativa.

Entre estos últimos puntos se destacan fundamentalmente, a nivel de la alimentación, la incorporación de semisólidos y sucedáneos de la leche materna a partir de los 5 meses; a nivel de sueño, la presencia extendida del co-lecho; y, a nivel del desarrollo autónomo, la escasa colocación del bebé en el suelo en una posición que facilite el desarrollo autónomo de su movimiento.

En ese sentido, consideramos necesario, por un lado, profundizar el conocimiento acerca de las concepciones que atraviesan estas prácticas familiares tanto desde la tarea cotidiana que desarrollan los equipos de salud como desde la planificación de investigaciones que se orienten en este sentido; y, por otro, consideramos indispensable generar interfaces -entre lo que indican las normativas de salud y lo que las familias efectivamente hacen- que se construyan desde el diálogo -y no desde la imposición- entre el saber del sistema formal de salud y el saber de las familias con las que trabajamos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bertucelli Sebastián y otros (s/d), "Centros de Acción Comunitaria. Una nueva y antigua estrategia institucional para generar políticas sociales". II Curso de Postgrado Psicología Comunitaria. 1996, Universidad Nacional de Córdoba.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico. Perspectiva y Método*. Barcelona: Hora.
- García, A. M. (2011). *La influencia del entorno en el desarrollo del niño. Valoración del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Cinco.
- Gutman, L. (2011). *La familia nace con el primer hijo*. Buenos Aires: Del nuevo extremo.
- Hoffmann, M.J. (2009). *Los arboles no crecen tirando de las hojas. El desarrollo humano de padres y niños durante el primer año de vida*. Buenos Aires: Nuevo Extremo.
- Pikler, E. (1985). *Moverse en libertad. Desarrollo de la motricidad global*. Madrid: Narcea.
- Guía para la atención y cuidado de la salud de niños y niñas de 0 a 6 años. (2010). Provincia del Neuquén. Subsecretaría de Salud Pública.
- Falk, J. (1997). *Mirar al niño - La escala de desarrollo del Instituto Pikler (Lòckzy)*. Buenos Aires: Ediciones Ariana.
- Fushimi, C.F. y Giani, M. (2009). *Herramientas subjetivas que protegen... Una propuesta de incorporación de prácticas de salud mental en los procesos de atención de niños y niñas pequeños*. Guía para la Atención y el Cuidado de la Salud de los Niños y Niñas de 0 a 6 años. Provincia del Neuquén.
- Chokler, M (1998). *Los organizadores del desarrollo psicomotor*. Buenos Aires: Cinco.
- Pedraza, M., Marcus, A. y Sanchez, M. (2006). *Viaje a la vida. Una propuesta de humanización temprana al niño y/o niña en gestación y su familia*. Centro de Salud B° 582 viviendas. Zapala. Neuquén, Patagonia. Argentina. Inédito.
- Material de Puericultura. Curso Virtual Intervenciones Clínicas en Psicoperinatología y Conceptos Fundamentales de Puericultura. Prof. Titular Lic Susana N. Vignolo y Prof. Adj. Lic Sandra Zampaloni. Año 2014.
- Ministerio de Salud de la Nación. (1997) *Guías alimentarias para la población infantil. Consideraciones para los equipos de salud*, Ministerio de Salud de la Nación, 3ª Edición, septiembre 2007.
- Ministerio de Salud de la Nación (s/d). *Interacciones. El valor de lo cotidiano en la organización subjetiva*. Desarrollo Infantil. Primer Año de Vida.

Ministerio de Salud de la Nación (s/d). Factores del entorno Facilitadores y obstaculizadores del Desarrollo Infantil. Desarrollo Infantil. Primer Año de Vida.

Ministerio de Salud de la Nación (s/d). Desarrollo de la inteligencia, manipulación y atención. Desarrollo Infantil. Primer Año de Vida.

Ministerio de Salud de la Nación (s/d). Desarrollo motor y postural autónomo. Desarrollo Infantil. Primer Año de Vida.

Winnicott, D. (1994). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós.

ⁱ Médica General CAPS Almafuerde, Zona Sanitaria Metropolitana. E-mail: miri78@gmail.com

ⁱⁱ Psicóloga CAPS Parque Industrial, Zona Sanitaria Metropolitana. E-mail: marcelaalejandraparra@gmail.com

30 de junio de 2014