

Hacia la evaluación de “Chile Crece Contigo”: Resultados psicosociales del estudio piloto

Preliminary Report of a Governmental Program on Children Psychosocial Development Care in Chile

Sr. Editor:

La evaluación de programas y políticas públicas constituye un imperativo técnico y ético para la Administración Pública. Su relevancia nace del interés en la modernización y racionalización de la gestión pública^{1,2}.

El Ministerio de Planificación ha desarrollado un Plan de Evaluación del Subsistema de Protección a la Infancia, “Chile Crece Contigo” (ChCC), cuyo objetivo es ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales que apoye el desarrollo biopsicosocial de niños, niñas y sus familias, desde la gestación hasta los 4 años de edad. El Subsistema se propone como respuesta a la estructura socioeconómica chilena y al estudio de los determinantes sociales de la salud y educación, que nos muestran que el estrato social en el cual nace un niño, es el mejor predictor del lugar social que ocupará en la vida adulta, su nivel educacional y su situación de salud³.

Mediante convenio con la Pontificia Universidad Católica de Chile, se ha dispuesto la ejecución de uno de los componentes de esta evaluación: el levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicos. Este estudio implica la aplicación de un instrumento que evalúe el nivel de desarrollo de niños y niñas, junto con una encuesta de hogares que indague sobre los determinantes del desarrollo infantil. La población objetivo del estudio está compuesta por niños/as de 36-47 meses, que han asistido regularmente a controles de salud en establecimientos del sector público y que **no** han recibido el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, eje de ChCC.

El estudio se basa en el modelo bioecológico de desarrollo infantil⁴ y en el modelo de determinantes sociales de la salud propuesto por OMS⁵. La encuesta se estructuró en 5 módulos: Módulo I: Hogar y condiciones de vida, Módulo II: Características del cuidador principal, Módulo III: Antecedentes del niño/a, Módulo IV: Utilización de servicios y Módulo V: Situación actual de crianza del niño/a. Adicionalmente se seleccionó

el Inventario de Desarrollo Infantil Battelle⁶, que evalúa todas las dimensiones del desarrollo y ha sido aplicado en Chile.

Se realizó el piloto del estudio durante los primeros quince días de diciembre de 2009. Tuvo como objetivo probar los instrumentos y ensayar el trabajo de terreno y análisis, para su ajuste posterior. La muestra aleatoria se compuso de 101 díadas (cuidador principal y niño/a entre 36 a 47 meses) de la Región Metropolitana, que asisten desde el embarazo hasta la fecha, regularmente a centros de salud. A todas se les aplicó la encuesta y a 25 niños se aplicó el inventario de desarrollo. La edad promedio de los niños fue de 40 meses, y en el 90% sus cuidadores principales fueron mujeres (incluyendo madres y abuelas).

Los principales resultados de este pilotaje dan cuenta de problemáticas de salud mental y social graves, las que sabemos influyen negativamente en el desarrollo infantil⁷.

La evaluación mostró que la participación social de los cuidadores principales es baja. Sólo 11% participa en alguna instancia, siendo la prioritaria, organizaciones de iglesia/religiosa o de crecimiento personal. Esto se asoció también a una baja percepción de apoyo social, siendo un ejemplo de esto que el 45% declaró contar rara vez o nunca con alguna persona en quien confiar, pedir ayuda o consejo; 48% rara vez o nunca tiene a quién recurrir en caso de problemas económicos; 68% rara vez o nunca confía en la gente de su barrio o localidad. Adicionalmente, 38% de los cuidadores principales señalaron que están de acuerdo en que a “nadie le importa mucho lo que me pase”; 61% afirmó que es más seguro no confiar en nadie; 64% estaba en desacuerdo con que en el barrio o localidad los vecinos se preocupan los unos de los otros.

El 56% de los cuidadores principales percibe estar estresado⁸. El 70% de los cuidadores principales declaró que no tiene amigos o nunca se ha reunido con ellos en los últimos 6 meses, o lo ha hecho menos de una vez por mes.

La aplicación de la escala de evaluación de síntomas depresivos⁹, arrojó que 46% de los cuidadores principales presenta síntomas depresivos. El 50% de los cuidadores señalaron que algún médico le ha dicho que tiene depresión y 38% ha recibido tratamiento para ésta.

Otro tema relevante es la percepción de violencia intrafamiliar, resultando que el 24% se ha senti-

Tabla 1. Funcionamiento familiar percibido por cuidadores principales

Percepción de funcionamiento familiar	% de cuidadores principales
"En la familia no se puede hablar de la tristeza que se siente"	35
"En la familia no se llevan bien"	34
"Tomar decisiones es un problema en la familia"	31
"El consumo de alcohol es una fuente de tensión familiar"	27
"Tengo dificultades para expresar sentimientos en la familia"	19
"Hay malos sentimientos en la familia"	18
"Hay falta de confianza al interior de la familia"	17
"No puedo recurrir a los miembros de la familia"	15
"No es posible tomar acuerdos en la familia"	10
"Los individuos de la familia no son aceptados como son"	5

do amenazado o humillado en su hogar (violencia psicológica); 32% ha sentido que le controlan con quienes conversa o el dinero que gasta (violencia psicológica); 10% ha recibido violencia física y 4% ha sufrido violencia sexual.

Por otro lado, las características del funcionamiento familiar relacionadas a las preocupaciones sobre la crianza de los niños/as muestran que, en general, un tercio de los cuidadores principales declararon algún tipo de problema familiar (Tabla 1).

Todos estos antecedentes hacen pensar que el cuidador principal se encuentra en una situación de alto riesgo para su salud mental y por tanto para la crianza de los niños/as. Se trata en su mayoría de cuidadores principales mujeres, con redes sociales débiles, lo cual maximiza el aislamiento en que se sienten envueltas, aumentando por consiguiente la sintomatología depresiva. El bajo apoyo social percibido y la escasa participación social se pueden traducir en una reducción de estrategias de afrontamiento de las distintas problemáticas con las cuales deben enfrentarse día a día con los niños/as. Por lo tanto, aún cuando el cuidador principal se muestre estable en términos del tiempo y accesibilidad, de acuerdo a nuestra información preliminar, la calidad de la relación con el niño se verá influenciada negativamente, debido al estado de salud mental en el que se encuentra el cuidador principal.

Estos antecedentes preliminares revelan la importancia de generar políticas y programas de salud mental para este grupo, que vayan más allá

de la detección de depresión post-parto. En este caso, se trata de cuidadores de niños/as de 36 meses de edad que requieren de un espacio de confianza para expresar sus temores y también sus necesidades. Del mismo modo es necesario potenciar a las familias en dirección al apoyo mutuo en torno al desarrollo de los niños, así como también a potenciar las redes sociales que rodean al niño y su cuidador principal. Es necesario promover el desarrollo humano del cuidador principal más allá de su rol en el cuidado del niño/a. Esto implica promover su rol laboral, social y de pareja.

Este primer estudio, que se desarrollará durante 2010, entregará información sobre la situación de los niños y sus cuidadores principales de la población adscrita al sector público de salud de Chile, la que se contrastará con la situación de niños y sus cuidadores principales que han tenido acceso a todas las prestaciones de ChCC. Esto permitirá retroalimentar el sistema y mejorar la calidad de la política.

Paula Bedregal, Viviana Hernández¹,

Paulina Prado², Carla Castañón,

Verónica Mingo, Rolando de la Cruz³

¹Psicóloga, Departamento de Salud Pública.

Escuela de Medicina.

²Socióloga, Instituto de Sociología. Facultad de

Ciencias Sociales.

³Doctor en estadística, Departamento

de Salud Pública. Escuela de Medicina.

Pontificia Universidad Católica de Chile.

Referencias

1. Patton MQ. Culture and Evaluation. San Francisco, Estados Unidos: Editorial Jossey-Bass; 1985.
2. Pollitt C. Justification by work or by faith?. *Evaluation* 1995; 1: 133-54.
3. OMS. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsancar las desigualdades de una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal S.A; 2009
4. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge, MA, Estados Unidos: Harvard University Press; 1979.
5. OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Geneva, 2005.
6. Newborg J, Stock J, Wnek L. Inventario de Desarrollo Battelle. Manual de aplicación. Segunda Edición. Madrid, España: Tea Ediciones. 2004.
7. Walker SP, Wachs TD, Meeks Gardner J, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, Carter JA, and the International Child Development Steering Group. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries *Lancet* 2007; 369: 145-57.
8. Abidin. Parenting stress index. 3rd ed. Psychological Assessment Resources, Odess, FL. 1995.
9. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres SE. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/ CIDI) (ECPP). *Rev Med Chile* 2002; 130: 527-36.

Proyecto financiado por Ministerio de Planificación de Chile, convenio Decreto Exento n° 0360, noviembre 2009.

Correspondencia a:

Dra. Paula Bedregal. MPH, PhD.
Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.
Marcoleta 434, Santiago, Chile.
Teléfono: 056-2-354 6893
E-mail: pbedrega@med.puc.cl