



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA / DEPARTAMENTO SALUD PÚBLICA

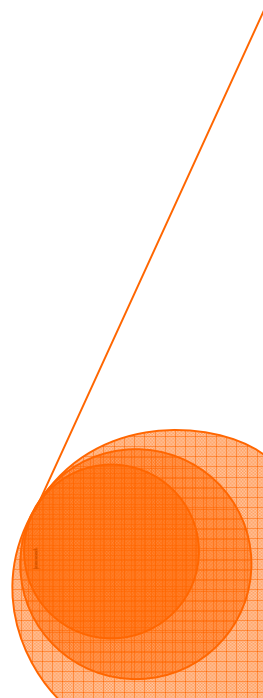
“Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas, en el contexto del sistema Chile Crece Contigo”

Informe 4: Final

Ejecutor: Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Mandante: Ministerio de Planificación (MIDEPLAN)
Contraparte técnica y acuerdos operativos:
Sr. Rodrigo Herrera
Srta. Paula Castro

15 de septiembre 2010



Equipo de trabajo de la Unidad Ejecutora Terreno

Jefa de Proyecto: Dra. Paula Bedregal MD, MPH, PhD (Psicología)

Asistente de Proyecto: Ps. Srta. Viviana Hernández MPsicol ©

Encargado Diseño y análisis estadístico: Dr. Rolando De la Cruz PhD (Estadística)

Unidad de Encuestas y Terreno: Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

- Director de Estudios: Dr. Eduardo Valenzuela PhD (Sociología)
- Jefe de Proyecto: Sociol Srta. Paulina Prado
- Coordinadora de Operaciones: Sra. Verónica Vergara.
- Coordinador de Operaciones 2: Sr. Rodrigo Delgado

ÍNDICE

Resumen Ejecutivo	4
Introducción	12
Capítulo I: Antecedentes	14
Capítulo II: Metodología general del estudio	21
Capítulo III: Trabajo de Campo	39
Capítulo IV: Resultados	54
I. DESCRIPCION	54
1.- CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	55
2.- CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR PRINCIPAL	60
3.- CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR Y FAMILIA: ENTORNO DOMESTICO-AFECTIVO.....	64
4.- CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR Y FAMILIA: ENTORNO DOMESTICO-PEDAGÓGICO.....	40
5.- ASPECTOS ESTRUCTURALES DEL HOGAR	73
6.- COMUNIDAD	76
7.- MEDIOAMBIENTE DISTAL: CAPITAL SOCIAL	82
II. ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS	85
III. MODELO EXPLICATIVO DEL DESARROLLO INFANTIL	89
Capítulo V: Conclusiones	97
Anexos	100

RESUMEN EJECUTIVO

1. En la actualidad, emerge como un imperativo técnico y ético para la Administración Pública, la evaluación de programas y políticas públicas. Cuya relevancia nace del interés en la modernización y racionalización de la gestión pública^{1 2}.
2. En la práctica, existe consenso en todas las reparticiones públicas del Estado de Chile, en particular en el nivel ejecutivo³, que la evaluación de programas y políticas debe considerar la evaluación a largo plazo del impacto de políticas y programas, los que deben estar basados en teorías explicativas y deben, además, enfocarse en explicar y comprender cómo se logran los objetivos propuestos por las políticas.
3. Siguiendo esta línea, el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) ha desarrollado un Plan de Evaluación del Sistema de Protección a la Infancia, llamado Chile Crece Contigo (en adelante ChCC), cuya implementación se inicia el año 2007. En este contexto, se establece la ejecución de la evaluación del impacto a corto plazo de éste Sistema.
4. El Sistema ChCC es el producto de un proceso, cuyos antecedentes datan de los años 90, con la formulación de la Política Nacional y Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y Adolescencia 2001-2010⁴, y desde el Ministerio de Planificación, con los estudios de pre-inversión (2005-2006),

¹ Patton, M.Q. (Ed) (1985), *Culture and Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass

² Pollitt C (1995) Justification by work or by faith? *Evaluation* 1; 133-154.

³ Un ejemplo de este rol, lo constituye el Sistema de Evaluación y Control de Gestión de la División de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, el que tiene como finalidad “contribuir al mejoramiento de la eficiencia en la asignación y en el uso de los recursos públicos a los diferentes programas, proyectos e instituciones, propiciando además una mejor gestión de éstas y la transparencia en el uso de los recursos públicos y la rendición de cuentas”. Disponible en <http://www.dipres.cl/572/propertyvalue-2131.html>

⁴ Ministerio de Planificación y Cooperación. Política Nacional y Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y Adolescencia 2001-2010. Marzo 2001.

los que permitieron contar con antecedentes para diseñar el actual Sistema, así como también entregarle el enfoque intersectorial que posee.

5. El objetivo de ChCC es ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales que apoye el desarrollo biopsicosocial de niños/as y sus familias, desde la gestación hasta los 4 años de edad. El Sistema se propone como una respuesta a la estructura socioeconómica en Chile y el 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 salud^{5 6}. De este modo, el Sistema se presenta como una estrategia para reducir las inequidades, siendo un imperativo de derechos el brindar las oportunidades a la población de Chile, para que éstas se reduzcan.
6. El fundamento para intervenir en etapas tempranas de la vida del niño/a, se encuentra en la biología y psicología del desarrollo, las que han demostrado que este período es clave para el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional, ya que se asientan las bases sobre las que se continuará y consolidará el desarrollo humano a lo largo de la vida⁷. Por otra parte el Sistema se fundamenta en las evidencias científicas disponibles hasta la fecha, las que indican que intervenciones integrales e intersectoriales reportan mejores resultados en desarrollo y en indicadores sociales (como por ejemplo: tasa de delincuencia).

⁵ OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud (2009). Subsanan 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.

⁶ FLACSO-CHILE (2005). Construyendo una nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Documento de síntesis de los Diálogos Democráticos. FLACSO: Santiago.

⁷ Bedregal P y Pardo M (2004) “Desarrollo Infantil Temprano y Derechos de los Niños”. Serie Reflexiones: Infancia y Adolescencia. UNICEF-CHILE.

7. El Sistema recoge tres marcos fundamentales para su instalación: el enfoque bioecológico del desarrollo humano⁸, el de derechos humanos⁹ y la integralidad en la prestación de servicios. Adicionalmente, propone un conjunto de intervenciones para ser ofertadas desde el sector salud, educación, trabajo y área social; cuyos focos están puestos en diversos espacios: el niño/a, la familia, la comunidad y el espacio político-legislativo.
8. El componente universal de este Sistema está dado por el “Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial¹⁰ (en adelante PADBP), cuya población beneficiaria está constituida por todos los usuarios del sector público de salud (FONASA) y que consiste en dos tipos de prestaciones, aquellas de carácter universal que son para todos los usuarios independiente de su condición particular; y aquellas específicas, que son para aquellos usuarios que por vulnerabilidades o necesidades específicas requieren de apoyos particulares.
9. Las prestaciones que entrega este Programa, son tendientes a acompañar la trayectoria de desarrollo de niños/as desde la gestación hasta su ingreso al sistema escolar; este componente es el núcleo central del Sistema, ya que es la puerta de entrada y a la vez, es el sistema de regulación de la oferta diferenciada. Entre estas últimas se encuentran las visitas domiciliarias para gestantes con riesgo biopsicosocial, entre otras.
10. El Programa tiene como propósito contribuir a los logros del Sistema de Protección, a partir del fortalecimiento de los cuidados prenatales, otorgando una atención personalizada del proceso de nacimiento, atención

⁸ Brofenbrenner U (1979) “The ecology of human development”. Cambridge, MA, Harvard University Press.

⁹ Myers M (1995) “The Convention on the Rights of the child: Moving Promises to Action”. The Consultative Group on Early Childhood Care and Development. Coordinator’s Notebook N°17.

¹⁰ MINSAL, Secretaría Ejecutiva, Chile Crece Contigo. (2009). Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial. Catálogo de Prestaciones 2009.

integral al niño hospitalizado, fortaleciendo el control de salud del niño/a, y otorgando las intervenciones pertinentes para niños con rezago o retrasos en el desarrollo y familias con riesgos.

11. Este estudio nace en el contexto de la Evaluación del Sistema de Protección a la Infancia, en su componente de evaluación de impacto, diseñada por el MIDEPLAN, y que tiene como foco el PADB. El diseño de esta evaluación consiste en la comparación de dos cohortes no concurrentes de niños y niñas que asisten regularmente a centros de salud primaria del sector público. De este modo, el diseño compara una cohorte de niños y niñas (cuya gestación se iniciará entre 2007 y 2008) y sus familias que han participado desde su gestación en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, y que por lo tanto han ingresado al Sistema ChCC, con una cohorte de niños y niñas, y sus familias que no ingresaron al ChCC desde la gestación, ya que al inicio de la instalación del Programa en su comuna, estos niños/as contaban con un año de vida, pero que recibieron atención en el sector público de salud, con los estándares habituales antes de la instalación del PADBP.

12. En estas cohortes se propone comparar los resultados de desarrollo y el conjunto de determinantes sociales y variables intermedias que se asocian a potenciales logros en desarrollo. Específicamente el estudio se refiere al grupo de comparación (Cohorte no tratada), que a la fecha de evaluación tenían aproximadamente entre 30 y 53 meses de edad.

13. Para la obtención de una muestra representativa nacional de esta cohorte, se realizó un muestreo estratificado por conglomerados en dos etapas. La primera unidad de muestreo consideró estratificar por comunas organizadas por tipologías de redes de atención. Esta organización captura el tipo de establecimiento y las condiciones de ruralidad o no, definiéndose 5

tipologías: comunas con redes de establecimientos urbanos todos centros de salud; comunas con redes de establecimientos urbanos que disponen de al menos un centro de salud familiar (CESFAM); comunas con redes rurales exclusivamente; comunas con redes mixtas (rurales + urbanas); y comunas cuya atención primaria depende de o participa un Hospital de baja o mediana complejidad. La segunda unidad de muestreo correspondió a establecimientos existentes en cada tipología de red. Esta segunda unidad en ocasiones se expandió a otro establecimiento de la comuna, con el objeto de completar las cuotas correspondientes al estrato de la tipología. Finalmente la unidad de análisis correspondió al niño o niña identificada que cumpliera los criterios de edad y cuyo cuidador principal accediera a participar del estudio.¹¹

14. El tamaño de la muestra correspondiente a la cohorte “*no tratada*” es de 1.800. Las Variables identificadas en este estudio obedecen a dos marcos teóricos relevantes: por una parte el modelo bioecológico de desarrollo humano¹² que es el que sustenta al ChCC y por otra parte el modelo de determinantes de la salud¹³, que señala la importancia de los determinantes estructurales e intermedios para lograr un buen estado de salud, y por lo tanto de desarrollo humano.

15. La variable independiente la constituye la intervención “Sistema de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo”, identificada por la no participación por parte de los niños/as, desde su gestación en el Sistema ChCC. La variable dependiente, para evaluar el efecto de ChCC y en

¹¹ Inicialmente se propuso hacer la identificación de los tratados en los establecimientos y a partir de ese levantamiento identificar un grupo de niños y niñas no tratadas del mismo establecimiento que contara con ficha clínica desde la gestación. Se dispuso de información parcial de ese estudio, por lo que fue necesario hacer el levantamiento sin contar con dicha información.

¹² Bronfenbrenner U (1979) “The ecology of human development”. Cambridge, MA, Harvard University Press.

¹³ Graham H (2004) Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. The Milbank Quarterly 82, 101-124.

particular del PADBP a corto plazo es el desarrollo infantil¹⁴, que se define como un proceso continuo y progresivo de adquisición de habilidades, conocimientos y conductas, cada vez más complejas. Este se despliega en las áreas: motora (fina y gruesa); cognición; socioemocional; lenguaje. Para efectos de este estudio se utilizó como método de medición el inventario de desarrollo Battelle, en su versión completa, aplicado en el hogar, y autoreportado por el cuidador principal del niño/a. La selección del instrumento obedeció a la edad de los niño/as evaluados, criterios psicométricos de calidad, dimensiones de reporte (personal/social, adaptativa, motora, comunicación, cognitiva), facilidades para capacitar a encuestadores, y su costo de adquisición y uso. Las variables intermedias y potencialmente confusión corresponden en primera instancia a los factores de riesgo o protectores del desarrollo infantil.

16. Para recabar los datos necesarios se estructuró una encuesta de hogares (encuesta Chile Crece Contigo) que contiene las variables sociodemográficas e intermedias de interés organizadas en 5 módulos. El primero se refiere a las condiciones del hogar y de vida, identifica al cuidador principal, al Jefe de Hogar y al niño/a evaluado; el módulo II: características del cuidador principal, módulo III: antecedentes del niño/a; el módulo IV: información sobre utilización de servicios sociales. Finalmente, el módulo V indaga la situación de crianza actual del niño/a. Adicionalmente se adjuntó el instrumento de medición del desarrollo infantil Battelle.

17. El estudio consideró en sus requerimientos éticos la aprobación por parte del comité de ética de investigación del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, y solicitó consentimiento informado a los cuidadores principales de

14 Esta es la medida para los niños y niñas que están en el grupo de 36-48 meses de edad al momento de la evaluación. A mediano plazo, los objetivos proponen como medida de resultado el que los niños y niñas cuenten con competencias y habilidades necesarias para continuar su aprendizaje al ingreso al sistema escolar; que los padres; y el que los padres sean agentes activos del proceso educativo de sus hijos. A largo plazo se espera impactar en reducción de brechas capital humano.

los niños/as para la aplicación de la encuesta y el instrumento de evaluación de desarrollo. Además, una vez evaluados a los niños/as, el estudio previó la devolución de la información sobre desarrollo infantil al cuidador principal, al encargado de ChCC en el centro de salud al que está adscrito el niño/a y al director del centro de salud.

18. La etapa de levantamiento de la información en terreno fue desarrollada por el Instituto de Sociología de la UC, supervisada por el Departamento de Salud pública UC. Para este proceso se capacitó a los encuestadores con un perfil específico (estudiantes de las ciencias sociales y de enfermería, o encuestadores de calle). Esta etapa incluyó el seguimiento de los casos y la validación de la calidad de estos.

19. Para el ajuste de los instrumentos se realizó un piloto en la Región Metropolitana que permitió mejorar la calidad de los instrumentos y probar en terreno la logística.

20. La muestra alcanzada que cumple los criterios de inclusión corresponde a 1705, lo que corresponde a un 94,7% de la muestra esperada.

21. Los resultados muestran que la frecuencia de retraso del desarrollo en la muestra es de 32%, siendo mayor en redes de carácter rural que urbanas. El área de mayor frecuencia de retraso fue comunicación (36,5%) y la con menos fue la cognitiva (14,1%). Los factores que explican positivamente el retraso del desarrollo global son: el tipo de red, tener mayor número de problemas de salud (el niño/a). Factores protectores del desarrollo son la asistencia a jardín infantil regularmente, haber sido diagnosticado alguno de los siguientes problemas: desnutrición, obesidad, otitis a repetición. Este aspecto puede implicar mayor contacto con el sistema de salud, y por tanto

oportunidades de diagnóstico. Otro factor protector importante es el Apgar mayor de 7 a los 5 minutos, que implica ausencia de asfixia neonatal.

22. Por áreas del desarrollo los factores de riesgo explicativos divergen con excepción del tipo de red y la presencia de problemas de salud. Dentro de las variables importantes, aparece la disponibilidad de recursos para el apoyo pedagógico en el hogar y en todas las áreas del desarrollo, la asistencia a jardín infantil regularmente.

23. Los resultados orientan a variables específicas que afectan al desarrollo infantil en el entendido que éste es producto de un conjunto importante de interacciones de diversos niveles, y que en ocasiones los factores no se suman sino se potencian.

24. En la perspectiva de ChCC es importante destacar que las intervenciones orientadas a los estilos de crianza (entre estos como muestra el estudio la asistencia a talleres de estimulación), la provisión de recursos pedagógicos y la estimulación de capital social son fundamentales. Sin embargo parece fundamental continuar mejorando el acceso a servicios clínicos y educativos de calidad. Mención particular la tiene las redes del tipo rural y mixta; estas redes implican un menor nivel socioeconómico (ESOMAR), pero además involucran otros problemas que son necesarios de indagar con profundidad, entre estos, posiblemente acceso a servicios y estilos de crianza particulares. Esto requiere de un tamaño muestral mayor para poder identificar con propiedad asociaciones.

25. Se requiere de otros análisis para identificar las vías intermedias o mediadoras que explican el desarrollo infantil. Además de mejorar la consistencia interna de los datos con otras fuentes de información como la ficha clínica.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de programas y políticas públicas constituye en la actualidad un imperativo técnico y ético para la administración pública. La relevancia actual nace del interés en la modernización y racionalización de la gestión pública^{15 16}. Interesa informar a los tomadores de decisiones sobre aquello que produce los efectos esperados, con eficiencia y equidad.

En la práctica, existe consenso que la evaluación de programas y políticas debe considerar la evaluación a largo plazo del impacto de políticas y programas los que deben estar basados en teorías explicativas, deben enfocarse en explicar y comprender como se logran los objetivos propuestos por las políticas, usando aproximaciones metodológicas “multi-métodos”.¹⁷

Este desafío de evaluar ha sido considerado en todas las reparticiones públicas del Estado de Chile, en particular en el nivel ejecutivo¹⁸. Siguiendo esta línea, el Ministerio de Planificación ha desarrollado un Plan de Evaluación del Subsistema de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo. En este contexto, se establece la ejecución de la evaluación del impacto a corto plazo, del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.

Mediante Convenio con la Pontificia Universidad Católica, se ha dispuesto la ejecución de uno de los componentes de esta evaluación: la aplicación de un instrumento que evalúe el nivel de desarrollo de los niños y niñas del grupo de comparación (control), la aplicación de una encuesta de hogares que indague sobre los determinantes del desarrollo infantil, y el análisis de la información obtenida.

¹⁵ Patton, M.Q. (Ed) (1985), *Culture and Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass

¹⁶ Pollitt C (1995) Justification by work or by faith? *Evaluation 1*; 133-154.

¹⁷ Sanderson I (2002) Evaluation, Policy Learning and Evidence-Based Policy Making. *Public Administration 80*; 1-22

¹⁸ Un ejemplo de este rol, lo constituye el Sistema de Evaluación y Control de Gestión de la División de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, el que tiene como finalidad “contribuir al mejoramiento de la eficiencia en la asignación y en el uso de los recursos públicos a los diferentes programas, proyectos e instituciones, propiciando además una mejor gestión de éstas y la transparencia en el uso de los recursos públicos y la rendición de cuentas”. Disponible en <http://www.dipres.cl/572/propertyvalue-2131.html>

Este informe constituye el cuarto y final e incorpora una síntesis de los tres informes anteriores e incluye los resultados. Consta de cinco capítulos: el primero resume los antecedentes contextuales y teóricos del estudio, el segundo explica la metodología seguida, el tercero explica el trabajo de campo, el cuarto muestra el análisis descriptivo e inferencial de la encuesta y pruebas aplicadas, y el quinto plantea algunas conclusiones.

CAPITULO I ANTECEDENTES

Durante 2007 se inició la implementación del Subsistema de Protección a la Infancia, llamado Chile Crece Contigo. Este Sistema es producto de un proceso, cuyos antecedentes datan de la década de los '90, en que se formuló la Política Nacional y Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y Adolescencia 2001-2010¹⁹, el que destacó por su énfasis intersectorial y tener una mirada global a los problemas de los niños y niñas, adolescentes y jóvenes con un enfoque de derechos. Con posterioridad, desde el Ministerio de Planificación, es posible identificar como antecedentes a la creación de ChCC, los estudios de pre-inversión (2005-2006), los que permitieron contar con antecedentes para diseñar el actual Subsistema. El impulso final se realizó a partir de las propuestas del Consejo para las Políticas de Infancia, el que operó en Chile al comienzo del gobierno de la Dra. M. Bachelet (2006)²⁰. Las propuestas del Consejo, sentaron las bases para el actual Sistema de Protección a la Infancia ChCC, el que se definió a partir de las prioridades establecidas por el Comité de Infancia de Ministros y el Grupo Técnico Interministerial, durante el 2006.

El objetivo de ChCC es ofrecer a la población infantil un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales que apoye el desarrollo biopsicosocial niños y niñas, y sus familias, desde la gestación hasta los 4 años de edad. Este Subsistema, se enmarca en la Política de Protección Social del gobierno de la Dra. Bachelet (2006-2010), cuyo énfasis está en la entrega de herramientas y apoyo para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. El Subsistema se propone como una respuesta a la estructura socioeconómica en Chile y el 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

¹⁹ Ministerio de Planificación y Cooperación. Política Nacional y Plan de Acción Integrado a favor de la Infancia y Adolescencia 2001-2010. Marzo 2001.

²⁰ Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia (2006). “El futuro de los niños es siempre hoy”. Propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia 2006.

la vida adulta, su nivel educacional y su situación de salud^{21 22}. De este modo, el subsistema se propone como una estrategia para reducir las inequidades, en el entendido que es un imperativo de derechos el brindar las oportunidades a la población de Chile, para que éstas se reduzcan. Su institucionalidad y ejecución está garantizado por la Ley que crea el “Sistema Intersectorial de Protección Social” e institucionaliza el Subsistema de Protección a la Infancia, “Chile Crece Contigo”. Esta Ley fue aprobada en el Congreso Nacional el 4 de agosto de 2009, mediante el oficio n° 8246, publicado en el Boletín n° 6260-06, y fue promulgada el 1 de septiembre.

El propósito general del Subsistema de Protección a la Infancia es avanzar hacia la igualdad de derechos y oportunidades, sentando las bases desde el embarazo y durante la primera infancia, hasta el ingreso al mundo escolar (0 a 4 años aproximadamente; es decir hasta el ingreso al Prekínder). El fundamento se encuentra en la biología y psicología del desarrollo, las que han demostrado que este período es clave para el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional, ya que se establecen las bases sobre las que se continuará y consolidará el desarrollo humano a lo largo de la vida²³. Por otra parte el Sistema se fundamenta en las evidencias científicas disponibles hasta la fecha, las que indican que intervenciones integrales e intersectoriales, reportan mejores resultados en desarrollo y en indicadores sociales (como por ejemplo: tasa de delincuencia, nivel educacional alcanzado). Del mismo modo, evaluaciones económicas han mostrado que la inversión en las primeras etapas tempranas del desarrollo humano tiene un mayor retorno económico, que las que se realizan con posterioridad.^{24 25}

²¹ OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud (2009). Subsanan 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.

²² FLACSO-CHILE (2005). Construyendo una nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Documento de síntesis de los Diálogos Democráticos. FLACSO: Santiago.

²³ Bedregal P y Pardo M (2004) “Desarrollo Infantil Temprano y Derechos de los Niños”. Serie Reflexiones: Infancia y Adolescencia. UNICEF-CHILE.

²⁴ Cunha, Flavio and Heckman, James J. (2009). "The Economics and Psychology of Inequality and Human Development," *Journal of the European Economic Association*, 7(2-3): 320-364.

Chile Crece Contigo se instala desde el Ministerio de Planificación, pero con un enfoque intersectorial. El Subsistema recoge tres marcos fundamentales para su instalación: el enfoque bioecológico del desarrollo humano²⁶, el enfoque de derechos humanos²⁷ y la integralidad en la prestación de servicios. Adicionalmente, el Sistema promueve que las prestaciones que se entreguen sean de calidad y tengan un criterio de universalidad.

Los resultados finales esperados del Sistema son²⁸:

- a) La reducción de las tasas de riesgo y retraso del desarrollo infantil.
- b) La reducción de las brechas territoriales y socioeconómicas en desarrollo infantil.
- c) Que los niños y niñas ingresen al sistema escolar con las competencias y habilidades necesarias para continuar su aprendizaje.
- d) Que los padres y las madres sean agentes activos en la educación de sus hijos e hijas, al integrarse al sistema escolar.
- e) La reducción de brechas en capital humano, a largo plazo.

Los resultados intermedios esperados del Sistema son:

- a) Aumentar el número de padres y madres informadas y/o activos en la crianza de sus hijos.
- b) Reducción de las tasas de abandono de niños y niñas.
- c) Aumento de los partos acompañados.

²⁵ Heckman, James J. (2006). "Catch 'em Young: Investing in Disadvantaged Young Children is Both Fair and Efficient." *Wall Street Journal*, January 10, A14.

²⁶ Bronfenbrenner U (1979) "The ecology of human development". Cambridge, MA, Harvard University Press.

²⁷ Myers M (1995) "The Convention on the Rights of the child: Moving Promises to Action". The Consultative Group on Early Childhood Care and Development. Coordinator's Notebook N°17.

²⁸ Presentación realizada por Sra. Verónica Silva (Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social, MIDEPLAN) durante el II Taller de Trabajo del Panel Asesor Internacional de la Línea de Evaluación de Programas Nuevos, realizado entre 10 y 11 de agosto de 2009, organizado por DIPRES.

- d) Reducción de las tasas de maltrato infantil.
- e) Reducción de las tasas de depresión post-parto.
- f) Disminución de las tasa de apego inseguro.
- g) Aumento de la tasa de resultado normal en desarrollo infantil.
- h) Disminuir la proporción de demanda insatisfecha por sala cuna y jardín infantil.

El Subsistema ChCC propone un conjunto de intervenciones para ser ofertadas desde diversos ámbitos: sector salud, educación, trabajo, área social; intervenciones cuyos focos están puestos en diversos espacios: el niño/a, la familia, la comunidad y el espacio político-legislativo. De este modo, la oferta equilibrada, oportuna y adecuada a las necesidades de los niños y niñas, y sus familias, contribuirá al despliegue del potencial de desarrollo de los niños y niñas, y apoyará a sus familias en esta tarea. Del mismo modo, el espacio comunitario requiere de apoyo para generar las condiciones que favorezcan el desarrollo de niños y niñas.

La implementación y puesta en marcha del Subsistema, desde 2007, ha generado una red de servicios públicos y programas coordinados, especialmente a nivel comunal, los que deben ser ejecutados de manera pertinente, de acuerdo a las necesidades y recursos disponibles.

El sector salud, a parte de su participación general en la coordinación del Subsistema, juega un papel fundamental en esta política, por su estructura y cercanía tradicional a la población de menores ingresos del país. Los establecimientos de salud son la puerta de entrada al sistema de protección social, en conjunto con la ficha de protección social. El sector salud tiene como responsabilidad la implementación y ejecución de un conjunto de prestaciones organizadas en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, cuya población beneficiaria está constituida por todos los usuarios del sector público de salud. En

el Programa es posible distinguir dos tipos de prestaciones, aquellas de carácter universal que son para todos los usuarios independiente de su condición particular; y aquellas específicas, que son para aquellos usuarios que por vulnerabilidades o necesidades específicas requieren de apoyos particulares.

El Programa tiene como propósito contribuir a los logros del Subsistema de Protección, a partir del fortalecimiento de los cuidados prenatales, otorgando una atención personalizada del proceso de nacimiento, atención integral al niño hospitalizado, fortaleciendo el control de salud del niño y de la niña, y otorgando las intervenciones pertinentes para niños con rezago o retrasos en el desarrollo y familias con riesgos.

Este estudio nace en el contexto de la Evaluación del Subsistema de Protección a la Infancia, en su componente de evaluación de impacto. La evaluación de impacto diseñada por el MIDEPLAN, tiene como foco el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. La evaluación considera la comparación de dos cohortes de niños y niñas - que se atienden en el sector público de salud - no concurrentes, cuyo desfase temporal, está dado por el menor período de ventana posible entre el inicio y consolidación de la instalación del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, que implica el ingreso de las madres a su control prenatal, y aquellos niños y niñas que no recibieron beneficios directos de Programa. En estas cohortes se propone comparar los resultados de desarrollo y el conjunto de determinantes sociales y variables intermedias que se asocian a potenciales logros en desarrollo.

Este estudio trata del levantamiento de información de la cohorte no concurrente de niños y niñas **no tratados** (no ChCC) que a la fecha de evaluación tendrán aproximadamente entre 30 y 48 meses de edad. Específicamente tiene como objetivo realizar “el levantamiento y análisis de información sobre desarrollo

infantil y sus principales determinantes sociales y económicos”²⁹, en el grupo de comparación (Cohorte no tratada o de comparación).

Los objetivos específicos del estudio son:

- 1) Conocer aspectos relevantes y posibles de indagar sobre condiciones económicas, sociales, familiares, bajo las cuales estuvo expuesta la madre durante el período de gestación y parto.
- 2) Conocer aspectos relevantes y posibles de indagar sobre condiciones económicas, sociales y familiares, bajo las cuales se han desarrollado los niños/as durante sus primeros años de vida.
- 3) Establecer los criterios técnicos necesarios para la aplicación de un instrumento de medición del desarrollo infantil, en un estudio poblacional.
- 4) Aplicar el instrumento de evaluación del desarrollo (Inventario de Desarrollo Battelle u otro de similares características) al grupo de niños y niñas de la cohorte de comparación, de la muestra de la Evaluación de Impacto del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial.
- 5) Describir el proceso de aplicación del instrumento de evaluación del desarrollo y de la encuesta ChCC, con especial énfasis en el registro de incidentes.
- 6) Generar una base de datos que contenga información resultante de la aplicación del instrumento de desarrollo infantil y de la aplicación de la encuesta ChCC.
- 7) Analizar los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos.

²⁹ Textual Convenio (Art. 105 DS.N°250/2004, Hacienda). Ministerio de Planificación y Pontificia Universidad Católica de Chile. Pag. 1.

Este informe final tiene como objetivo general mostrar los resultados descriptivos y explicativos de la cohorte levantada, con relación al desarrollo infantil y sus determinantes.

CAPITULO II

METODOLOGÍA GENERAL DEL ESTUDIO

1. Diseño, muestra y variables en estudio

A continuación se presenta un resumen de la metodología seguida para el levantamiento de datos. La información en detalle se encuentra en el Informe 1, junto con el marco teórico que explica la inclusión de cada una de las variables.

El diseño global del estudio consiste en la comparación de dos cohortes no concurrentes de niños y niñas que asisten regularmente a centros de salud primaria del sector público de salud, cuya edad al momento del levantamiento de datos sea entre 30 y 48 meses. Específicamente, se compara una cohorte “*tratada*” de niños y niñas y sus familias que han participado desde su gestación en el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (eje de ChCC), con otra cohorte “*no tratada*” de niños y niñas que han recibido sus prestaciones en el sector salud, pero no ingresaron desde la gestación al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, y por lo tanto no han recibido todo el conjunto de prestaciones asociadas.

El levantamiento de datos aquí reportado corresponde a la cohorte de niños “*no tratados*”. La población consiste en el grupo de niños y niñas que asisten a los centros de salud pública del país y que al inicio del CHCC en sus comunas, tenían 12 meses de edad. Estos corresponden a niños/as que fueron gestados a más tardar durante el segundo semestre de 2005.

Para la obtención de una muestra representativa nacional de esta cohorte, se realizó un muestreo estratificado por conglomerados en dos etapas. La primera unidad de muestreo consideró estratificar por comunas organizadas por tipologías de redes de atención. Esta organización captura el tipo de establecimiento y las condiciones de ruralidad o no. De este modo se definió 5 tipologías: comunas con redes de establecimientos urbanos todos centros de salud; comunas con redes de

establecimientos urbanos que disponen de al menos un centro de salud familiar (CESFAM); comunas con redes rurales exclusivamente; comunas con redes mixtas (rurales + urbanas); y comunas cuya atención primaria depende de o participa un Hospital de baja o mediana complejidad.

La segunda unidad de muestreo correspondió a establecimientos existentes en cada tipología de red. Esta segunda unidad en ocasiones se expandió a otro establecimiento de la comuna, con el objeto de completar las cuotas correspondientes al estrato de la tipología. Finalmente la unidad de análisis correspondió al niño o niña identificada que cumpliera los criterios de edad y cuyo cuidador principal accediera a participar del estudio.

El tamaño de la muestra a alcanzar correspondiente a la cohorte “*no tratada*” es de 1.800, siendo necesario al menos 1.400. Este tamaño permite detectar diferencias entre un 5 al 7% para proporciones, con un nivel de confianza de 95% y una potencia de 90%, con relación a 1.400 *tratados*. El tamaño de muestra considera una pérdida potencial del 30% a dos años de seguimiento. La muestra seleccionada cuenta con factores de expansión que permiten extrapolar la información al nivel nacional con ciertas precauciones, por lo que en este informe no se entregarán resultados expandidos (En sección de Anexos Metodológicos)³⁰.

La variable independiente de este estudio corresponde a la intervención “Subsistema de Protección a la Infancia, Chile Crece Contigo”, representada por el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, a cargo del sector público de salud. La cohorte correspondiente a este reporte no recibió el beneficio de este Programa, ya que su instalación fue posterior. Estos niños y niñas recibieron las prestaciones habituales, las que serán apropiadamente identificadas en un estudio paralelo de fichas clínicas (de la gestante y del niño/a). En este estudio sólo contamos con la información sobre utilización de servicios mediante el reporte del

³⁰ El trabajo de factores de expansión asociados a la muestra fue entregado por MIDEPLAN, a partir del trabajo realizado por un consultor adhoc.

cuidador principal del niño/a, disponibles en el módulo IV de la Encuesta Chile Crece Contigo (En sección de Anexos Metodológicos).

Las variables seleccionadas para este estudio obedecen a dos marcos teóricos relevantes: por una parte el modelo bioecológico de desarrollo humano³¹ que es el que sustenta al ChCC y por otra parte el modelo de determinantes de la salud³², que señala la importancia de los determinantes sociales estructurales e intermedios para lograr un buen estado de salud, y por lo tanto de desarrollo humano.

El modelo bioecológico de desarrollo infantil propuesto por Urie Brofenbrenner³³ propone que el desarrollo está determinado por la interacción del niño o niña con su familia; esta interfase entre niño/a-familia se modifica constantemente en respuesta a factores internos o externos. Las estructuras sociales ejercen efectos sobre el desarrollo infantil, a través de la alteración de la interacción padres e hijos/as como de manera directa (Figura 1)

Figura 1. Modelo bioecológico de desarrollo



31 Brofenbrenner U (1979) “The ecology of human development”. Cambridge, MA, Harvard University Press.

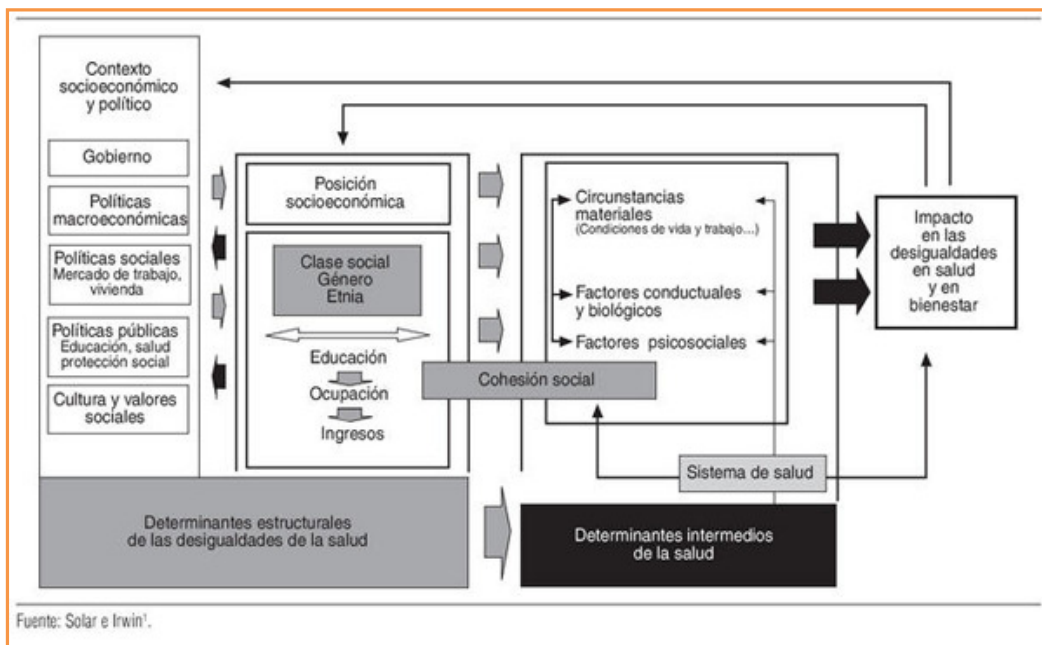
32 Graham H (2004) Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. The Milbank Quarterly 82, 101-124.

33 Brofenbrenner U (1979) “The ecology of human development”. Cambridge, MA, Harvard University Press.

Siguiendo el modelo de determinantes sociales de la salud, éstos se definen como aquellas condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas y que impactan en su salud (en este caso desarrollo). Los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.³⁴

La Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS basándose en modelos previos e intentando aclarar los mecanismos por los cuales estos determinantes producen desigualdades en salud, ha planteado el modelo siguiente (Figura 2).

Figura 2. Modelo de determinantes sociales de la salud



34 Secretariat Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.

De acuerdo a este modelo, existen dos tipos de determinantes, aquellos de carácter estructural que están determinados fuertemente por las políticas, la estructura de gobierno y la cultura social, y que determinan la posición social de un sujeto; y aquellos determinantes intermedios y que impactan directamente sobre la salud. Un aspecto central en el modelo descrito es la cohesión social, y en su interior, el capital social. Mediante este énfasis se reconoce que la acción social colectiva puede alterar las vías que llevan a las desigualdades, injustas y evitables en salud.

La variable dependiente para evaluar el efecto de ChCC corresponde a desarrollo infantil. El desarrollo humano se define como un proceso continuo y progresivo de adquisición de habilidades, conocimientos y conductas, cada vez más complejas. Este se despliega en las áreas: motora (fina y gruesa); cognición; socioemocional; lenguaje. Para efectos de este estudio se utilizó como método de medición el inventario de desarrollo Battelle, en su versión completa, aplicado en el hogar, y autoreportado por el cuidador principal del niño/a. La selección del instrumento obedeció a la edad de los niño/as evaluados, criterios psicométricos de calidad, dimensiones de reporte (personal/social, adaptativa, motora, comunicación, cognitiva), facilidades para capacitar a encuestadores, y su costo de adquisición y uso (en sección de Anexos Metodológicos).

Las variables intermedias identificadas para este estudio corresponden a factores de riesgo o protectores del desarrollo infantil, reconocidos en la literatura científica. La tabla siguiente muestra un resumen de las variables incorporadas al estudio. Todas estas variables se preguntan en la encuesta ChCC³⁵.

35 El detalle del origen de cada pregunta y sus referencias se encuentran disponibles en la sección de Anexos Metodológicos.

Tabla 1. Variables intermedias seleccionadas por niveles

Nivel	Nombre variable	Definición operativa / tipo medición
Medioambiente distal	Tipología de red: urbana o rural	Tipo de red a la que está adscrito el usuario: urbana (con o sin CESFAM); rural (centro de salud rural o posta o dependiente de Hospital)
	Capital social	Participación social; percepción de apoyo social; percepción de estrés y control.
Comunidad	Acceso a servicios sociales disponibles	Utilización de servicios: sociales, educativos y de salud
	Calidad del barrio	Construcción de un índice para la percepción de problemas de contaminación, otro para infraestructura y equipamiento, y otro para seguridad del barrio.
Hogar y familia estructural	Situación socioeconómica del hogar	Nivel educacional del Jefe de Familia, ingreso familiar. Construcción de índice de nivel socioeconómico (ESOMAR) que incorpora datos de educación, trabajo, condiciones de vivienda y disponibilidad de bienes. Información sobre condiciones del hogar y vivienda.
	Estructura familiar	Nucleares (mono y biparentales)/Extendidas.
Hogar y familia entorno doméstico-afectivo	Respuesta materna afectiva y verbal	Ítems escala de riesgo de maltrato (percepción sobre los niños por parte del cuidador principal), percepción de autoeficacia y afrontamiento del cuidador principal
	Rutinas del niño/a	Preguntas específicas sobre rutinas diarias del niño/a
	Estrés parental	Ítems escala de Estrés parental y encuesta Millenium (preocupaciones del cuidador principal)
	Dinámica familiar	Escala de funcionamiento familiar
	Violencia intrafamiliar	Ítems escala evaluación de riesgo de violencia intrafamiliar. Preguntas asociadas a la pauta de riesgo que se utiliza en control prenatal
Hogar y familia entorno doméstico-pedagógico	Estabilidad del cuidado	Personas a cargo del niño/a por períodos más allá de 1 mes. Quién provee el cuidado en caso de emergencia
	Espacio para el juego y disponibilidad de material pedagógico en el hogar	Ítems específicos de inventarios como HOME y SEAM
	Disponibilidad de libros y hábito de lectura niño-adulto	Ítems específicos de inventarios como HOME y SEAM
	Uso de TV en el hogar	Ítems específicos de inventarios como HOME y SEAM
	Rol paterno en la crianza	Participación y tipo de participación en la crianza
	Rol del cuidador principal en la crianza	Tipo de participación en la crianza

Del cuidador principal	Características generales del cuidador principal	Edad, escolaridad, situación laboral, rol de jefatura del hogar
	Síntomas depresivos y depresión	Escala CIDI-SF
	Autopercepción del estado de salud	Ítem al respecto
	Escolaridad cuidador principal	Ítems al respecto
Del niño antes de nacer	Edad de la madre al momento del embarazo	Pregunta específica
	Nivel educacional de la madre al momento del embarazo	Pregunta específica
	Embarazo deseado	Pregunta específica
	Exposición a tóxicos durante embarazo	Preguntas sobre consumo prenatal de alcohol, tabaco, medicamentos, drogas de otro tipo por parte de la madre biológica y ambientes contaminantes laborales
Del Niño/a después de nacer	Peso al nacer	Registro carné
	Prematuridad	Autoreporte y carné
	Antecedentes de asfixia perinatal	Apgar a los 5 minutos
	Antecedentes de enfermedades crónicas de la infancia	Preguntas específicas sobre presencia de enfermedades
	Hospitalizaciones	Preguntas específicas antecedentes al nacer, al año, al segundo y tercer año

Como se ha mencionado, para recabar los datos necesarios se estructuró una encuesta de hogares (encuesta Chile Crece Contigo, en adelante ChCC) que contiene las variables sociodemográficas e intermedias de interés organizadas en 5 módulos. El módulo I se refiere a las condiciones del hogar y de vida, identifica al cuidador principal, al Jefe de Hogar y al niño/a evaluado. El módulo II se enfoca en caracterizar al cuidador principal. El módulo III, trata sobre los antecedentes del niño/a. El módulo IV provee información sobre utilización de servicios sociales. Finalmente, el módulo V indaga sobre la situación de crianza actual del niño/a. Adicionalmente se adjuntó el instrumento de medición del desarrollo infantil Battelle.

La encuesta ChCC junto con el Battelle fue pilotada en una muestra de 100 niños y niñas de la región metropolitana, 20 por cada tipología de red, aplicándose la prueba de desarrollo a 5 niños por tipología, como se señala más adelante.

Debido al terremoto que aconteció en el país el 27 de febrero, se modificó el diseño de la muestra, excluyendo a la VIII y VII regiones que sufrieron el mayor impacto del sismo y maremoto, ya que impedía identificar viviendas y localizar a las familias. Por otra parte, se esperó un tiempo prudente (1 mes) acordado con la contraparte, para comenzar el trabajo de reclutamiento, capacitación y aplicación de encuestas e inventario de desarrollo. Paralelamente hubo que hacer modificaciones menores a la encuesta Chile Crece Contigo (en adelante ChCC), incorporando una prueba de detección de síntomas de estrés post-traumático para adultos. Este último aspecto, implicó realizar un breve piloto para ajustar el instrumento (En sección de Anexos Metodológicos).

Es importante destacar que el estudio consideró la aprobación por parte del comité de ética de investigación del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Adicionalmente, como parte de los requerimientos éticos del estudio, se solicitó consentimiento informado a los cuidadores principales de los niños/as para la aplicación de la encuesta y el instrumento de evaluación de desarrollo (Disponible en sección de Anexos Metodológicos). Una vez evaluados a los niños y niñas, el estudio previó la devolución de la información sobre desarrollo infantil al cuidador principal, a través del centro de salud u hospital en que se atiende.

2. Procedimientos de terreno

Esta etapa del estudio estuvo a cargo del Instituto de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la UC (ISUC) y fue supervisada por el Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina UC.

Para el óptimo desarrollo de este tipo de levantamiento en terreno se definió las siguientes actividades específicas:

- I. Perfil y reclutamiento del equipo de trabajo.
 - a. Equipo General del estudio.
 - b. Perfil específico de aplicadores.

c. Procedimiento de reclutamiento de aplicadores.

d. Sistema de capacitación de aplicadores.

II. Metodología de aplicación del instrumento.

a. Procedimiento de seguimiento de casos.

b. Definición de rechazos y otras eventualidades.

c. Sistema periódico de entrega de información recopilada.

III. Validación de información recopilada.

a. Procedimiento de supervisión de aplicación.

b. Metodología de digitación.

c. Análisis de validación y limpieza de base de datos.

La técnica de recolección de información para este estudio consistió en cuestionarios estructurados a la madre o cuidador principal del niño o niña partícipes del programa, el cual presenta dos ámbitos: a) Inventario de Desarrollo Infantil Battelle; b) Encuesta Chile Crece Contigo.

Dichos instrumentos fueron confeccionados por el Departamento de Salud Pública³⁶ de la UC y acordados con la contraparte técnica del MIDEPLAN. Sin embargo, con el fin de facilitar la aplicabilidad y transmitir la experiencia con que cuenta el ISUC, se establecieron reuniones de coordinación para el cierre definitivo de dichos instrumentos, además de los resultados provistos por el piloto³⁷.

³⁶ El proceso completo de estructuración de los instrumentos están disponibles en el informe 1 y 2.

³⁷ Los resultados del estudio piloto se encuentran disponibles en el informe 2.

I. Perfil y reclutamiento del equipo de trabajo.

a) Equipo General del estudio.

La estructura del equipo de trabajo propuesto presenta la siguiente morfología:

El equipo de investigación posee como guía principal al director de estudios, que tiene por función guiar y entregar orientaciones generales durante el desarrollo del estudio, y contribuir a la interpretación de los datos e información recolectada. Se desempeña como supervisor experto, entregando luces respecto a la adecuación de los instrumentos utilizados e interpretación de la información obtenida.

En términos operativos, la jefa de proyecto, tiene como función conectar el diseño de la investigación con el trabajo en terreno, organizando y coordinando las operaciones destinadas a levantar la información de manera confiable y adecuada. Supervisa el desarrollo de la investigación de acuerdo al diseño propuesto, constituyéndose en la contraparte formal del estudio. A su vez, participa tanto en actividades de diseño como en el análisis e interpretación avanzada de datos propios del trabajo realizado, de acuerdo a las necesidades de la contraparte.

La coordinadora de operaciones tiene por función la coordinación directa del proceso de levantamiento de datos, asegurando el cumplimiento de los plazos y la calidad de esta fase de investigación.

Finalmente, el equipo de aplicadores en terreno, realizan las encuestas a las madres o cuidador principal del niño/a, velando por el cumplimiento de los protocolos de trabajo, resguardando la confidencialidad de la información entregada y registrando eventuales problemas e inconvenientes presentados en la aplicación.

b) Perfil específico de aplicadores.

Dado los objetivos del estudio y el tipo de información necesaria de recopilar, se formularon en primera instancia equipos de aplicadores con estudiantes de 4to y 5to año, así como egresados de carreras asociadas a la temática de estudio: psicología, enfermería, trabajo social y sociología, en conjunto con un equipo de aplicadores conformado por personas que se dedican exclusivamente a la aplicación de este tipo de instrumentos, tanto en estudios desarrollados con anterioridad por ISUC, como otras entidades universitarias y equipos de investigación. La experiencia del piloto mostró que si hay un buen entrenamiento la calidad de la aplicación no difiere de un perfil a otro de aplicadores, presentando algunas ventajas adicionales aquellos aplicadores de oficio. Este último grupo accede sin problemas a lugares de mayor riesgo. En todo caso para efectos del estudio, se decidió mantener una mezcla de aplicadores, e ir analizando su desempeño en terreno.

c) Procedimiento de reclutamiento de aplicadores.

El equipo de aplicadores fue seleccionado según su participación en estudios de similares características por parte de ISUC, así como de otras instituciones de educación e investigación (universidades, consultoras, etcétera). El principal filtro de aceptación fue su participación en materias relacionadas, con satisfactorio rendimiento, así como el pertenecer a los segmentos de estudio y/u ocupación que anteriormente fue explicitado.

Ante la eventualidad de ser necesario reemplazar a miembros del equipo, ya sea por motivos de no cumplimiento de metas o abandono por otras actividades, se procedió a su reemplazo a través del perfil determinado.

Con el objeto de sistematizar la experiencia asociada de los miembros del equipo, se formuló una breve ficha resumen de los aplicadores que cuenta con información puntual sobre su perfil y datos imprescindibles de contacto.

d) Sistema de capacitación de aplicadores.

Para preparar adecuadamente al equipo aplicador se desarrolló una capacitación presencial. En dichas reuniones de inducción se presentaron los objetivos generales del estudio, la importancia del rol del aplicador en esta materia, los alcances esperados tras la recolección de información, así como temas éticos, logísticos y estrategias de acercamiento a los casos de estudio, supervisión y remuneraciones asociadas. Para la capacitación se diseñó un manual que consigna los siguientes aspectos: importancia y perfil del encuestador; funciones y responsabilidades del encuestador; consideraciones éticas; procedimiento de aplicación de la encuesta; relación con el supervisor de campo; conceptos básicos asociados a la aplicación de la encuesta y las instrucciones específicas para los módulos y Battelle.

Dicha capacitación fue desarrollada por miembros del equipo del Departamento de Salud Pública UC, así como por coordinadores específicos del ISUC. Las localidades elegidas para la capacitación se ajustaron a las regiones o comunas de captura de la muestra.

La capacitación estandarizada trató sobre 5 temas:

1. Características generales del estudio
2. Información referente a deberes del encuestador
3. Procedimiento de aplicación y contacto. Reporte de antecedentes del trabajo de campo.
4. Manejo del cuestionario Chile Crece Contigo.
5. Manejo del Inventario de Desarrollo.

II. Metodología de aplicación de instrumentos

a) Procedimiento de seguimiento de casos.

Según la distribución de las familias del estudio, cada aplicador o encuestador recibió en promedio un número atractivo³⁸ de casos de seguimiento.

Al recibir dicho listado, el encuestador visitó cada uno de los domicilios asignados con el fin de localizar al cuidador principal del niño o niña, quien se define como la persona que decide y realiza las conductas de cuidado con relación al desarrollo, salud y educación del niño/a. Para asegurar el contacto con dicha persona, fue imprescindible visitar al menos 4 veces el domicilio en horarios y días diferentes antes de considerar el caso como “perdido” e informar de las gestiones establecidas en detalle al coordinador regional asignado, según las especificaciones que se presentan a continuación.

b) Definición de rechazos y otras eventualidades.

Un caso fue considerado como rechazo:

- Cuando el cuidador principal se niega a participar del estudio y el aplicador deje constancia escrita de ello.

Fueron casos no encontrados:

- Si tras visitar 4 veces al domicilio indicado –en días y horarios diferentes- se presume que el domicilio asignado se encuentra deshabitado. Se consigna el hecho.
- Si tras visitar 4 veces al domicilio indicado –en días y horarios diferentes- se logra determinar que no corresponde a la vivienda del caso asignado y no se cuenta con nuevos antecedentes para la localización real del niño o niña en seguimiento.

38 El número varió según la localidad y según la disponibilidad de los encuestadores; como atractivo se entiende que fuera económicamente interesante para el aplicador.

Si existe un cambio de domicilio fuera de la comuna asignada al encuestador, se buscó nuevos antecedentes de contacto a través de vecinos de manera de informar inmediatamente al coordinador operativo quien realizó la reasignación del caso de estudio en cuestión.

Otras situaciones fueron informadas al coordinador general del estudio, con el fin de dar indicaciones caso a caso.

c) Sistema periódico de entrega de información recopilada.

El *encuestador* envió reportes periódicos al *coordinador* incluso si el estado general de la aplicación no había variado. El reporte se hizo a través de formato Excel que fue entregado al inicio del estudio, a cada uno. La finalidad de dicho reporte consistió en poder establecer tasas de avance diario, así como la planificación de nuevas estrategias de seguimiento que permitieran el cumplimiento óptimo de las cuotas establecidas para el estudio.

De este modo, cada aplicador debió enviar los días lunes, miércoles y viernes una sistematización de su avance, según el formato enviado y los casos de estudio asignados. Dichos reportes fueron recibidos por el coordinador regional, quien a su vez mantenía una planilla integrada de avance y la reenvía al coordinador general de operaciones.

III. Validación de información recopilada

a) Procedimiento de supervisión de aplicación.

Un elemento central en la supervisión de la aplicación de instrumentos es la especificación de protocolos claros y detallados, y la firma de cartas de confidencialidad por parte de los participantes en el estudio. La entrega de estas cartas, fueron obligatorias para recibir el material de cada aplicador. Además, se

revisaron los registros de los protocolos para la selección de entrevistados, que de no ser implementados correctamente invalidarían la aplicación.

Además de la capacitación en el adecuado procedimiento a seguir, se supervisó aleatoriamente de manera presencial y telefónica el 20% de los casos de estudio, con la finalidad de comprobar en terreno la aplicación real de los instrumentos. A su vez, mediante el seguimiento periódico anteriormente descrito, se estimó los cambios de equipo que eventualmente fueron necesarios de realizar con el fin de cumplir con los tiempos de trabajo.

b) Metodología de digitación.

Una vez aplicadas las encuestas, éstas fueron revisadas por el coordinador regional y posteriormente enviadas al Equipo Central ISUC, donde se inició el proceso de digitación. Este procedimiento es realizado a través de un sistema *data entry*, específicamente el software CsPro, que impide y minimiza los errores de registro (valores fuera de rango, inconsistencia en filtros), pues el digitador no puede registrar valores que estén fuera de los contemplados en el libro de códigos del cuestionario, y además permite la validación de las respuestas múltiples (no repetición de categorías), la configuración de saltos automatizados, y construcción la realización de chequeos de consistencia y verificación de datos con bases externas y variables auxiliares.

Por tratarse de un número elevado de casos y variables por instrumento, resulta imprescindible contar con un sistema de ingreso de datos estandarizado y especialmente diseñado para el proyecto. El programa CsPro permite ajustar los requerimientos de ingreso de datos a las necesidades específicas del estudio. Se verificó (aleatoriamente) el 10% del total de la digitación, a través de un módulo especializado del programa.

Adicionalmente se digitaron las situaciones anexas al proceso de aplicación expresadas por parte de los aplicadores en sus respectivas hojas de registro.

c) Análisis de validación y limpieza de base de datos.

Debido al carácter continuo del estudio solicitado, resultó imprescindible desarrollar un procedimiento de validación inicial que permitiera evaluar la pertinencia y calidad de los instrumentos. Para realizar el procedimiento de validación, de acuerdo a las fases en las cuales el equipo ISUC participó de esta investigación, se realizó:

Evaluación de procedimientos

- Identificación de problemas o dificultades durante la aplicación de cada instrumentos
- Evaluación de modalidad de aplicación
- Evaluación de protocolos de supervisión y consentimiento

Evaluación de cuestionarios

- Evaluación de la tasa de respuesta (proporción de preguntas respondidas)
- Evaluación de la duración de aplicación
- Evaluación del contexto de aplicación y definición de procedimientos específicos para abordar eventuales problemas
- Evaluación del grado de comprensión de las preguntas y conocimiento de las temáticas abordadas
- Evaluación de la adecuación del fraseo utilizado y estructura del cuestionario
- Evaluación del grado de disponibilidad de la información solicitada al entrevistado
- Capacidad de discriminación y variabilidad de respuestas

3. El estudio piloto

El estudio piloto tuvo como finalidad realizar el ajuste de los instrumentos y hacer una prueba en terreno de las posibles dificultades en la aplicación.

El piloto se realizó en la Región Metropolitana con una muestra que respetó las tipologías del diseño definitivo. Se realizaron 100 aplicaciones de acuerdo a la tabla siguiente.

Tabla 2. Muestra teórica piloto

Tipo Red	Comuna	Cuota total	Cuota desarrollo
Red Urbana	Cerrillos	20	5
Red Urbana	Recoleta	20	5
Red Mixta	Isla de Maipo	20	5
Red Rural Hospital	Til til	20	5
Red Rural	María Pinto	20	5
		100	25

Finalmente la muestra alcanzada se mantuvo, reemplazando 17 casos que no fueron posibles de capturar de Tiltil y María Pinto (13 y 4 respectivamente) por casos rurales de Isla de Maipo.

La aplicación arrojó información suficiente que justificó el modificar preguntas en cada módulo. No hubo problemas en la aplicación piloto de Battelle.

a) Módulo I: Se modificó la pregunta sobre los miembros del hogar –originada en CASEN- reduciéndola a identificar el número de integrantes del hogar, tipo de hogar, y se extendió la información al Jefe del Hogar, cuidador principal y niño o niña de estudio. Se modificaron algunas preguntas sobre características de la vivienda de manera que fuera de mejor calidad las respuestas.

- b) Módulo II: Se eliminaron dos preguntas, que no arrojaban información confiable; se modificó la forma de preguntar de otras (Likert por escala dicotómica).
- c) Módulo III: Se cerraron algunas categorías abiertas dada la dificultad de sistematizar las respuestas, y se eliminaron 3 preguntas que no se entendían apropiadamente.
- d) Módulo IV: Sólo se modificó la forma de preguntar el ingreso del niño o niña a educación preescolar.
- e) Módulo V: Se cerró parcialmente la pregunta sobre programas de TV que ven los niños, de acuerdo a las categorías encontradas.

CAPITULO III TRABAJO DE CAMPO

1. PROCESO DE CAPACITACIÓN

El proceso de capacitación permitió homogenizar criterios, garantizar la adecuada realización de la encuesta, resolver dudas sobre los instrumentos y motivar la correcta ejecución. Para esto se planificó, en conjunto con ISUC, el desarrollo e implementación de capacitaciones para las distintas localidades evaluadas, de modo de contar con encuestadores informados en lo que respecta a las características del estudio y entrenados en la correcta aplicación de los instrumentos.

El formato general de las capacitaciones contenía lo siguiente:

- Información sobre características del estudio y su contexto
- Aspectos formales relativos al rol de encuestador y los aspectos éticos relativos a su labor (entrega de materiales, cuotas asignadas, manual del encuestador, etcétera)
- Revisión junto a los encuestadores del Cuestionario a hogares del estudio junto a sus alternativas de respuestas, saltos o filtros y formas de preguntar algunas áreas más sensibles para el encuestado.
- Revisión junto a los encuestadores del inventario de desarrollo Battelle, que incluyó su adecuada implementación y forma de puntuar las respuestas.
- Información sobre los aspectos éticos asociados al estudio y al proceso de encuestaje.
- Aspectos administrativos asociados a la labor de encuestaje (plazos, entregas de encuestas, formas de validación de encuestas, formas de pago, etc.)

El perfil requerido para el reclutamiento de encuestadores fue el siguiente:

- Estudiante de último año de carreras afines a las ciencias sociales o enfermería.
- Encuestadores de oficio, que contaran con un currículum de trabajo superior a 5 años y que han participado de investigaciones de alto impacto en el Instituto Nacional de Estadísticas u otras instituciones similares de investigación.
- Con disponibilidad para poder realizar la labor en el tiempo requerido.

Para el inicio de las capacitaciones se requirió contar con el equipo de aplicadores de las localidades. Además para la asignación de cuotas de encuestaje fue necesario contar antes con las bases de datos de la muestra, entregada por MIDEPLAN.

El cronograma acordado para las capacitaciones debió ser modificado en ocasiones principalmente debido a demoras en la entrega de las bases de datos (dada la complejidad de identificar a los casos), por lo que se desarrolló de la siguiente manera (ver tabla 3 adjunta):

Tabla 3. Cronograma del Proceso de Capacitación

LUGAR DE CAPACITACION	ABRIL				MAYO				JUNIO			
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4
ANTOFAGASTA- TOCOPILLA		09-abr						25-may				
LA SERENA-COQUIMBO- MONTEPATRIA			17-abr									
OSORNO Y RIO BUENO				24-abr								
RENGO				29-abr								
COLLIPULLI-VILCUN				30-abr								
VALPARAISO					05-may							
SANTIAGO, LOS ANDES						07-may						
PUERTO MONTT											21-jun	

	DIA DE CAPACITACION
	CAPACITACION PARA MUESTRA ADICIONAL
	CAPACITACION DE NUEVO EQUIPO DE ENCUESTADORES

Las capacitaciones estuvieron a cargo de un integrante del equipo ISUC (Paulina Prado y Verónica Vergara) y Viviana Hernández (equipo MedUC). El representante de ISUC tuvo a cargo la explicación de los aspectos formales y administrativos de la labor del encuestador, junto con los aspectos éticos del proceso de encuestaje. Por su parte, el representante de MedUC estuvo a cargo de informar sobre las características del estudio y su contextualización, así como de explicar el Instrumento de desarrollo. Ambos capacitadores se encargaron de entregar el material necesario para cada encuestador y explicar de modo detallado el cuestionario a los hogares.

La duración promedio de las capacitaciones fue de 222 minutos, con un máximo 250 minutos (grupo de Antofagasta), y un mínimo de 210 minutos (Collipulli y Vilcún). El número de preguntas de la audiencia y el número de encuestadores capacitados determinaron la duración de las capacitaciones (Disponible en sección de Anexos Trabajo de Terreno). El registro de incidentes del proceso de capacitación se encuentra en la sección de Anexos del Trabajo de Terreno.

2. PROCESO DE CAPTACION DE LA MUESTRA SELECCIONADA³⁹

La tabla siguiente muestra las fechas de capacitación, de inicio y término del proceso de levantamiento de información, para posteriormente evidenciar las fechas de inicio y término del control del levantamiento de información según localidad.

Tabla 4. Cronología del levantamiento de datos

Código Centro	Región	Comuna	Fecha Capacitación	Inicio Terreno	Termino Terreno	Termino Supervisión	Finalización
2U	2	Antofagasta	10-abr	11-abr	02-ago	08-ago	12-ago
H	2	Tocopilla	10-abr	11-abr	21-jun	28-jun	05-jul
2M	4	Coquimbo	17-abr	17-abr	09-ago	11-ago	13-ago
2M	4	La Serena	17-abr	17-abr	09-ago	11-ago	13-ago
1R	4	Montepatria	17-abr	17-abr	10-may	17-may	24-may
2M	5	Los Andes	07-may	08-may	12-jul	09-ago	13-ago
2U	5	Valparaíso	05-may	06-may	12-jul	19-jul	05-ago
H	6	Rengo	29-abr	30-may	28-jun	05-jul	12-jul
H	9	Collipulli	30-abr	01-may	10-may	17-may	24-may
H	9	Vilcún	30-abr	01-may	17-may	24-may	31-may
2U	10	Osorno	24-abr	25-abr	02-ago	4-ago	11-ago
H	14	Rio Bueno	24-abr	25-abr	09-ago	11-ago	13-ago
1R	13	Lampa	07-may	08-may	19-jul	26-jul	02-ago
1 U	13	Quilicura	07-may	08-may	07-jun	14-jun	21-jun
2U	13	Puente Alto	07-may	08-may	02-ago	08-ago	12-ago
2U	13	San Bernardo	07-may	08-may	28-jun	05-jul	12-jul
2M	10	Puerto Montt	25-jun	26-jun	26-jul	02-ago	05-ago
2U	13	La Florida	28-jun	29-jun	02-ago	09-ago	13-ago

A continuación se muestra la cuota inicial de unidades maestras asignadas por tipo de red asistencial, el número de encuestas. La mayor dificultad de captura de la muestra fue en la tipología mixta. Específicamente en la comuna de Serena y Coquimbo. Otras comunas con dificultades de captura fueron Río

³⁹ La organización funcional del trabajo en terreno se encuentra en la sección de Anexos del Trabajo de Terreno

Bueno (XIV región, tipología H) y Antofagasta (II región, tipología Urbana con CESFAM). La Serena es atribuible fundamentalmente a la dificultad de contar con encuestadores comprometidos, toda vez que había habido otro estudio (de la U. de Chile-MINEDUC) que en la práctica pagó incentivos superiores, fuera del alcance de este estudio. En Río Bueno, la situación climática y dispersión geográfica ha dificultado el logro. En Antofagasta, la calidad de los encuestadores y las zonas de encuestaje (de alta peligrosidad) hizo más complejo el trabajo.

Tabla 5. Captación de muestra por tipología de red, por región y comuna

Código Centro Salud	Cuota Inicial	Encuestas Aplicadas	Faltan	% Logro	Región	Comuna	Cuota Inicial	Cuota Ajustada	Encuestas Aplicadas	% Logro
1U	85	92	-7	108%	13	Quilicura	85	85	92	108%
1R	140	140	0	100%	4	Montepatria	30	30	30	100%
					13	Lampa	110	110	110	100%
2M	369	333	36	90%	4	Coquimbo	147	116	116	100%
					4	La Serena	162	147	111	75%
					5	Los Andes	60	71	71	100%
					10	Puerto Montt	0	35	35	100%
2U	876	898	-22	103%	2	Antofagasta	153	47	47	100%
					5	Valparaíso	175	175	175	100%
					10	Osorno	123	124	124	100%
					13	La Florida	0	157	179	114%
					13	Puente Alto	269	217	217	100%
H	330	327	3	99%	13	San Bernardo	156	156	156	100%
					2	Tocopilla	43	48	48	100%
					6	Rengo	73	80	80	100%
					9	Collipulli	40	56	56	100%
					9	Vilcún	37	40	40	100%
TOTALES	1800	1790	10	99%	14	Rio Bueno	137	106	103	99%
							1800	1800	1790	99%

Descripción de los casos no encontrados y que rechazan la aplicación (por tipología de red y comuna)

Como parte del diseño de campo, se definieron a priori códigos de situación de avance, que permitieron ir evaluando las estrategias necesarias de adoptar para el cumplimiento de los objetivos (Tabla 6).

Tabla 6. Descripción de casos no encontrados y rechazos

Código Centro Salud	Región	Comuna	Cuota Inicial	Cuota Ajustada	Total Casos Enviados	Total Enviado Válidos	Encuestas Aplicadas	Rechazo	Problemas con las direcciones en Terreno	Casos en Terreno
2U	2	Antofagasta	153	47	645	639	47	11	86	495
H	2	Tocopilla	43	48	97	97	48	12	37	0
2M	4	Coquimbo	147	116	234	229	116	10	73	30
2M	4	La Serena	162	147	243	240	111	15	53	61
1R	4	Montepatria	30	30	62	62	30	10	0	22
2M	5	Los Andes	60	71	156	156	71	13	33	39
2U	5	Valparaíso	175	175	2204	1908	175	18	625	1090
H	6	Rengo	73	80	503	426	80	16	45	285
H	9	Collipulli	40	56	127	125	56	12	49	8
H	9	Vilcún	37	40	62	54	40	11	1	2
2U	10	Osorno	123	124	402	368	124	17	97	130
H	14	Rio Bueno	137	106	305	305	103	21	46	135
1R	13	Lampa	110	110	609	602	110	14	79	399
1 U	13	Quilicura	85	85	344	341	92	13	62	174
2U	13	Puente Alto	269	217	700	700	217	17	89	377
2U	13	San Bernardo	156	156	428	427	156	16	70	185
2M	10	Puerto Montt	0	35	1009	965	35	19	174	737
2U	13	La Florida	0	157	1008	1006	179	16	105	706
TOTALES			1800	1800	9138	8650	1790	261	1724	4875

Es así como, finalizado el proceso y según los casos entregados en la bases de datos originales por la contraparte, el desglose de situaciones por localidad se observa en la tabla 6. De acuerdo a la tabla, se consigna la cuota ajustada, que corresponde a la que finalmente se dejó definida. La tasa de rechazo al cierre del estudio fue de 14,6%.

Las causas de rechazo fueron: la falta de motivación para participar en este tipo de estudios, la desconfianza generaliza con cualquier actividad que implique dar información personal, otras prioridades frente al tiempo promedio que tardaba la aplicación y por haber sido encuestados previamente por otra universidad frente a estos mismos tema.

Las causas de no captación de la muestra en terreno fueron: problemas con la ubicación de las direcciones, dada la información disponible en la base de datos (dentro de una comuna, es factible que exista más de una calle con igual nombre o las numeraciones no coinciden); direcciones inexistentes; poblaciones completas que fueron trasladadas a otras zonas de las ciudades (se contactaron a juntas de vecino, municipios, consultorios e iglesias con el fin de lograr ubicar a estas comunidades); direcciones que no corresponden a viviendas, sino colegios, negocios, iglesias, etcétera; alta peligrosidad de las zonas a encuestar (datos corroborados incluso con Carabineros); cambios de domicilio sin nuevas referencias válidas para el seguimiento (aquellos casos en los que se contó con nuevas referencias de domicilio, se hizo un seguimiento específico con el fin de no perder muestra).

3. PROCESO DE SUPERVISION REALIZADO

Descripción global del comportamiento de los encuestadores y dificultades encontradas por los supervisores con relación a los encuestadores.

En términos generales, no se evidenciaron problemas de falseamiento de información sino más bien inconsistencias de reporte dada la declaración de los sujetos de estudio.

Del mismo modo, se dieron situaciones menores en las cuales los formularios de aplicación no fueron completados de modo integral, ante lo cual -y sumado al proceso de supervisión en terreno- se procedió a rescatar y validar la información aplicada previamente de modo simultaneo.

Los principales problemas en cuanto al funcionamiento orgánico de los equipos de trabajo, se dieron por problemas usuales de responsabilidad en cuanto a las fechas comprometidas de aplicación, siendo las estrategias posibles en este sentido la restricción de cuotas inicialmente asignadas y la redistribución de muestras en casos críticos de abandono del estudio por omisión.

Muestra supervisada.

Tal como fue presentado con anterioridad, el proceso de supervisión de material se desarrolla en 4 etapas consecutivas:

1. Coordinador local supervisa las cantidades asignadas versus las cantidades aplicadas por encuestador. Posterior a ello, hace envío del material a ISUC, según las solicitudes y estados de avance necesarios de completar por parte del Coordinador Nacional.
2. Coordinador Nacional, supervisa las cantidades de cuestionarios informados y hace ingreso de los folios específicos asignados a cada uno de los casos de estudio en planilla de coordinación general.

3. Una vez ingresados los casos al sistema, es chequeado el adecuado llenado de cada uno de los cuestionarios a través de la supervisión en oficina del 100% de los instrumentos. Este procedimiento implica que cada cuestionario está aplicado completamente y que no presenta errores específicos de consistencia en variables críticas de aplicación.
4. Finalizado este procedimiento, se selecciona aleatoriamente el 20% de los instrumentos aplicados y son supervisados en terreno, a través de una visita domiciliaria al caso de estudio y consulta de preguntas específicas de aplicación: visita presencial del encuestador, tiempos de aplicación, respuesta en variables estructurales.

La tabla siguiente muestra el proceso de supervisión realizado.

Tabla 7. Supervisión Según Localidad

Código Centro Salud	Región	Comuna	Cuota Ajustada	Encuestas Aplicadas	% Supervisión oficina	Supervisión Terreno	% Supervisión Terreno
2U	2	Antofagasta	93	47	100%	10	20%
H	2	Tocopilla	43	48	100%	10	20%
2M	4	Coquimbo	127	116	100%	24	20%
2M	4	La Serena	147	111	100%	23	20%
1R	4	Montepatria	30	30	100%	6	20%
2M	5	Los Andes	60	71	100%	15	20%
2U	5	Valparaíso	175	175	100%	35	20%
H	6	Rengo	73	80	100%	16	20%
H	9	Collipulli	56	56	100%	12	20%
H	9	Vilcún	37	40	100%	8	20%
2U	10	Osorno	123	124	100%	25	20%
H	14	Rio Bueno	121	103	100%	21	20%
1R	13	Lampa	110	110	100%	22	20%
1 U	13	Quilicura	85	92	100%	19	20%
2U	13	Puente Alto	224	217	100%	44	20%
2U	13	San Bernardo	156	156	100%	32	20%
2M	10	Puerto Montt	35	35	100%	7	20%
2U	13	La Florida	105	179	100%	36	20%
TOTAL			1800	1790	100%	365	20%

4. PROCESO DE APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Registro de incidentes de la aplicación de los instrumentos.

Dadas las diversas dinámicas de los equipos de trabajo según localidad y en virtud de las diferencias climáticas y de disponibilidad de bases de datos, se presenta un resumen de los principales incidentes evidenciados.

Tabla 8. Problemas y estrategias de resolución

Código Centro Salud	Región	Comuna	Problemas	Estrategias
2U	2	Antofagasta	• direcciones erróneas • equipo deficiente • lejanía direcciones • costo traslado • sectores peligrosos • encuestas u de chile	• reestructuración equipo • cambio de coordinador zona • nueva capacitación • muestra nueva • seguimiento telefónico • muestra reemplazo
H	2	Tocopilla	• direcciones erróneas • encontrar cuidador principal en la casa • deserción equipo	• reasignación encuestas • equipo en terreno • seguimiento telefónico c • consultas a carabineros, vecinos y consultorios • envío de encuestas a Santiago
2M	4	Coquimbo	• direcciones erróneas • lejanía direcciones • costo traslado • encuestas u de chile	• reestructuración equipo • nuevos contactos en la zona • seguimiento telefónico • consultas a carabineros, vecinos y consultorios • muestra reemplazo
2M	4	La Serena	• direcciones erróneas • lejanía direcciones • costo traslado • encuestas u de chile	• reestructuración equipo • nuevos contactos en la zona • seguimiento telefónico • consultas a carabineros, vecinos y consultorios • muestra reemplazo
1R	4	Montepatria	• muchas direcciones rurales • encontrar cuidador principal en la casa	• verificación direcciones en consultorios y carabineros, nueva muestra • seguimiento telefónico
2M	5	Los Andes	• direcciones erróneas • encontrar cuidador principal en la casa • deserción equipo	• reasignación encuestas • equipo en terreno • consultas a carabineros, vecinos y consultorios • seguimiento telefónico
2U	5	Valparaíso	• direcciones ambiguas(no traen el cerro y muy antiguas) • direcciones erróneas y cambios de domicilio (vecinos señalan que la gente vivió ahí hace mucho tiempo) • deserción del equipo • encuestas u de chile	• reestructuración equipo • nuevos contactos en la zona • reestructuración en terreno • viaje a la zona • nueva muestra • seguimiento telefónico

“Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas, en el contexto del sistema Chile Crece Contigo”

Código Centro Salud	Región	Comuna	Problemas	Estrategias
H	6	Rengo	• direcciones erróneas • encontrar cuidador principal en la casa • deserción equipo	• reasignación encuestas • quipo en terreno • nueva muestra • seguimiento telefónico
H	9	Collipulli	• error en envío de base de datos a ISUC • direcciones rurales • direcciones erróneas	• consultas a carabineros • vecinos y consultorios • seguimiento telefónico
H	9	Vilcun	• error en envío de base de datos a ISUC • equipo vive en Temuco • direcciones erróneas,	• consultas a carabineros • vecinos y consultorios • seguimiento telefónico
2U	10	Osorno	• direcciones erróneas • deserción equipo • mal tiempo • encuestas U de Chile	• reestructuración equipo • reasignación encuestas • quipo en terreno • viaje a la zona • nueva muestra • seguimiento telefónico
H	14	Rio Bueno	• direcciones erróneas • deserción equipo • mal tiempo • encuestas U de Chile	• reestructuración equipo • reasignación encuestas equipo en terreno • viaje a la zona • nueva muestra • seguimiento telefónico • muestra reemplazo
1R	13	Lampa	• direcciones erróneas • lejanía • direcciones(batuco) • encontrar cuidador principal • deserción equipo • encuestas U de chile	• reestructuración equipo • reasignación encuestas • consultas a carabineros, vecinos y consultorios • seguimiento telefónico • salida a terreno coordinador
1 U	13	Quilicura	• cambios de domicilios • direcciones erróneas • deserción equipo	• reasignación encuestas • reestructuración equipo • consultas a carabineros, vecinos y consultorios • seguimiento telefónico
2U	13	Puente Alto	• direcciones erróneas • poblaciones en demolición • cambios de domicilio • sectores peligrosos • deserción equipo	• reasignación encuestas • reestructuración equipo • seguimiento telefónico • consultas a carabineros, vecinos y consultorios • muestra reemplazo
2U	13	San Bernardo	• direcciones erróneas • cambios de domicilio • sectores peligrosos, • deserción equipo	• reasignación encuestas • reestructuración equipo • consultas a carabineros • vecinos y consultorios • seguimiento telefónico
2M	10	Puerto Montt	• direcciones erróneas • horarios cuidadores principales • mal clima • sectores peligrosos	• seguimiento telefónico
2U	13	La Florida	• cambios de domicilios • horarios de cuidadores principales	• seguimiento telefónico

Problemas detectados en las encuestas.

En este punto, más que problemas en la encuesta como instrumento, surgieron problemas en la comprensión por parte de los sujetos de estudio de algunas preguntas, pero dentro de los márgenes vislumbrados en otros estudios.

Específicamente, los principales problemas de aplicación se registraron en el caso del Inventario de Desarrollo, dado el tipo de adaptación en terreno que se diseñó para esta aplicación en particular.

5. PROCESO DE DIGITACIÓN

Tal como fue presentado, el proceso de digitación se desarrolló en el programa CS Pro (se adjunta el libro de códigos de la encuesta ChCC en Anexo Metodológico).

Los principales inconvenientes de discrepancias que implicaron una revisión exhaustiva de las bases de datos se dieron principalmente a 2 asuntos:

- a. Discrepancias propias del proceso de digitación, las cuales no superaron la norma de estas eventualidades, en base a la experiencia de estudios anteriores.
 - Sexo de los niños en estudio(relación nombre-sexo)
 - Edades de referencia(relación fecha nacimiento-meses)
 - Horarios de aplicación(cambio formato hora de variable)
- b. Inconvenientes de ajuste del programa de digitación CS Pro que no implicaron re digitación sino ajustes en el diseño del sistema de registro de información.

Evaluación de consistencia de los datos

La validación de la base se realizó para verificar la consistencia en la información registrada. El proceso se realizó en torno a variables de caracterización demográfica como sexo, nivel educacional y edad, esta información es registrada en distintos momentos durante la encuesta, y se buscó la correspondencia entre las distintas repuestas. El proceso de validación se realizó sólo en estas variables de caracterización ya que se asume que en ellas no puede existir contradicción, en las variables que miden evaluaciones, preferencias o gustos, los encuestados pueden tener contradicciones en sus respuestas, ya que estas dependen de la percepción de cada individuo.

El proceso se llevó a cabo en dos etapas, primero con tablas de contingencia donde las variables cruzadas deben coincidir, y segundo, revisando manualmente coincidencia en el registro.

La variable sexo se validó contrastando nombre y sexo, esto tanto para el encuestado como para el niño evaluado.

El nivel educacional fue validado comparando los años de educación con el ciclo educativo alcanzado, en el módulo I las preguntas 6 y 7, se espera que aquellos sujetos con 8 años de educación o menos, tengan educación básica o primaria como ciclo educativo alcanzado, entre 9 y 12, enseñanza media científico humanista o técnico profesional, y más de 12 años educación superior, técnica o universitaria. Esto se replica para los tres individuos por los que se consulta, el jefe de hogar, el cuidador principal del menor, y el niño beneficiario. Las inconsistencias en este indicador para jefe de hogar y cuidador principal, son las diferencias entre años de educación y nivel educacional, se encontraron personas con 5 años de educación que alcanzan educación universitaria o personas con 14 años de educación que alcanzan solo educación media, así también hay personas que registran 7 años de educación y que nunca asintieron a la escuela. Para el caso de los niños beneficiarios, se encontró niños menores de 5 años con educación técnica, industrial, comercial como ciclo educativo alcanzado.

La variable relación del menor con el jefe de hogar también mostró problemas de registro, módulo I pregunta 4, donde algunos niños se asociaban como padre o madre, suegro, o cónyuge del jefe de hogar.

La variable edad del niño/a es la que presentó mayores dificultades e inconsistencias en el registro, esta variable es medida en tres momentos durante la encuesta de maneras diferentes, primero en el modulo I pregunta 2, edad del niño/a, segundo, en el modulo III se pregunta la fecha de nacimiento, y tercero, en el modulo III se pregunta la edad del niño/a en meses. Entre la fecha de nacimiento y la edad en meses no hay diferencias en el registro, esto porque las preguntas son continuas, lo que supone que el encuestador y el entrevistado a partir de la fecha de nacimiento calculan los meses correspondientes, sin embargo, al momento de comparar la edad en meses con la edad registrada en el modulo II hay diferencias en la información. Se construyó una variable edad diferente a partir de la edad en meses dividiéndola por 12 (un año). La inconsistencia más frecuente es por aproximación a la edad, en que niños de 2 años y medio se registran con 3 años en la pregunta 2.

Otro error encontrado y que dice relación con problemas de registro, es en el modulo II pregunta 8, la variable cuidadores del niño, donde no se registra el cero sino que se deja el recuadro en blanco. No es lo mismo el cero y no tener el dato, ya que el cero es un dato para efectos del estudio, mientras que recuadro en blanco implica No respuesta.

Métodos de corrección de errores encontrados

Las discrepancias evidenciadas, se solucionaron tras el chequeo manual de la base digitada, con el instrumento en papel. Posterior a este chequeo, se tomó – según caso a caso- la decisión de modificar la base de datos de un modo u otro, de manera de hacerla consistente.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Los resultados se presentan en tres apartados: una descripción de las variables en estudio partiendo del niño hacia el microsistema (medioambiente distal) siguiendo el modelo bioecológico; algunas tablas que identifican relaciones divariadas de interés, finalmente modelos explicativos de desarrollo infantil a los tres años para la población en estudio. Los resultados no se entregan con factores de expansión⁴⁰.

I. Descripción⁴¹

Los resultados que a continuación se presentan corresponde al total de la muestra alcanzada (97,7% del total propuesto), que corresponde a niños y niñas en el grupo de edad seleccionado y que cuenta con encuestas y aplicaciones completas. De este total, para efectos del reporte, se excluyeron aquellos niños y niñas con edades que no corresponden exactamente al rango esperado y aquellos niños y niñas que en la actualidad se están atendiendo en el subsistema ISAPRE. De este modo la descripción corresponde a un total de 1705 niños y niñas.

La información se describe en su totalidad y segmentada por tipo de red de prestaciones de servicio (Tabla siguiente), siendo Urbana 1: sólo con centros de salud urbanos, Urbana 2: con centros de salud familiar urbanos exclusivamente (CESFAM), Mixtas: con centros urbanos y rurales, Rurales: con centros de salud rurales y postas, Hospitales de baja complejidad que realizan acciones del nivel primario y rondas de atención en zonas rurales.⁴²

⁴⁰ El uso de estos factores sólo será de relevancia en la medida que se quiera extrapolar con mayor precisión hacia la población general. Desde el punto de vista de la comparación entre cohortes no se requiere necesariamente.

⁴¹ En anexos de resultados se encuentran las tablas completas de la descripción por variables.

⁴² En los anexos de resultados se despliegan tablas resúmenes para cada una de las variables, por tipología.

Tabla 9 Distribución por tipo de red

Tipo de Red	n	% del total
Urbano 1	85	4,99
Urbano 2	845	49,56
Mixta	323	18,94
Rural	137	8,04
Hospital	315	18,48
Total	1705	100,00

A continuación se describen los resultados por tópicos relevantes organizados por nivel.

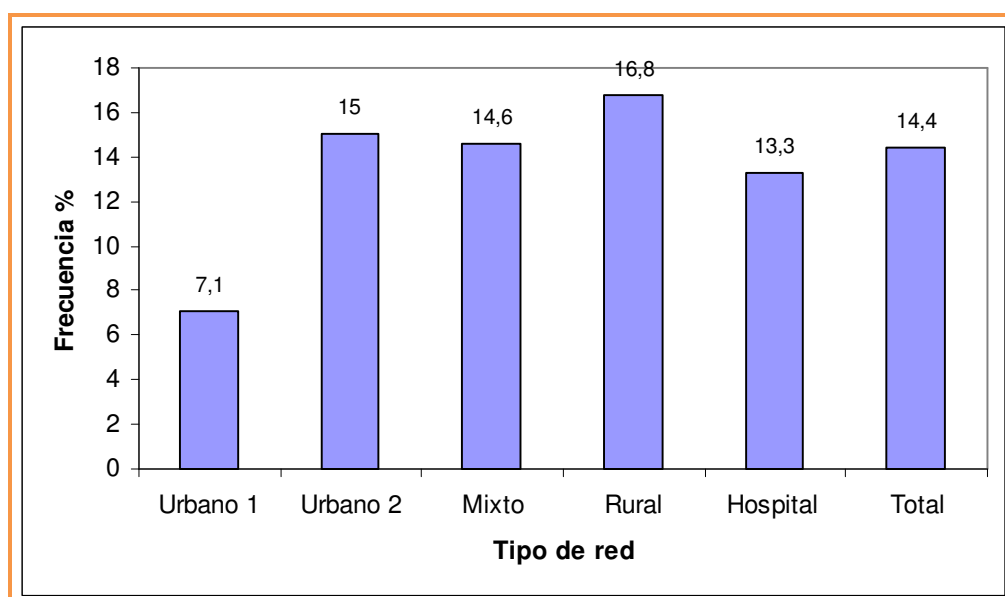
1. Características de los niños y niñas

Perinatales

La mayor parte de los niños(as) en estudio son primeros hijos (43,1%). Los antecedentes disponibles respecto del embarazo muestran en general reportes medios de riesgos. Un 18,4% de los embarazos fueron en adolescentes, 44,7% las madres habían terminado enseñanza media. Sólo un 38,7% de los embarazos fueron planeados, 18,4% curso con una enfermedad materna y en 11,1% se detectó depresión. Se declara un bajo consumo de cigarrillo (7,6%) y de alcohol (3,8%) durante el embarazo.

Sólo el 14,4% de los partos fueron antes de los 9 meses (Figura 3). El peso al nacer promedio fue de 3.333,6 gramos. Sólo el 1,2% de los niños/as tuvo un Apgar menor a 7 a los 5 minutos.

Figura 3. Frecuencia de partos antes de los 9 meses por tipo de red.



El tipo de parto se observa en la tabla siguiente. Destaca que la mayoría fue vaginal, siendo especialmente frecuente en redes rurales.

Tabla 10. Tipo de parto según red.

Tipo de parto	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Vaginal	68,2	60,9	53,6	70,8	59,4	60,4
Cesárea	29,4	36,1	44,9	26,3	39,4	37,2
Forcéps	2,4	3	0,9	2,9	1,3	2,2

El 15,6% fue hospitalizado durante el período de recién nacido, la mayoría por patologías benignas del recién nacido (como hiperbilirrubinemia).

Con posterioridad al nacimiento

Al momento del estudio la edad promedio de los niños era de $41,8 \pm 3,9$ meses. 50,1% son hombres; 11% pertenecen a pueblos originarios; 46,7% son hijos del Jefe del Hogar y 30,9% nietos/as. Sobre el 93% tiene como previsión FONASA, concentrándose el 68,4% en A y B.

La mayor parte de los niños/as no presenta ninguna discapacidad (91,4%). Entre las discapacidades se señala en un 4,7% problemas del habla.

La frecuencia de hospitalizaciones prolongadas (por más de 15 días) se reduce al pasar los años, siendo de 10,4% durante el primer año de vida, de 4,5% durante el segundo y 2,5% durante el tercero.

Durante el último mes previo a la encuesta el 73,4% de los niños habían estado sin problemas recurrentes de salud. En el último control de salud, el 74,4% se encontraba eutrófico, el 21,3% con sobrepeso u obesidad. El perfil nutricional es similar en todas las redes, con mayor frecuencia de malnutrición por exceso en redes urbanas.

Las enfermedades más frecuentes de los niños/as diagnosticadas por médicos se observan en la tabla siguiente. El promedio de enfermedades por niño/a declaradas fue de $1,1 \pm 1,25$.

Tabla 11. Enfermedades diagnosticadas por médico por tipo de red.

Frecuencia de algunas enfermedades diagnosticadas por médico	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Al menos un problema de salud	64,7	65,4	48	62,8	58,1	60,5
Bronquitis obstructivas a repetición	34,1	44,7	30	40,9	30,5	38,5
Problemas para hablar o comunicarse	21,2	20	10,2	19	11,4	16,5
Obesidad	22,4	17,5	12,4	12,4	14,3	15,8
Otitis media a repetición	4,7	14	5,6	14,6	8,3	10,9
Desnutrición	8,2	6,6	4,3	10,2	8,3	6,9
Anemia	7,1	6,2	6,5	3,6	7,6	6,3
Problemas para aprender	2,4	8,3	3,4	9,5	3,8	6,3
Problemas motores	8,2	2	1,5	4,4	6	3,2
Problemas de visión	2,4	2,8	1,5	2,2	3,5	2,6
Problemas de audición	1,2	2,5	0,6	0,7	1,6	1,8
Macro o microcefalia	1,2	1,5	0,9	0,7	1,3	1,3
Epilepsia	1,2	0,9	0,9	1,5	0,6	0,9
Promedio de problemas identificados	1,14	1,26	0,77	1,2	0,96	1,1

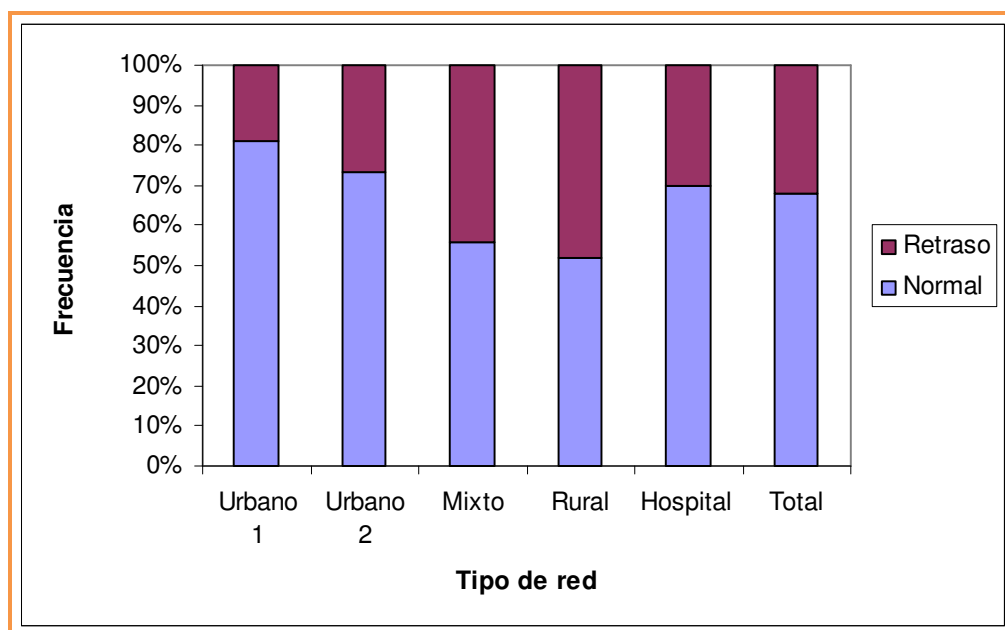
Como era esperable, lo más frecuente fueron las bronquitis y obesidad. Llama la atención nuevamente, el que se destaque los problemas para hablar o comunicarse.

Sólo un 36% de los niños recibieron lactancia materna por menos de 6 meses. La mayoría, de acuerdo a los cuidadores principales recibió por 6 o más meses.

Desarrollo infantil

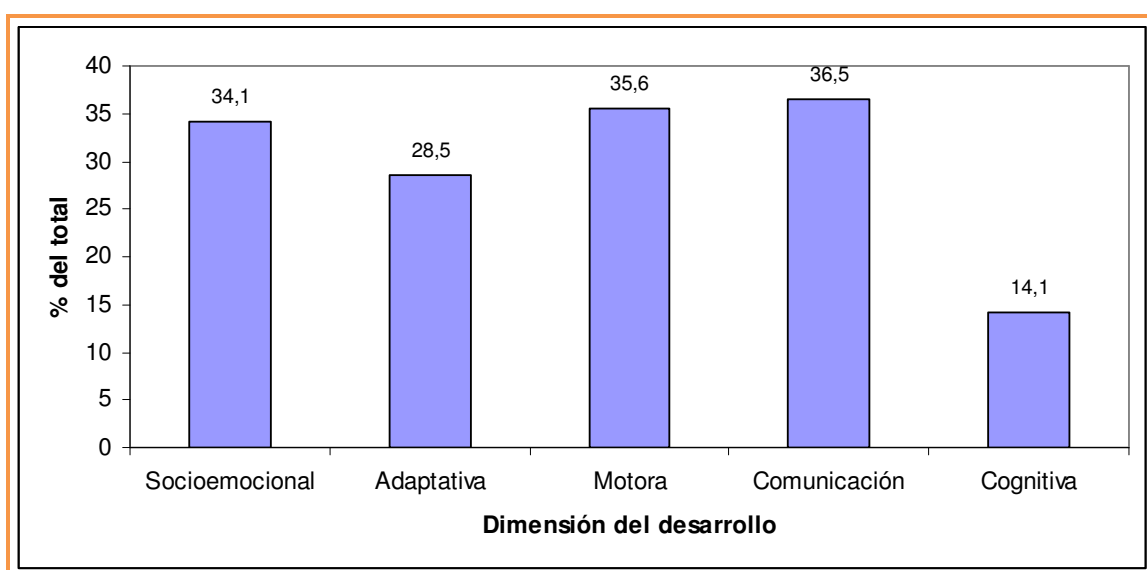
La figura siguiente muestra la situación respecto del desarrollo infantil en la muestra de estudio. Se encontró que un 32% de los niños/as presentan retraso de acuerdo a la batería utilizada, siendo más frecuente la situación en la red rural (48,2%), seguido de la red mixta (44%), hospital (30,2%), urbano 2 (26,9%) y urbano 1 (18,8%).

Figura 4. Desarrollo Infantil por tipo de red



En aquellos niños que tenían un coeficiente de desarrollo alterado (retraso) se analizó el área comprometida. La figura siguiente muestra el comportamiento del retraso por dimensión del desarrollo. Destaca comunicación, motora y socioemocional, la tendencia se observa en todos los tipos de redes.

Figura 5. Retrasos del desarrollo por dimensión.



2. Características del cuidador principal

Identificación del cuidador principal

El cuidador principal de los niños/as estudiados corresponde en un 78,7% a la madre, seguido de la abuela (14,3%) y del padre (2,9%). Destaca que en la red urbana 1 el 8,2% de los cuidadores principales son el padre. La edad promedio del cuidador principal es 33,1 años, 62,1% son casados o convivientes. El 11,3% declara pertenecer a algún pueblo originario, siendo el más frecuentemente nombrado, mapuche.

La mayoría tiene en promedio 10 años de estudios, el 97,9% sabe leer y escribir, habiendo alcanzado enseñanza media el 46,4%, 16,3% educación media técnico profesional, y sólo 3% educación universitaria.

En un 20,8% el Jefe del Hogar corresponde al cuidador principal. En términos laborales, el 57,8% de los cuidadores principales se dedican a los quehaceres del hogar, el 23,8% trabaja por ingresos, 7,4% buscaba trabajo habiendo trabajado antes y sólo el 4,7% estaba estudiando. Entre los que trabajan (28%), la mayoría lo hace en el sector privado (43,9%), tiene un trabajo permanente (55,3%), y el 45,6% trabaja entre 33 y 44 horas al día.

Entre los cuidadores principales, el 93% está adscrito a FONASA, en su mayoría A y B. Esta situación se mantiene en todas las redes.

Condiciones de salud y estrés del cuidador principal

En general la situación de salud es percibida favorablemente para un 54% de la muestra. La frecuencia de discapacidad en este grupo es de 9,2%, siendo la más frecuente discapacidad visual (4,9%). Llama la atención que un 1,1% de los cuidadores principales declaran discapacidad por problema mental o psiquiátrico.

La percepción de estrés el último año es un fenómeno referido como frecuente o muy frecuente para el 43,9% de los cuidadores principales, siendo más baja la percepción en la red urbana 2 (21,8%) y mayor en la red urbana 1 (46,7%).

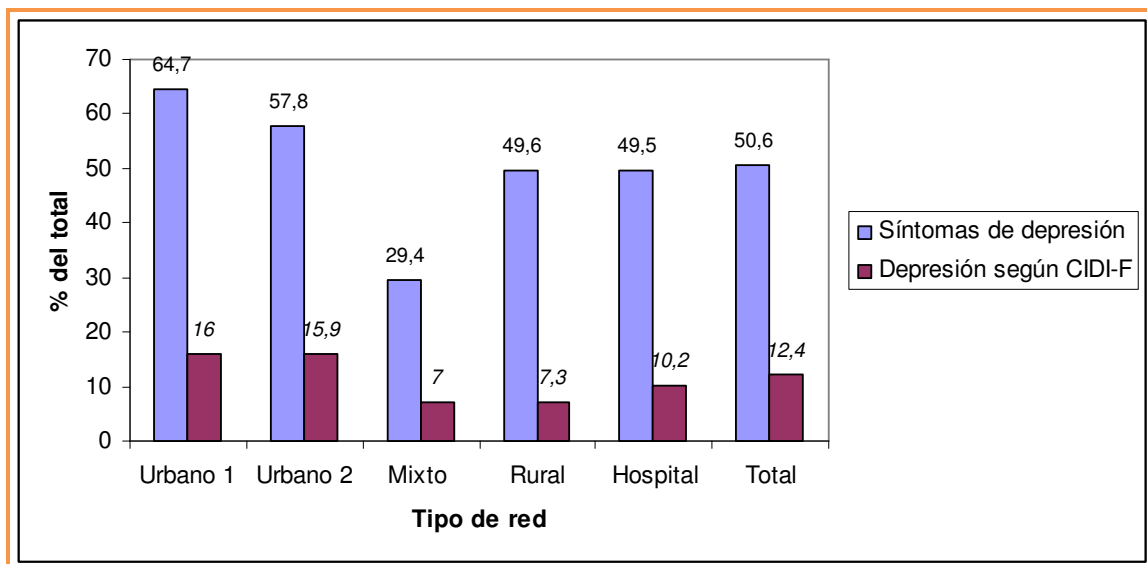
Un 43,5% de la muestra de cuidadores principales señaló tener estrés casi siempre o siempre durante el último año, siendo mayor la frecuencia en aquellos de redes urbanas² (50,2%) y menor en redes mixtas (31,8%). Cerca de un 40% de la muestra declaró no tener un evento estresante el último año, y un 22,8 % relató uno. El evento estresante más comúnmente relatado es la muerte de algún familiar o persona cercana (25%).

Síntomas de depresión y depresión

La depresión materna y en algún miembro del hogar constituye un factor de riesgo para el desarrollo infantil. En este estudio se exploró la frecuencia de síntomas de depresión, de depresión (con la escala CIDI-F) y los antecedentes de acceso a diagnóstico y tratamiento en los cuidadores principales.

La figura siguiente muestra la frecuencia de síntomas de depresión y depresión en este grupo. Se observa que la mayor frecuencia se encuentra en la red urbano 1, y la menor en la red mixta.

Figura 6. Frecuencia de síntomas de depresión y depresión en cuidadores principales por tipo de red



Tenían síntomas de depresión y habían tenido diagnóstico médico el 24%; mientras que tenían síntomas y habían recibido tratamiento por depresión alguna vez el 18,5%.

Consumo de sustancias potencialmente adictivas

El consumo de algunas sustancias tóxicas se observa en la tabla siguiente. Destaca que el principal consumo es el cigarrillo (42,8%), seguido de alcohol. Sobresale la baja frecuencia reportada de otros consumos.

Tabla 12. Frecuencia de consumos de tóxicos por cuidadores principales por tipo de red.

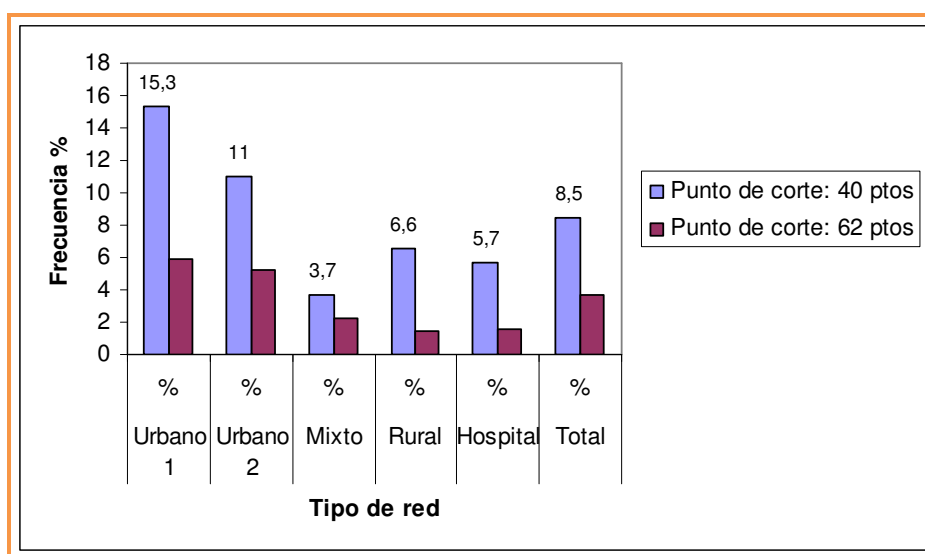
Consumos durante los últimos 30 días	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Cigarrillos	48,2	45,5	44,2	34,3	36,2	42,8
Alcohol	11,8	19,8	25,5	9,5	15,2	18,8
Marihuana	1,2	1,3	0,6	0,7	0,6	1,0
Cocaína o pasta base	0	0,1	0,6	0	0	0,2
Anfetaminas	0	0,2	0	0	0	0,1

Tranquilizantes o antidepresivos sin recete médica	1,2	4,6	2,8	4,4	2,9	3,8
--	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Estrés post-traumático

Dada la situación del terremoto vivido en Chile el 27 de febrero de 2010, se optó por medir estrés post-traumático. La frecuencia de síntomas al respecto es baja (Figura 7), con ambos puntos de corte⁴³. La red con mayor frecuencia corresponde a urbano 1, que quedó representada por la comuna de Quilicura, la que sufrió fuertes efectos por el terremoto (en infraestructura vial y en efectos sociales como saqueos).

Figura 7. Frecuencia síntomas de estrés post-traumático en cuidadores principales, por tipo de red.



⁴³ El punto de mayor exigencia produce una mayor especificidad diagnóstica.

3. Características del hogar y familia: entorno doméstico – afectivo

En general los niños/as estudiados/as gozan de estabilidad del cuidado en la actualidad. El 92,3% ha tenido siempre el mismo cuidador. Sin embargo existen diferencias en los tipos de redes con respecto a la proporción de niños/as que han tenido 3 o más cuidadores alternos.

Tabla 13. Estabilidad del cuidado por tipo de red.

	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
Cuántas personas han estado a cargo del cuidado del niño/a de manera permanente	%	%	%	%	%	%
1	66,7	66,5	27,6	20,0	42,9	62,8
2	0	5,2	58,6	50,0	21,4	23,2
3 o más	33,3	25,2	3,4	10,0	21,4	8,8
Cuando el cuidador sale, el cuidado es provisto por las mismas personas siempre	95,3	93,0	96,9	86,9	89,8	92,8
Cuidador principal ha estado siempre a cargo del cuidado del niño	96,5	92,3	90,7	92,7	95,6	92,3

La relación actual del cuidador principal (que es la madre en su mayoría) con el padre/madre se observa en la tabla siguiente. En general, sobre el 70% corresponde al esposo o pareja actual. Sólo en un 11,6% no tiene relación con el otro progenitor.

Tabla 14. Relación actual del cuidador principal (si es padre o madre) con el padre o madre del niño/a, por tipo de red.

Si es la madre /padre es la cuidadora principal, relación actual con el padre/madre del niño/a	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Es mi esposo/a	46,3	32,8	33,7	30,2	31,9	33,4
Es mi pareja o conviviente	25	37,6	38,2	39,7	37,2	37,1
Es mi ex esposo/a	0	4,4	1,1	1,7	4,6	3,4
Es mi ex pareja o conviviente	12,9	13,8	13,1	10,3	11	12,8
No tengo ninguna relación	12,5	10,8	12,7	9,5	13,1	11,6

Preocupaciones de cuidadores principales sobre la crianza

La crianza es percibida con una instancia demandante emocional y físicamente para el 20% de los cuidadores principales (Tabla 15).

Tabla 15. Percepción sobre demandas emocionales y físicas del cuidado del niño/a, por tipo de red

Percepción cuidador principal	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Demanda mucho esfuerzo físico atender al niño/a	18,8	21,1	28,2	15,3	13	20,4
Demando mucho esfuerzo emocional atender al niño/a	25,9	23	26,6	20,4	12,4	21,6
Considera que el tiempo que usted pasa con el niño/a es insuficiente	20	19,1	17	10,2	17,5	17,7

Adicionalmente, el 17,7% de la muestra señala que el tiempo que pasa con sus hijos es insuficiente. En el área rural el 10% de los cuidadores principales señalaron este punto. Las causas se observan en la tabla siguiente.

Tabla 16. Razones por las que el tiempo que pasan con los niños/as es insuficiente, por tipo de red.

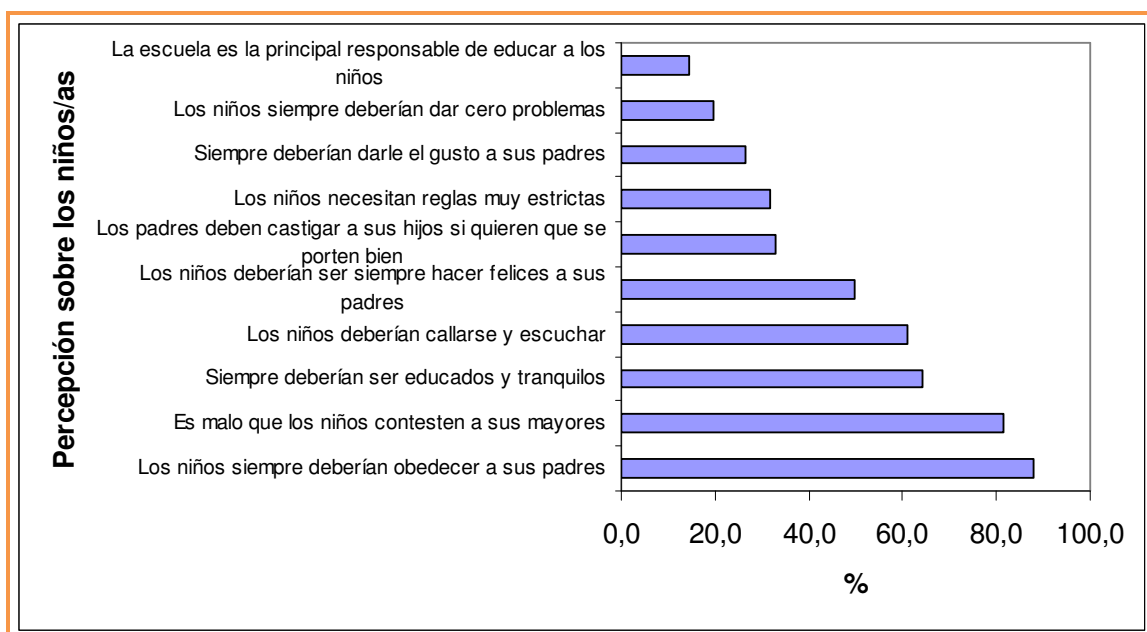
Razones	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Trabajo por largas horas	41,2	39,8	30,9	42,9	49,1	40,1
Otras	23,5	14,9	29,1	7,1	16,4	17,9
Tareas del hogar demandan mucho tiempo	5,9	14,3	16,4	28,6	3,6	12,9
Otras relacionadas con el trabajo	17,6	12,4	10,9	14,3	1,8	10,6
Trabajo lejos del hogar	11,8	13	5,5	7,1	7,3	10,3

Percepciones sobre los niños y niñas

La percepción de los niños/as por parte del cuidador principal es un aspecto determinante en la calidad del vínculo y estímulo hacia ellos. En este estudio se indagó, por una parte, sobre como deberían comportarse los niños/as y por otra parte las expectativas educativas concretas y las que les gustaría para su niño/a,

En la figura siguiente se observan frecuencias altas de acuerdo con las aseveraciones que se formulan sobre la percepción de los niños/as, con excepción del rol de la escuela en la educación de los niños como principal responsable de su educación.

Figura 8. Percepciones sobre los niños/as según tipo de red.



Con relación a las expectativas de los cuidadores principales la tabla siguiente muestra la relación entre las expectativas y sus deseos. Se observa una discordancia entre ambos aspectos, siendo los deseos superiores a las expectativas concretas.

Tabla 17 Comparación entre expectativas y deseos de cuidadores principales respecto del niño/a.

	Expectativa real de nivel educacional a lograr por el niño/a	Deseos sobre el nivel le educacional del niño/a
No creo que complete 8° Básico	0,9	2,2
No creo que complete 4° Medio	1,7	3,1
4° medio de educación media técnico-profesional	10,1	7,8
4° medio de educación media científico-humanista	10,1	66,6
Una carrera en un Instituto Profesional o Centro de Formación Técnica	13	18,8
Una carrera Universitaria	56,5	2,2
Estudios de Postgrado	7,4	3,1

Funcionamiento familiar, estrés parental y autoeficacia

El funcionamiento familiar percibido por el cuidador principal es disfuncional en el 61,4% de los encuestados, siendo mayor la frecuencia en red urbana 1 (74,1%) y rural (75,9%) y menor en red mixta (47,4%).

El estrés parental se evaluó a través de las emociones percibidas por el cuidador principal frente a la situación de separación del niño/a. En general hay más de un tercio de los encuestados que relata presentar con alta frecuencia emociones como inquietud, tristeza frente a la separación con el niño/a.

Tabla 18. Emociones percibidas frecuentemente frente a la separación del niño/a, por tipo de red.

Estrés parental. Emociones percibidas	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Se siente inquieto, intranquilo, nervioso/a	50,6	42,5	39,6	52,6	43,5	43,4
Se siente tranquilo	44,7	36,1	44,9	42,3	45,1	40,4
Se siente triste	37,6	39,5	26,9	47,4	41,0	37,9
Se siente aliviado/a	75,3	61,9	68,7	60,6	74,0	66,0
Se siente enojado/a	4,7	3,9	3,4	8,0	6,0	4,6

Es fundamental contar con habilidades para afrontar las situaciones de estrés individual y parental. La percepción global de los cuidadores principales es que son buenos cuidadores (nota promedio 6,3, escala de 1 a 7). La tabla siguiente muestra que una baja proporción de los cuidadores se sienten capaces de manejar las emociones que surgen frente a la crianza. Llama la atención el poco autocuidado que declaran (sólo un tercio tiene tiempo para sí).

Tabla 19. Percepción de autoeficacia de cuidadores principales por tipo de red.

Percepción de autoeficacia parental	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Puedo manejar frecuentemente los sentimientos de rabia o frustración que pueden ocurrir mientras estoy con el niño/a	2,4	9,0	9,0	13,9	10,8	9,4
Tengo una persona de confianza a quien puedo recurrir para consejos de crianza frecuentemente	31,8	24,5	19,8	31,4	23,8	24,4
Tengo tiempo para mí mismo y cuidar de mí	36,5	36,4	31,3	39,4	35,9	35,6
Percepción global como cuidador principal (notas: 1 a 7) Promedio	6,2	6,3	6,4	6,3	6,4	6,3

Rol del padre en la crianza

La figura paterna en el 79,4% de los casos corresponde al padre de los niños/as. Sólo un 3,5% no tiene figura paterna. De acuerdo al cuidador principal, la participación paterna es alta, como se observa en la tabla siguiente.

Tabla 20. Rol paternal según cuidadores principales, por tipo de red.

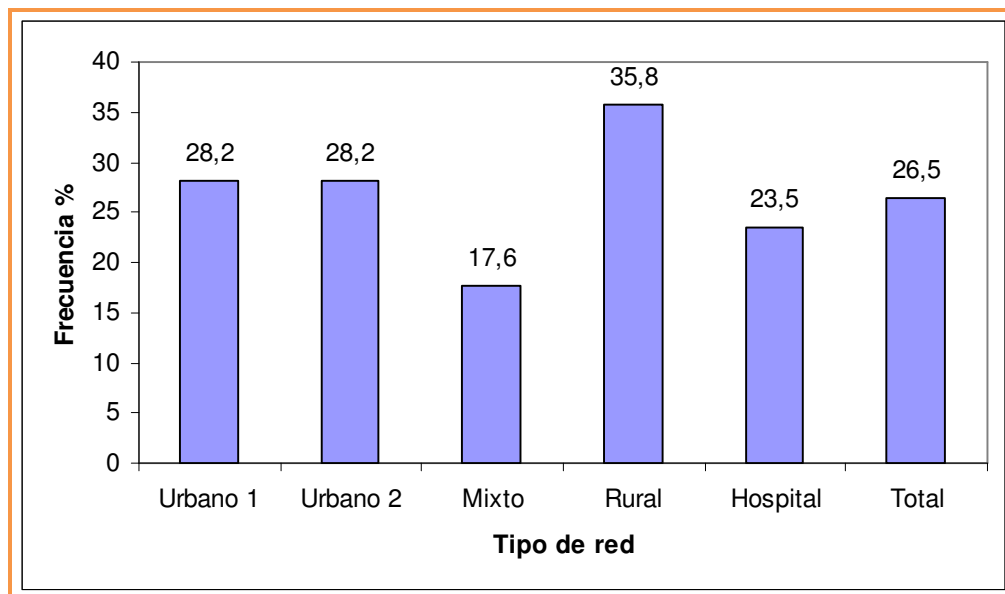
Rol paternal	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Proveer apoyo económico mensual para el niño/a	89,4	88,0	89,2	87,5	87,9	88,2
Participar en las decisiones respecto del cuidado del niño/a	77,6	76,4	75,4	77,9	72,5	75,7
Decide sobre cómo se cría el niño conmigo o sólo	71,8	69,2	73,4	66,2	73,1	70,6

Violencia intrafamiliar

La captura de información sobre violencia intrafamiliar no es fácil, ya que suele haber un subreporte. Utilizando preguntas probadas y de uso común en el

nivel primario de atención se obtuvo que un 26,5% de la muestra reporta al menos una forma de violencia (Figura 9).

**Figura 9. Frecuencia de violencia intrafamiliar según cuidadores principales,
por tipo de red.**



El tipo de violencia más frecuentemente referido es el económico, seguido del psicológico, del físico y del sexual, como muestra la tabla siguiente. Destaca el alto reporte de violencia de todos los tipos en la red rural.

Tabla 21. Frecuencia de reporte de violencia intrafamiliar según cuidadores principales por tipo de red.

Tipo de violencia	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Presencia de violencia	28,2	28,2	17,6	35,8	23,5	26,5
Se sintió controlado con quien conversa o sobre el dinero que gasta	17,6	18,7	10,9	26,3	14,9	17,1
Se sintió amenazado o humillado en el hogar	11,8	13,1	7,2	16,8	9,2	11,5
El niño/a ha visto a adultos o adolescentes agredirse físicamente o tratando de hacerle daños a otros.	8,2	9,9	5,9	11,7	9,2	9,1
Le han golpeado o maltratado físicamente en su hogar	2,4	3,1	0,9	5,8	2,9	2,8
Ha sufrido maltrato sexual	2,4	0,6	0	2,2	1,3	0,8

4. Características del hogar y familia: entorno doméstico- pedagógico

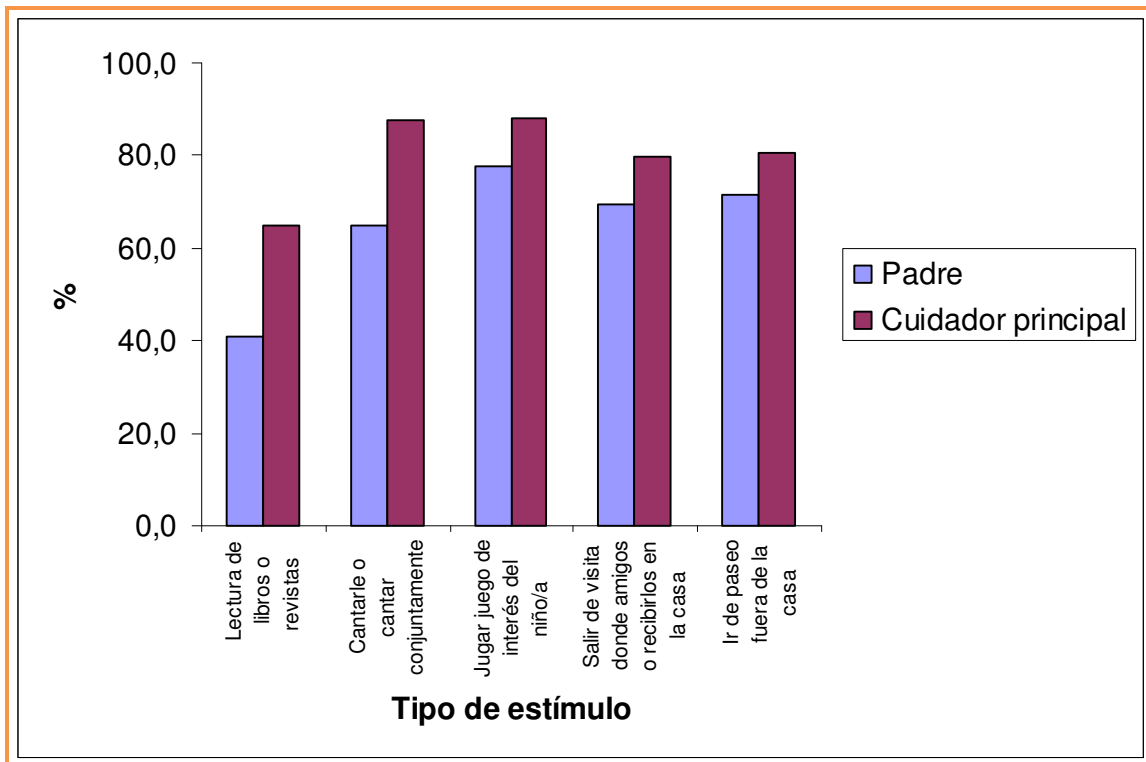
Disponibilidad de recursos para el niño/a

De un total de 12 recursos inventariados, el promedio de recursos en el hogar es de $9,2 \pm 2,5$ por niño/a. El recurso menos nombrado es: “al menos 10 libros infantiles” (56,3%) y “Instrumento musical” (56,7%). El 92,4% declara que el niño/a dispone de un lugar limpio y seguro donde jugar.

Estimulación de los padres

En general la estimulación cotidiana de los padres, según el cuidador principal es variable según la actividad, siendo mayor por parte del cuidador principal que el padre. La actividad menos realizada es la lectura compartida, tanto por el padre como por el cuidador principal.

Figura 10. Comparación actividades realizadas frecuentemente u ocasionalmente con los niños/as, entre padre y cuidador principal.



Hábitos y rutinas del niño/a

La mayor parte de los niños/as cuenta con una rutina para la alimentación y come con alguien de la familia una vez al día al menos. También suelen tener un horario fijo para el juego (ver anexos).

Con relación a la TV, sólo un 1,1% no ve TV el resto en su mayoría 1 a 2 horas al día y un 15,5% cuatro o más. Suelen ver TV acompañados ocasionalmente (52%) y solos lo hacen el 15%.

5. Aspectos estructurales del hogar

Situación socioeconómica del hogar

La situación socioeconómica del hogar se evaluó a través de varios indicadores. El primer indicador corresponde al índice ESOMAR. Como se observa en la tabla 22, la muestra se ubica en un 77,2% en el tramo medio (CB) y medio bajo (D). Hay un 5,5% de la muestra que se considera Alto (B) según esta clasificación que se asocia a la tenencia de bienes y 6,9% bajo (E).

Tabla 22. Distribución de la muestra según nivel socioeconómico ESOMAR, por tipo de red.

	Total		Urbano 1		Urbano 2		Mixto		Rural		Hospital	
Nivel socioeconómico	n	% del total	n	% del total	n	% del total	n	% del total	n	% del total	n	% del total
B	93	5,5	6	7,1	48	5,7	23	7,1	2	1,5	14	4,4
CA	176	10,3	10	11,8	101	12	38	11,8	9	6,6	18	5,7
CB	667	39,1	47	55,3	343	40,6	125	38,7	51	37,2	101	32,1
D	651	38,2	22	25,9	307	36,3	122	37,8	58	42,3	142	45,1
E	118	6,9	0	0	46	5,4	15	4,6	17	12,4	40	12,7
Total	1705	100	85	100,1	845	100	323	100	137	100	315	100

Sin embargo al analizar el ingreso del hogar declarado por los encuestados se observa que el 66,2% de la muestra se encuentra entre los \$100.000 y \$300.000 (Tabla 23). Esta distribución se mantiene por tipo de red. Llama la atención que en la muestra de la red de Hospital hay un mayor porcentaje relativo de hogares con ingresos menores a \$100.000.

Tabla 23. Distribución de la muestra según ingreso del hogar al mes declarado por tipo de red.

Ingreso del hogar en un mes normal	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
< \$100.000	9,4	15,6	11,1	17,5	22,2	15,8
\$100.000 y \$200.000	37,6	39,4	42,4	51,1	41,9	41,3
\$200.000 y \$ 300.000	28,2	23,7	33,1	21,2	20,3	24,9
\$300.000 y \$ 400.000	16,5	13,5	7,1	5,8	7,3	10,7
\$400.000 y \$ 500.000	4,7	5,2	3,7	2,9	3,8	4,5
\$500.000 y \$ 600.000	1,2	1,4	1,2	1,5	2,2	1,5
\$600.000 y \$ 800.000	1,2	0,7	0,6	0	0,6	0,5
\$800.000 y \$1.000.000	1,2	0,1	0	0	0	0,2
\$1.000.000 y \$1.500.000	0	0	0,3	0	1,0	0,2
Más de \$1.500.000	0	0	0	0	0	0

Características del Jefe del Hogar

El Jefe del Hogar en este estudio tiene una edad promedio de 41 años, 65,3% son hombres, 70,2% están casados o en convivencia. El promedio de años de estudios es de 9,75, siendo más baja en la muestra de la tipología rural (8,5 años). Sólo un 1,5% de los Jefes de Hogares nunca asistió a algún establecimiento educacional. Sólo un 2,9% tenía estudios universitarios, la mayoría (43,8%) contaba con educación media o humanidades, seguido de básica o preparatoria (29,9%). La generalidad sabe leer y escribir (97,7%).

La mayoría de los Jefes del Hogar se encuentra trabajando por ingreso (66,3%), un 11% se encuentra buscando trabajo habiendo trabajado antes. La mayoría de los que trabajan, lo hacen asalariadamente en el sector privado 56%, y un 20,9% es trabajador por cuenta propia. El 65,6% tiene una ocupación permanente. El 40,2% estuvo cesante en algún momento, la mayoría lo estuvo durante 2009. La situación de mayor cesantía se observó en la muestra rural (51,1%).

La previsión en salud de los Jefes de Hogar es mayoritariamente FONASA (90,9%), a este valor hay que incluir un 2,4% que declara no tener. Un 1,6% declara tener ISAPRE y un 1,2% declara tener previsión en las Fuerzas Armadas.

Situación del hogar, la vivienda y equipamiento

El número de personas por hogar para todas las tipologías es de 5, con excepción de la muestra de hospital que es de 4 (mediana). La familia nuclear de los niños y niñas en estudio tiene en promedio 3,79 integrantes, fluctuando este valor entre 3,6 (en red urbana 1) y 3,91 (en red urbana 2).

La mayor parte de los encuestados vive en casa (84,7%), siendo la mayoría (45%) propia pagada. Llama la atención la muestra de la red urbana 1, que en su mayoría se encuentra pagando la casa (40%), y tiene la proporción más alta de tipo de vivienda departamento (30,6%). La muestra de esta red está constituida por un grupo de un mejor nivel socioeconómico según ESOMAR y mejor nivel educacional.

En general las viviendas se consideran en buen estado (41,9%) o requieren de reparaciones mínimas (37,2%); la zona en que se plantea en mayor proporción que las viviendas son irreparables corresponde a rural (3,6%).

El número de piezas por viviendas en promedio es de 3,37 (rangos promedios: 2,82-4,0); por otra parte, el número de camas y cunas fluctuó en las tipologías de redes entre 3,38 y 3,83, siendo mayor el número en la Mixta.

Las condiciones generales de saneamiento de la muestra son bastante buenas. Un 90,2% tiene agua de proveniencia de la red pública con medidor propio y al 95,7% les llega al interior de la vivienda. Un 95% de las viviendas tiene WC conectado al alcantarillado, sólo un 1% refirió no tener ningún sistema, siendo mayor en la muestra de la tipología urbana 2 (1,4%).

La mayoría cuenta como fuente de energía la luz eléctrica de la red pública (97,8%). El combustible más usado para cocinar corresponde a gas licuado (82,5%) para todas las muestras.

La disponibilidad de bienes en el hogar se observa en la tabla siguiente. Se observa que el bien menos disponible es el automóvil para uso particular, seguido de la conexión a internet. Los más disponibles son la ducha y refrigerador.

Tabla 24. Disponibilidad de bienes en el hogar según tipo de red

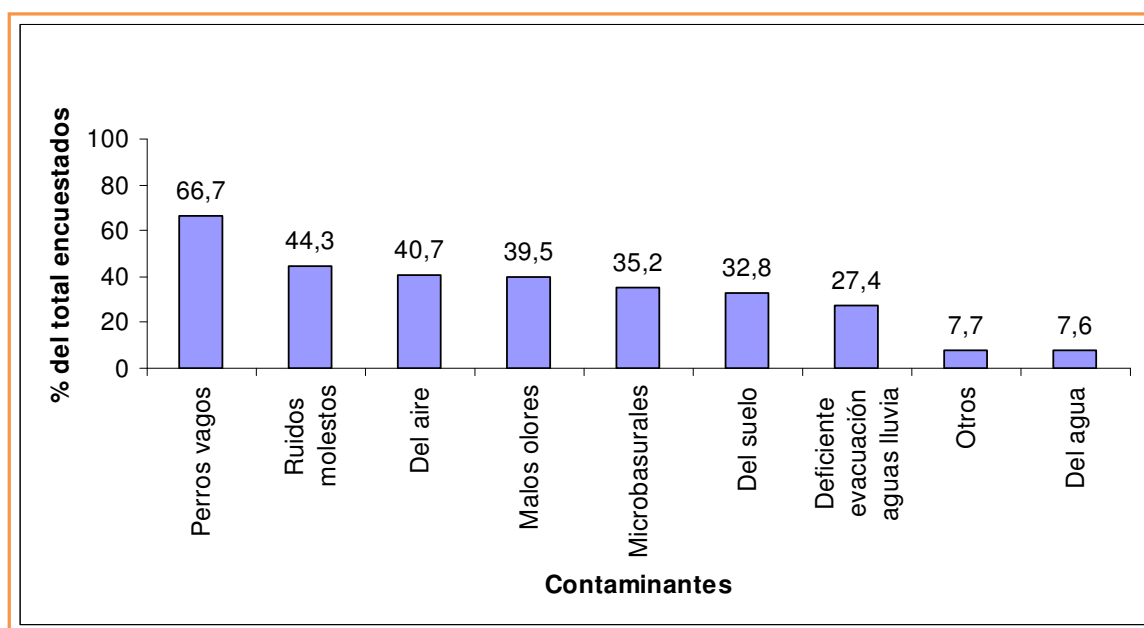
Bienes disponibles	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Calefón u otro sistema de calentamiento de agua	83,5	63,3	74,6	53,3	31,4	59,8
Horno microondas	69,4	55,3	55,1	40,1	38,4	51,6
Computador o notebook	45,9	44,9	38,7	24,1	34,6	40,2
Videograbador, DVD o pasapelículas	74,1	69,8	64,4	57,7	63,5	66,9
Refrigerador	96,5	93,4	92,6	92,0	89,5	92,6
Automóvil de uso particular	14,1	18,7	19,8	21,2	18,7	18,9
Teléfono fijo	42,4	46,3	34,4	16,8	15,6	35,8
Conexión a internet	29,4	24,3	21,4	7,3	14,3	20,8
TV cable o satelital	55,3	41,8	39,9	32,8	47,6	42,5
Ducha	95,3	94,0	97,2	83,9	90,8	93,3

6. Comunidad

Percepción sobre el medio ambiente

La figura siguiente muestra la frecuencia percibida de problemas de contaminación ambiental. Llama la atención que lo más frecuente en todas las sub muestras es la presencia de perros vagos, siendo especialmente importante en las sub muestras urbanas (85,9% en urbana1 y 72% en urbana 2).

Figura 11. Frecuencia percibida de contaminación.



Asociado a estos problemas se indagó sobre la percepción de presencia de vectores⁴⁴ en el ambiente, que constituyen un riesgo para la salud. El más frecuentemente nombrado corresponde a moscas (42,2%), seguido de ratones (27%) y zancudos (26,9). Existe una importante diferencia entre las tipologías de redes, cobrando importancia algunos vectores específicos como zancudos (en urbano 1), por factores contextuales.

Los problemas de infraestructura del barrio percibidos por los encuestados varían según la tipología de la red. En términos generales el mayor déficit percibido es en la presencia de espacios para juegos infantiles. Esto es así en la muestra urbano1, urbano 2 y mixta. Sin embargo en rural se percibe déficit en áreas verdes y plazas y en hospital infraestructura deportiva (tabla 25).

⁴⁴ Vectores son aquellos agentes que son vehículos de enfermedades transmisibles.

Tabla 25. Distribución problemas percibidos en infraestructura por tipo de red.

Problemas de infraestructura percibidos	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Espacios con juegos infantiles	94,1	80,1	70,9	64,2	69,8	75,9
Infraestructura deportiva	84,8	71,5	58,8	59,9	70,5	68,9
Áreas verdes y plazas	70,6	72,2	65,3	75,9	64,1	69,6
Centros comunitarios	75,3	58,3	42,4	55,5	49,2	54,3
Salas cunas	65,9	54,1	30,0	49,6	38,1	46,8
Jardines infantiles	71,8	51,0	30,3	50,4	36,2	45,3
Centros de salud o lugares de atención de salud	70,6	35,5	42,4	59,1	53,0	43,7
Pavimento	65,9	46,9	25,4	49,6	34,6	41,7
Iluminación de calles y/o veredas	55,3	41,7	33,7	32,8	43,5	40,5
Locales comerciales	44,7	33,4	28,2	51,8	37,5	35,2
Transporte público	54,1	31,2	15,2	51,1	27,0	30,1
Colegios	41,3	28,5	20,7	26,3	22,2	26,3

Es importante considerar la percepción sobre el ambiente psicosocial del barrio. La tabla siguiente muestra como la percepción de falta de vigilancia de carabineros o seguridad asociado a focos de consumo de drogas y alcohol, y delincuencia generan un la percepción de un entorno inseguro. Llama la atención la alta frecuencia de violencia intrafamiliar percibida (34,2%) que, de acuerdo a lo esperado, es mayor que la encontrada en la muestra (ver más adelante en descripción del cuidador principal).

Tabla 26. Ambiente psicosocial percibido por tipología de red

Ambiente psicosocial del barrio percibido	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Falta de vigilancia de carabineros o seguridad municipal	80,0	80,8	74	79,6	74,9	78,3
Focos de consumo de alcohol y/o drogas en la vía pública	83,5	75,1	68,7	73	64,4	72,2
Delincuencia	84,7	72,5	60,7	73,7	54,6	67,7
Hogares con violencia intrafamiliar	44,7	38,8	23,5	40,9	28,5	34,4
Prostitución callejera	23,5	14,4	6,2	11,7	4,1	11,2

Acceso a servicios sociales disponibles

Esta dimensión se evaluó a partir de la utilización de servicios de salud, educativos y sociales declarada por el cuidador principal del niño/a.

Es fundamental comprender el uso de servicios disponibles no sólo como un determinante del desarrollo infantil sino para efectos posteriores de comparación y ajuste con el grupo tratado.

De educación inicial

En la actualidad, el 60,4% de los niños/as en estudio asisten regularmente a jardín infantil, 50,6% en jornada completa. La asistencia a sala cuna y jardín infantil se incrementa con la edad, como es lo esperado.

Tabla 27. Asistencia a establecimientos de educación inicial

	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
Asistencia a Sala Cuna y/o Jardín Infantil	%	%	%	%	%	%
Entre los 2 a 5 meses	1,2	4,6	6,2	5,8	5,4	5,0
Entre los 6 a 12 meses	5,9	11,4	12,1	8,8	9,2	10,6
Entre los 13 a 18 meses	11,8	19,5	22,6	14,6	18,7	19,2
Entre los 19 a 24 meses	18,8	24,9	28,5	22,6	25,7	25,2
Entre los 25 a 36 meses	38,8	54,0	54,5	51,8	47,9	52,0
Actualmente asiste a Jardín infantil regularmente	48,2	60,7	70,0	62,8	51,7	60,4
Asistencia a Jornada completa en Jardín Infantil actualmente	70,7	47,6	51,8	43	57,7	50,6

De salud

Como se esperaba, la cobertura de control de salud y de vacunación es muy alta, siendo del 94,3% y 98,3% respectivamente. Por tipologías son similares las coberturas.

La tabla siguiente muestra un punto fundamental para la evaluación del PADBP. Esta señala la frecuencia declarada por el cuidador principal del niño/a de uso de servicios similares a los que en la actualidad se otorgan en el ChCC. Las dos prestaciones que ya se encontraban instaladas antes del Programa eran la evaluación de desarrollo psicomotor y el parto con acompañamiento, ambas con frecuencias superiores al 50%. El resto de las prestaciones se encuentra en un nivel bajo.

Tabla 28. Frecuencia uso de prestaciones de similares a aquellas provistas por el PADBP, por tipo de red.

Prestaciones recibidas similares a las otorgadas por el PADBP	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Evaluación del desarrollo psicomotor del niño	61,2	68,3	54,8	67,2	52,4	62,3
Parto con acompañamiento de persona significativa	74,1	62,1	48	67,9	39,4	56,3
Talleres grupales o individuales para la madre y persona significativa durante embarazo	5,9	19,1	16,7	8,8	5,1	14,5
Participación del niño/a en grupos de estimulación del desarrollo	8,2	21,2	7,7	9,5	8,6	14,7
Talleres de habilidades de crianza u otros después de nacer el niño/a	8,2	18,2	11,5	10,9	7,3	13,8
Visita domiciliaria después de nacer el niño/a	5,9	7	6,8	6,6	6,7	6,8
Visita domiciliaria durante el embarazo	2,4	5,3	10,5	4,4	5,7	6,2
Participación del cuidador principal en grupos comunitarios que no dependen del centro de salud	4,7	5,1	6,2	4,4	4,8	5,2

Sociales

En general, el uso de beneficios asociados a la legislación laboral de protección de la maternidad es bajo y alcanza al 20%, concordante con el grupo de cuidadores principales que trabaja en la actualidad.

Tabla 29. Frecuencia declarada de uso de beneficios asociados a la protección de la maternidad, por tipo de red.

Beneficios	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Uso de permiso prenatal	23,5	20,5	19,8	10,9	17,8	19,2
Uso de permiso postnatal	24,7	20,4	21,1	11,7	17,5	19,5
Licencia médica por enfermedad del hijo menor de 1 año	16,5	14,8	11,5	7,3	11,4	13
Permiso diario con fines de alimentación	9,4	10,3	6,2	9,5	7,9	9,0

La tabla siguiente muestra el uso de subsidios en el hogar. Destaca que el subsidio más utilizado es el SUF por menor o recién nacido (71%).

Tabla 30. Uso de subsidios en el hogar por tipo de red.

Uso de subsidios del Estado en el Hogar	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Alguien del hogar a recibido subsidios del Estado	31,8	53,3	40,2	65,0	56,2	51,2
Subsidio familiar al menor o recién nacido	40,7	66,7	78,5	71,9	81,4	71,1
Subsidio familiar a la madre	44,4	58,7	46,9	56,2	57,6	56,0
Subsidio familiar de asistencia maternal	3,7	6,9	3,1	4,5	4,0	5,4
Subsidio por cesantía	3,7	4,9	3,8	5,6	2,3	4,2
Subsidio familiar por invalidez	3,7	3,1	2,3	2,2	3,4	3,0
Subsidio familiar por discapacidad mental	0	2,0	2,3	1,1	3,4	2,2

7. Medioambiente distal: capital social

Entre los factores psicosociales de interés vinculados al cuidador principal y que dicen de un modo particular de estar en el medio social, que impactan en su salud y la de su familia, y por tanto al niño/a, se encuentran: la participación en redes y la percepción de apoyo. Estas se asocian con capital social.

La participación en redes de la muestra en estudio es en general baja. Participa en al menos una red el 33,4%. La organización más frecuentemente señalada es de iglesia, religiosa o de desarrollo personal (16,4%). Hay diferencias según el tipo de red. Por ejemplo, en la red rural, la organización más frecuente citada es la junta de vecinos o unidad territorial (16,1%), lo mismo sucede en las redes mixtas (14,3%). También llama la atención la alta frecuencia de grupos por internet (17,3%) señalada en la red urbana¹, la que tiene mejor nivel socioeconómico.

La percepción de apoyo hacia el entorno próximo en general es adecuada. Este se expresa porque los cuidadores principales en general cuentan con personas a las cuales poder solicitar apoyo emocional y económico (tabla 31), y cuentan con quien apoyarse para el cuidado del niño/a. Sin embargo, la desconfianza se sitúa en el contexto del barrio, en que el 29,9% declara confiar en la gente del barrio. Esto último se asocia con que sobre un tercio de los cuidadores principales señala percibir desconfianza y falta de preocupación entre las personas.

Tabla 31. Percepción de apoyo por parte de cuidadores principales según tipología de red.

Percepción de apoyo	Urbano 1	Urbano 2	Mixto	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Cuenta con alguien de confianza para cuidar al niño/a en caso de necesidad siempre o casi siempre	82,4	86,1	82,2	81	84,8	84,3
Tiene alguna persona a quien recurrir en caso de imprevistos económicos siempre o casi siempre	50,6	65,6	63,2	51,8	71,7	64,2
Tiene alguna persona en quien confiar, pedir ayuda o consejo siempre o casi siempre	51,8	67,3	63,6	53,3	63,8	64,1
Confía en la gente del barrio siempre o casi siempre	22,4	27,4	29,9	32,1	37,5	29,7
Grado de acuerdo con afirmaciones (muy de acuerdo y acuerdo)	%	%	%	%	%	%
Es más seguro no confiar en nadie	69,4	60,7	56,7	75,9	54,6	60,5
En mi barrio o localidad los vecinos se preocupan los unos de los otros	54,1	56,7	59,5	51,1	57,1	56,7
A nadie le importa mucho lo que me pasa	49,4	31,7	33,3	35	36,8	34,1

En lo que respecta a los amigos (redes sociales) de los cuidadores principales es baja, ya que un 17,6% declara no tener amigos (rango entre 15,5% en urbano2 y 21,6% hospital) y el 29,3% refiere que no se ha reunido con ellos nunca en los últimos 6 meses (rango entre 23,4% en redes mixtas y 35,8% en redes rurales).

La percepción de seguridad frente a trámites y control frente a la vida señala capacidad de afrontamiento. Como se muestra en la tabla siguiente, hay casi un tercio de los cuidadores principales que no se perciben con estas capacidades.

Tabla 32. Percepción de seguridad y control por tipo de red.

Percepción de seguridad y control	Urbano 1	Urbano 2	Mixtos	Rural	Hospital	Total
	%	%	%	%	%	%
Percepción de seguridad para hacer trámites	71,8	73,2	76,3	61,3	74,3	73,0
Percepción de control de las cosas importantes de su vida	80,0	69,1	80,4	66,4	64,4	70,7

II. Asociaciones significativas

A continuación, se presentan las asociaciones estadísticamente significativa entre las variables explicatorias o independientes y el desarrollo infantil global, analizado como variable dicotómica (normal o retraso), para cada ámbito de análisis

a) Medioambiente distal

La tabla siguiente muestra aquellas variables que se asocian con desarrollo infantil medido por Battelle. Las variables de capital social se comportaron según lo esperado. Es decir a mayor percepción de falta de apoyo, mayor riesgo de retraso del desarrollo; y a mayor percepción de confianza, menor riesgo de retraso.

Tabla 33. Variables significativas del medioambiente distal asociadas con desarrollo infantil

Ámbito	Variable	Prueba estadística	p	OR	IC 95%	Interpretación
Medioambiente distal	Tipo de redes	Chi2	0,0001	0,537	0,3-0,97	Menor riesgo de retraso en red urbana ¹
	Participación social	t-student	0,027	0,855	0,74-0,99	Menor riesgo de retraso a mayor participación en redes
	Percepción de apoyo social (económico)	Chi2	0,023	1,423	1,03-1,96	Mayor riesgo de retraso si percepción de falta apoyo siempre
	Percepción de falta de apoyo social (emocional)	Chi2	0,0001	1,772	1,27-2,46	Mayor riesgo de retraso si percepción de falta de apoyo siempre
	Percepción de falta de apoyo para crianza del niño/a	Chi2	0,0123	1,747	1,45-2,67	Mayor riesgo de retraso si percepción de apoyo casi siempre
	Percepción de confianza en la gente del barrio	Chi2	0,0001	0,664	0,46-0,97	Menor riesgo de retraso si percepción de confianza en el barrio es siempre
	Eventos estresantes	t-student	0,001	0,888	0,83-0,95	Menor riesgo de retraso a mayor puntaje en eventos estresantes

b) Comunidad.

Las variables de utilización de servicios de salud no se asociaron de manera estadísticamente significativa. Pero, la asistencia a jardín infantil en la actualidad, se asoció positivamente con menor riesgo de retraso. Por el contrario todas las variables que se relacionan con la percepción del medioambiente de la comunidad se asociaron de manera inversa; es decir mayor riesgo de retraso al percibir menos problemas. Esto puede vincularse con que estos cuidadores principales no cuenten con los elementos básicos de subsistencia o estén en peores condiciones psicológicas lo que les impide “mirar” el entorno o ser capaces de evaluarlo.

Tabla 34. Variables significativas de la comunidad asociadas con desarrollo infantil

Ámbito	Variable	Prueba estadística	p	OR	IC 95%	Interpretación
Comunidad	Asistencia a jardín infantil actualmente	Fischer exacto	0,049	0,809	0,66-0,99	Menor riesgo de retraso si hay asistencia a jardín infantil
	Percepción de ambiente contaminado	t-student	0,001	0,949	0,933-0,966	Menor riesgo si hay mayor percepción
	Percepción de vectores	t-student	0,036	0,93	0,87-0,99	Menor riesgo si hay mayor percepción
	Percepción de insuficiencias en infraestructura	t-student	0,04	0,85	0,76-0,94	Menor riesgo si hay mayor percepción
	Percepción de violencia en el barrio	Chi2	0,001	0,75	0,603-0,993	Menor riesgo si hay mayor percepción

c) Hogar

En hogar distinguimos tres ámbitos. El primero, de carácter estructural, fue estadísticamente significativo sólo la situación socioeconómica medida por ESOMAR, observándose menor riesgo de retraso a mayor nivel socioeconómico. En el segundo ámbito, que corresponde al entorno doméstico-afectivo del niño/a, encontramos que hay menor riesgo de retraso si hay mayor estabilidad del cuidado, menor puntaje de funcionamiento familiar, menor percepción de falta de tiempo para estar con el niño/a. Esto habla de un entorno familiar funcional y disponible para el niño/a. Finalmente, el entorno doméstico-pedagógico muestra la importancia de contar con recursos para la estimulación apropiada del niño/a y la participación en ésta del cuidador principal y de la figura paterna, y la presencia de adultos en las rutinas de los niños/as

Tabla 35. Variables significativas del hogar asociadas con desarrollo infantil

Ámbito	Variable	Prueba estadística	p	OR	IC 95%	Interpretación
Hogar y familia (estructura)	Situación socioeconómica (ESOMAR)	Chi2	0,008	0,444 y 0,541	(0,24-0,84) y (0,33-0,9)	Menor riesgo de retraso a mayor nivel socioeconómico
Hogar y familia entorno doméstico-afectivo	Estabilidad del cuidado: cuidador principal siempre a cargo	Chi2	0,01	0,768	0,40-0,85	Menor riesgo de retraso si el cuidador principal siempre estuvo a cargo del niño
	Preocupaciones sobre falta de tiempo para estar con el niño/a	Chi2	0,006	0,604	0,45-0,81	Menor riesgo de retraso si hay menor percepción de falta de tiempo
	Percepción funcionamiento familiar	t-student	0,011	0,978	0,96-0,99	Menor riesgo de retraso a mejor percepción funcionamiento familiar
Hogar y familia entorno doméstico-pedagógico	Disponibilidad de recursos	t-student	0,0001	0,67	0,55-0,82	Menor riesgo de retraso a mayor disponibilidad de recursos

	Estimulación por cuidador principal	t-student	0,0001	0,683	0,84	Menor riesgo de retraso a mayor estimulación
	Estimulación por figura paterna	t-student	0,0001	0,796	0,98	Menor riesgo de retraso a mayor estimulación
	Compañía para ver TV	Chi2	0,0001	0,505	0,37-0,7	Menor riesgo de retraso si ve acompañado la TV siempre
	Comer al menos una comida con la familia	Chi2	0,0001	0,412	0,25-0,68	Menor riesgo de retraso si come alguna comida al día con cuidadores

d) Cuidador principal

Sólo dos variables asociadas directamente al cuidador principal mostraron relacionarse con el desarrollo infantil temprano. Menor riesgo de retraso si hay presencia de síntomas de depresión y si hay depresión.

Tabla 36. Variables significativas del cuidador principal asociadas con desarrollo

Ámbito	Variable	Prueba estadística	p	OR	IC 95%	Interpretación
Cuidador principal	Síntomas depresivos	Fischer exacto	0,01	1,722	1,40-2,11	Mayor riesgo retraso si síntomas depresión
	Depresión	Fischer exacto	0,01	1,433	1,02-2,02	Mayor riesgo de retraso si depresión

e) Niño/a

Entre las variables del niño, como era esperable, el retraso del desarrollo se asocia a problemas específicos de salud identificados por el cuidador principal como problemas para aprender, hablar y comunicarse. A mayor número de problemas de salud identificados mayor riesgo de retraso. Por otra parte nacer con

un Apgar a los 5 minutos bajo, también se asoció a retraso. Finalmente, el pertenecer a un pueblo originario es un factor protector de retraso del desarrollo.

Tabla 37. Variables significativas del niño/a asociadas con desarrollo

Ámbito	Variable	Prueba estadística	p	OR	IC 95%	Interpretación
Del niño/a	Perteneciente a pueblos originarios	Fischer exacto	0,003	1,588	1,14-2,22	Mayor relacion a la normalidad si pertenece a pueblo originario.
	Apgar a los 5 minutos	Fischer exacto	0,0001	9,17	1,02-82,8	Mayor riesgo de retraso si Apgar de 3
	Problemas de salud del niño identificados	t-student	0,0001	1,187	1,29	Mayor riesgo a mayor número de problemas
	Problemas para aprender	Fischer exacto	0,0001	3,96	2,64-5,94	Mayor riesgo si hay problemas
	Problemas para hablar y comunicarse	Fischer exacto	0,0001	2,172	1,67-2,82	Mayor riesgo si hay problemas

III. Modelo explicativo del desarrollo infantil

Una primera aproximación para explicar el desarrollo infantil (no a predecirlo) para este grupo de niños entre 30 y 53 meses de edad, que no recibieron todas las prestaciones del ChCC, y que se atienden o están adscritos a centros de salud pública, se puede elaborar utilizando sólo aquellas variables que se asociaron significativamente y que hacen sentido.

Después de ajustar modelos logísticos univariados, donde la variable respuesta es **desarrollo** (0= desarrollo normal, 1= riesgo) para el Batelle total o por área, se ajustó modelos logísticos multivariados usando las covariables seleccionadas a partir de los modelos univariados.

Debido a la multidimensionalidad del problema, las covariables que tienen datos faltantes o Ns-Nr (no sabe, no responde) afecta al tamaño muestral final que se usa para el ajuste. De los 1705 niños/as, después de filtrar por los datos faltantes y Ns-Nr, se obtiene una muestra final de 1260 niños/as. Esto se logró después de codificar la covariable Apgar a los 5 minutos en 3 categorías: **1=**

apgar ≤ 7; **2** = 8 ≤ apgar ≤ 10 y **3** = Ns-Nr. Si hubiésemos filtrado los valores de Ns-Nr el tamaño muestral sería de 929 niños/as. Este mismo ejercicio no fue posible usarlo en las otras covariables debido a que el número de respuestas Ns-Nr es bastante pequeño (desde 1 a 35 por covariable) como para crear una categoría de Ns-Nr.

La Tabla 38 muestra las estimaciones del modelo logístico multivariado para el desarrollo según Batelle total.

Tabla 38. Variables que ingresan en el modelo de manera significativa y explican el desarrollo

							95% C.I. for EXP(B) OR	
	Beta	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B) OR	Lower	Upper
RED1(1)Mixta	0,822	0,259	10,061	1	0,002	2,275	1,369	3,781
RED1(2)Rural	1,064	0,311	11,689	1	0,001	2,899	1,575	5,337
Asiste regularmente a Jardín Infantil	-0,542	0,156	12,118	1	0,0001	0,582	0,429	0,789
Percepción problema contaminación ambiente	-0,124	0,043	8,246	1	0,004	0,883	0,812	0,961
Percepción problema de infraestructura	-0,061	0,027	5,16	1	0,023	0,94	0,892	0,992
Número de problemas de salud del niño/a diagnosticados	0,787	0,235	11,212	1	0,001	2,198	1,386	3,485
Desnutrición	-0,956	0,417	5,262	1	0,022	0,384	0,17	0,87
Obesidad	-1,039	0,352	8,694	1	0,003	0,354	0,177	0,706
Bronquitis obstructiva	-0,978	0,3	10,625	1	0,001	0,376	0,209	0,677
Otitis media a repetición	-0,738	0,35	4,443	1	0,035	0,478	0,241	0,95
Apgar a los 5 minutos > 7	-1,875	0,652	8,264	1	0,004	0,153	0,043	0,551

De acuerdo a la tabla son factores de riesgo de desarrollo infantil el pertenecer a una red mixta y rural respecto de pertenecer a una red urbana¹,

tener mayor número de problemas de salud (el niño/a) respecto de no tener problemas. Factores protectores son la asistencia a jardín infantil regularmente, haber sido diagnosticado de alguno de los siguientes problemas: desnutrición, obesidad y otitis a repetición. Este aspecto puede implicar mayor contacto con el sistema de salud, y por tanto oportunidades de diagnóstico. Otros factores son: apgar mayor de 7 a los 5 minutos.

La tabla siguiente muestra las variables que explican significativamente el desarrollo social.

Tabla 39. Variables que ingresan en el modelo de manera significativa y explican el desarrollo social

	95% C.I.for EXP(B) OR							
	Beta	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B) OR	Lower	Upper
RED1(1)Mixta	0,9	0,252	12,726	1	0	2,459	1,5	4,031
RED1(2)Rural	0,962	0,305	9,923	1	0,002	2,616	1,438	4,76
Participación taller crianza	- 0,521	0,225	5,362	1	0,021	0,594	0,382	0,923
Percepción problemas contaminación	- 0,092	0,042	4,886	1	0,027	0,912	0,84	0,99
Los niños deben ser siempre educados	0,45	0,223	4,098	1	0,043	1,569	1,014	2,427
Los niños necesitan reglas muy estrictas	0,52	0,214	5,873	1	0,015	1,681	1,104	2,559
Percibir insuficiente tiempo para estar con el niño/a	0,886	0,348	6,472	1	0,011	2,425	1,226	4,798
Disponer al menos 10 libros infantiles	- 0,766	0,349	4,813	1	0,028	0,465	0,235	0,922
Disponer de juguetes para imitar	- 0,839	0,386	4,73	1	0,03	0,432	0,203	0,92
Disponer de pelotas	- 0,888	0,415	4,583	1	0,032	0,412	0,183	0,928
Número de problemas de salud	0,766	0,233	10,865	1	0,001	2,152	1,364	3,395
Diagnostico de desnutrición	- 1,193	0,415	8,254	1	0,004	0,303	0,134	0,685
Diagnóstico de obesidad	- 1,092	0,349	9,815	1	0,002	0,336	0,169	0,664

Diagnóstico de bronquitis obstructiva	- 0,838	0,297	7,955	1	0,005	0,433	0,242	0,775
Apgar a los 5 minutos > de 7	- 1,846	0,649	8,105	1	0,004	0,158	0,044	0,563

Factores de riesgo son: el tipo de red, considerar que los niños deben ser siempre educados, los niños necesitan reglas muy estrictas, los cuidadores principales perciben insuficiente tiempo para estar con el niño/a, y el número de problemas de salud del niño/a. Los Factores Protectores son contar con diagnóstico de determinadas enfermedades (típicamente aquellas asociadas al control de salud), disponer de algunos recursos como libros infantiles, juguetes para imitar, pelotas, y contar con un apgar mayor de 7 a los 5 minutos.

La tabla siguiente muestra las variables que explican el desarrollo cognitivo. Son factores de riesgo: el tipo de red, el menor número de recursos pedagógicos disponibles, figura paterna que no le canta al niño/a, ser el quinto o más hijo/a, y el número de problemas de salud. Entre los protectores destaca la disponibilidad de recursos pedagógicos específicos.

Tabla 40. Variables que ingresan en el modelo de manera significativa y explican el desarrollo cognitivo

	95% C.I. for EXP(B)							
	Beta	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
RED1(1)Mixta	1,733	0,386	20,162	1	0	5,656	2,655	12,05
RED1(2)Rural	1,067	0,453	5,541	1	0,019	2,906	1,195	7,062
RED1(4)U2	0,744	0,36	4,259	1	0,039	2,104	1,038	4,263
Asiste actualmente a Jardín Infantil	0,64	0,217	8,684	1	0,003	0,527	0,345	0,807
Participación en talleres de estimulación	- 0,808	0,378	4,569	1	0,033	0,446	0,213	0,935
Percepción de problemas de contaminación	- 0,154	0,066	5,528	1	0,019	0,857	0,753	0,975
El niño come con su familia al menos una vez al día	- 1,251	0,461	7,374	1	0,007	0,286	0,116	0,706

Menor número de recursos pedagógicos disponibles	0,999	0,469	4,54	1	0,033	2,715	1,083	6,804
Disponer de al menos 10 libros	- 1,059	0,522	4,108	1	0,043	0,347	0,125	0,966
Disponer de juguetes para el aprendizaje	- 1,424	0,568	6,285	1	0,012	0,241	0,079	0,733
Disponer de un equipo de música	- 1,232	0,523	5,54	1	0,019	0,292	0,105	0,814
Disponer de juguetes para imitar	- 1,299	0,57	5,185	1	0,023	0,273	0,089	0,835
Disponer de pelotas	- 1,498	0,598	6,277	1	0,012	0,224	0,069	0,722
Disponer de algún instrumento musical	- 1,398	0,535	6,827	1	0,009	0,247	0,087	0,705
Figura paterna que no le canta	1,069	0,439	5,941	1	0,015	2,913	1,233	6,881
Cuidador principal le canta	- 0,916	0,375	5,969	1	0,015	0,4	0,192	0,834
Cuidador principal le lee	- 1,069	0,449	5,666	1	0,017	0,343	0,142	0,828
Cuidador principal juega juego de interés del niño	- 1,371	0,656	4,363	1	0,037	0,254	0,07	0,919
El niño es el quinto o más niño	0,215	0,097	4,939	1	0,026	1,239	1,026	1,498
Número de problemas de salud	1	0,315	10,086	1	0,001	2,719	1,467	5,041
Desnutrición	-2,3	0,687	11,21	1	0,001	0,1	0,026	0,385
Obesidad	- 1,162	0,487	5,694	1	0,017	0,313	0,12	0,813
Bronquitis obstructiva	- 1,427	0,418	11,652	1	0,001	0,24	0,106	0,545
Otitis media a repetición	- 1,309	0,491	7,112	1	0,008	0,27	0,103	0,707
Problema motores	- 1,779	0,758	5,509	1	0,019	0,169	0,038	0,746
Apgar a los 5 minutos >7	- 1,419	0,66	4,618	1	0,032	0,242	0,066	0,883

Respecto del desarrollo cognitivo, el factor de riesgo más importante es el tipo de red, seguido de la presencia de problemas de salud del niño/a. Como factor potencialmente protector, destaca la asistencia al Jardín Infantil.

Tabla 41. Variables que ingresan en el modelo de manera significativa y explican el desarrollo motor

	95% C.I. for EXP(B)							
	Beta	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
RED1(1)Mixta	0,624	0,241	6,679	1	0,01	1,866	1,163	2,994
RED1(2)Rural	0,932	0,294	10,05	1	0,002	2,54	1,427	4,519
RED1(3)Urbana1	0,753	0,344	4,774	1	0,029	2,123	1,081	4,17
Asiste actualmente al Jardín Infantil	-0,322	0,145	4,916	1	0,027	0,725	0,545	0,963
Percepción problemas de contaminación	-0,096	0,04	5,871	1	0,015	0,908	0,84	0,982
Percepción problemas de infraestructura	-0,073	0,026	8,141	1	0,004	0,929	0,884	0,977
Cuidador principal le lee	-0,571	0,286	3,985	1	0,046	0,565	0,323	0,99
Número de problemas de salud	0,448	0,219	4,195	1	0,041	1,565	1,019	2,404
Obesidad	-0,816	0,324	6,361	1	0,012	0,442	0,234	0,834
Bronquitis obstructiva	-0,676	0,279	5,874	1	0,015	0,509	0,295	0,879

En relación al Área comunicación de manera específica, tenemos como factores de riesgo aspectos relacionados con la crianza (como la creencia respecto de las reglas en los niños, la estimulación paterna), aislamiento social del cuidador principal, y problemas de audición en los niños.

Tabla 42. Variables que ingresan en el modelo de manera significativa y explican el desarrollo de la comunicación

	95% C.I. for EXP(B)							
	Beta	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
RED1(1)Mixta	0,667	0,246	7,314	1	0,007	1,948	1,201	3,157
RED1(2)Rural	0,916	0,304	9,07	1	0,003	2,499	1,377	4,537
Vacunas al día	-1,767	0,586	9,105	1	0,003	0,171	0,054	0,538
Un niño necesita reglas estrictas	0,549	0,204	7,256	1	0,007	1,732	1,161	2,584
Falta de tiempo para estar con el niño/a	0,507	0,197	6,625	1	0,01	1,66	1,129	2,443

Figura paterna no le canta al niño/a	0,626	0,299	4,389	1	0,036	1,871	1,041	3,362
Nunca se ha reunido con los amigos en los últimos 6 meses el cuidador principal	0,499	0,225	4,934	1	0,026	1,647	1,06	2,557
Número de problemas de salud	0,476	0,225	4,49	1	0,034	1,61	1,036	2,501
Bronquitis obstructivas	-0,561	0,284	3,906	1	0,048	0,57	0,327	0,995
Problemas de audición	1,2	0,595	4,065	1	0,044	3,319	1,034	10,652
Apgar 5 > 7	-1,199	0,567	4,477	1	0,034	0,302	0,099	0,915

Finalmente las variables significativas para el área adaptativa se muestran a continuación. Destaca como distintivo de esta dimensión el que la pertenencia a pueblo originario se asocie con riesgo de retraso en el desarrollo en el área adaptativa.

Tabla 43. Variables que ingresan en el modelo de manera significativa y explican el desarrollo adaptativo

							95% C.I. for EXP(B)	
	Beta	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
RED1(1)Mixta	1,168	0,278	17,633	1	0	3,216	1,864	5,548
RED1(2)Rural	1,578	0,323	23,872	1	0	4,844	2,572	9,12
RED1(4)U2	0,713	0,244	8,537	1	0,003	2,039	1,264	3,289
Asistencia a Jardín Infantil	-0,523	0,159	10,869	1	0,001	0,593	0,435	0,809
El niño come una vez al día con la familia	-1,02	0,371	7,576	1	0,006	0,36	0,174	0,745
Número de problemas de salud	0,733	0,236	9,639	1	0,002	2,08	1,31	3,303
Anemia	-1,27	0,412	9,524	1	0,002	0,281	0,125	0,629
Desnutrición	-0,952	0,426	4,999	1	0,025	0,386	0,168	0,889
Bronquitis obstructiva	-0,707	0,299	5,576	1	0,018	0,493	0,274	0,887
Otitis a repetición	-0,714	0,354	4,075	1	0,044	0,49	0,245	0,979
Problemas motores	-1,764	0,597	8,735	1	0,003	0,171	0,053	0,552
Pertenencia a pueblos originarios cuidador principal	0,807	0,366	4,861	1	0,027	2,242	1,094	4,597

“Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas,
en el contexto del sistema Chile Crece Contigo”

APGAR a los 5 min > 7	-1,529	0,594	6,629	1	0,01	0,217	0,068	0,694
--------------------------	--------	-------	-------	---	------	-------	-------	-------

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Los antecedentes disponibles nos muestran que los niños y niñas de esta cohorte en estudio tienen en general buenas condiciones de salud física, con frecuencias reportadas dentro de lo esperado, y buenos antecedentes perinatales. Con un entorno socioeconómico variable, pero en general no extremadamente adverso. Sin embargo, la información disponible en este informe muestra una alta frecuencia de retraso del desarrollo, comparable con otros estudios disponibles en la población chilena. Además destaca una situación de alto riesgo para el desarrollo infantil dadas las condiciones psicosociales de los cuidadores principales, en que destaca una alta frecuencia de síntomas depresivos, y de factores de riesgo psicosociales (baja participación en redes, sensación de inseguridad, desconfianza social). Un tercio de los cuidadores señala no disponer de habilidades de afrontamiento y autoeficacia tanto para la vida cotidiana como para las labores de crianza.

Específicamente en cuanto al desarrollo de los niños, se refleja un retraso importante en el área de la comunicación o lenguaje, que evalúa la función receptiva y expresiva del niño. Esto es coincidente con los antecedentes mencionados por distintos estudios nacionales, sin embargo, lo que preocupa es el número de casos detectados en este estudio, y que podría estar relacionándose con los factores de riesgo mencionados en el párrafo anterior.

El análisis bivariado muestra cómo factores de diferente nivel afectan el desarrollo infantil. Son factores protectores: el mejor nivel socioeconómico del hogar (medido por disponibilidad de bienes), la participación en redes sociales por parte del cuidador principal, la asistencia a jardín infantil, la estabilidad del cuidado, la disponibilidad de recursos para el juego y aprendizaje en el hogar, y la estimulación del cuidador principal y de la figura paterna, y el origen de pueblo originario del niño/a. Son factores de riesgo del desarrollo la disfunción familiar, la

falta de compañía de un adulto significativo en rutinas (ver TV, comer), la presencia de síntomas depresivos o depresión en los cuidadores principales y la presencia de problemas de salud del niño/a.

El modelo explicativo desarrollado nos muestra que el factor de riesgo más importante corresponde al tipo de red (asociado a ruralidad). Este dato es coincidente con las estimaciones realizadas en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud en que se encontró el mismo resultado (respecto de zona de residencia urbana/rural). Estas redes implican un menor nivel socioeconómico (ESOMAR), pero además involucran otros problemas que son necesarios de indagar con profundidad, entre estos, posiblemente acceso a servicios y estilos de crianza particulares. Esto requiere de un tamaño muestral mayor para poder identificar con propiedad asociaciones. El otro aspecto dice de la presencia de enfermedades en los niños/as que condicionan la presencia de retraso del desarrollo. Como factor protector el más relevante es nacer con un Apgar > 7 . En el modelo, las variables intermedias que se relacionan con desarrollo pierden significancia estadística, sin embargo son relevantes, en particular la disponibilidad de recursos pedagógicos, la estimulación del cuidador principal y de la figura paterna.

Es necesario realizar un análisis más en profundidad de los datos, estableciendo modelos de senderos, de manera de identificar las vías por las cuales se podrían producir los efectos en el desarrollo. Del mismo modo, para cada dimensión del desarrollo es posible que las vías sean diferentes⁴⁵, y los factores que los expliquen sean distintos.

Finalmente, es importante mencionar que esta cohorte refiere sólo haber recibido dos prestaciones que se asocian a ChCC, que están presentes en el catálogo de prestaciones del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial: el

⁴⁵ En este reporte sólo se presenta la información sobre variables explicativas para el desarrollo total y por dimensión. El análisis por dimensión debe hacerse con precaución dado que la potencia de la muestra no fue estimada para identificar asociaciones a ese nivel. De realizarlo, es necesario evaluar la potencia del estudio para cada asociación, lo que escapa de este estudio.

parto acompañado y la evaluación del desarrollo, la primera con una historia de instalación previa a la creación de ChCC y la segunda con coberturas a lo largo del país, muy variables previa a la instalación del Programa. Sin embargo, será necesario el estudio de fichas clínicas de estos niños/as con el objeto de verificar la información.