



Universidad Austral de Chile

Escuela Enfermería

**ESTUDIO COMPARATIVO DE FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL
RIESGO Y RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR ENTRE NIÑOS
MAPUCHE Y NO MAPUCHE CONTROLADOS EN EL PROGRAMA DE
ESTIMULACIÓN DEL CESFAM PANGUIPULLI DURANTE EL PERIODO
OCTUBRE A NOVIEMBRE DE 2007.**

Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar al grado
de Licenciado en Enfermería.

KAREN GARRIDO ÑANCO
VALERIA HERMOSILLA ALVARADO

VALDIVIA
2007

Profesor Patrocinante:

Nombre : Fredy Seguel Palma
Profesión : Enfermero
Grados : Magíster en Salud Pública

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Profesores Informantes:

Nombre : Ana Luisa Cisternas
Profesión : Enfermera
Grados : © Doctorado en Gerontología

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Nombre : Tatiana Victoriano R.
Profesión : Enfermera.
Grados : ©Magíster en Desarrollo Humano Mención Desarrollo Personal y Familiar.

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

1. ÍNDICE

1. Introducción.....	6
2. Marco Teórico.....	8
3. Objetivos	22
4. Materiales y Métodos.....	23
5. Resultados.....	33
6. Discusión.....	71
7. Conclusiones.....	75
8. Bibliografía.....	79
9. Anexos.....	83

2. RESUMEN

Históricamente la evaluación del crecimiento y desarrollo de los niños se realizaba en base a la antropometría y la alimentación. El avance de nuestro país en diversas áreas del desarrollo ha orientado el foco del quehacer en salud hacia los déficits prevalentes, entre los que destaca el rezago en el desarrollo psicomotor. Sin embargo el desarrollo integral del niño no puede descontextualizarse, por lo que resulta fundamental considerar el entorno en que los niños se desenvuelven para lograr comprenderlos holísticamente.

El propósito de esta investigación es conocer los factores psicosociales que se asocian al riesgo y retraso del desarrollo psicomotor entre niños mapuche y no mapuche que son controlados en el programa de estimulación del desarrollo psicomotor del Centro de Salud Familiar Panguipulli.

Este estudio es Cuantitativo de tipo Transversal, Descriptivo y Observacional. Para la obtención de los datos de la Investigación se utilizó el Censo, estudiándose niños y niñas, mapuche y no mapuche, entre 12 y 59 meses. Los criterios de exclusión del estudio fueron los niños con diagnóstico de Riesgo o Retraso del DSM a consecuencia de un daño neurológico o biológico y aquellas madres que se negaran a participar del estudio.

Se aplicó el instrumento a 44 madres de niños mapuche (47,7%) y no mapuche (52,3%). Los datos fueron analizados a través del programa estadístico Epi Info 2002. En ambas clasificaciones étnicas, la mayoría de los niños presenta déficit en el área de lenguaje, concentrándose entre los 2 y 3 años de edad, representado mayoritariamente por varones (66%), que habitan en sectores urbanos (68%) y que tienen una baja adherencia a instituciones de educación (15,5%). Es frecuente encontrar familias de tipo nuclear biparental y extensa monoparental, con reconocimiento como jefe de hogar al padre o abuelo, con una buena percepción del funcionamiento familiar.

3. SUMMARY

Historically the evaluation of the growth and development of the children was realized on the bases of the anthropometry and diet. The development of different areas in our country has focused in the area of health issues towards the prevailing deficits, in which the psychomotor development is considerably higher in importance. Nevertheless the integral development of the child cannot be out of context, so it turns out to be fundamental considering environment in which the children growth in order to understand it completely.

The intention of this research is to get to know the psycho-social factors that are associated with the risk and delay of the psychomotor development among Mapuche and not Mapuche children who are controlled by the psychomotor stimulation program of the psychomotor development of Centro de Salud Familiar Panguipulli.

This is a Transversal Quantitative study, Descriptive and Observational. To obtain the required information for this Research, the Census was the tool in use to study Mapuche and not Mapuche children between 12 and 59 months. The exclusion criteria for the study were the mothers of children that having a Risk diagnosis or Delay of the DSM - as a result of a neurological or biological damage- and those who did not accept to take part of the study.

The instrument was applied to 44 Mapuche's mothers (47,7%) and not Mapuche (52,3%). The information was analyzed across the statistical program Epi Info 2002. In both ethnic classifications, the majority of the children presents a deficit in the area of language, mainly among the 2 and 3 years of age, represented in its majority by males (66%), who live in urban sectors (68%) and have a low adherence to educational institutions (15,5%). It is common to find families of nuclear type biparental and extensive single-parent, with recognition as the head of the family to the father or grandfather, with a good perception of the familiar functioning.

4. INTRODUCCIÓN

Hasta hace unos años atrás, la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño se realizaba principalmente en base a la antropometría y la alimentación, haciendo énfasis, sobretudo en la prevención o tratamiento de la desnutrición. En ese entonces las políticas de salud estaban orientadas a la prevención y disminución de la mortalidad infantil.

El mejoramiento de las condiciones ambientales junto a las acciones del sector salud, han permitido disminuir la morbimortalidad infantil, lo que ha determinado que el foco del quehacer en salud como sector del desarrollo se dirija a las actuales causas de mortalidad infantil y los déficits prevalentes, entre los que destaca el rezago en el desarrollo psicomotor de los niños y niñas del país. El actual modelo de salud integral con enfoque familiar releva las intervenciones preventivo-promocionales que, en el ámbito de la salud infantil, se expresan en acciones de intervención destinadas a la pesquisa del déficit por riesgo o retraso del desarrollo psicomotor, junto a la recuperación del mismo.

Pese a haber superado los grandes problemas de salud biomédicos de morbimortalidad, principalmente por causa de enfermedades infecto-contagiosas, la prevalencia del déficit del desarrollo psicomotor de niños y niñas sigue exhibiendo cifras que nos interpelan a la intervención activa ya que no ha exhibido una variación significativa en los últimas dos décadas. (MINSAL, 2007).

Actualmente las políticas de Estado en relación a la infancia apuntan a la protección de los niños y niñas desde el período antenatal y desde distintos sectores del desarrollo, incluyendo Salud como uno de ellos, lo que se ha institucionalizado en el Programa “Chile Crece Contigo”, destinado a todas las mujeres embarazadas de nuestro país, en el contexto del Sistema de Protección Social del Estado. (Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas Públicas, 2006).

El desarrollo integral del niño no puede descontextualizarse; se debe considerar el entorno en que ellos se desenvuelven. En este sentido, debemos entender que es un requisito fundamental conocer el medio en el que transcurre este proceso para lograr comprender de manera holística al niño.

La Atención Primaria de Salud realiza el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño desde los primeros días de nacido hasta los 6 años de edad, acción integrada en el Programa de Salud Infantil. Los controles de salud infantil efectúan la medición antropométrica, examen físico y la evaluación del desarrollo psicomotor, además es uno de los principales agentes en la promoción de la estimulación del desarrollo, la formación de hábitos y la orientación sobre normas de crianza.

La comuna de Panguipulli, situada al noreste de la Provincia de Valdivia, cuenta con un Centro de Salud Familiar que atiende alrededor de veintitrés mil beneficiarios. De acuerdo a un estudio realizado en la Unidad de Salud Municipal de la comuna, Panguipulli

cuenta con una importante cantidad de población Mapuche, indicando que el 38,8% del total de la población es de etnia Mapuche y un 48,9% de la población rural es de origen Mapuche. Excluyendo las localidades semiurbanas encontramos que el 59,3 % de la población rural está compuesta por población mapuche. (Corporación Municipal Panguipulli, 2005).

El propósito de esta investigación es conocer las diferencias de los factores psicosociales que se asocian al riesgo y retraso del desarrollo psicomotor entre niños mapuche y no mapuche que son controlados en el programa de estimulación del desarrollo psicomotor del Centro de Salud Familiar Panguipulli.

5. MARCO TEÓRICO

Los seres humanos nacen genéticamente programados para enfrentar el proceso biológico del desarrollo, proceso en el cual los niños/as, a través de la socialización y del apego, van creando su visión de la sociedad y de si mismos, al mismo tiempo que van adquiriendo herramientas que les permiten adaptarse al medio en el que se desenvuelven y definir su personalidad.

El desarrollo psicosocial comienza durante el periodo de gestación y se caracteriza por ser un proceso integral, continuo y progresivo que sigue algunas características universales. En primer lugar, la adquisición paulatina de habilidades en el niño es la manifestación externa del proceso de maduración que experimenta el sistema nervioso central, como la proliferación de las dendritas y la mielinización de los axones.

Este proceso de maduración sigue un orden preestablecido, determinando una secuencia definida y predecible, siguiendo un orden céfalo-caudal y de proximal a distal, permitiendo que el niño/a adquiera conocimientos, habilidades y compromisos de mayor complejidad, al mismo tiempo que se producen cambios físicos. De este modo el proceso de maduración se despliega en armonía con los cambios cognitivos, del lenguaje y la capacidad de establecer relaciones con su entorno, permitiendo el desarrollo de sentimientos y emociones, proceso que alcanza una plena madurez entre los 5 y 7 años de edad. (Gessel, A.; 1985).

El objetivo último de este proceso es conducir hacia la máxima expresión de las capacidades y potencialidades de cada niño/a, lo que lo habilita para desenvolverse como un ser social y ciudadano; al mismo tiempo que las capacidades psicosociales alcanzadas le permitirán disfrutar de las oportunidades educativas y laborales que la sociedad le ofrece. (MINSAL, 2007).

Según la evidencia de la Neurociencia, durante la primera infancia existen oportunidades de desarrollo humano que no se repiten en momentos posteriores del ciclo vital. Antes de los cuatro años de edad, se estructuran los saberes fundamentales en un individuo, como el lenguaje, los hábitos y habilidades sociales, el control emocional y las capacidades cognitivas. (Mustard, J.; 2000).

El desarrollo cerebral supone una compleja interacción entre la genética y las experiencias que el niño vive, puesto que el aprendizaje va construyéndose en base a los logros adquiridos con anterioridad. Durante la infancia se establecen los cimientos futuros de las personas, en un proceso continuo que se inicia en la gestación y se extiende con el nacimiento y durante los primeros años de vida. (Principios Orientadores, MINSAL, 2007). Para que esto ocurra, el cerebro posee una capacidad denominada plasticidad cerebral lo que le otorga la capacidad de reorganizar su estructura y funciones, generalmente en

respuesta a un evento específico o perturbación, y a mayor edad, existe mayor multipotencialidad.

Myers, R. (1993,5) ha definido el Desarrollo Infantil o Desarrollo Psicomotor como un “proceso evolutivo, multidimensional e integral, mediante el cual el individuo va dominando progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas, cuyo objetivo final es la adquisición de la independencia y de la capacidad de interactuar con el mundo y transformarlo”.

Para la Dra. Helia Molina (2008), Jefe de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, el Desarrollo Integral en la infancia no es sólo crecer y madurar, sino que refleja el producto de la totalidad de las capacidades interactuando con factores individuales, el ambiente y la experiencia.

En efecto, el ser humano cuenta con una serie de potencialidades desde su nacimiento, las que puede desarrollar en tanto reciba la influencia necesaria por parte del medio natural y social. Según Winnicott, “el desarrollo es el producto de la herencia, de un proceso de maduración, y de la acumulación de experiencias de vida, pero no tiene lugar, ó se verá alterado, a menos que se cuente con un medio suficientemente favorable”. (Winnicott, citado en Guzmán, M., 2008).

Se ha logrado demostrar que el momento de desarrollo más significativo en la formación de las personas corresponde al periodo de infancia, ya que en ella se organizan las estructuras funcionales del cerebro. Esto constituirá las bases psicológicas de las funciones cerebrales que condicionan y predisponen el aprendizaje (Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Pre-escolar, 2004, citado en Fernández, L. & Riquelme, P., 2006).

Las Ciencias Biológicas, y en especial la neurociencia, sostienen que el cerebro no puede completar su evolución si no se presenta la influencia intencionada del exterior que posibilite el perfeccionamiento de las funciones mentales superiores. (Chile. Presidencia. Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, 2006).

Consiguientemente, cuando existe una carencia de estimulación y de cuidados en edades tempranas, se producen efectos devastadores e inalterables en el desarrollo de las funciones cerebrales. Esto se debe a la alteración de su organización y disposición frente al aprendizaje. Contrario a ello, las experiencias ricas en esta etapa pueden tener efectos positivos sobre el desarrollo del cerebro, lo que se evidencia en la adquisición de destrezas en áreas como el lenguaje, en la resolución de problemas y en la formación de relaciones interpersonales saludables (European Agency for Development in Special Needs, 2005, citado en Fernández, L. & Riquelme, P., 2006).

En este sentido, existe una edad de mayor sensibilidad a los diferentes tipos de estímulos sensoriales y motores, luego del cual no es posible regresar atrás. Por lo tanto resulta importantísima la calidad, cantidad, intensidad y diversidad de las experiencias, lo que determina la variedad de estímulos que el niño será capaz de reconocer posteriormente. (Aksarina N. M., 1983).

Según la psiquiatra infantil, Dra. María Luisa Guzmán (2008), es posible distinguir dos periodos en el desarrollo. El primero de ellos corresponde al *Periodo Crítico*, definido como una pequeña ventana en el tiempo en que una parte específica del cuerpo es vulnerable a la ausencia de estimulación. Tan fundamental es este periodo, que si un niño no ve la luz antes de los seis meses de vida, el nervio óptico muere, siendo esta una consecuencia irreversible. En segundo término, existe un *Periodo Sensible*, caracterizado por ventanas de amplia oportunidad para ciertos aprendizajes, por lo que resulta fundamental para el proceso de desarrollo de las habilidades de toda persona. Sin embargo, se trata de un período reversible, como por ejemplo el desarrollo del lenguaje, emociones, hábitos de respuesta, entre otros.

El desarrollo es, entonces, un proceso social que comprende todos los aspectos de la vida (biológicos, psicológicos, afectivos, emocionales y de conducta) que hacen posible la interacción con la sociedad y con el ambiente, pues el significado social de las experiencias constituye una base para las relaciones que llegan a establecerse entre las personas a lo largo de su ciclo vital.

Un desarrollo psicomotor insuficiente durante la infancia temprana se traduce en una serie de problemas en la etapa escolar y posteriormente en el adulto, tales como trastornos psiquiátricos, emocionales y conductuales, desadaptación social, así como también problemas relacionados con el aprendizaje y deserción escolar, déficit en las habilidades sociales y, consecuentemente, menores oportunidades laborales y mayor morbilidad durante la adultez.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2004 citado en Fernández, L. & Riquelme, P., 2006), encargado de la difusión e implementación de acciones favorables a la aplicación de los Derechos del Niño, afirma que “los aprendizajes oportunos y pertinentes son un derecho que tienen los niños desde que nacen o quizás desde antes, y que por tanto son tan relevantes como su identidad, nacionalidad y la satisfacción de diferentes necesidades básicas”.

En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe de la red de conocimientos sobre el desarrollo infantil temprano en relación a las determinantes sociales de la salud (Early Childhood Development), señalando recomendaciones acerca de las intervenciones que son necesarias implementar y difundir con el objetivo de disminuir las inequidades en la infancia.

En primer lugar, la interacción y mutua determinación del niño/a y su ambiente inmediato es la determinante principal en su desarrollo. En segundo término, las condiciones ambientales en la primera infancia son el determinante más poderoso de las competencias básicas con las que el ser humano se adaptará al mundo. Luego, el desarrollo temprano continúa influyendo en la salud de las personas en igual forma a lo largo de todo el ciclo vital. Y finalmente, las inequidades que se presentan en el desarrollo integral del niño tienen la capacidad de amenazar las competencias requeridas para vivir en sociedad y explicarían en parte las inequidades que esta exhibe como conjunto.

Sin embargo, a pesar de los avances que ha logrado Chile en la disminución de la morbimortalidad y la desnutrición infantil, incluso a niveles similares a los de países desarrollados, los indicadores de calidad en los procesos educativos muestran una realidad poco alentadora. Este énfasis en acciones de fomento, protección y recuperación de la salud de la población infantil no puede dejar de lado los aspectos intelectuales y emocionales de los niños. Los objetivos sanitarios de la década (2000-2010) buscan favorecer el óptimo desarrollo de niños y niñas para mejorar su calidad de vida, lo cual incorpora necesariamente el desarrollo en la psicomotricidad de ellos. (MINSAL 2002).

Lira y Rodríguez (1979) elaboraron un estudio con el fin de evaluar el Desarrollo Psicomotor en lactantes chilenos. Ellos determinaron que a los 18 meses los niños presentan alrededor de un 29% de déficit y a los 4 años de edad, entre el 40% y 50%. Más tarde, Edwards y Col. (1985), demostraron que a las mismas edades, existía un déficit en el 30% y 29% de los niños, respectivamente (European Agency for Development in Special Needs, 2005, 1985b, citado Fernández, L. & Riquelme, P., 2006). Estos resultados arrastran una historia de deficiencias en el proceso de desarrollo.

Las investigadoras antes mencionadas, realizaron una investigación que incorporó una muestra de 1.330 niños de nivel socioeconómico bajo, pertenecientes a Consultorios del Servicio Nacional de Salud provenientes de dos sectores marginales de la ciudad de Santiago, que evaluó el desarrollo psicomotor en niños de alta vulnerabilidad social, demostrando que el déficit no se debía a la desnutrición sino a la carencia de estimulación sensorial y motora, lo que permitió que a partir del mismo año, el Ministerio de Salud incorporara en la atención de los niños y niñas, la evaluación del Desarrollo Psicomotor a los 2 y 18 meses y a los 4 años, mediante dos instrumentos de evaluación: la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) y el TEPSI (Test de Desarrollo Psicomotor), respectivamente. Además incorpora la atención por déficit por la Enfermera y la posibilidad de derivación a otros niveles de atención.

Años más tarde, durante principios de la década del noventa, el Estado de Chile ratificó la *Convención sobre Derechos del Niño*, asumiendo el compromiso de garantizar la protección integral de los niños a partir de la interrelación de las diferentes áreas que intervienen en el desarrollo psicomotor. (Dr. H. Montenegro y cols., 1989).

La introducción de estas herramientas de evaluación del desarrollo psicomotor ha permitido lograr un importante impacto en esta área, permitiendo anticiparse e intervenir precozmente, incluso antes del ingreso de los niños/as a algún sistema de educación formal. La cobertura de la evaluación alcanzó en el año 2006 alrededor del 80%, recuperándose en promedio un 58,4% de los niños. (Fernández, L. & Riquelme, P., 2006).

El EEDP tiene sustento teórico en la Escala Denver (1982) creada en Estados Unidos y se caracteriza por ser de un material y administración simple, que no requiere personal altamente calificado. Consta de 75 ítems, distribuidos de a cinco en cada uno de los quince grupos de edad establecidos. Éstos incluyen cuatro áreas de desarrollo: motora, coordinación, lenguaje y social. El EEDP mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas necesitan un determinado grado de desarrollo psicomotor. Cada ítem puede sólo tomar las categorías de éxito o fracaso.

El TEPSI (1985) es un Test diseñado para evaluar el Desarrollo Psicomotor y el Lenguaje de niños entre 2 y 5 años de edad, que ha sido aplicado desde 1985 en Chile y otros países latinoamericanos. Este test efectúa un “screening” o “tamizaje”, es decir, determina si el desarrollo del niño es normal o bajo lo esperado para su edad, evaluando tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad, lo que permite conocer su nivel de desarrollo en relación a un universo de niños de su misma edad. Además permite señalar la magnitud de los retrasos observados en cada área en particular. (Haeussler, P., Marchant, T., 2002).

El problema de las deficiencias del Desarrollo Psicomotor en la población infantil se ha abordado a través de programas familiares de orientación y estimulación temprana. Pero estas intervenciones deben considerar holísticamente al niño, esto es, como un ser biopsicosocial inserto en una cultura determinada que influye en su proceso de crecimiento y desarrollo.

Actualmente las políticas públicas ya no están únicamente enfocados a dar respuesta a las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la población, sino que también están orientadas a la modificación de las causas que las determinan, como por ejemplo la pobreza, el bajo nivel educacional, las desigualdades de género y los estilos de vida no saludables, los que limitan el desarrollo temprano de niños/as impactando negativamente en su nivel de salud a lo largo de la vida. (Determinantes sociales de salud, 2007, citado en MINSAL 2007).

El gobierno de Chile, y en el rol de obligatoriedad del Estado en asumir el respeto al derecho de todas las personas, especialmente de niños y niñas, ha diseñado un sistema de protección social que en lo referente a la primera infancia contiene el programa denominado *Chile Crece Contigo*, el cual se desarrolla a través de una estrategia que se orienta a contribuir a que los niños y niñas vivan sus vidas como personas libres e interactivas, autónomas, seguras y creativas ya desde la infancia a través de la generación

de una red de programas y servicios que favorecen el pleno desarrollo de las potencialidades que logren igualar las oportunidades de los niños de Chile.

En este sentido, la manera en que se da satisfacción a las necesidades de los niños/as durante sus primeras etapas en cuanto a cuidado, protección y estimulación neurosensorial, motora, afectiva y social está determinada por la familia y los recursos organizados con los que dispone la sociedad, factores que resultan decisivos para su desarrollo. (MINSAL, 2007)

El modelo ecológico de Bronfenbrenner permite explicar el impacto que ejerce el medio ambiente sobre el desarrollo del niño/a. Este señala que el desarrollo humano supone una progresiva acomodación entre un ser humano activo y las propiedades cambiantes de los entornos en que este vive. Este proceso de acomodación se da en un continuo, y se ve afectado por las relaciones establecidas entre los distintos entornos en los que participan las personas en desarrollo y los contextos (más amplios) en los que dichos entornos se vinculan, teniendo como premisa que el proceso de desarrollo está determinado por la interacción existente entre el niño/a y su familia, sus pares y el entorno social, relación que cambia constantemente en respuesta a los diferentes factores sociales y ambientales. (Bronfenbrenner, 1979).

Por otra parte, existen algunos factores que pueden afectar negativamente en el desarrollo infantil. Habitualmente los factores de riesgo interactúan de manera dinámica en la familia y su entorno. Aun cuando se den de manera aislada, ellos generan un impacto negativo en el desarrollo, mientras que otros expresan un mayor impacto cuando se asocian a otros riesgos o en condiciones que determinan especial vulnerabilidad para los niños/as.

Existe un mayor nivel de stress asociado a hogares monoparentales, con jefatura femenina o que no comparten la responsabilidad del cuidado de los niños con el progenitor. Además se produce una mayor ansiedad o depresión que repercute en la crianza y desarrollo de los niños/as, ya desde la etapa de gestación. Se ha evidenciado que la carencia de apoyo afectivo y social puede condicionar altos niveles de stress durante el embarazo provocando alteraciones en el feto, como bajo peso y desencadenar parto prematuro. (Alvarado, M y cols., 2002).

La depresión materna constituye un factor de riesgo en cuanto produce alteraciones en la relación madre-hijo, impactando negativamente en el desarrollo de los niños/as, impacto que puede acrecentarse si se asocia a otros factores tales como un bajo nivel socioeconómico, por ejemplo.

Los efectos de la depresión postnatal puede generar efectos adversos incluso posterior a la recuperación de la madre, pues se pueden desarrollar relaciones de apego inseguro, aumentando también el riesgo de que se desarrollen otro tipo de riesgos como el recientemente mencionado. (Rojas M., I., citado en MINSAL, 2007).

Estas consecuencias pueden ser de índole cognoscitivo y emocional, así como también en el desarrollo social del niño/a, generando problemas de comportamiento como la hiperactividad. De acuerdo a un estudio realizado en Chile, se determinó que casi el 50% de los hijos de madres deprimidas presenta una alta prevalencia de problemas conductuales y emocionales, comparado con un 15% de niños en la población general. (Fritisch, M., y cols. citado en MINSAL, 2007).

Por otro lado, el maltrato infantil constituye una violación a los derechos fundamentales de niños y niñas. Estos se refieren a los actos de violencia física, sexual o emocional en contra de los niños/as desarrolladas en su grupo familiar (UNICEF, 1989, citado en MINSAL, 2007). Según la psicóloga Rosario Domínguez (1998) el maltrato infantil corresponde a cualquier acto de acción u omisión no accidental que genere daño físico o psicológico a un niño por parte de sus padres o cuidadores, ya sea abuso físico, psicológico, negligencia, abandono o abuso sexual, pudiendo condicionarse por diferentes factores y afectando la salud física y mental de los niños/as que lo sufren. Incluso durante las Primeras Jornadas Regionales de Salud Mental en APS (Domínguez, R., 1998b), se concluyó que mientras más prolongada es la exposición al maltrato, mayores son las repercusiones sobre el niño/a, y por lo tanto, las intervenciones para reparar el daño ocasionado aumentan en costo y complejidad.

Asimismo, un consumo problemático de sustancias psicoactivas por parte del padre, madre o de algún otro integrante del hogar genera consecuencias negativas tanto para quien las consume como potencialmente para terceras personas. Estas sustancias tienen la capacidad de alterar la conciencia, ánimo o los procesos cognitivos de una persona, afectando diferentes áreas de la salud, la armonía familiar o el rendimiento laboral o escolar. Entre las sustancias psicoactivas más comunes se encuentra el tabaco, alcohol y drogas, incluidos algunos fármacos psicotrópicos.

El consumo de estas sustancias trae consecuencias a partir de la transmisión genética, aumentando la probabilidad de desarrollar la dependencia en alguna etapa de la vida. Por otra parte, el consumo durante la etapa gestacional afecta al feto pues atraviesan la placenta y ejercen acción sobre el cerebro y los tejidos del embrión. (Ellies, D. y cols., 1997).

Las condiciones de vida y el nivel socioeconómico, el nivel cultural y educacional nuevamente se asocian a mayores repercusiones sobre el desarrollo de los niños/as. La cultura ejerce entonces una importante influencia sobre las determinantes del desarrollo infantil.

Según Leininger (1978, citado en Marriner, 1994), la cultura se refiere a los “valores, creencias, normas y modos de vida que son aprendidos, asumidos y transmitidos por un determinado grupo y que guían sus pensamientos, decisiones, acciones o patrones de comunicación” (p.431). En su teoría, Leininger hace mención a la diversidad del cuidado cultural, señalando que existe variabilidad en los significados, en los patrones, valores o

símbolos de los cuidados que cada cultura específica establece para la salud, bienestar o modo de vida.

La teórica sostiene que los cuidados o la asistencia a los pacientes deben estar basados en la cultura de los pacientes. Además supone que existe una dimensión biofísica, cultural, psicosocial y ambiental y que el concepto de cultura permitiría conocer y entender de manera más amplia los cuidados a los pacientes: *“Los cuidados se derivan en gran parte de la cultura y requieren conocimientos basados en dicha cultura para la práctica de una enfermería satisfactoria y eficaz”*.

Para aproximarnos a la cultura, creencias y valores que explican la manera como se desarrolla el ciclo vital de los niños mapuche, debemos adentrarnos en las características de este pueblo que explican la manera como se define el proceso de desarrollo de estos niños.

Los Mapuche constituyen uno de los pueblos originarios más numerosos que subsisten en nuestro país. De acuerdo al CENSO del año 2002, existe una población perteneciente al pueblo mapuche de 604.349 personas, lo que representa el 87% de la población indígena (Comisión Nacional del XVII Censo de Población y VI Vivienda, 2002).

La familia mapuche, al igual que la familia chilena no mapuche, es el núcleo fundamental de la organización social. Ella representa la primera unidad social de educación, convirtiéndose en el primer contexto en el que se desarrollan las pautas de socialización de los niños durante su proceso de incorporación a la vida en sociedad.

Para el pueblo mapuche el cuidado de los niños ha sido relacionado históricamente desde la perspectiva de la educación, entendiendo que a través de ella se logra transmitir el patrimonio cultural de la familia de una generación a otra, permitiendo que la sociedad se perpetúe y garantizando que sus miembros sean portadores de las normas culturales. (Sotomayor, 1976; San Martín, 1985).

La historia señala que anterior a la conquista española los pueblos del centro-sur de nuestro país vivían en un tipo de matriarcado; los hijos llevaban la filiación y tótem de su madre, y el marido debía ir a vivir junto a la familia de la esposa. Sin embargo, una vez producida la conquista de Chile se produjo un cambio en esta tradición, momento en el que los hombres pasaron a ser los jefes de familia (aunque perduró la herencia del apellido materno). La esposa debió ir a vivir con la familia del esposo, incorporándose desde entonces el concepto de familia patrilineal. Posteriormente, los hijos comenzaron a recibir el apellido paterno, al igual que el resto de las familias chilenas. (Ser Indígena, 2007)

No obstante, aún en la actualidad la mujer mapuche aporta a la familia sus símbolos sagrados, y es considerada como la “gran alma” de las tradiciones culturales. Muestra de ello es que es la mujer quien utiliza y lleva en su vestimenta los símbolos que expresan el linaje y la jerarquía social de la familia. (López, 2004)

La cultura mapuche mantiene hasta la actualidad ciertas creencias acerca de la familia y el desarrollo de los niños que difieren de los conceptos que usualmente acostumbramos escuchar. Por ejemplo, para la cultura mapuche es normal, y no riesgoso, que una madre tenga su último hijo entre los cuarenta y cincuenta años. Lo mismo ocurre con el embarazo precoz; los mapuche sancionan sólo verbalmente a los jóvenes por la incapacidad económica que tienen para iniciar una nueva familia y por la cada vez menor disponibilidad de tierras con que cuentan los padres para ceder a las nuevas parejas. En ambos casos, no consideran el aspecto fisiológico como un impedimento para la reproducción. (Oyarse, 1989 citado en Chávez, 2005).

Sin embargo para las autoridades sanitarias resulta una meta importantísima lograr la disminución del embarazo no planificado en adolescentes, pues asumen que los padres y madres adolescentes cuentan con menores condiciones para ofrecer a sus hijos basados en su escasa experiencia de vida. (MINSAL, 2000).

Para la familia mapuche un hijo siempre será bien recibido, pues se asume que ellos pasarán a formar parte de la mano de obra del grupo familiar, considerándolo no como un gasto, sino al contrario, como un aporte a la economía de la familia. Además consideran que el hijo o hija va creciendo desde el momento de su concepción y, desde que inicia los movimientos en el vientre materno, se evidencian sus necesidades y sentimientos, por lo que la madre debe satisfacerlas manteniéndose tranquila y alegre esperando su llegada a fin de que el niño nazca con buen carácter. (Oyarse, 1989 citado en Chávez, 2005).

No obstante, pareciera ser que no existe consenso en la cosmovisión mapuche respecto al inicio de la condición de *ser humano*. En opinión de algunas mujeres mapuche “*ser es aquello que tiene y expresa movimiento*”, en tanto que para otras se iniciaría desde el momento en que la mujer toma conciencia de su estado de gestación. De este modo las madres mapuche establecen un vínculo estrecho con su hijo que se inicia precozmente. (MINSAL, 2007).

Una vez que el niño nace, la madre se dedica en forma exclusiva a su cuidado pues debe satisfacer sus necesidades de manera inmediata. En opinión de un mapuche un hijo está con su madre “*los primeros minutos, las primeras horas, siempre*”. La madre asume entonces los distintos roles que le permiten dar satisfacción a las múltiples necesidades del recién nacido, con el propósito que el niño no experimente sentimientos de abandono o soledad durante este periodo inicial de la vida. Por ello siempre debe existir alguien preocupado de sus necesidades para darles satisfacción rápidamente, en cuanto a brindarle comodidad, alimentación, etc. (Anónimo, citado en Pautas de Crianza Mapuche, 2006).

Desde el nacimiento, la alimentación del niño consiste únicamente en leche materna a libre demanda hasta alrededor del año de vida, aunque algunas madres prolongan la lactancia materna hasta incluso los 3 años de edad como forma de disminuir la posibilidad de embarazarse. Incluso en algunos casos la lactancia puede extenderse hasta los 6 a 7 años de edad, suspendiéndose sólo al confirmar un nuevo embarazo.

En opinión de algunos autores la lactancia materna no es sinónimo de apego para los mapuche, pues ellos no son demostrativos en cuanto al afecto físico, lo que no implica que no exista cariño entre los integrantes de la familia. (Oyarse, 1989 citado en Chávez, 2005). Otros, en cambio, señalan que la lactancia tiene un rol central para el apego, valorada por los mapuche como una forma de mantener el apego y comunicación con el niño/a. (Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, 2006).

Como se señaló anteriormente, durante los primeros meses de vida del niño, la madre mapuche es la figura más próxima a su hijo, mas poco a poco va reemplazándose por los diversos sustitutos, como pueden ser hermanas mayores u otras mujeres próximas, (abuelas, tías, etc.). Por lo tanto la crianza del niño no sólo se debe a la mamá, sino que se incorporan distintas generaciones en el proceso de crianza, constituyendo el grupo familiar la primera unidad de socialización y educación para los niños. (Huenchulaf, 1998; Arias, 2001, citado en Centro Interdisciplinario de Estudios de Género 2006).

Para el pueblo mapuche los niños no son considerados como una persona inferior, sino que cuenta con derechos al igual que el resto de los familiares. En otras palabras, existe una horizontalidad en las relaciones que se establecen al interior de la familia mapuche, puesto que el niño es tratado como un individuo formado, ya desde pequeño (un *pichike che*), gozando de derechos al igual que los demás integrantes del grupo familiar. (Quidel y Pichinao, 2002).

La estructura de la familia mapuche ha ido experimentando variaciones en su constitución, dando paso a una pauta de crianza “mestiza”. Es cada vez más frecuente la constitución de familias monoparentales producto de las separaciones, migraciones, la paternidad no asumida, entre otras.

Estos cambios en la configuración del grupo familiar han alterado el modelo de crianza de los mapuche (al igual que para un gran número de familias chilenas), a causa de la falta de tiempo de los padres para dedicar a la crianza de los niños/as debiendo recurrir a cuidadores externos a la familia, especialmente en el caso de aquellas que han llegado a ciudades más grandes en búsqueda de mejores oportunidades laborales.

La identidad cultural de los pequeños está siendo alterada producto de la formación recibida por estos agentes ajenos a la familia. En opinión de un mapuche “*Las familias en la actualidad están perdiendo de vista la formación del che, toda responsabilidad se le está otorgando a formadores externos, como la escuela o jardines infantiles, iglesias*” (Quidel y Pichinao, 2002, Citado en Pautas de Crianza Mapuche, 2006). Además la madre ha estado ausente de los procesos de crianza a fuerza de la búsqueda del trabajo remunerado (fuera del hogar), lo que también deja a los niños al cuidado de otros familiares (si los hay cerca) o de desconocidos, ya sea en la misma casa o incorporándolos a alguna institución de educación formal, como sala cuna o jardín infantil.

El problema, es que a diferencia de la concepción “chilena”, la ausencia de la madre en el hogar representa una pérdida del soporte cultural y afectivo de la familia, y por tanto la ausencia del principal canal de transmisión de los valores. En el caso de familias extensas, esta ausencia puede ser suplida por la abuela o hermanos mayores pero las familias monoparentales no tienen ningún mecanismo de compensación hasta ahora.

Lo mismo ocurre con el tema del apego, relación de afecto que se desarrolla entre padres e hijos, que para constituirse debe existir un espacio vital de crecimiento para los niños/as. De acuerdo a la evidencia, se ha determinado una fase crítica durante este proceso en la que los niños establecen apegos específicos con un acompañante cercano, que generalmente es la madre, por lo que resulta negativo que el niño reciba cuidados de diferentes personas ya que no logra establecer esta relación vincular. Al contrario, cuando el niño/a logra generar un apego específico con un ser cercano esto le permite establecer una base segura para la exploración. (MINSAL, 2007).

Los niños mapuche aprenden a través del desarrollo del kimun, concepto relacionado con el conocimiento mapuche. Existen diversas vías que permiten al niño acceder al kimun, principalmente mediante la educación que recibe de la familia y del lof (agrupación de dos o más familias que residen en un territorio cercano y unidos consanguíneamente). (Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, 2006)

Los niños entienden principalmente a través de los sentidos, desarrollando la audición, el tacto y la vista, especialmente relacionado con los elementos de la naturaleza como el fuego, el agua y los animales. (Santos, 2003).

Una de las estrategias de incorporación de los niños en su sociedad se realiza mediante la asignación de funciones. Las familias mapuche otorgan a sus hijos desde muy pequeños funciones o responsabilidades que están previamente definidas por su género. A los varones se les asignan animales para su cuidado a la edad de cuatro a cinco años. En el caso de las mujeres, se les prepara para que sean buenas dueñas de casa, se les enseñan las labores del hogar, el cuidado de sus hermanos menores y la preparación de la huerta. El trabajo familiar es la obligación más importante de los niños para su familia. A pesar de que asisten a clases regularmente, persiste la idea que su primera obligación será el trabajo familiar, puesto que se entiende que la prosperidad del grupo depende del trabajo de cada uno de sus integrantes, incluidos los más pequeños. (Oyarse, 1989 citado en Chávez, 2005).

Para la familia mapuche cada momento que se comparte con los niños es importante para su socialización, por lo que aprovechan cada instante para fortalecer su formación. El desarrollo del lenguaje, por ejemplo, es consecuencia de la estimulación que reciben los niños de sus padres. Las madres o las abuelas les hablan a los niños incluso antes de que ellos nazcan, les leen cuentos o relatos de la familia, leyendas, consejos o les cantan. Ellos atribuyen gran importancia a la estimulación del lenguaje, ya que hablarle a los niños se traduce en un mayor y más rápido aprendizaje. (Arias, 2001, citado en Centro Interdisciplinario de Estudios de Género 2006).

La conversación es considerada como uno de los canales que permitiría la socialización y aprendizaje de la cultura y la lengua de los niños mapuche, permitiendo la transferencia de conocimientos al niño/a. (Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, 2006). Se dice que por esta razón los niños mapuche aprenden tempranamente a hablar. Cerca del año de edad los niños hablan de manera clara. Además, los niños que viven con sus abuelas, entienden el mapudungun, pues ellas le hablan tanto en castellano como en su lengua madre. (Oyarse, 1989 citado en Chávez, 2005).

Otro canal de socialización practicado en los hogares mapuche es el de la recreación y el juego del niño, habitualmente en solitario, aunque en ocasiones los niños tienen la posibilidad de tener como compañeros de juego a sus primos o tíos cuando habitan en la misma casa (esto porque no se acostumbra las visitas entre familias vecinas). Los juegos más recurrentes son con pelotas, legos, peluches y/o autitos. (Oyarse, 1989 citado en Chávez, 2005). Aun cuando existen juegos propios de la cultura mapuche con el paso de los años han ido introduciendo juegos aprendidos a través de la escuela o la televisión, lo que ha ido perdiendo la práctica de juegos propios de este pueblo. (Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, 2006)

Paralelamente al juego, los niños deben aprender normas y hábitos. Se les estimula para que colaboren en las tareas sencillas del hogar, como hacer su cama, entrar leña, sacar verduras de la huerta, etc. pero siempre acompañados y guiados por un adulto. (Oyarse, 1989 citado en Chávez, 2005).

Otro elemento importante en la socialización de diversas culturas está relacionado con la alimentación. Se dice que a través de lo que comemos se construye un universo simbólico, constituyendo una herramienta cultural mediante la que se va construyendo la cosmovisión de un pueblo. (Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, 2006)

Para los mapuche la alimentación constituye un canal de transmisión de valores de la cultura, puesto que además de ser considerados como alimentos de consumo diario también forman parte de una serie de rituales, puesto que vinculan el mundo inmaterial y alimentan el espíritu.

Luego del periodo de lactancia materna exclusiva, la alimentación de los niños está definida por la madre o la abuela. La introducción de la alimentación sólida se realiza a partir de los alimentos llamados livianos, como la sopa de verduras y cereales de trigo, la que no se prepara de manera especial puesto que se busca que los niños hagan “fuerte su estómago” ofreciéndoles una alimentación más variada que la sugerida por las pautas de alimentación que entrega el Ministerio de Salud. (Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, 2006).

Como se ha señalado, la familia es para todos los casos el componente fundamental de la estructura social. Frecuentemente ella es considerada como la célula social básica presente en todas las sociedades. (Salud Familiar, 1996 citado en MINSAL, 2007).

La familia es considerada entonces, como la instancia en que sus miembros pueden desarrollarse y adquirir experiencias y vivencias más directas y claras, atribuyéndosele una serie de funciones a desempeñar que guardan relación con la protección, la satisfacción de necesidades, el desarrollo emocional y como agente de socialización.

El Ministerio de Salud señaló en el año 2006 que la familia es clave en la adquisición de estilos de vida saludables. Posee un rol educativo formador y socializador para desarrollar habilidades, conductas y actitudes hacia el autocuidado y estilos de vida saludables de sus miembros, la propia familia y la comunidad.

Por lo tanto la familia se refiere a las personas con que cada niño/a cuenta para establecer relaciones primarias de afecto, dependencia, cuidado, apoyo y responsabilidad, sin importar los lazos consanguíneos o civiles que existan o no entre éstas.

El modelo de salud familiar instaurado recientemente en nuestro país, posee un enfoque biopsicosocial con énfasis en la familia y en la comunidad, que busca lograr garantizar la continuidad de la atención y los cuidados de salud, la prestación de servicios integrados, la resolutivez, la responsabilidad compartida entre los miembros de la familia y de la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes, la participación social, la promoción de la salud, la interculturalidad, la búsqueda de impacto sanitario y el enfoque de género. (MINSAL, 2007).

Es en la cultura de cada sociedad donde se originan las creencias que representan como algo natural la supremacía hombre sobre la mujer, los estereotipos de los roles, la visión de la maternidad como algo esencial a las mujer, etc. Lo que da origen a desigualdades y manifestaciones de inequidades entre hombres y mujeres. La atención del niño supone, entonces, un rol importantísimo de la familia y la comunidad, pues le proporcionan el entorno social, afectivo y material.

Es atribuible a la familia, a los padres y madres, la influencia positiva sobre la estimulación del niño. Ella es el contexto natural en el que los niños pueden desplegar sus competencias, permitiéndoles enlazar su microsistema y macrosistema social.

Es necesario reconocer y tomar en cuenta la amplia diversidad de formas de organización de las familias y respetar las necesidades de acuerdo a las diferentes circunstancias por las que atraviesan.

La comuna de Panguipulli inicialmente fue poblada por agrupaciones de indígenas. Actualmente conviven mapuche además de habitantes chilenos, descendientes de españoles, alemanes y otros inmigrantes.

Panguipulli está situada al noreste de la Provincia de Valdivia, en la XIV Región de Los Ríos ubicada al sur de Chile. Tiene 33.243 habitantes (Censo 2002 citado en Comisión Nacional del XVII Censo de Población y VI Vivienda, 2002) y una superficie de 3.292 Km². La comuna se caracteriza por su alta ruralidad (68.3%) y dispersión poblacional. Los

principales centros semiurbanos son los pueblos de Coñaripe, Neltume, Choshuenco y Liquiñe, con pequeños poblados como Melefquén, Puerto Fuy, Calafquén y Pirehueico.

Según los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2002 citado en Comisión Nacional del XVII Censo de Población y VI Vivienda, 2002) la población de 14 años y más, que corresponde a 20.756 personas, 6.551 se declaran mapuches, lo que corresponde al 31,6 % del total. De estos 3.607 son hombres y 2.994 a mujeres.

De acuerdo a un estudio local realizado en la Unidad de Salud Municipal de la comuna durante el año 2001, basado en el Sistema de Información Per cápita de los beneficiarios de atención primaria de salud, señala que la comuna de Panguipulli cuenta con una importante cantidad de población Mapuche, indicando que el 38,8% del total de la Población es de etnia Mapuche y un 48,9% de la población rural es de origen Mapuche, existiendo 33 pequeñas localidades cuya población está compuesta por más del 70 % de población Mapuche. En rigor, si excluimos las localidades semi urbanas encontramos que el 59,3 % de la población rural está compuesta por población mapuche. (Corporación Municipal Panguipulli, 2005)

Durante el año 2007, el CESFAM Panguipulli alcanzó una cobertura de evaluación en la evaluación del desarrollo psicomotro cercana al 92% a través de las evaluaciones EEDP y TEPSI, diagnosticándose un 19,2% de niños en riesgo y/o retraso en su desarrollo y logrando una recuperación cercana sólo al 20%, pese a las estrategias que se implementaron para revertir el déficit. (Diaz R., U., 2007).

Resulta relevante considerar los diferentes factores que se vinculan al rezago del Desarrollo Psicomotor, consulta frecuente en pediatría que alcanza una prevalencia del 10% (MINSAL, 2007). Las habilidades cognitivas y lingüísticas crecientes posibilitan la comprensión y organización progresiva del entorno por ello la presencia de factores psicosociales para el retraso de estas habilidades disminuye las potencialidades de niños y niñas, surgiendo la necesidad de evaluar el contexto en el que ocurre.

6. OBJETIVOS

Objetivo General

1. Comparar los factores psicosociales que influyen en el déficit del Desarrollo Psicomotor entre niños mapuche y no mapuche, supuestamente sanos, cuyas edades se encuentran entre los 12 meses y 5 años que son controlados en el Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor en el CESFAM Panguipulli.

Objetivos Específicos

- 1.1 Caracterizar el perfil psicosocial de niños y niñas con riesgo y retraso del Desarrollo Psicomotor asistentes al Programa de Estimulación del CESFAM Panguipulli.
- 1.2 Determinar el perfil sociodemográfico de la madre o cuidador(a) de niños con déficit del Desarrollo Psicomotor que participan en el Programa de Estimulación en el CESFAM Panguipulli.
- 1.3 Caracterizar el perfil sociodemográfico del padre de niños con déficit del Desarrollo Psicomotor.
- 1.4 Identificar las características ambientales de los niños con diagnóstico de riesgo y retraso del Desarrollo Psicomotor.
- 1.5 Comparar el perfil psicosocial de niños mapuche y no mapuche que presentan déficit del desarrollo psicomotor.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Tipo de Estudio

La investigación fue Cuantitativa de tipo Transversal, Descriptiva y Observacional. Es Transversal porque la investigación se desarrolló durante un periodo delimitado de tiempo. Descriptiva porque buscaba especificar las características y los perfiles de las personas, grupos y comunidades que se sometieron al análisis. Y es observacional porque el investigador no influyó en la ocurrencia de los hechos.

Para el desarrollo de la Investigación se utilizó el Censo, pues la población de estudio era pequeña y cautiva.

7.2 Población en Estudio

La Unidad de Estudio corresponde a niños y niñas, entre 12 y 59 meses que eran controlados en el Centro de Salud Familiar Panguipulli.

La Unidad de análisis corresponde a niños y niñas, mapuche y no mapuche, con diagnóstico de riesgo o retraso del Desarrollo Psicomotor que asistían al Programa de Estimulación en el CESFAM Panguipulli.

El Universo estuvo compuesto por 44 niños/as.

7.3 Criterios de Exclusión:

Fueron criterios de exclusión del estudio:

- Niños que no eran parte de las consultas por déficit de DSM.
- Niños que teniendo diagnóstico de Riesgo o Retraso del DSM, éste fuera a consecuencia de un daño neurológico o biológico.
- Madres de niños en consulta por déficit de DSM que se negaron a participar del estudio.

7.4 Lugar de Desarrollo del Estudio:

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Familiar Panguipulli. Este Centro tenía una población inscrita de 22.780 personas aproximadamente, sectorizadas de acuerdo al lugar de residencia.

7.5 Método de Recolección de Información

Los datos requeridos fueron obtenidos a través de la aplicación de un Instrumento de tipo cuantitativo (Anexo 2), mediante una entrevista a la madre o cuidador/a del niño con quien acudió a la sesión de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, previa firma del Consentimiento Informado (Anexo 1) de la madre o cuidador directo del niño/a. En el caso de los niños/as que no asistieron con alguno de sus padres o cuidador directo, se le citó en forma extraordinaria para la participación en el estudio.

La información contenida en el instrumento fue respondida verbalmente por la madre o cuidador del niño/a y fue registrada por el entrevistador. Algunos antecedentes generales del niño/a fueron obtenidos a partir de la Ficha Clínica.

7.6 Método de Análisis de Resultados:

La información fue recolectada a través del instrumento diseñado, y posteriormente fue ingresada al programa de análisis bioestadístico Epi Info (2002) y a una planilla de Excel de Microsoft Office 2007, en los que fue procesada de acuerdo a las variables contenidas en el estudio. Posteriormente se confeccionaron los gráficos y las tablas necesarias para su análisis.

7.7 Descripción del Instrumento

El cuestionario (Anexo 2) que se utilizó como instrumento para la recolección de los datos necesarios para esta investigación fue de carácter anónimo. Se asignó un folio con la finalidad de llevar un orden. Constó de 5 ítems, los que se describen a continuación:

El primer ítem contenía información relacionada con antecedentes generales del niño, los que fueron obtenidos a través de la revisión de la Ficha Clínica y del Tarjetón del Programa Infantil. Los datos extraídos desde estos documentos fueron: Número de ficha clínica, sector al que pertenecen dentro del CESFAM, diagnóstico de desarrollo psicomotor, tipo de evaluación realizada para obtener el diagnóstico, ya sea TEPSI o EEDP, y número de sesiones de estimulación de desarrollo psicomotor a las que había asistido el niño a la fecha de aplicación del cuestionario.

El segundo ítem contuvo los antecedentes del niño obtenidos mediante la entrevista con la madre y/o cuidadora. Estaba constituido por diez preguntas precodificadas que proporcionaron datos como: la edad del niño, procedencia, orden de nacimiento, duración de lactancia materna, persona que cuida al niño asistencia a sala cuna o jardín infantil, etnia y hermanos con antecedentes de alteración del desarrollo psicomotor.

El tercer ítem contenía antecedentes de la madre o cuidador/a del niño/a. Constaba de 12 preguntas precodificadas tales como edad, escolaridad, alfabetización, estado civil ocupación, hábitos nocivos (consumo de alcohol, drogas y tabaco), enfermedad psiquiátrica, entre otras; Además incluye el cuestionario AUDIT (Cuestionario

Autodiagnóstico sobre Riesgos del Uso de Alcohol) extraído del examen de Medicina Preventiva del Ministerio de Salud 2006 (Anexo 3), que se aplicó sólo a las personas cuyas respuestas sean afirmativas al consumo de alcohol.

El cuarto ítem contenía preguntas sobre antecedentes del padre biológico del niño/a. Las respuestas fueron obtenidas a través de la entrevista con la madre o cuidadora del niño de acuerdo a los antecedentes que conociera sobre el padre del niño/a; cabe destacar que no necesariamente se trata de la pareja actual de la madre. Incluyó ocho preguntas precodificadas entre las se encontraba: la edad, alfabetización, ocupación, escolaridad, tiempo que dedica a la estimulación del niño, entre otros.

El quinto y último ítem contenía antecedentes de la familia del niño/a, tales como ingreso familiar, saneamiento básico, tipo de familia, jefe de hogar, hacinamiento, violencia intrafamiliar, residencia en reducción mapuche y el sentido de identidad con la cultura mapuche. Estaba compuesto por nueve preguntas precodificadas, y se incluyó además el Apgar Familiar (Smilkstein, 1985), el que tenía como objetivo evaluar la percepción de un miembro específico de la familia (en este caso de la madre o cuidadora del niño) en relación a la ayuda de la familia frente a un problema, las expresiones de afecto y apoyo emocional y el grado de participación familiar en la toma de decisiones. Su aplicación sirve para detectar problemas en la familia. Este se aplicó a personas mayores de 15 años, y constaba de 5 preguntas a las cuales se les asignó un puntaje: 0 es casi nunca, 1 es a veces y 2 corresponde a casi siempre. El resultado se obtuvo de la suma de cada uno de los ítems y éstos podían ser: muy buena función familiar (entre 8 y 10 puntos), disfuncionalidad familiar (entre 4 y 7 puntos) y disfuncionalidad severa (entre 0 y 3 puntos). Ver Anexo 4.

7.8 Tiempo de Recolección de los Datos

La recolección de los datos se efectuó en un periodo aproximado de diez semanas, iniciando su aplicación en el mes de octubre de 2007.

7.9 Definición Nominal y Operacionalización de Variables

En el siguiente listado de variables, fue considerada como Variable Dependiente el Diagnóstico de Desarrollo Psicomotor de los niños/as (riesgo y retraso). Todas las demás Variables se consideraron Independientes.

Antecedentes del Niño

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del niño/a, expresado en años, meses y días cumplidos al día de la aplicación del instrumento.	<ul style="list-style-type: none"> - 1 año - 1 año 11 meses 29 días. - 2 años - 2 años 11 meses 29 días. - 3 años - 3 años 11 meses 29 días. - 4 años - 4 años 11 meses 29 días.
Sexo	Género al que pertenece el niño/a.	<ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino
Número de Hermanos	Cantidad de hermanos que tiene el niño/a.	<ul style="list-style-type: none"> - Entre 1 y 2 hermanos. - Entre 3 y 4 hermanos. - 5 o más hermanos. - Hijo único.
Orden de Nacimiento	Lugar que ocupa el niño/a entre sus hermanos, de acuerdo al orden de nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Primer hijo - Segundo hijo - Tercer hijo - Cuarto hijo - Quinto hijo o más
Déficit de DSM	Resultado obtenido por el niño en la evaluación del DSM a través de la aplicación de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP).	<ul style="list-style-type: none"> - En Riesgo: con Coeficiente de Desarrollo (CD) entre 84 y 70. - Retraso: con Coeficiente de Desarrollo (CD) menor o igual a 69.
	Resultado obtenido por el niño en la evaluación del DSM a través de la aplicación del TEPSI.	<ul style="list-style-type: none"> - En Riesgo: con Puntaje T entre 30 y 39 puntos, en el Test Total o en los Subtest. - Retraso: con Puntaje T menor o igual a 29 puntos, en el Test Total o en los Subtest.
Área (s) del desarrollo psicomotor que se encuentra (n) en déficit.	Área (s) del desarrollo psicomotor (motora, lenguaje, coordinación y social) evaluadas a través de TEPSI o EEDP, que hayan resultado con déficit.	<ul style="list-style-type: none"> - Motora. - Lenguaje. - Coordinación. - Social.
Número de Sesiones a las que ha asistido el niño/a para estimulación del DSM	Número de sesiones de consulta por déficit de DSM al que el niño/a ha asistido al momento de la aplicación del instrumento.	<ul style="list-style-type: none"> - Entre 0 y 1 - Entre 2 y 3 - Entre 3 y 4 - 6 y más
Residencia	Lugar de residencia del niño/a.	<ul style="list-style-type: none"> - Urbano - Rural
Asistencia a Salacuna o Jardín Infantil	Asistencia del niño a una Institución de Educación Formal,	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No

	ya sea Salacuna o Jardín Infantil.	
Antecedentes de otros hermanos con déficit de DSM	Existencia de hermanos directos del niño/a que hayan tenido diagnóstico de riesgo o retraso del DSM.	- Si - No
Duración de la Lactancia Materna	Tiempo durante el que el niño/a recibió Lactancia Materna por amamantamiento.	- Menor a 3 meses - Entre 3 y 6 meses - Entre 7 y 12 meses - Mayor a 12 meses
Persona al cuidado del niño/a.	Persona que atiende las necesidades del niño/a.	- Madre - Padre - Hermana/o - Abuela/o - Tía/o - Otro
Etnia mapuche	Persona que habita el territorio nacional y que posee al menos un apellido mapuche.	- Si - No

Antecedentes Maternos

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta el día de la entrevista, expresado en años cumplidos.	- Menor a 19 años. - Entre 20 y 24 años. - Entre 25 y 29 años. - Entre 30 y 34 años. - Entre 35 y 39 años. - Entre 40 y 44 años. - Entre 45 y 49 años. - Mayor a 50 años.
Escolaridad	Nivel de educación formal alcanzada.	- Sin Educación: persona que nunca ha recibido educación formal. - Educación Básica Completa: quien cursó hasta 8° básico. - Educación Básica Incompleta: quien no cursó sus estudios hasta 8° básico en forma completa. - Educación Media Completa: quien cursó estudios hasta 4° medio. - Educación Media Incompleta: quien no haya cursado sus estudios de enseñanza media en forma completa.

		<ul style="list-style-type: none"> - Educación Superior Completa: quien haya cursado estudios Universitarios en forma completa. - Educación Superior Incompleta: quien no haya cursado estudios universitarios en forma completa. - Educación Técnico-Profesional Completa: quien haya cursado estudios en un Instituto Técnico-Profesional de forma completa. - Educación Técnico-Profesional Incompleta: quien no haya cursado sus estudios en un Instituto Técnico-Profesional de manera completa.
Alfabetización	Capacidad de la madre para leer y escribir.	<ul style="list-style-type: none"> - Alfabeta - Analfabeta
Estado Civil	Condición conyugal de la persona al momento de aplicación del formulario.	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera: persona que no se ha unido en matrimonio. - Casada: persona unida a una pareja en matrimonio. - Separada: persona unida en matrimonio a una pareja, pero separada de hecho de ésta. - Divorciada: persona separada de su pareja por ley. - Viuda: persona cuyo cónyuge ha fallecido. - Conviviente: persona unida en pareja sin estar casada.
Ocupación	Actividad, oficio o profesión que realiza la persona actualmente, ya sea de manera remunerada o no.	<ul style="list-style-type: none"> - Cesante: persona que actualmente no está trabajando. - Dueña de Casa: persona que realiza actividades dentro del hogar y por el cual no recibe remuneración. - Estudiante: persona que cursa estudios en algún centro educacional. - Trabajadora Esporádica: persona que desempeña un trabajo de modo ocasional y por el cual recibe remuneración. - Trabajadora con Contrato: persona que desempeña un trabajo de manera estable y por el cual recibe una remuneración.

		- Jubilada: persona que trabajó y que recibe mensualmente una pensión de jubilación.
Hábitos Nocivos	Consumo de sustancias lícitas o ilícitas por parte de la madre.	- Bebedor Problema (AUDIT) - Tabaquismo - Consumo de Drogas
Enfermedad Psiquiátrica	Enfermedad psiquiátrica de la madre que dificulte la estimulación del DSM del niño/a.	- Depresión - Esquizofrenia - Retardo Mental - Otras
Tiempo dedicado a la Estimulación del niño/a	Tiempo que la madre dedica diariamente a la estimulación del DSM de su hijo.	- Entre 1 y 2 horas al día. - Entre 3 y 4 horas diarias. - Entre 5 y 6 horas al día. - Sólo tiene contacto los fines de semana con su hijo. - No tiene contacto con su hijo.
Embarazo Planificado	Embarazo que fue programado por la madre y que tuvo como resultado el nacimiento del niño/a.	- Planificado - No planificado
Percepción de la relación de la madre con el padre de su hijo/a.	Calificación que la madre le otorga a la relación actual que tiene con el padre de su hijo/a	- Excelente - Buena - Regular - Mala - No tiene relación

Antecedentes Paternos

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta el día de la entrevista, expresado en años cumplidos.	- Menor a 19 años. - Entre 20 y 24 años. - Entre 25 y 29 años. - Entre 30 y 34 años. - Entre 35 y 39 años. - Entre 40 y 44 años. - Entre 45 y 49 años. - Mayor a 50 años.
Escolaridad	Nivel de educación formal alcanzada.	- Sin Educación: persona que nunca ha recibido educación formal. - Educación Básica Completa: quien cursó hasta 8° básico. - Educación Básica Incompleta: quien

		<p>no cursó sus estudios hasta 8° básico en forma completa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación Media Completa: quien cursó estudios hasta 4° medio. - Educación Media Incompleta: quien no haya cursado sus estudios de enseñanza media en forma completa. - Educación Superior Completa: quien haya cursado estudios Universitarios en forma completa. - Educación Superior Incompleta: quien no haya cursado estudios universitarios en forma completa. - Educación Técnico-Profesional Completa: quien haya cursado estudios en un Instituto Técnico-Profesional de forma completa. - Educación Técnico-Profesional Incompleta: quien no haya cursado sus estudios en un Instituto Técnico-Profesional de manera completa. - No sabe: la madre no sabe cual es el nivel de escolaridad del padre del niño/a.
Alfabetización	Capacidad del padre para leer y escribir.	<ul style="list-style-type: none"> - Alfabeto. - Analfabeto.
Estado Civil	Condición conyugal de la persona al momento de aplicación del formulario.	<ul style="list-style-type: none"> - Soltero: persona que no se ha unido en matrimonio. - Casado: persona unida a una pareja en matrimonio. - Separado: persona unida en matrimonio a una pareja, pero separada de hecho de ésta. - Divorciado: persona separada de su pareja por ley. - Viudo: persona cuyo cónyuge ha fallecido. - Conviviente: persona unida en pareja sin estar casada.
Ocupación	Actividad, oficio o profesión que realiza la persona actualmente, ya sea de manera remunerada o no.	<ul style="list-style-type: none"> - Cesante: persona que actualmente no está trabajando. - Estudiante: persona que cursa estudios en algún centro educacional. - Trabajador Esporádico: persona que

		<p>desempeña un trabajo de modo ocasional y por el cual recibe remuneración.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajador con Contrato: persona que desempeña un trabajo de manera estable y por el cual recibe una remuneración. - Jubilado: persona que trabajó y que recibe mensualmente una pensión de jubilación.
Hábitos Nocivos	Consumo de sustancias lícitas o ilícitas por parte del padre.	<ul style="list-style-type: none"> - Tabaquismo - Consumo de Alcohol - Consumo de Drogas
Tiempo dedicado a la Estimulación del niño/a	Tiempo que el padre dedica a la estimulación del DSM de su hijo.	<ul style="list-style-type: none"> - Entre 1 y 2 horas al día. - Entre 3 y 4 horas diarias. - Entre 5 y 6 horas al día. - No tiene contacto con su hijo. - Sólo tiene contacto los fines de semana con su hijo.

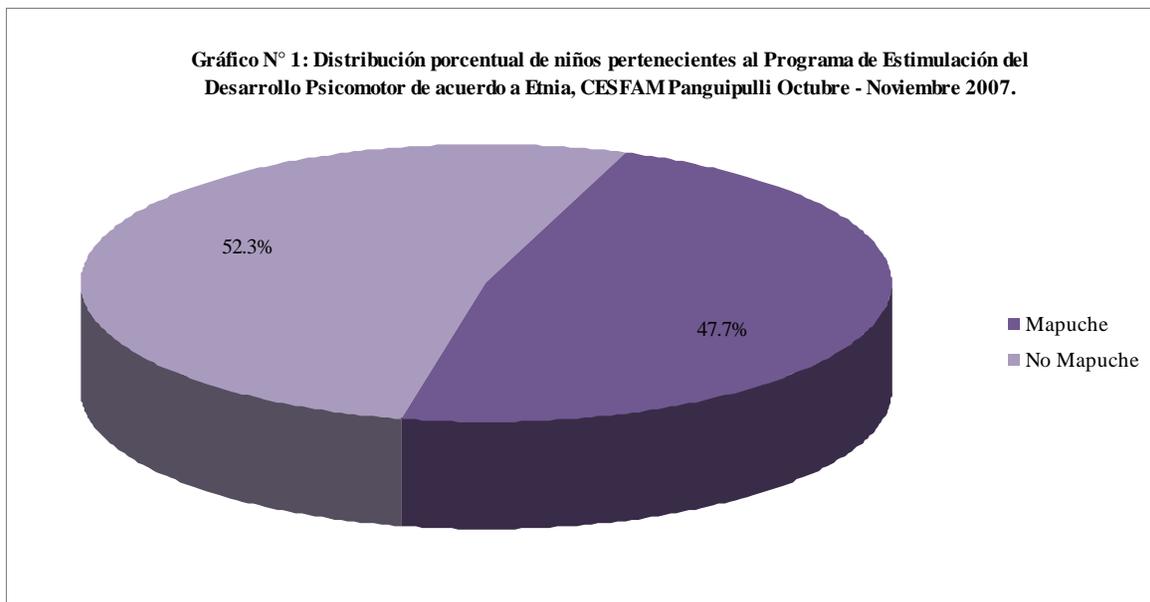
Antecedentes Familiares

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Nivel Socioeconómico	Clasificación según cantidad de ingresos económicos de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> - Inferior a \$40.000.- - Entre \$40.001.- y \$127.000.- - Entre \$127.501.- y \$250.000.- - Superior a \$250.001.-
Saneamiento Ambiental	Elementos de saneamiento básico con que cuenta el hogar.	<ul style="list-style-type: none"> - Baño con alcantarillado. - Luz eléctrica. - Agua potable. - Recolección de basuras.
Tipo de Familia	Conformación de la familia en base a las relaciones de sus integrantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Nuclear, Monoparental: con el padre o la madre ausente y uno o más hijos. - Nuclear, Biparental: padre, madre y uno o más hijos. - Extensa, Monoparental: con el padre o la madre ausente, uno o más hijos y otros parientes.

		- Extensa, Biparental: padre, madre, uno o más hijos y otros parientes.
Jefe de hogar	Cualquier integrante del hogar que es reconocido por los demás miembros como el jefe, ya sea por razones de dependencia económica, parentesco, edad, autoridad o respeto.	- Madre. - Padre. - Abuelo/a. - Otro.
Presencia de Violencia Intrafamiliar	Episodios en los que algún integrante de la familia, o más de uno, ha sido víctima de algún tipo de agresión física y/o psicológica y que son producidas por otro miembro de la familia.	- Si - No
Residencia en Reducción Mapuche	Corresponde a las agrupaciones de personas mapuche establecidas en espacios territoriales delimitados.	- Si - No
Hacinamiento	Relación entre personas y habitaciones, estableciéndose como hacinamiento un promedio de tres o más personas por habitación (MIDEPLAN 1992).	- Si - No
Sentido de pertenencia con la cultura mapuche	Necesidad afectiva, cognitiva y activa, que se relaciona con la historia de vida de la persona la cual está influida por el entorno.	- Si - No
Funcionamiento Familiar	Percepción de un miembro específico de la familia (madre o cuidador/a del niño) en relación a la ayuda de la familia frente a algún problema, expresión de afecto, apoyo emocional y grado de participación familiar en la toma de decisiones.	- Muy buena función familiar: entre 8 y 10 puntos en cuestionario Apgar. - Disfuncionalidad familiar: entre 4 y 7 puntos en cuestionario Apgar. - Disfuncionalidad severa: entre 0 y 3 puntos en cuestionario Apgar.

8. RESULTADOS

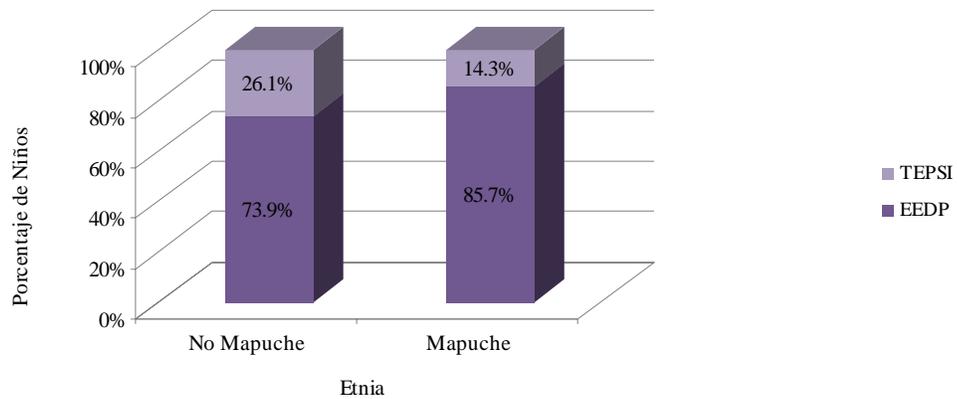
A continuación se presentan los resultados obtenidos a través de la información proporcionada por 44 madres de niños mapuche y no mapuche pertenecientes al programa de estimulación del desarrollo psicomotor en el CESFAM Panguipulli.



Fuente: “Estudio comparativo de Factores Psicosociales asociados al Riesgo y Retraso del Desarrollo Psicomotor entre niños Mapuche y No Mapuche controlados en el Programa de Estimulación del CESFAM Panguipulli durante el periodo Octubre - Noviembre de 2007”

Del total de la población correspondiente al estudio, 23 niños son de etnia no mapuche, equivalente al 52,3%, y 21 niños son de etnia mapuche correspondiente al 47,7%.

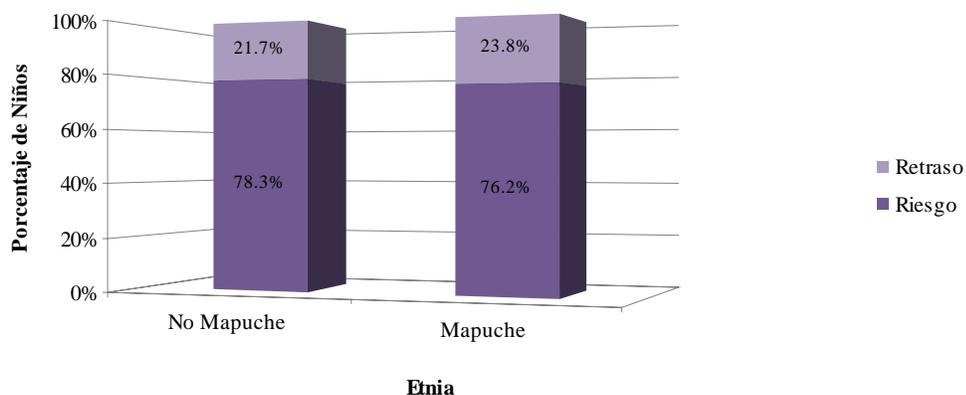
Gráfico N° 2: Distribución porcentual de niños pertenecientes al Programa de Estimulación del DSM, de acuerdo a Instrumento de Evaluación del DSM y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre de 2007.



Fuente: Ídem

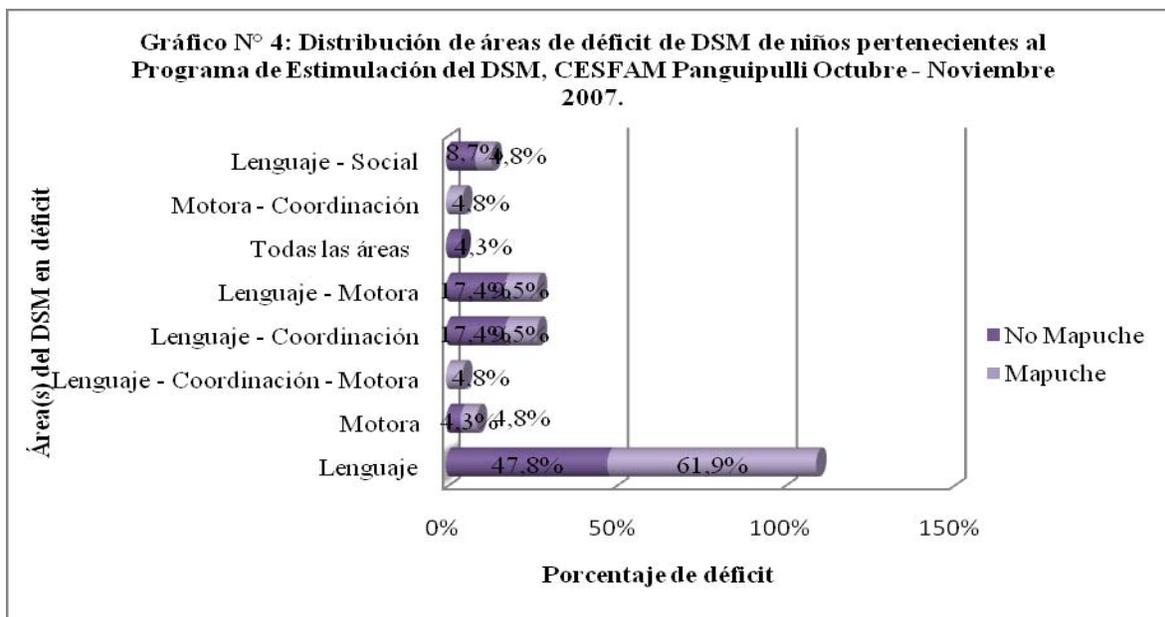
La evaluación del desarrollo psicomotor se realiza con diferentes instrumentos de acuerdo a la edad. En este estudio, el 73,9% de los niños no mapuche fueron evaluados a través de EEDP y un 26,1% a través de TEPSI. En el caso de los niños mapuche el 85,7% fueron evaluados con EEDP y un 14,3 con TEPSI.

Gráfico N° 3 : Distribución porcentual de niños pertenecientes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, de acuerdo a Etnia y Diagnóstico de DSM, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre 2007.



Fuente: Ídem

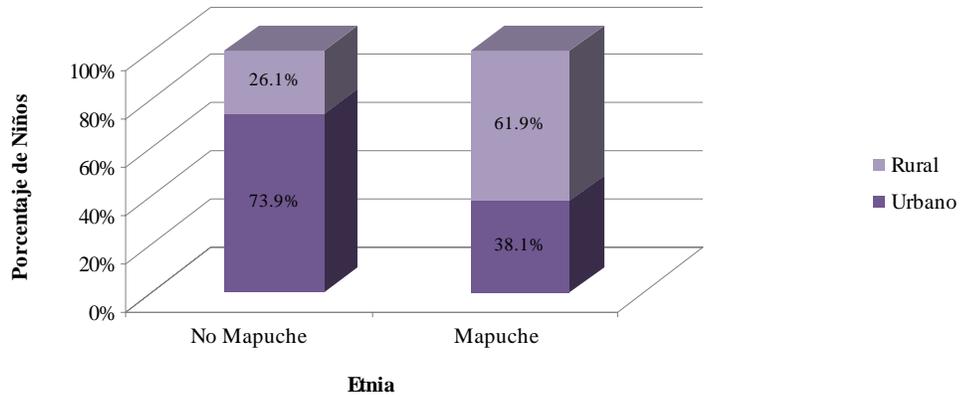
Al observar la distribución de los niños de acuerdo a su etnia y diagnóstico de DSM, un 78,3% de niños no mapuche se encuentra en riesgo y el 21,7% esta con retraso. En el grupo de niños mapuche se observa un comportamiento similar ya que un 76,2% presenta riesgo y el 23,8% retraso en el desarrollo psicomotor.



Fuente: Ídem

El gráfico N° 4 muestra que tanto en los niños mapuche como no mapuche, el área de mayor déficit de DSM es lenguaje con un 47,8% en los no mapuche y un 61,9% en los niños mapuche.

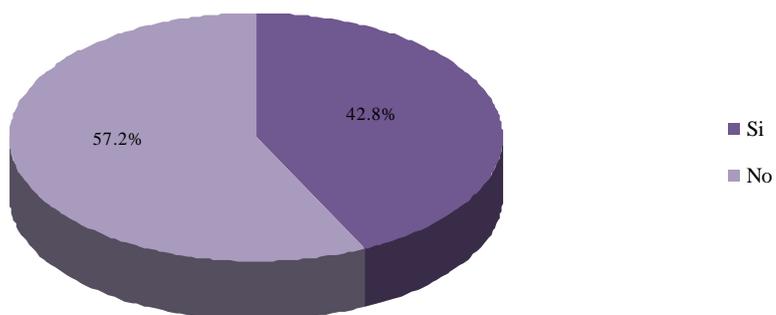
Gráfico N° 5: Distribución porcentual de niños pertenecientes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, según Lugar de Residencia y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre 2007.



Fuente: Ídem

El gráfico N° 5, muestra la distribución de los niños según lugar de residencia, los niños no mapuche provienen principalmente del sector Urbano con un 73,9% a diferencia de los mapuche que la mayor población proviene de sectores rurales alcanzando un 61,9%.

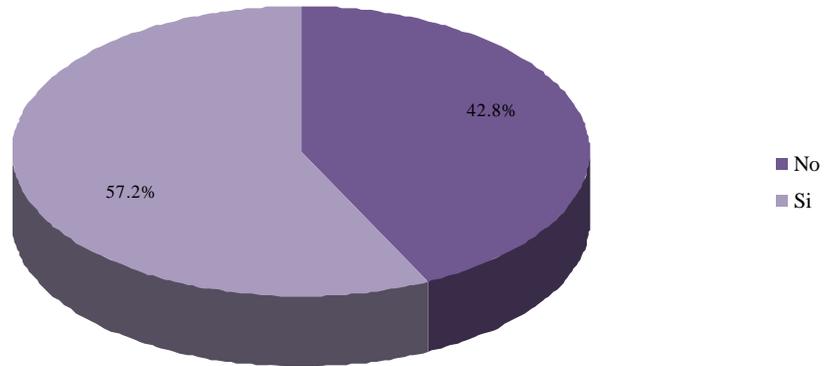
Gráfico N° 6: Distribución porcentual de niños mapuche asistentes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, de acuerdo a Residencia en Reducción Mapuche, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre 2007



Fuente: Ídem.

Del total de la población de niños mapuche de este estudio el 42,8% vive en una reducción mapuche.

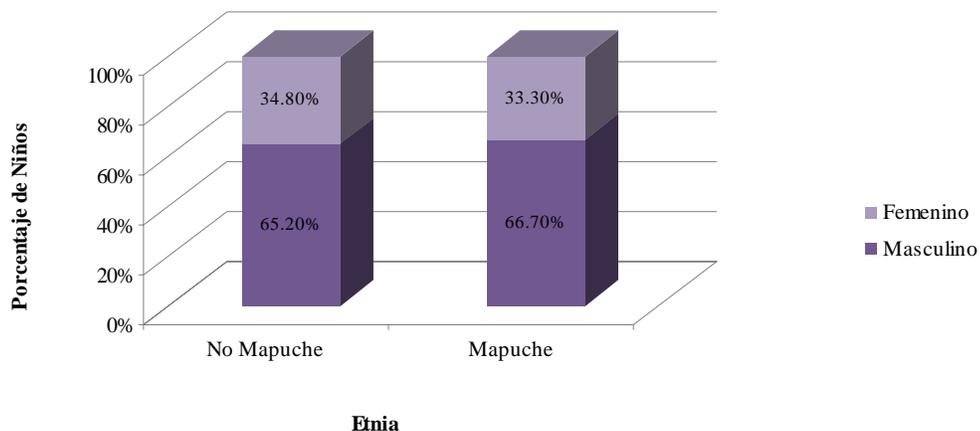
Gráfico N° 7: Distribución porcentual de niños mapuche pertenecientes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, según identificación de la familia con la cultura mapuche, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre 2007.



Fuente: Ídem.

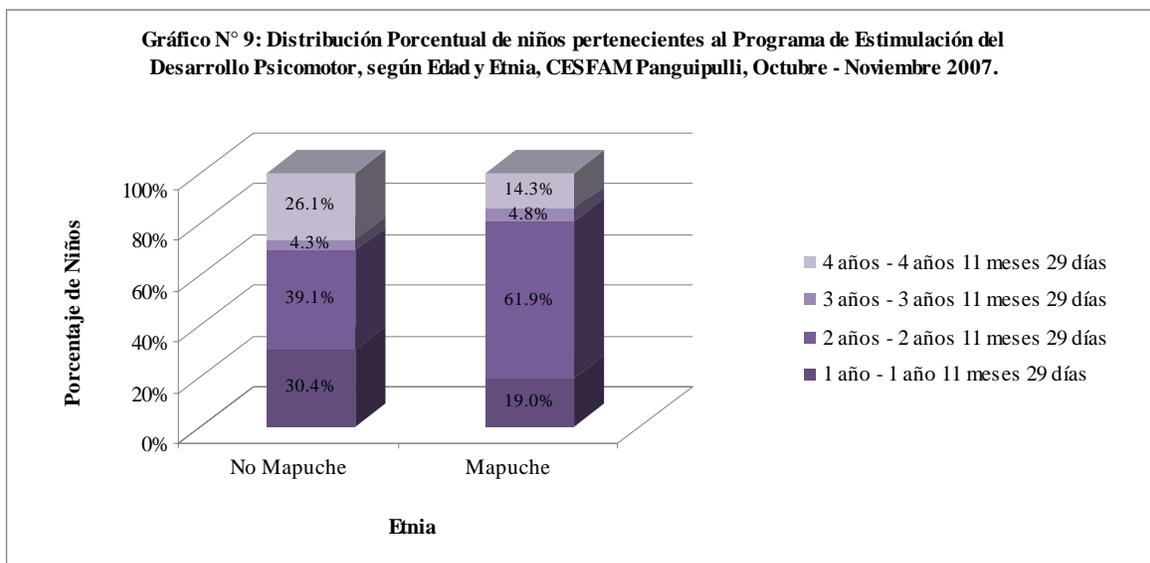
Este gráfico muestra el sentido de pertenencia de las familias de niños mapuche con su cultura, el 57,2% si manifiestan este sentimiento.

Gráfico N° 8: Distribución porcentual de niños pertenecientes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, de acuerdo a Sexo y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre de 2007.



Fuente: Ídem

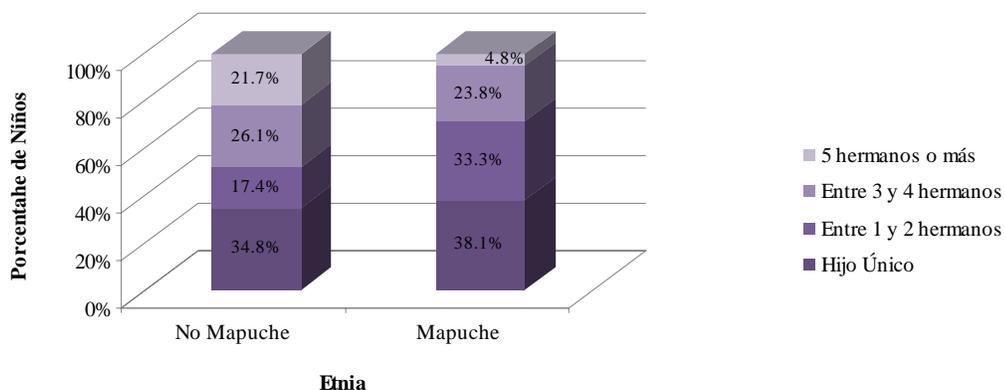
Como muestra el gráfico, en los niños no mapuche el 65,2% son de sexo masculino y el 34,8% son de sexo femenino, similar situación encontrada en los niños mapuche, en los que un 66,7% son de sexo masculino y un 33,3% son de sexo femenino.



Fuente: Ídem

Se muestra en el gráfico que la mayoría de los niños mapuche con déficit del desarrollo psicomotor (61,9%) se concentran en las edades de 2 años a 2 años 11 meses 29 días y el 19,1% de niños sobrepasa los 3 años de edad. En el caso de los niños no mapuche, el 30,4% son menores de dos años; el 39,1% se encuentra entre los 2 años y 2 años 11 meses 29 días y el 30,4% se encuentran en el rango de 3 años y más.

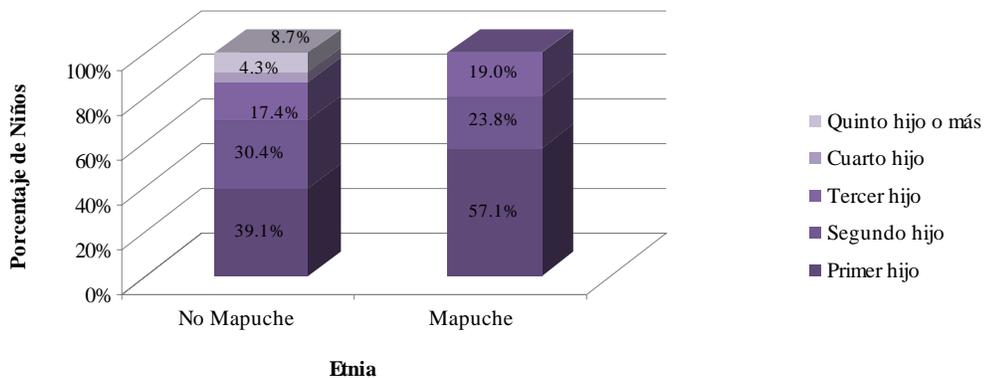
Gráfico N° 10: Distribución porcentual de niños pertenecientes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, según Número de Hermanos y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre 2007.



Fuente: Ídem

En relación al número de hermanos, el gráfico muestra que los hijos únicos superan a las demás categorías en los niños mapuche y no mapuche (38,1% y 34,8%, respectivamente). Destaca además que en el grupo de etnia no mapuche existe un porcentaje considerablemente mayor que en los de etnia mapuche en la categoría 5 hermanos o más (21,7% versus 4,8%, respectivamente).

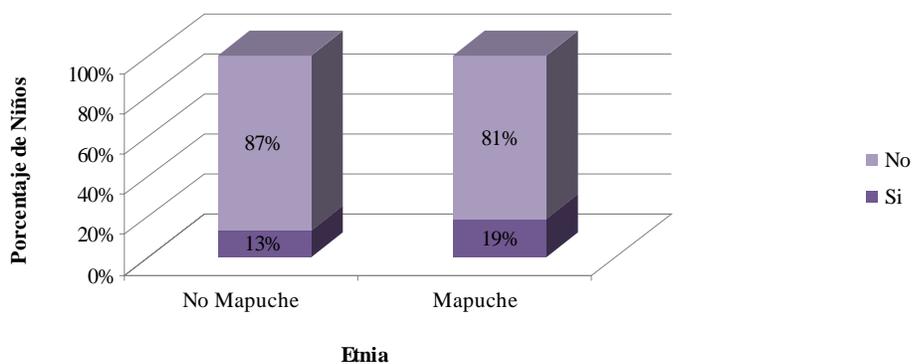
Gráfico N° 11: Distribución porcentual de niños pertenecientes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, de acuerdo a Orden de Nacimiento y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre de 2007.



Fuente: Ídem

Este gráfico muestra la distribución de los niños según el orden de nacimiento, en los niños mapuches destaca que el 57,1% corresponde al primer hijo, mientras que en los no mapuche representan el 39,1%.

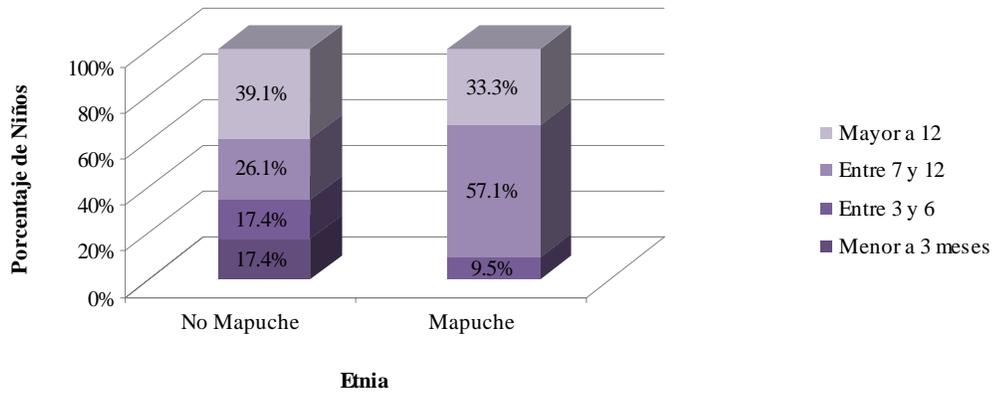
Gráfico N° 12: Distribución Porcentual de niños pertenecientes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, según Antecedente de Hermanos con Déficit del DSM y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre 2007.



Fuente: Ídem

El gráfico N° 12 muestra la distribución de los niños que tiene antecedentes de hermanos con riesgo o retraso del DSM, en los no mapuche solo el 13% tenían antecedentes y en los mapuche el 19%, en ambos casos la mayoría de los niños no presentaba esta condición.

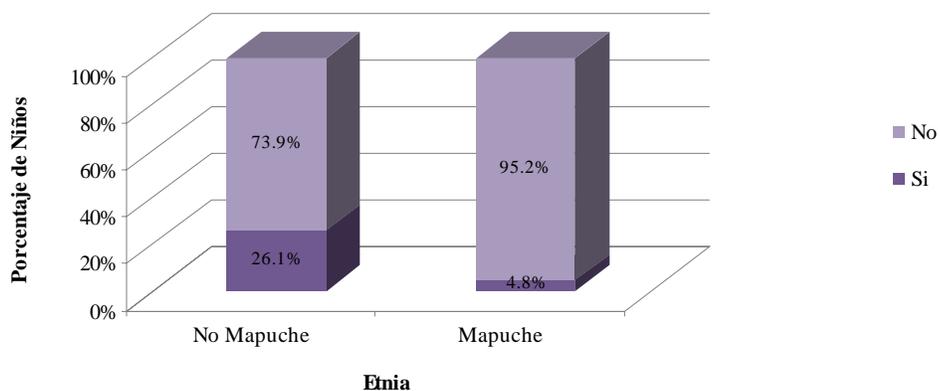
Gráfico N° 13: Distribución porcentual de niños pertenecientes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, de acuerdo a Duración de la Lactancia Materna y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre 2007.



Fuente: Ídem

En relación a la duración de la lactancia materna, ninguna madre de los niños mapuche tuvo lactancia materna inferior a los 3 meses a diferencia de los no mapuche que un 17,4% tuvo lactancia materna insuficiente. También se muestra en el gráfico que el 57,1% de los niños mapuche recibieron lactancia materna entre los 7 y 12 meses y el 33,3% la recibió por sobre el año.

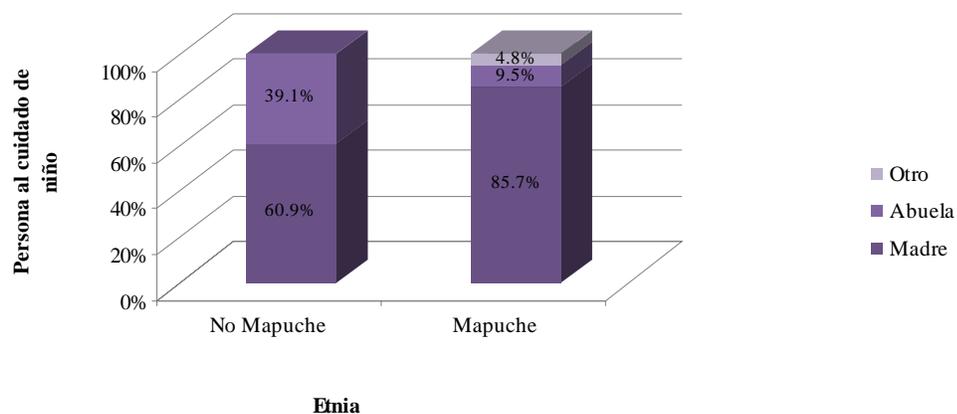
Gráfico N° 14: Distribución porcentual de niños pertenecientes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, de acuerdo a Asistencia a Sala Cuna o Jardín Infantil y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre 2007.



Fuente: Ídem

El gráfico señala la distribución de los niños de acuerdo a asistencia sala cuna o jardín infantil, evidenciando que el 26,1% de los niños no mapuche asiste a un centro de educación infantil. En tanto, el 95,2% de los niños mapuche no se encuentra inserto en el sistema de educación preescolar.

Gráfico N° 15: Distribución porcentual de niños pertenecientes al programa de estimulación del Desarrollo Psicomotor, según Persona que Cuida al Niño y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre 2007.



Fuente: Ídem

De acuerdo a la persona que se encuentra al cuidado del niño, el gráfico muestra que el 85,7% de los niños mapuche se encuentran al cuidado de su madre, cifra que supera en más de un 25% a los niños no mapuche en esta misma condición (60,9%). Por otro lado un 39,1% y 9,5% de los niños no mapuche y mapuche, respectivamente, están al cuidado de la abuela. En el caso de estos últimos, existe un pequeño número de niños que queda al cuidado de otros familiares, tales como primos o tíos (4,8%).

Tabla N° 1: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Edad de sus Madres y Etnia, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Edad de la Madre	Etnia No Mapuche		Etnia Mapuche		Total
	N°	%	N°	%	
Menor a 19 años	2	8,7	4	19	6
Entre 20 y 24 años	7	30,4	5	23,8	12
Entre 25 y 29 años	4	17,4	3	14,3	7
Entre 30 y 34 años	3	13	4	19	7
Entre 35 y 39 años	4	17,4	5	23,8	9
Entre 40 y 44 años	2	8,7	0	0	2
Entre 45 y 49 años	1	4,3	0	0	1
Mayor a 50 años	0	0	0	0	0
Total	23	100	21	100	44

Fuente: Ídem

La tabla N° 1 muestra que tanto en los niños de etnia mapuche como no mapuche, existe un bajo porcentaje de niños con madres adolescentes (19% y 8,7%, respectivamente). En ambos grupos, la mayoría de las madres tiene entre 20 y 39 años. En el caso de las madres no mapuche existen madres que superan los 40 años de edad (13%).

Tabla N° 2: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Escolaridad de sus Madres y Etnia, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Escolaridad del la Madre	Etnia No Mapuche		Etnia Mapuche		Total
	N°	%	N°	%	
Sin Educación	0	0	0	0	0
Educación Básica Completa	8	34,8	6	28,6	14
Educación Básica Incompleta	3	13	5	23,8	8
Educación Media Completa	4	17,4	9	42,9	13
Educación Media Incompleta	7	30,4	1	4,8	8
Educación Superior Completa	0	0	0	0	0
Educación Superior Incompleta	0	0	0	0	0
Educación Técnico-Profesional Completa	0	0	0	0	0
Educación Técnico-Profesional Incompleta	1	4,3	0	0	1
Total	23	100	21	100	44

Fuente: ídem

La Tabla N° 2 muestra que en ambas clasificaciones étnicas, más del 45% de las madres alcanzó estudios de enseñanza media. En el caso de las madres de etnia no mapuche el 30,4% no completó este periodo, mientras que las madres de etnia mapuche lo hicieron en un 42,9%. En ambos casos, no se registraron madres que no hayan accedido a la educación formal. Del mismo modo, la totalidad de las madres son alfabetas.

Tabla N° 3: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Estado Civil de sus Madres y Etnia, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Estado Civil de la Madre	Etnia No Mapuche		Etnia Mapuche		Total
	N°	%	N°	%	
Soltera	7	30,4	9	42,9	16
Casada	8	34,8	0	0	8
Separada	0	0	1	4,8	1
Divorciada	0	0	0	0	0
Viuda	0	0	0	0	0
Conviviente	8	34,8	11	52,4	19
Total	23	100	21	100	44

Fuente: ídem

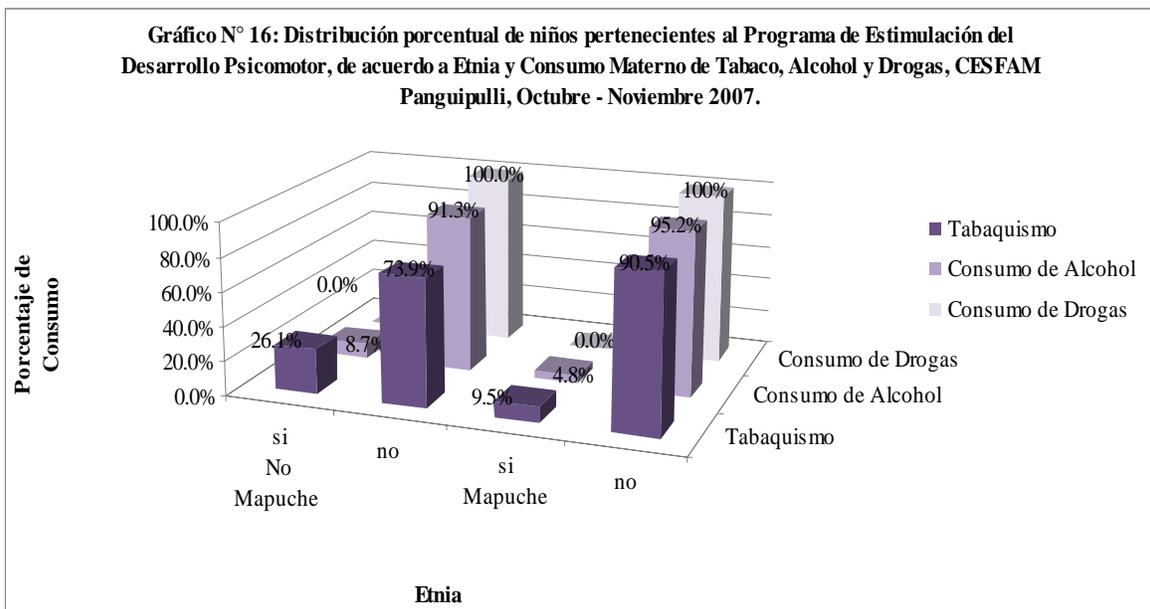
La tabla N° 3, permite apreciar que las madres no mapuche se distribuyen de manera uniforme entre el estado civil soltera (30,4%), casada (34,8%) y conviviente (34,8%). En el caso de las madres mapuche se observa una tendencia al estado civil de convivencia, el que supera el 50%, el 42,9% afirmó ser soltera.

Tabla N° 4: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Ocupación de la Madre y Etnia, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Escolaridad del Padre	Etnia No Mapuche		Etnia Mapuche		Total
	N°	%	N°	%	
Dueña de Casa	8	34,8	19	90,5	27
Estudiante	3	13	0	0	3
Trabajo Esporádico	5	21,7	2	9,5	7
Trabajo con Contrato	7	30,4	0	0	7
Cesante	0	0	0	0	0
Jubilada	0	0	0	0	0
Total	23	100	21	100	44

Fuente: Ídem

La Tabla N° 4 muestra una diferencia en la ocupación de las madres de niños mapuche y no mapuche. En el caso de estas últimas, el 52,1% trabaja fuera del hogar, ya sea de manera esporádica o con contrato, un 13% señala estar estudiando y sólo el 34,8% declaró ser dueña de casa. En el caso de las madres mapuche, el 90,5% se definió como dueña de casa y el 9,5% afirmó trabajar esporádicamente.



Fuente: Ídem.

En relación al tabaquismo se presenta un mayor consumo de cigarrillos en las madres no mapuche (26,1%) a diferencia de las madres mapuche quienes sólo lo hacen en un 9,5%. En el gráfico además se observa un bajo consumo de alcohol en ambas etnias (8,7% y 4,8%). Respecto al consumo de drogas ninguna madre afirmó consumirlas.

Tabla N° 5: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Presencia de Enfermedad Psiquiátrica de sus Madres y Etnia, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Enfermedad Psiquiátrica	Etnia No Mapuche		Etnia Mapuche		Total
	N°	%	N°	%	
Depresión	2	8,7	0	0	2
Depresión Post Parto	1	4,3	0	0	1
Esquizofrenia	0	0	0	0	0
Retardo Mental	0	0	1	4,8	1
Otras	0	0	0	0	0
No presenta enfermedad	20	87	20	95,2	40
Total	23	100	21	100	44

Fuente: ídem

La tabla N° 5 muestra la distribución de las madres que presentan enfermedades psiquiátricas. En el caso de las madres de niños no mapuche existen 2 casos de depresión y 1 de depresión post parto. Entre las madres de niños mapuche encuestadas, sólo se registró un caso relacionado con retardo mental.

Tabla N° 6: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Etnia y Tiempo dedicado por las Madres diariamente a la Estimulación del niño/a, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Tiempo dedicado diariamente a la estimulación del niño/a	Etnia No Mapuche		Etnia Mapuche		Total
	N°	%	N°	%	
Entre 1 y 2 horas	8	34,8	11	52,4	19
Entre 3 y 4 horas	7	30,4	7	33,3	14
Entre 5 y 6 horas	3	13	3	14,3	6
Sólo tiene contacto los fines de semana con su hijo	3	13	0	0	3
No tiene contacto con su hijo	2	8,7	0	0	2
Total	23	100	21	100	44

Fuente: Ídem

En la Tabla N° 6 se aprecia el número de horas que las madres dedican diariamente a la estimulación de su hijo. En el caso de los niños mapuche la totalidad de las madres afirmó dedicar diariamente un tiempo a la estimulación de su hijo, mientras que en el caso de los niños de etnia no mapuche las madres que señalaron dedicar algunas horas al día para esta actividad alcanzó el 78,2%. El 13% de ellas dedica tiempo a la estimulación sólo durante los fines de semana y un 8,7% de las madres no tiene contacto con su hijo.

Tabla N° 7: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Embarazo Planificado y Etnia, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Embarazo	Etnia No Mapuche		Etnia Mapuche		Total
	N°	%	N°	%	
Planificado	10	43,5	6	28,6	16
No Planificado	13	56,5	15	71,4	28
Total	23	100	21	100	44

Fuente Ídem.

En esta tabla se aprecia una distribución más equitativa entre las madres de niños de etnia no mapuche, quienes distribuyen el embarazo planificado y no planificado entre el 43,5% y el 56,5%. En tanto que entre las madres de niños de etnia mapuche existe un predominio de embarazo no plantificado (71,4%) sobre el planificado (28,6%).

Tabla N° 8: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Etnia y Percepción de su Madre referente a la relación con el Padre de su hijo, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Percepción materna de la relación con el Padre	Etnia No Mapuche		Etnia Mapuche		Total
	Nº	%	Nº	%	
Excelente	14	60,8	4	19	18
Buena	3	13	9	42,8	12
Regular	4	17,3	2	9,5	6
Mala	2	8,6	1	4,8	3
No tiene	0	0	5	23,8	5
Total	23	100	21	100	44

Fuente Ídem.

En relación a la percepción que las madres tienen respecto a su relación con el padre de su hijo, la tabla muestra que más del 60% de las madres de etnia no mapuche refieren tener una excelente relación, muy superior al número de madres de etnia mapuche que afirmó llevarse excelente con el padre (19%). Más del 40% de ellas refiere mantener una buena relación (42,8%). Asimismo destaca un 23,8% de madres mapuche que afirmaron no tener relación con el padre.

Tabla N° 9: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Edad de sus Padres y Etnia, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Edad del Padre	Etnia				Total
	No Mapuche		Mapuche		
	N°	%	N°	%	
Menor a 19 años	1	4,3	0	0	1
Entre 20 y 24 años	2	8,7	4	19	6
Entre 25 y 29 años	3	13	6	28,6	9
Entre 30 y 34 años	2	8,7	7	33,3	9
Entre 35 y 39 años	8	34,8	1	4,8	9
Entre 40 y 44 años	1	4,3	2	9,5	3
Entre 45 y 49 años	5	21,7	1	4,8	6
Mayor a 50 años	1	4,3	0	0	1
Total	23	100	21	100	44

Fuente: Ídem

En esta tabla se puede apreciar que existe una diferencia notable en las edades de los padres. El 80,9% de los padres de niños de etnia mapuche se concentran entre los 19 y 34 años de edad, mientras que el 65,1% de los padres de niños no mapuche se concentran en el grupo etario mayor a 35 años.

Tabla N° 10: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Escolaridad de sus Padres y Etnia, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Escolaridad del Padre	Etnia				Total
	No Mapuche		Mapuche		
	N°	%	N°	%	
Sin Educación	1	4,3	0	0	1
Educación Básica Completa	6	26,1	9	42,9	15
Educación Básica Incompleta	1	4,3	4	19	5
Educación Media Completa	5	21,7	4	19	9
Educación Media Incompleta	9	39,1	4	19	13
Educación Superior Completa	0	0	0	0	0
Educación Superior Incompleta	1	4,3	0	0	1
Educación Técnico-Profesional Completa	0	0	0	0	0
Educación Técnico-Profesional Incompleta	0	0	0	0	0
Total	23	100	21	100	44

Fuente: Ídem

En la Tabla N° 10 se puede apreciar que el 42,9% de los padres de niños mapuche completó la educación básica y el 19% de ellos terminó la enseñanza media. En el caso de los padres de niños no mapuche existe un caso que no tuvo educación, un 26,1% completó la enseñanza básica y un 21,7% terminó la educación media.

Tabla N° 11: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Alfabetismo del Padre y Etnia, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Escolaridad del Padre	Etnia No Mapuche		Etnia Mapuche		Total
	N°	%	N°	%	
Alfabeto	20	87	21	100	41
Analfabeto	3	13	0	0	3
Total	23	100	21	100	44

Fuente: Ídem

La Tabla N° 11 muestra que un 87% de los padres de niños no mapuche son alfabetos, en tanto que el analfabetismo alcanza el 13%. Entre los padres de los niños mapuche el 100% de ellos son alfabetos. Debemos mencionar que aun cuando existe sólo un caso en que el padre no accedió a educación formal, existen tres padres que son analfabetos, puesto que la asistencia a educación formal no garantiza la alfabetización de las personas.

Tabla N° 12: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Estado Civil de sus Padres y Etnia, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Estado Civil del Padre	Etnia				Total
	No Mapuche		Mapuche		
	N°	%	N°	%	
Soltero	7	30,4	8	38,1	15
Casado	7	30,4	1	4,8	8
Separado	1	4,3	2	9,6	3
Divorciado	0	0	0	0	0
Viudo	0	0	0	0	0
Conviviente	8	34,8	10	47,6	18
Total	23	100	21	100	44

Fuente: Ídem

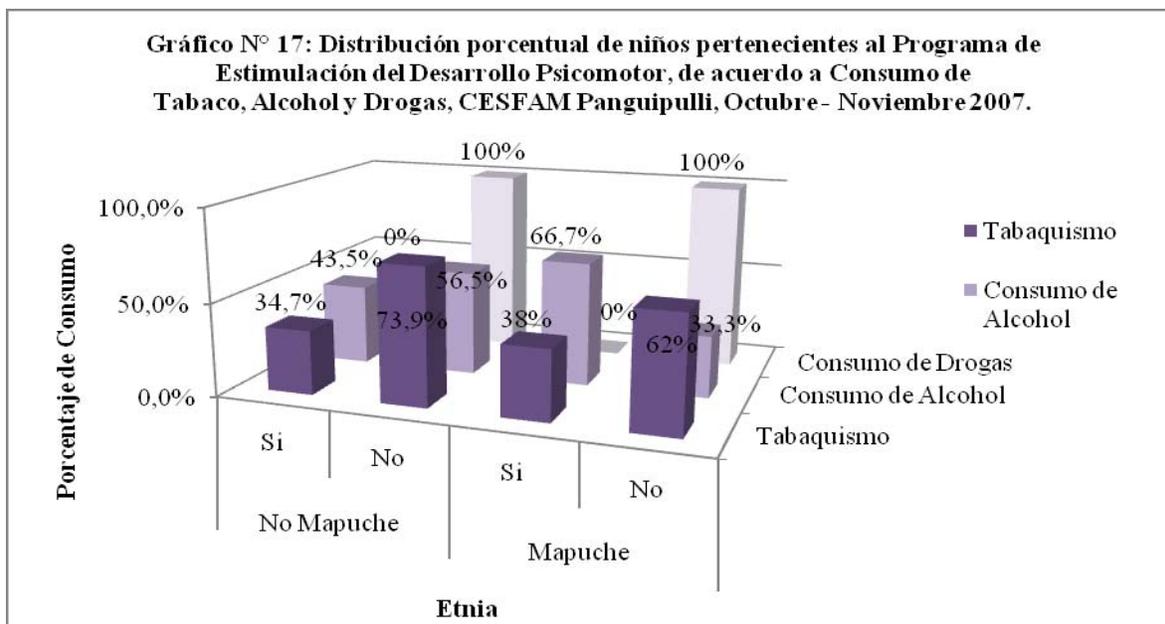
La tabla N° 12 evidencia que los padres de niños no mapuche se distribuyen de manera similar entre el estado civil soltero (30,4%), casado (30,4%) y conviviente (34,8%). En el caso de los padres de niños mapuche existe una inclinación hacia la convivencia (47,6%) y el 38,1% de los padres son solteros.

Tabla N° 13: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Ocupación de sus Padres y Etnia, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Ocupación del padre	Etnia				Total
	No Mapuche		Mapuche		
	N°	%	N°	%	
Cesante	2	8,7	2	9,5	4
Estudiante	1	4,3	0	0	1
Trabajador Esporádico	9	39,1	18	85,7	27
Trabajadora con Contrato	11	47,8	1	4,8	12
Jubilado	0	0	0	0	0
No sabe	0	0	0	0	0
Total	23	100	21	100	44

Fuente: Ídem

De acuerdo a la ocupación de los padres, la tabla muestra que el 47,8% de los padres de niños no mapuche tienen un trabajo con contrato a diferencia del 4,8% de los padres de niños mapuche. La mayoría de los padres de niños de etnia mapuche se desarrolla laboralmente en un trabajo que es de carácter esporádico (85,7%), muy superior al número de padres de niños de etnia no mapuche que trabajan de esta manera (39,1%).



Fuente: Ídem

Este gráfico muestra la distribución de los padres en relación al consumo de alcohol, tabaco y drogas. En los padres de niños no mapuche se observa que un 34,7% tiene el hábito tabáquico, un 43,5% consume alcohol y ninguno de ellos consume drogas. Mientras que en el caso de los padres de niños mapuche un 38% consume tabaco, un 66,7% consume alcohol y ninguno consume drogas.

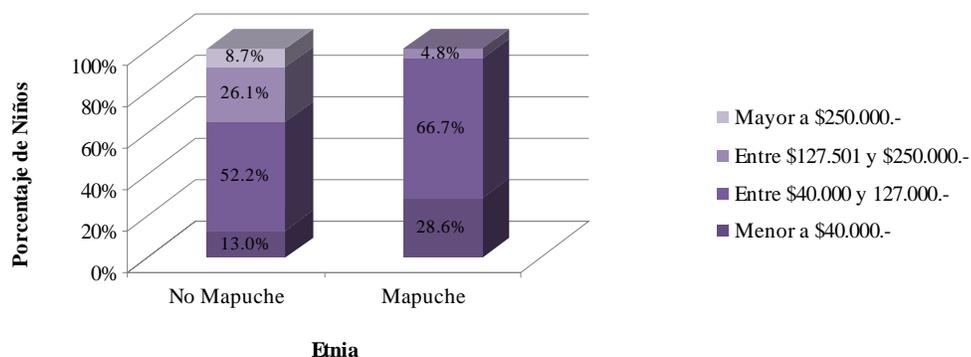
Tabla N° 14: Distribución Numérica y Porcentual de Niños pertenecientes al Programa de Estimulación de DSM, según Etnia y Tiempo que dedican los Padres a la estimulación del niño /a, CESFAM Panguipulli Octubre – Noviembre de 2007.

Tiempo que dedica a la estimulación del niño/a	Etnia				Total
	No Mapuche		Mapuche		
	N°	%	N°	%	
Entre 1 y 2 horas al día	6	26,1	10	47,6	16
Entre 3 y 4 horas diarias	7	30,4	2	9,5	9
Entre 5 y 6 horas al día	2	8,7	0	0	2
Sólo tiene contacto los fines de semana con su hijo	3	13,1	2	9,5	5
Tiene contacto una vez al mes o menos	1	4,3	0	0	1
No tiene contacto con su hijo	4	17,4	7	33,3	11
Total	23	100	21	100	44

Fuente: Ídem

En esta tabla se puede apreciar la distribución de los padres de acuerdo al tiempo que ellos dedican a la estimulación de sus hijos diariamente. El 65,2% de los padres de niños no mapuche dedica entre 1 y 6 horas diarias a la estimulación de su hijo. En el caso de los padres de niños mapuche, un 57,1% de ellos dedica este número de horas al día. El 17,4% de de los padres no mapuche no tiene contacto con su hijo, mientras que un 33,3% no tiene contacto con el niño.

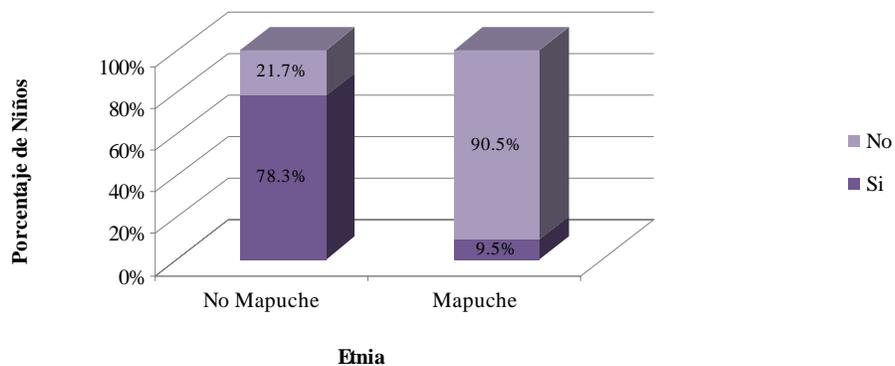
Gráfico N° 18: Distribución porcentual de familias de niños asistentes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, de acuerdo a Ingreso Familiar y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre 2007.



Fuente: Ídem.

Este gráfico muestra los niveles de ingresos económicos de las familias. Un 13% de las familias de niños no mapuche perciben un ingreso menor a 40 mil pesos, un 52,2% percibe un ingreso entre 40 mil y 127 mil pesos, un 26,1% se encuentra entre 127 mil y 250 mil pesos y sólo un 8,7% percibe un ingreso sobre 250 mil pesos. Por otro lado, los ingresos de las familias de niños mapuche se concentran principalmente en el tramo de los 40 mil y 127 mil pesos con un 66,7% y ninguna de ellas percibe ingresos superiores a 250 mil pesos.

Gráfico N° 19: Distribución porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicomotor, según Saneamiento Ambiental Básico y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre - Noviembre 2007



Fuente Ídem.

De acuerdo al saneamiento básico, el 90,5% de las familias de niños mapuche no poseen saneamiento básico completo, mientras que un 78,3% de las familias de niños no mapuche poseen saneamiento básico completo.

Tabla N° 15: Distribución Numérica y Porcentual de Niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según Tipo de Familia y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre – Noviembre 2007.

Tipo de Familia	Etnia				Total
	No Mapuche		Mapuche		
	N°	%	N°	%	
Nuclear, Monoparental	1	4,3	2	9,5	3
Nuclear, Biparental	13	56,5	7	33,3	20
Extensa, Monoparental	6	26,1	8	38,1	14
Extensa, Biparental	3	4,3	4	19	7
Total	23	100	21	100	44

Fuente: Ídem

La Tabla N° 15 muestra que en ambas clasificaciones étnicas se aprecia una distribución similar en relación al tipo de familia. La mayor parte se distribuye entre las familias de tipo Nuclear Biparental (56,5% y 33,3% en el caso de las familias de niños no mapuche y mapuche, respectivamente) y Extensa Monoparental (26,1% y 38,1%, correspondientemente).

Tabla N° 16: Distribución Porcentual de Niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según Jefe de Hogar y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre – Noviembre 2007.

Jefe de Hogar	Etnia				Total
	No Mapuche		Mapuche		
	N°	%	N°	%	
Madre	1	4,3	1	4,8	2
Padre	16	69,6	10	47,6	26
Abuelo/a	5	21,8	5	23,8	10
Otro	1	4,3	5	23,8	6
Total	23	100	21	100	44

Fuente: Ídem

Se puede observar en la Tabla N° 16 que en las dos clasificaciones étnicas se reconoce principalmente al padre como jefe de hogar (69% y 47,6%). Cabe destacar que el rubro abuelo/a y otros, en la población mapuche, corresponde a una proporción importante (23,8% cada uno).

Tabla N° 17: Distribución Numérica y Porcentual de Niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según Hacinamiento y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre – Noviembre 2007.

Hacinamiento	Etnia				Total
	No Mapuche		Mapuche		
	N°	%	N°	%	
No	19	82,6	14	66,7	33
Si	4	17,4	7	33,3	11
Total	23	100	21	100	44

Fuente: ídem

La Tabla N° 17 muestra que el hacinamiento de las familias mapuche alcanza un 33,3%, por sobre el número de casos registrados en la etnia no mapuche (17,4%).

Tabla N° 18: Distribución Porcentual de niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según antecedente de Violencia Intrafamiliar y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre – Noviembre 2007.

Presencia de Violencia Intrafamiliar	Etnia				Total
	No Mapuche		Mapuche		
	N°	%	N°	%	
Si	2	8,7	3	14,3	5
No	21	91,3	18	85,7	39
Total	23	100	21	100	44

Fuente: Ídem

De esta Tabla se puede desprender el antecedente de violencia al interior de la familia. En las familias de niños no mapuche el 8,7% refiere haber experimentado episodios de violencia intrafamiliar mientras que en las familias de los niños mapuche el 14,3% presenta este marcador de riesgo.

Tabla N° 19: Distribución Porcentual de Niños asistentes al Programa de Estimulación del DSM, según percepción de la Madre sobre el Funcionamiento Familiar (APGAR) y Etnia, CESFAM Panguipulli, Octubre – Noviembre 2007.

Percepción del Funcionamiento Familiar (APGAR)	Etnia				Total
	No Mapuche		Mapuche		
	Nº	%	Nº	%	
Sugiere Muy buena Función Familiar	20	87	16	76,2	36
Sugiere Disfuncionalidad Familiar	2	8,7	3	14,3	5
Sugiere Disfuncionalidad Severa	1	4,3	2	9,5	3
Total	23	100	21	100	44

Fuente: Ídem

Esta tabla muestra el funcionamiento familiar de acuerdo al APGAR. En la mayoría de las familias se sugiere un muy buen funcionamiento familiar (87% y 76,2%).

9. DISCUSIÓN

De acuerdo a la evidencia de la Neurociencia, antes de los 4 años de edad se estructuran los saberes fundamentales en un individuo tales como el lenguaje, las habilidades sociales, las emociones y las capacidades cognitivas. (Mustar, J.; 2000). De acuerdo a los resultados encontrados en el estudio, los niños mapuche y no mapuche presentan una mayor prevalencia de trastornos del lenguaje, lo que dificulta la interacción del niño/a con el entorno.

En nuestro país se ha establecido una prevalencia de déficit del desarrollo psicomotor entre un 29% y 60%, dependiendo del instrumento utilizado para su evaluación, la edad del niño, la ruralidad y la experticia del operador. (Psucci, M.; Lejarrega, H.; et al, 2004). Durante el desarrollo del estudio, participaron 44 niños/as con diagnóstico de riesgo o retraso del desarrollo psicomotor, equivalente al 16,27% de la población infantil bajo control de acuerdo al Censo de Población correspondiente a Junio de 2007. (Censo Población Infantil, Junio de 2007).

En relación a las edades de los padres, ambos grupos coinciden en que la mayoría se encuentra en edad adulta, concentrándose entre veinte y cuarenta años de edad en el caso de las madres y entre los veinticinco y cincuenta años, en el caso de los padres. La evidencia afirma que para los mapuche el embarazo adolescente no constituye una limitación en cuanto a lo fisiológico y por lo tanto no es sancionado (Chávez, 2005). Entre los no mapuche existe un 8,7% de padres adolescentes, mientras que en el caso de los mapuche alcanza un 19%. De acuerdo a los datos aportados por el INE, en el año 2004 hubo más de 34 mil nacidos vivos de mujeres menores de 20 años. El MINSAL (2008) ha señalado recientemente que el problema del embarazo adolescente es que los padres tienen mayores probabilidades de no estar en condiciones de ofrecer experiencias apropiadas para el desarrollo de sus hijos. (Comisión Nacional del XVII Censo de Población y Vivienda, 2002).

Por otra parte, de acuerdo a lo expresado por las madres, los niños son estimulados entre 1 y 2 horas diarias. Sin embargo, en el caso de los niños no mapuche, existen madres que sólo dedican tiempo durante los fines de semana o que, en definitiva, no tienen contacto con su hijo, por lo cual el cuidado y estimulación del menor recae en otro miembro de la familia. El modelo de crianza tradicional del pueblo mapuche, y del resto de los chilenos, se ha visto alterado a causa de la falta de tiempo de los padres y madres para criar a los hijos/as y la necesidad de recurrir a formadores externos a la familia, lo que implica que los/as niños/as sean socializados por agentes pertenecientes a una cultura diferente, con creencias, valores y tradiciones distintos. (Quidel y Pichinao, 2002). Sin embargo, en el caso de los niños de etnia mapuche, el 100% de ellos recibe estimulación por parte de su madre durante algunas horas del día.

La crianza de los niños se da mayoritariamente al interior del hogar. Existe un bajo porcentaje de niños (26% y 5% no mapuche y mapuche, respectivamente) que asisten a

jardín infantil o sala cuna. El 95% de niños mapuche que no asisten a este tipo de instituciones se explicaría por la escasa oferta de jardines infantiles en el sector rural de la comuna, concentrándose mayoritariamente en la ciudad. Sin embargo, en los últimos años se han dedicado esfuerzos para aumentar el número de sala cunas y jardines infantiles a lo largo del país, permitiendo mejorar el acceso de todos los niños y niñas, aun en localidades más alejadas. (Secretaría General de la Presidencia, 2007).

Referente a la constitución del grupo familiar, la mayoría de las familias de niños no mapuche son de tipo nuclear biparental (56,5%), seguida por hogares de familias extensas monoparentales (26,1%), generalmente lideradas por la madre. La situación es coincidente en el caso de las familias de niños mapuche, donde las familias nucleares biparentales y extensas monoparentales alcanzan un 33,3% y 38,1%, respectivamente. En ambas poblaciones es el padre la figura que más se reconoce como jefe de hogar (50% en promedio), seguido por los abuelos (22%) quienes, sobre todo en el sector rural, aparecen como una figura relevante en la crianza de los niños.

Los conflictos que pueden generarse al interior de la familia repercuten directamente sobre el desarrollo de los niños. En las Primeras Jornadas Regionales de Salud Mental en APS (1995), la psicóloga Rosario Domínguez definió el maltrato infantil y enfatizó sobre las consecuencias para la salud física y mental, estableciendo que se pueden desencadenar trastornos y retrasos del desarrollo cognitivo, afectivo-social y del lenguaje, así como también trastorno de las emociones, del ánimo y retraimiento, conductas delictivas posteriores, entre otras. Dentro de la población estudiada un 8,7% de madres no mapuches aseguró que en su familia existía el antecedente de episodios de violencia física o psicológica, mientras que un 14,3% de las madres mapuche entrevistadas afirmó haber experimentado violencia en su familia. Respecto a la percepción del funcionamiento familiar, evaluado mediante el instrumento APGAR, existiría un 13% de familias no mapuche que sugieren disfuncionalidad familiar, en tanto que en las familias mapuches el porcentaje de disfuncionalidad alcanzaría un 23,8%.

En otro ámbito, se estima que entre el 8% y el 20% de las mujeres experimentarían un episodio depresivo en su vida, siendo el embarazo y la menopausia una de las etapas en que ellas se encuentran más propensas a sufrirlo. En opinión de la enfermera Irma Rojas (citado en MINSAL, 2007), perteneciente al Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, una mujer que sufre depresión durante el embarazo y no recibe tratamiento tiene una alta probabilidad de continuarla hasta el periodo de pos parto, con importantes repercusiones sobre el hijo/a. La profesional afirma que la depresión produce trastornos en la diada impactando negativamente en el desarrollo de su hijo/a, pudiendo aumentar los efectos sobre desarrollo cognitivo y del lenguaje. Los efectos sobre los niños/as se pueden producir incluso con posterioridad al parto, afectando el desarrollo psicomotor incluso posterior al año de vida. Se ha demostrado que a los 18 meses los niños/as obtienen una menor puntuación en pruebas cognitivas, sobre todo si se trata de varones y de nivel socioeconómico bajo (Fritsch M, Rosemarie, Montt S. Maria Elena et al., 2007 citado en MINSAL, 2007). Sin embargo, entre los niños pertenecientes al estudio, se evidencia una baja prevalencia de mujeres no mapuche que experimentó depresión (dos

casos), en tanto que las madres de etnia no mapuche no registraron casos de depresión. Aun cuando el número de casos es reducido entre las madres de niños con déficit en el desarrollo psicomotor, deben realizarse acciones orientadas hacia la pesquisa precoz de esta patología permitiendo una intervención oportuna. Del mismo modo, la tendencia a presentar mayor probabilidad de déficit en varones es coincidente con la situación de los niños panguipullenses, quienes superan el 65% de los niños pertenecientes al estudio.

También existe un factor que constituye un riesgo para el crecimiento y desarrollo de los niños/as relacionado con el consumo problemático de alcohol o adicción a drogas por parte del padre, madre u otra persona cercana. En opinión del Dr. Alfredo Pemjean (citado en MINSAL, 2007), asesor del Departamento de Salud Mental del MINSAL, el consumo problemático de alguna sustancia psicoactiva en la familia, establece un riesgo para los hijos/as, el que debe ser entonces pesquisado e intervenido, oportunamente a fin de minimizar los efectos que conlleva. Lo anterior se expresa mediante la transmisión genética de una predisposición a desarrollar dependencias, además de la exposición del feto durante el embarazo y sus repercusiones en la dinámica familiar. El ambiente en el que el niño/a crece y se desarrolla puede tornarse desfavorable si en su familia existe un consumo problemático de estas sustancias. El tipo de relaciones que se establecen entre los integrantes de la familia tiende a ser menos tolerante y a desencadenar mayores conflictos, generando un mayor nivel de violencia ya sea entre los padres o de los padres hacia los hijos.

La evidencia señala que en estos casos existe una elevada probabilidad de desarrollar algún trastorno psicopatológico (Ellis, D.; Zucker, R.; et al). Además, la convergencia de diversos factores (como trastornos mentales en los padres, el bajo nivel socioeconómico, pautas de crianza inadecuadas, entre otras) permite que se expresen con mayor fuerza las nefastas consecuencias sobre los niños/as. Durante la realización de este estudio se determinó una prevalencia de consumo no problemático de alcohol correspondiente a un 8,7% y a un 4,8% en madres de niños no mapuche y mapuche, respectivamente, evaluado mediante un instrumento llamado Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el uso de Alcohol (AUDIT), validado hace algunos años en nuestro país. (MINSAL, 2006). En el caso de los hombres, las madres o cuidadoras que participaron en la investigación reconocieron que un 43,5% y un 66,7% de los padres de niños no mapuche y mapuche, respectivamente, consumían alcohol (no problemático).

Como hemos señalado, existen diversos factores de riesgo que pueden afectar negativamente el desarrollo infantil; habitualmente estos factores interactúan en forma dinámica con la familia y el entorno. Si bien de manera aislada estos son capaces de generar un impacto negativo sobre el niño o niña en etapa de desarrollo, la asociación de uno o más factores aumenta el impacto generado y determina una especial vulnerabilidad para los niños, como es el caso de la influencia de las condiciones de vida y el bajo nivel socioeconómico.

Las condiciones ambientales de las familias mapuche son contrastantes con las no mapuche, puesto que casi la totalidad de las familias mapuche no cuenta con saneamiento básico completo (90,5%) y un tercio de ellos viven en condiciones de hacinamiento

(33,3%). La situación es algo diferente en el caso de las familias no mapuche, que presenta un menor porcentaje de saneamiento básico incompleto (21,7%) y menor prevalencia de hacinamiento (17,4%). Sin embargo aun cuando las familias mapuche prescindan de los servicios básicos, han adquirido las herramientas suficientes que les permiten dar satisfacción a las necesidades vitales, en cuanto al tratamiento del agua y las mejoras en la disposición de basuras. Por otra parte, los esfuerzos en mejoramiento de las viviendas, ha permitido que cada vez más los habitantes de sectores rurales puedan acceder a electrificación.

En general es en las familias mapuche donde están más presentes los factores de riesgo que, de acuerdo a la literatura, ha logrado establecer una mayor asociación entre estos factores y el déficit del desarrollo psicomotor de los niños, sin embargo existe un acervo cultural que marca diferencias importantes en el desarrollo de la población mapuche versus la población no mapuche y que no necesariamente pudiera ser indicio de un problema en el desarrollo sino que una forma diferente de enfrentar las situaciones.

10. CONCLUSIONES

De los 44 niños controlados en el Programa de Estimulación del desarrollo psicomotor, el 47,7% son de etnia mapuche y el 52,3% son no mapuche. El 57,1% de los niños mapuche residen en una reducción mapuche y, en la misma proporción, sus madres aseguran sentirse identificadas con la cultura mapuche.

Más del 75% de los niños presenta riesgo en su desarrollo psicomotor de acuerdo a las evaluaciones realizadas a través de los instrumentos conocidos como TEPSI (20%) y EEDP (80%) y un poco más del 20% se encuentra con retraso en su desarrollo. El área del desarrollo que presenta mayor prevalencia de déficit corresponde al lenguaje (54,9%), seguida del área motora, de coordinación y social.

Respecto al perfil demográfico de los niños en control, la mayoría se encuentra entre los 2 y 3 años en el caso de los mapuche, y entre el año y los dos años de edad en el caso de los no mapuche. En ambas clasificaciones étnicas es mayor el porcentaje de varones con rezago en su desarrollo, con un 65,2% en el caso de la etnia no mapuche y un 66,7% en los mapuche. En ambos grupos cerca del 35% de los niños es hijo único y corresponde al primer hijo (39,1% y 57,1% de niños no mapuche y mapuche, respectivamente).

Respecto al lugar de residencia, el 38% de los niños mapuche vive en sectores rurales de la comuna, mientras que sólo el 26% de los no mapuche residen fuera del área urbana. Un 26,1% de los niños no mapuche asiste a sala cuna o jardín infantil, mientras que sólo el 4,8% de los niños de etnia mapuche lo hace. De acuerdo a la existencia de antecedente de hermanos que hayan presentado déficit en su desarrollo, tenemos que en un 13% de los niños no mapuche existe el antecedente, similar al 19% en el caso de los niños mapuche.

Al consultar sobre el tiempo de duración de la lactancia materna, más del 60% de los niños no mapuche se alimentó con pecho materno durante más de seis meses; incluso en el caso de los niños mapuche más del 90% de las madres afirmó que su hijo recibió leche materna durante un tiempo mayor a la recomendación nacional (6 meses).

En relación a la persona encargada del cuidado del niño, el 85,7% de las madres mapuche asume este rol, sobre las no mapuche que alcanzan el 60,9%. Un 39,1% de las madres de niños no mapuche afirmó que es su madre o suegra quien asume el cuidado de su hijo. En el caso de los niños mapuche, un 9,5% queda al cuidado de su abuela y un 4,8% a cargo de otro familiar.

El perfil sociodemográfico de la madre se caracteriza por tratarse de madres relativamente jóvenes; en el caso de las madres de niños mapuche las edades fluctúan entre los 20 y 39 años (81%), con un 19% de madres adolescentes. Las madres no mapuche en cambio extienden la edad en la que deciden ser madres, registrándose casos que superan los 40 años de edad. Respecto al embarazo precoz, un 8,7% de las entrevistadas corresponde a madres adolescentes. Relacionado con la escolaridad, el 34,8% de las madres no mapuche y

el 28,6% de las mujeres mapuche completó la educación básica, al mismo tiempo que el 17,4% de las no mapuche y el 42,9% de las mapuche logró terminar sus estudios de enseñanza media. El 100% de las madres sabe leer y escribir.

En relación al estado civil las madres de los niños mapuche, más de la mitad optan por la convivencia (52,4%), el 42,9% son solteras y sólo un 4,8% afirmó estar separada al momento de la entrevista. En el caso de las madres no mapuche un 34,8% está casada, la misma cifra ocupan las mujeres que dicen convivir y un 30,4% afirma ser soltera. Respecto a la ocupación, el 90,5% de las madres de niños mapuche son dueñas de casa y sólo el 9,5% tienen un trabajo esporádico, a diferencia de las madres de niños no mapuche quienes en más del 50% de los casos tienen algún tipo de trabajo fuera del hogar, ya sea esporádico o con contrato. El 12,7% de ellas se encuentra cursando estudios y sólo un 34,8% reconoció ser dueña de casa. Respecto al consumo de sustancias nocivas como tabaco, drogas o alcohol de las madres, el 4,8% de las madres mapuche registra un consumo no problemático de alcohol y un 9,5% fuma. En el caso de las madres de niños no mapuche un 26,1% de ellas afirma que fuma y un 8,7% asegura consumir alcohol de manera no problemática.

En cuanto a la planificación familiar, el 56,5% de las madres de niños no mapuche no planificaron su embarazo, inferior al 71,4% de las madres mapuche que tampoco indicó haber planificado su embarazo. Por último, al preguntar por la percepción de la relación con el padre del niño, alrededor de la mitad de las madres mapuche consideró tener una buena relación, un muy bajo porcentaje la consideró mala y alrededor del 25% de las madres reconoció no tener relación con el padre del niño, a diferencia de las madres no mapuche quienes en más de la mitad de los casos reconoció tener una excelente relación con el progenitor, mientras que un muy bajo porcentaje la reconoció como mala y ninguna señaló no tener relación con el padre de su hijo.

En relación al padre de los niños, en ambos grupos étnicos fluctúan entre los 20 y 49 años principalmente, destacándose que en la población mapuche se concentran mayoritariamente entre los 25 y 34 años (61,9%), y en los no mapuche se concentra principalmente entre los 35 y 49 años (60,8%). Además se pudo observar que los padres de niños no mapuche no son menores de 19 años, a diferencia de los no mapuche los que registran un caso.

Continuando con el perfil sociodemográfico de los padres, podemos observar que el 42,9% de los progenitores mapuche completó sus estudios de enseñanza básica y el 19% hizo lo mismo en la educación media. Los padres no mapuche, en cambio, completaron la enseñanza básica y media en el 26,1% y 21,7%, respectivamente. Entre ellos existe también un padre que no tiene estudios aunque tres padres refieren ser analfabetos, puesto que la asistencia a la escuela o colegio no garantiza el alfabetismo.

De acuerdo al estado civil, el 30,4% de los padres no mapuche se encuentra casado, mientras que el 4,7% de los padres mapuches lo está. Se debe aclarar que el estado civil de la madre y/o del padre no necesariamente coinciden. En ambos casos un alto porcentaje de padres opta por la convivencia (47,6% y 34,8% de los padres mapuche y no mapuche,

respectivamente). En relación a la ocupación casi la totalidad tiene trabajo esporádico (85,7% de los padres mapuche y 39,1% de los no mapuche. En lo que refiere al uso de sustancias psicoactivas ninguna madre reconoce que el padre de su hijo consume drogas. El consumo casual de alcohol alcanza un 66,7% en el caso de los mapuche a diferencia de los no mapuche entre quienes existe un 43,5% de consumo. En cuanto al tabaquismo, en ambas etnias llega a una cifra mayor a un tercio de la población (38% y 34,7% de los mapuche y no mapuche, respectivamente). En relación a las horas de estimulación que los padres dedican a sus hijos, los padres de niños no mapuche dedican en promedio entre 1 a 4 horas al día y los mapuche aseguran dedicar entre 1 y 2 horas diarias en casi la mitad de los casos. Destaca que existe un grupo de padres que no tiene contacto con su hijo (17,4% y 33,3% de los padres no mapuche y mapuche, respectivamente).

Respecto a las características ambientales de las familias de los niños, más del 60% de las familias de niños mapuche percibe un ingreso entre 40.000 y 127.000 mil pesos. En el caso de las familias mapuche, el 66,7% afirma contar con esa suma para satisfacer sus necesidades. Destaca que el 13% de las familias no mapuche y el 28,6% de las mapuche asegura vivir con un ingreso inferior a los \$40.000.- Referente al saneamiento básico completo, más del 70% de las familias no mapuche cuentan con los servicios básicos, en tanto que más del 90% de las familias de niños mapuche carece de saneamiento básico en su vivienda. Por otro lado, un 17,4% de las familias no mapuche vive en condiciones de hacinamiento en tanto que más del 30% de las familias mapuche presenta esta condición.

En cuanto a la constitución de la familia, más del 50% de las familias de niños no mapuche son de tipo nuclear biparental (56,5%), en tanto que en las familias no mapuche predominan las de tipo nuclear biparental (33,3%) y extensa monoparental (38,1%). En ambos grupos étnicos predomina como jefe de hogar el padre, aunque también en ambos casos existe un importante número de familias que reconocen al abuelo/a como jefe de hogar. De acuerdo al APGAR familiar, más del 75% de las familias sugiere un buen funcionamiento familiar y en ambas etnias se registra un antecedente de violencia intrafamiliar cercano al 10%.

11. PROYECCIONES DEL TRABAJO PARA ENFERMERÍA Y LA SALUD DE LA POBLACIÓN

Una de las actividades de mayor relevancia en los controles de salud infantil corresponde a la evaluación y estimulación del Desarrollo Psicomotor. Estas evaluaciones deben ser practicadas de manera sistemática de modo que detecten las alteraciones o deficiencias en las diferentes áreas del desarrollo infantil. Para que la evaluación sea efectiva se deben planificar de acuerdo a la prevalencia de las alteraciones, esto es, a edades que permitan ejercer acciones de recuperación.

Es por esto que al momento de aplicar los distintos instrumentos de evaluación del Desarrollo Psicomotor se debe tener en cuenta que el desarrollo infantil es diferente de un niño a otro, pero además se debe considerar que el entorno en que el niño se desenvuelve es diferente en cada caso.

Como hemos señalado, el desarrollo infantil es un proceso integral, en el que las distintas áreas están estrechamente relacionadas, por lo que la pesquisa de una alteración, en cualquiera de las funciones del desarrollo, debe motivar acciones de intervención más específicas.

Actualmente, las acciones de prevención en este ámbito son de carácter universal, esto es, dirigidas al conjunto de la población. Sin embargo sería recomendable dirigir o focalizar las intervenciones de manera específica hacia los grupos de mayor vulnerabilidad. Estos grupos se pueden precisar mediante la identificación de los factores de riesgo de los niños en control.

De esta manera, conocidos los factores psicosociales que influyen en el déficit del Desarrollo Psicomotor, se puede focalizar las actividades de promoción de la estimulación y prevención del déficit de DSM en aquellos niños más vulnerables, es decir, aquellos que, ya sea por las características ambientales o de sus padres, posean factores que pudieran aumentar el riesgo de sufrir deprivación en cuanto a la estimulación, y así, del desarrollo de sus potencialidades.

Conocer los factores psicosociales, considerando además el enfoque étnico, permitiría encausar las acciones y recursos con que cuenta los servicios sanitarios, contribuyendo así a la formación de niños con menores desigualdades de oportunidades.

Pero este no es un trabajo aislado, puesto que requiere el involucramiento de distintos agentes de la sociedad. Demanda un trabajo intersectorial, que incluya programas de apoyo a las familias en cuanto a salud, educación y servicios sociales.

12. REFERENCIAS

- Aksarina, N. M. (1983). *L'á Educació dels Infants fins als set anys*. Barcelona. España.
- Álamos, F. (1992). *Maltrato infantil en la familia: tratamiento y prevención*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Alvarado M., R.; Medina L., E; y cols. (2002). *El Efecto de Variables Psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido*. Revista Medica de Chile, vol.130, no.5, p.561-568. Chile.
- Bronfembrenner, U. (1979). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Editorial Paidós. Barcelona.
- Centro de Referencia para la Educación Pre escolar. (2005). *El Proceso Educativo y el Desarrollo de la Infancia*. Revista Educación. Cuba.
- Centro de Salud Familiar Panguipulli. (2007). *P2*. Unidad de Estadísticas. Panguipulli, Chile.
- Centro Interdisciplinario de Estudios de Género (2006). *Pautas de Crianza Mapuche*. Facultad de Ciencias Sociales, U. de Chile. Santiago. Chile.
- Chávez, N. (2005). *Por el respeto al niño y su cultura: Estudio comparativo del DSM a través del TEPSI en niños mapuches de zona urbana y rural con y sin participación de facilitador intercultural considerando variables sociodemográficas. Comuna San José de la Mariquina. 2005*. Tesis de Pregrado para la obtención del título de Licenciado en Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia. Chile.
- Consejo Asesor para la Reforma de las Políticas de Infancia. (2006). *Propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de la Infancia*. Santiago, Chile.
- Conejeros A., P.; Fernández F., L. y cols. (2006). *Sistematización Programa de Estimulación Temprana*. Universidad de la Frontera. –universidad Católica de Temuco. Chile.
- Comisión Nacional del XVII Censo de Población y Vivienda. (2002). *Censo 2002*. Chile.

- Corporación Municipal Panguipulli. División Salud. (2005). *Plan de Salud Comuna*. Panguipulli. Chile.
- Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas Públicas. (2006). *El futuro de los niños es siempre hoy*. Chile.
- Crispé, J., Baranda, B.; et al. (2006), *Consejo Asesor para la Reforma de Políticas de Infancia*. Santiago. Chile.
- Díaz R., U. (2007). *Evaluación del Programa Infantil Primer Semestre año 2007*. Presentado en Consejo Técnico CESFAM Panguipulli. Panguipulli. Chile.
- Domínguez V., R.; Narváez E., P. (1998). *Manual de Apoyo Técnico para las acciones de salud en Violencia Intrafamiliar*. Santiago. Chile.
- Ellis, D.; Zucker, R.; Fitzgerald, H. (1997). A, Health and Research World. The Role of Family Influences in Development and Risk. 1997. EE.UU.
- Fernández, L. & Riquelme, P. (2006). *Sistematización Programa de Estimulación Temprana*. Temuco. Chile.
- Gessel, A. (1985). *Embriología de la Conducta, los caminos de la mente humana*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Guzmán, M. L. (2008). *Desarrollo Integral de la Infancia*. Valdivia. Presentado en Taller de Implementación del Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y las niñas de 0 a 6 años. Valdivia. Chile.
- Haeussler, I.M. & Marchant, T. (2002). *TEPSI. Test de Desarrollo Psicomotor 2 – 5 años*. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. Editorial Mc Graw Hill. México.
- Lira, M. I., Rodríguez, S. (1979). *Rendimiento psicomotor en niños de nivel socioeconómico bajo durante su año de vida*. Revista Chilena de Pediatría. Santiago. Chile.
- López, A. (2004). Revista Acción Chilena. *Los Mapuches*, Artículo 1. Extraído el 29 Agosto, 2007 de <http://www.accionchilena.cl.html>
- Marriner, A. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Editorial Elsevier. Madrid.

- Ministerio de Salud. (2002). *Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010*. Extraído el 24 de Septiembre, 2007 de <http://epi.minsal.cl/epidemiologia>
- Ministerio de Salud (2006). *Guía Clínica Examen de Medicina Preventiva*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2007), *Capacitación en la Escala Massie-Campbell de Observación de indicadores de apego madre-bebé en situaciones de stress*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (2007), *Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y las niñas de 0 a 6 años*. Santiago, Chile.
- Ministerio Secretaría General de Gobierno. (2007). *Mapuches*. Extraído el 6 Septiembre, 2007 de http://www.serindigena.cl/territorios/mapuche/territorio_mapuche.htm
- Montenegro, H. y cols. (2006). *Déficit de Desarrollo Psicomotor en niños de alta vulnerabilidad socia*. Trabajo presentado en el 46° Congreso de Pediatría. Chillán, Chile.
- Mussen, P. (1983). *Desarrollo psicológico del niño*. México D.F. Editorial Trillas.
- Mustard, J. (2000). *Desarrollo Infantil temprano y cerebro: Bases para la salud, el aprendizaje y la conducta a través de la vida*. Washington DC, USA.
- Myers, R. (1993). *Los doce que sobreviven: Fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el tercer mundo*. Washington DC, USA.
- Pscucci, M.; Lejarrega, H.; Kelmansky, D.; et al. (2004). *Validación de la prueba nacional de pesquisa de trastornos del desarrollo psicomotor en niños menores de 6 años*. Revista Chilena de Pediatría. Santiago, Chile.
- Quidel y Pichinao. (2002). *Haciendo crecer personas pequeñas del pueblo mapuche*. Temuco, Chile.
- Rodríguez, S., Arancibia, V. & Undurraga, C. (1994). *EEDP. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0-24 meses*. Editorial Galdoc. Santiago.
- Saavedra, A. (2002). *Los mapuche en la sociedad chilena actual*. Editores Independientes. Valdivia.
- San Martín, R. (1985). *La educación tradicional del Mapuche*. Universidad Católica de Temuco. Chile.

- Santos, S. (2003). *Conocimientos en torno a la crianza de los niños mapuche en dos identidades territoriales*. Tesis de Grado Escuela de Antropología Universidad Católica de Temuco. Chile.
- Sotomayor, S. (1976). *Notas sobre la Educación Mapuche en Cautín*. Ediciones Universidad de la Frontera. Temuco. Chile.
- UNICEF. (2004). *Informe Anual de Actividades 2003*. Extraído el 20 de Enero, 2008 de http://www.unicef.cl/unicef/index.php?option=com_wrapper&Itemid=90

ANEXOS

ANEXO 1. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO: “ESTUDIO COMPARATIVO DE FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL RIESGO Y RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR ENTRE NIÑOS MAPUCHES Y NO MAPUCHES CUYAS EDADES COMPREDEN DESDE LOS 12 A LOS 48 MESES, CONTROLADOS EN EL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN DEL CESFAM PANGUIPULLI DURANTE EL PERIODO SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2007”.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que se realiza por tesis de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile con el objeto de conocer las diferencias de los factores psicosociales asociados al riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor entre niños mapuches y no mapuches, pertenecientes al programa de estimulación del CESFAM Panguipulli.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a cabo en el consultorio.

Yo entiendo que esto no implica riesgo para mi salud ni para mi hijo y familia, pudiendo a la vez negarme a contestar algunas preguntas.

He podido hacer las preguntas que he querido acerca de las razones del estudio, y puedo retirarme de él en cualquier momento.

Se me ha asegurado la confidencialidad de mi identidad.

Yo, _____
Nombre Apellidos

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Persona que aplicó el cuestionario y con quién se conversó el consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Universidad Austral de Chile
Escuela Enfermería

Folio _____

I ÍTEM: ANTECEDENTES GENERALES

Nº de Ficha Clínica Sector Fecha de ingreso a Programa de EDSM

Diagnóstico de Evaluación de DSM: 1) Riesgo 2) Retraso

Evaluación mediante: a) TEPSI b) EEDP

Número de sesiones que ha asistido para estimulación de DSM: 1) Entre 0 – 1
2) Entre 2 – 3
3) Entre 4 – 5
4) 6 y más

II ÍTEM: ANTECEDENTES DEL NIÑO.

1.- Edad: _____

2.- Sexo: 1) Masculino 2) Femenino

3.- Procedencia: a) Urbano b) Rural

4.-Número de Hermanos: _____

5.- Orden de nacimiento:

1) Primer Hijo 2) Segundo Hijo
3) Tercer Hijo 4) Cuarto Hijo
5) Quinto Hijo o más

6.- Duración de lactancia materna:

a) Menor a 3 meses b) Entre 3 y 6 meses
c) Entre 7 y 12 meses d) Mayor a 12 meses

7.- Persona que está al cuidado del niño:

1.- Madre 2.- Padre
3.- Abuela 4.- Hermano/a
5.- Tía 6.- Otro Especificar _____

8.- Asiste a Sala Cuna o Jardín Infantil:

- a) Si
- b) No

9.- Etnia Mapuche:

- 1) Si
- 2) No

10.- Antecedentes de hermanos con alteraciones del DSM:

- a) Si
- b) No

III ÍTEM: ANTECEDENTES DE LA MADRE.

- 1.- Edad:**
- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1) Menor de 19 años | 2) Entre 20 – 24 años |
| 3) Entre 25 – 29 años | 4) Entre 30 – 34 años |
| 5) Entre 35 – 39 años | 6) Entre 40 – 44 años |
| 7) Entre 45 – 49 años | 8) 50 años y más |

- 2.- Escolaridad:**
- a) Sin Educación
 - b) Educ. Básica Incompleta
 - c) Educ. Básica Completa
 - d) Educ. Media Incompleta
 - e) Educ. Media Completa
 - f) Educ. Sup. Incompleta
 - g) Educ. Sup. Completa
 - h) Educ. Téc. Prof. Incompleta
 - i) Educ. Téc. Profesional Completa

- 3.- Alfabetización:**
- 1) Analfabeta
 - 2) Alfabeta

- 4.- Estado Civil:**
- | | |
|-------------|----------------|
| a) Soltera | e) Conviviente |
| b) Casada | f) Divorciada |
| c) Separada | |
| d) Viuda | |

- 5.- Ocupación:**
- 1.- Cesante
 - 2.- Dueña de Casa
 - 3.- Trabajo Esporádico
 - 4.- Trabajo Con Contrato
 - 5.- Jubilada
 - 6.- Estudiante

7.- Hábitos Nocivos:

- a) Tabaquismo: b) Ptje. AUDIT c) Consumo Drogas

8.- Enfermedad Psiquiátrica:

- 1) Si Cual _____
2) No

10.- Embarazo Planificado:

- a.- Planificado
b.- No planificado

11.- Tiempo que dedica a la estimulación del niño:

- 1.- 1 a 2 horas al día
2.- 3 a 4 horas al día
3.- 5 a 6 horas al día
4.- No tiene contacto con el niño durante el día

12.- Relación de la madre con el padre del niño:

- A) Excelente
B) Buena
C) Regular
D) Mala

IV ITEM: ANTECEDENTES DEL PADRE.

- 1.- Edad:**
- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1) Menor de 19 años | 2) Entre 20 – 24 años |
| 3) Entre 25 – 29 años | 4) Entre 30 – 34 años |
| 5) Entre 35 – 39 años | 6) Entre 40 – 44 años |
| 7) Entre 45 – 49 años | 8) 50 años y más |

2.- Escolaridad:

- a) Sin educación
b) Educ. Básica Incompleta
c) Educ. Básica Completa
d) Educ. Media Incompleta
e) Educ. Media Completa
f) Educ. Superior Incompleta
g) Educ. Superior Completa
h) Educ. Téc. Profesional Incompleta
i) Educ. Téc. Profesional Completa

3.- Alfabetización:

- 1) Analfabeto
2) Alfabeto

4.- Estado Civil:

- | | | |
|------------|----------------|---------------|
| A) Soltero | B) Casado | C) Separado |
| D) Viudo | E) Conviviente | F) Divorciado |

5.- Ocupación:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1.- Cesante | 2.- Trabajo Con Contrato |
| 3.- Trabajo Esporádico | 4.- Estudiante |
| 5.- Jubilado | |

6.- Hábitos Nocivos:

- | | |
|-------------------|--------------------|
| a) Tabaquismo | b) Consumo Alcohol |
| c) Consumo Drogas | |

7.- Tiempo que dedica a la estimulación del niño:

- 1.- 1 a 2 horas al día
- 2.- 3 a 4 horas al día
- 3.- 5 a 6 horas al día
- 4.- Sólo tiene contacto durante los fines de semana
- 5.- No tiene contacto con el niño

V ÍTEM ANTECEDENTES FAMILIARES.

1.- Ingreso Familiar:

- a) Menor a 40.000
- b) Entre 127.5001 hasta 250.000
- c) Entre 40.001 hasta 127.500
- d) Mayor a 250.001

2.- Saneamiento Ambiental

- | | | |
|--------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| a) Baño: | 1.- | Con alcantarillado dentro del hogar |
| | 2.- | Pozo negro fuera del hogar |
| b) Luz eléctrica: | i) | Si |
| | ii) | No |
| c) Agua potable: | I) | Si |
| | II) | No |
| d) Disposición de Basuras Municipal: | i) | Si |
| | ii) | No |

3.-Hacinamiento:

- a) Si
- b) No

4.- Tipo de Familia:

- 1.- Nuclear Monoparental
- 2.- Nuclear Biparental
- 3.- Extensa Monoparental
- 4.- Extensa Biparental

5.- Jefe de hogar:

- a) Madre
- b) Padre
- c) Abuela
- d) Otro Especificar _____

6.- Antecedente de Violencia Intrafamiliar:

- i) Si
- ii) No

7.-Residencia en Reducción Mapuche:

- a) Si
- b) No

8.- Sentido de identidad con la cultura mapuche

- i) Si
- ii) No

9.- Apgar Familiar:

- a) Entre 8 y 10
- b) Entre 4 y 7
- c) Entre 0 y 3

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE AUTODIAGNOSTICO SOBRE RIESGOS DEL USO DE ALCOHOL (AUDIT)

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

Unidades Estandarizadas Según Tipo de Bebidas Alcohólicas

- ❖ Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a:
 - 1 botella o lata de cerveza (330 a 350 cc.), o
 - 1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc.), o
 - 1 trago de licor solo o combinado (45 cc. De licor). Considere pisco, ron whisky, vodka u otros similares.

- ❖ Embriaguez: desde el punto de vista de la salud, la embriaguez ocurre cuando se presenta algún grado de inestabilidad o torpeza de movimientos por efectos del beber. Equivale a sentirse “mareado”, “algo cocido”, “curado”, “pasado”.

Valor de referencia:

- De 0 a 7: orienta hacia un consumo de alcohol sin riesgos apreciables.

- De 8 a 15: orienta hacia un consumo en riesgo. Es el rango en el que resulta particularmente indicada una intervención preventiva.

- De 16 a 19: orienta a consumo perjudicial. Es conveniente derivar a una consulta de salud más detallada para discriminar si corresponde indicar intervención preventiva o a tratamiento propiamente tal.

- 20 y más: Orienta fuertemente hacia la presencia de dependencia o de un beber problema con mayor severidad. Se debe informar la necesidad de un estudio más detallado y tratamiento.

- ❖ En mujeres y adultos mayores de 65 años de edad, el punto de corte en 7 muestra mayor sensibilidad (0 a 6 y 7 a 15).

ANEXO 4. CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	Casi Siempre 2 pts.	A veces 1 pto.	Casi Nunca 0 pto.
1.- Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta.			
2.- Yo estoy satisfecho de la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.			
3.- Yo estoy satisfecho de la forma en que mi Familia acepta y da apoyo a mis deseos de Empezar nuevas actividades o metas.			
4.- Yo estoy satisfecho del modo en que mi Familia expresa sus afectos y responde a mis Emociones, tales como: tristeza, rabia, amor.			
5.- Yo estoy satisfecho en la forma como mi Familia y yo compartimos el tiempo, el espacio Y el dinero.			

Puntaje:

- * Entre 0 y 3 puntos : Sugiere Disfuncionalidad Severa
- * Entre 4 y 7 puntos : Sugiere Disfuncionalidad
- * Entre 8 y 10 puntos : Sugiere muy buena Funcionalidad.