

NOMBRE DEL PROGRAMA: APOYO A MADRES CON DEPENDENCIA Y ABUSO DE DROGAS

PROGRAMA NUEVO - VERSIÓN: 3
SUBSECRETARÍA DE LA NIÑEZ
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA

CALIFICACIÓN

Recomendado favorablemente

I. ANTECEDENTES

PROPÓSITO

Niños(as) menores de 3 años (desde la gestación) cuyas madres abusan o dependen de sustancias, presentan un desarrollo normal

DIAGNÓSTICO

Niños(as) menores de 3 años (desde la gestación) cuyas madres abusan o dependen de sustancias, presentan en consecuencia, alteraciones en su desarrollo.

Según datos administrativos provenientes de Chile Crece Contigo (2018) el abuso y dependencia de sustancias durante el periodo prenatal alcanza el 4,7% lo que se traduce en 8.274 gestantes y futuros niños(as). Esta cifra no presenta variaciones significativas en los últimos 5 años. De acuerdo a lo establecido por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), el abuso y dependencia se define como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos. El abuso corresponde a la presencia de 1 o más de 7 criterios diagnósticos mientras que la dependencia a 3 o más de estos mismos criterios. DSM IV identifica las siguientes sustancias en relación al abuso o la dependencia: alcohol, alucinógenos, anfetamina, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opioides, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos u otras sustancias o desconocidas. Si bien no existen estudios nacionales que reporten la prevalencia de alteraciones del desarrollo infantil producidas por el abuso o dependencia de sustancias durante el embarazo, la evidencia internacional muestra que niños con consumo intrauterino, sufren problemas sensoriales, hipersensibilidad por alteración visual, olfativa y auditiva, provocando, irritabilidad, exacerbada, dificultades motoras, asimetría en sus reflejos y temblores. El cerebro de los niños/as durante sus primeros tres años de vida es altamente sensible, por lo que el consumo de sustancias de la madre debilita su arquitectura, conduciendo a problemas de aprendizaje, comportamiento, salud física y mental (Shonkoff, 2017). Tras los 4 o 6 años, se generaría compromisos cognitivo y conductual, como trastornos en el aprendizaje, dificultad en el lenguaje y aritmética, déficit atencional, irritabilidad y baja tolerancia a la frustración (Hughes, et al., 2017; Bunikowski et al., 1998; Hunt et al., 2008; Johnson, Diano, & Rosen, 1984; Logan et al., 2013; Moe, 2002; Moe & Slinning, 2001; Salo et al., 2009; van Baar & de Graaff, 1994; Wahlsten & Sarman, 2013; Wilson, 1989; Wilson, McCreary, Kean, & Baxter, 1979). Un estudio longitudinal (denominado "Desarrollo cognitivo longitudinal de niños nacidos de madres con uso de opioides y polisustancias" de Nygaard et al., 2015) que evaluó el desarrollo cognitivo de niños/as gestados por madres que abusaron o dependieron de sustancias, al 1er, 2do, 3er, 4½, and 8½ años de vida, mostró que el grupo expuesto a sustancias obtiene significativamente menos puntajes a todas las edades evaluadas. Según Nygaard et al. (2015) -autor del estudio antes mencionado- estos presentaban de manera significativa y estable niveles más bajos de funcionamiento cognitivo que el grupo de control, mientras hubo diferencias crecientes a lo largo del tiempo para las chicas. El grupo expuesto tenía puntuaciones de CI significativamente más bajas que el grupo de control en la escala de inteligencia de Wechsler para Niños: revisado a los 8½ años después de controlar las habilidades cognitivas anteriores y para los niños que fueron colocados permanentemente en hogares adoptivos / de crianza antes de 1 año de edad y cuyas madres usaron heroína como su principal droga durante el embarazo (B = 17.04, IC del 95%: 8,69-25,38, P La literatura científica no presenta estimaciones de prevalencia o incidencia de alteraciones del desarrollo a nivel poblacional de niños(as) con secuelas nacidos de madres con dependencia o abuso de sustancias.

En el país la medición del desarrollo infantil se realiza comúnmente a través del Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) (Pardo et al, 2012). El que mide la dimensiones de cognición, motricidad, lenguaje y socioemocionalidad. El TADI permite evaluar el desarrollo y aprendizaje que alcanza un niño o niña, en relación a la población chilena de esa edad. De acuerdo a TADI, se considera que un niño/a presenta un 'desarrollo normal' si su desempeño es igual o mejor que el que logra el promedio de niños chilenos de esa edad (Pardo et al, 2012). La suma de las puntuaciones directas o brutas de cada dimensión permite calcular la puntuación bruta total de cada una de ellas. Posteriormente el puntaje bruto se traslada a puntaje T, según la edad de cada niño(a) empleando los cuadros de conversión, correspondiendo el resultado de 'normal' cuando el puntaje T se encuentra entre 40 y 59 puntos (Edwards et al., 2013).

Entre los criterios diagnósticos del abuso y dependencia a sustancias del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1994), se encuentra el deterioro, por una parte, de la actividad laboral, redundando en desempleo y bajos ingresos.

Y por otro el deterioro de las relaciones sociales y familiares, lo que redundaría en aislamiento social y bajo soporte familiar, que en este caso coincide con el periodo sensible de la gestación, puerperio y crianza. No existen estadísticas nacionales ni datos administrativos que permitan verificar la participación laboral de madres que abusan de sustancias pero investigación internacional reporta consistentemente la asociación negativa entre abuso o dependencia a sustancias y participación laboral (French, MT., 2012; Henkel, D., 2011; Compton, W., et. al., 2014; Ayllón, S., et. al., 2018).

Por otra parte estudios internacionales muestran competencias parentales disminuidas en madres con abuso o dependencia de sustancias, requiriendo un soporte permanente y adicional al que reciben madres que no abusan de sustancias (Britto, P. R. 2017). Sumado a lo anterior los niños/as gestados por madres que consumieron durante el embarazo, dada las patologías derivadas, requieren de mayor apoyo para poder sobrellevar la crianza (Latuskie, K. A., et. al. 2019). Dada la naturaleza biológica del problema este se distribuye homogéneamente en diversos

grupos de población (no existen diferencias significativas según ingresos, pueblos originarios, discapacidad, entre otros) (Skagerström, J., et. al., 2011; Chang, G., et. al., 2006)

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES			
Componente	Gasto estimado 2022 (Miles de \$ (2021))	Producción estimada 2022 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2022 (Miles de \$ (2021))
Tratamiento al niño(a) para disminuir los efectos de las drogas en el niño y niña Apoyo Psicosocial (Apoyo Psicosocial)	87.963	12 (Niños y niñas de 0 a 3 años, que reciben tratamiento para disminuir los efectos de las drogas.)	7.330,25
Rehabilitación del consumo de drogas de la madre y reinserción social/familiar, laboral Prestaciones de Salud (Rehabilitación)	87.880	12 (Gestantes o madres que reciben rehabilitación del consumo de drogas de la madre y reinserción social/familiar, laboral)	7.323,33
Promover competencias parentales entre la madre y su hijo Apoyo Psicosocial (Apoyo Psicosocial)	68.422	24 (Gestantes y madres que reciben servicios de promoción de sus competencias parentales.)	2.850,92
Gasto Administrativo	50.700		
Total	294.965		
Porcentaje gasto administrativo	17,2%		

POBLACIÓN Y GASTO				
Tipo de Población		2022 (cuantificación)		
Población Potencial		9.735 Personas		
Población Objetivo		8.274 Personas		
Población Beneficiaria		<p>El programa se implementará en una comuna, siendo el criterio de selección la que presente la más alta prevalencia de abuso de sustancias durante la gestación según datos obtenidos del Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de Chile Crece Contigo, junto a la existencia de las capacidades profesionales y procesos instalados que permitirían sostener el programa.</p> <p>Posteriormente se ingresarán al programa niños/as en gestación o recién nacidos cuyas madres hayan abusado severamente de drogas - según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (IV edición, American Psychiatric Association, 1994) - durante su embarazo y que hayan sido detectadas en establecimientos públicos de atención primaria de salud en control prenatal o al egreso de maternidad o neonatología, y que presenten motivación y voluntad a participar del programa.</p> <p>Las gestantes, madres y/o niños/as que requieran del programa, por su detección en atención primaria de salud, maternidad o neonatología, serán asignados por orden de llegada hasta completar los cupos disponibles.</p>		
Gasto 2022 por (Personas)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2022 (Meta)	2023	2024	2025
24.580,42 por cada "Personas"	12	24	24	24

Concepto	2022
Cobertura (Objetivo/Potencial)	85,0%
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	0,1%

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2022 (Estimado)
Porcentaje de niños que egresan del programa, concluyendo la intervención completa de 3 años, que obtienen un desarrollo normal y que mejoran su desarrollo en relación al ingreso	$(\text{Número de niños que egresan del programa, que obtienen un desarrollo normal y que mejoran su desarrollo en relación al ingreso [año t]} / \text{Número de niños atendidos [año t]}) * 100$	Eficacia	71,0%
Porcentaje de madres egresadas que concluyen la fase intensiva (al 12vo mes) residencial, rehabilitadas	$(\text{Número de madres egresadas que concluyen la fase intensiva (al 12vo mes) residencial, rehabilitadas en el año t} / \text{Número de madres atendidas el año t}) * 100$	Eficacia	71,0%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2022 (Estimado)
Porcentaje de niños que cumplen al menos el 85% del plan de intervención originalmente diseñado en la fase de diagnóstico	$(\text{Número de niños que cumplen al menos el 85% del plan de intervención originalmente diseñado en la fase de diagnóstico en el año t} / \text{Número de niños con plan de intervención diseñado en el año t}) * 100$	Eficacia	83,0%
Porcentaje de madres que cumplen plan de acompañamiento individualizado y apoyo terapéutico	$(\text{Numero de madres que cumplen plan de acompañamiento individualizado y apoyo terapéutico en el año t} / \text{Numero de madres egresadas del programa en el año t}) * 100$	Eficacia	79,0%
Porcentaje de madres que asiste al 90% de las sesiones educativas y de juego a las que fueron convocadas	$(\text{Numero de madres que asiste al 90% de las sesiones educativas y de juego a las que fueron convocadas en el año t} / \text{Numero de madres tratadas en el año t}) * 100$	Eficacia	67,0%

EVALUACIÓN GENERAL

El programa cumple en términos de atingencia (pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad, en relación con la población que se ve afectada por dicho problema), consistencia (relación entre el diseño planteado y su posterior ejecución, analizada a partir de la definición de indicadores, del sistema de información y los gastos planificados) y coherencia (relación o vínculo entre sus objetivos, población a atender y su estrategia de intervención).

Atingencia: Se evidencia la pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad identificada en relación a la población que se ve afectada.

Coherencia: Se observa una adecuada relación entre los objetivos (fin, propósito y componentes), la población a atender y la estrategia de intervención propuesta.

Consistencia: Se observa una adecuada relación entre el diseño del programa y su posterior ejecución, analizada a partir de los indicadores, el sistema de información propuesto y los gastos planificados.