



Centro de estudios de desarrollo y estimulación psicosocial

**PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO
“JUGUEMOS CON NUESTROS HIJOS”.
CENTRO DE SALUD FAMILIAR MADRE TERESA DE CALCUTA
COMUNA DE PUENTE ALTO**

INFORME FINAL

Santiago de Chile, Julio 2007

Román Díaz 26 Of. 63 Santiago – Chile – Fono/Fax (562) 2353040
e-mail: cedepe@vtr.net – www.cedep.info.cl

EQUIPO INVESTIGADOR

Francisca Wormald
Mariel Gómez
Marta Edwards
María Isabel Lira

EQUIPO DE EVALUADORAS NIÑOS Y NIÑAS

Mariel Gómez
Pauline Heine
Carola Muñoz
Vanessa Teperman
Constanza Valenzuela
Francisca Wormald

EQUIPO DE OBSERVACION EN SALA

Mariel Gómez
Pauline Heine
Francisca Wormald

EQUIPO DE ENTREVISTAS

Mariel Gómez
Francisca Wormald

ASESOR METODOLÓGICO

Héctor Galáz, estadístico

SECRETARIA

Gloria Valdés

FINANCIAMIENTO

UNICEF

INDICE

I. ANTECEDENTES	5
II. OBJETIVOS	7
III. METODOLOGIA	8
1. Diseño	8
2. Universo y Muestra	8
3. Variables	12
4. Instrumentos de Evaluación	13
IV. PROCEDIMIENTO	20
1. Recolección de los Datos	20
2. Procesamiento de la Información	21
V. RESULTADOS	23
1. Evaluación de la Actividad Pedagógica.....	23
a) Descripción de la muestra evaluada	23
b) Comparación Pre – Post	23
c) Correlación entre las dimensiones	30
2. Evaluación Desarrollo Niño(a)s: Aplicación del Inventario de Desarrollo Battelle.....	31
a) Descripción de la muestra evaluada.....	31
b) Relación resultados del test Battelle con variables sociodemográficas	35
c) Resultados globales del grupo Ped	36
d) Comparación entre grupo Ped y muestra control	42
3. Entrevistas	44
VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	59

RESUMEN

El programa *Juguemos con nuestros hijos* solicitó a Cedep una evaluación externa que diera cuenta de la eficacia del mismo. Interesaba saber si el programa lograba incidir favorablemente en el nivel de desarrollo/aprendizaje alcanzado por los niños, así como también en las madres en cuanto mediadoras del aprendizaje de sus hijos. A su vez, se solicitó evaluar a las agentes educativas y entrevistar a diferentes personas del Centro de Salud donde el programa estaba inserto.

El diseño del estudio consideró una fase de diagnóstico inicial y una de evaluación final. En ambos momentos se recogió información sobre prácticas pedagógicas en sala, sobre el rol mediador de la madre y el nivel de desarrollo/aprendizaje de los niños y niñas que asistían al Programa. Para esto último, se evaluó al universo de niños/as asistentes al programa y a un grupo control de niños que pertenecían al mismo centro de salud.

Los resultados de la evaluación realizada indican que el programa *Juguemos con nuestros hijos* es **exitoso** pues logró no sólo mejorar en un breve período de tiempo el nivel de desarrollo/aprendizaje de los niños y niñas, sino que además incidió favorablemente en el vínculo afectivo entre madre e hijo.

I. ANTECEDENTES

La crucial importancia que tienen los primeros años de vida para la formación del ser humano es, desde hace décadas, una afirmación que genera total consenso. Los avances científicos y tecnológicos más recientes han hecho posible estudiar el funcionamiento cerebral, aportando evidencia acerca de la interacción continua y dinámica que se produce entre el organismo y su ambiente inmediato. Se ha visto que estas interacciones marcan el camino para lo que viene, aunque el niño en desarrollo sigue vulnerable a los alertas y abierto a las influencias protectoras a través de toda la infancia e incluso en la adultez. Por ello, se ha comprobado que el curso del desarrollo se puede modificar en la temprana infancia a través de intervenciones efectivas que cambian el equilibrio entre factores de riesgo y protectores, aumentando así las probabilidades de una trayectoria favorable en el desarrollo de cada niño¹.

En los programas destinados a menores de seis años, la investigación educacional ha mostrado que existe una estrecha relación entre calidad del servicio educativo prestado y el grado de aprendizaje/desarrollo de los niño(a)s y niñas. Incluso hay evidencia de efectos positivos de mediano y largo plazo, en niño(a)s de sectores desaventajados que han sido partícipes de buenas experiencias educativas en sus primeros años de vida.

En lo referente a los niño(a)s menores de 3 años, se dispone de un menor volumen de evidencia y la que existe, es controversial. La literatura internacional² identifica un conjunto de variables que dicen relación con la buena calidad del servicio para los niño(a)s de esta edad, que permite lograr buenos resultados en el desarrollo integral de estos. Entre las características centrales de un buen servicio educativo se menciona, entre otras, la presencia de personal altamente capacitado, un bajo número de niño(a)s por

¹ Schonkoff, J.P. & Phillips, D.A. (Eds.) (2002). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, D.C. National Academy of Sciences.

² Melhuish, E.C. (2004). *A literature review of the impact of early years provision on young children, with emphasis given to children from disadvantaged backgrounds*. Institute for the study of children, families and social issues. Birkbeck College, University of London. London, United Kingdom.

adulto, una metodología que considere tanto los aspectos socio-emocionales como cognitivos, interacciones entre educadoras y niño(a)s que potencien el desarrollo del pensamiento de éstos e involucramiento de los padres en el proceso educativo. Otro elemento señalado por las investigaciones es el peso de las características del hogar, que sería mayor al de la experiencia educativa en centros³.

En consideración de lo anterior, el Programa de Estimulación del Desarrollo (PED) *Juguemos con nuestros hijos*, nace como una iniciativa destinada a apoyar a madres/ padres/ cuidadores de nivel socioeconómico bajo en la estimulación temprana de sus hijos entre 0 y 3 años. El proyecto se inserta en el Centro de Salud Familiar “Madre Teresa de Calcuta” de la comuna de Puente Alto y considera a la familia como el principal actor en la educación de los hijos y por ello propone una intervención que apunta a instalar capacidad sobre la estimulación temprana en la comunidad.

El presente estudio -financiado con aportes de UNICEF- constituye una evaluación externa que responde a la necesidad planteada por el equipo de profesionales del programa, de evaluar la implementación del mismo. El objetivo fue evaluar el impacto del programa en los niños y sus madres. Para ello se realizó una evaluación inicial⁴ (pre) seguida, seis meses después, de una evaluación final (post). El diseño contempló la evaluación del desarrollo/aprendizaje alcanzado por los niño(a)s y la cualidad del rol mediador ejercida por sus madres (o cuidadores principales). Además, se evaluó el rol de las agentes educativas que participaron del programa.

La etapa inicial se realizó entre noviembre y diciembre de 2006 y la etapa final, entre mayo y junio de 2007. El presente informe reporta los resultados finales de la evaluación del programa.

³ Rolla, A. y Rivadeneira, M. (2006). *¿Por qué es importante y cómo es una educación preescolar de calidad?* Documento N° 76, Serie *En Foco*, Corporación Expansiva. Santiago de Chile.

⁴ La evaluación “inicial” se efectuó un mes después de haberse iniciado el programa.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar el *Programa de Estimulación del Desarrollo* titulado “Juguemos con Nuestros Hijos” del Centro de Salud Familiar Madre Teresa de Calcuta da la comuna de Puente Alto.

Objetivos específicos:

1. Evaluar el nivel de desarrollo/ aprendizaje de los niño(a)s que participan del Programa de Estimulación del Desarrollo (PED).
2. Evaluar la calidad del rol mediador de las madres de los niño(a)s que participan del PED.
3. Evaluar la calidad del rol mediador de las agentes educativas.
4. Describir las percepciones y necesidades de las madres (o cuidadores principales) en relación al PED.
5. Conocer las percepciones de los diferentes profesionales del Centro de Salud en relación a la implementación del PED.

III. METODOLOGÍA

1. Diseño

Es un estudio cuali-cuantitativo que evaluó el desarrollo/aprendizaje de los niño(a)s que participaron del programa *Juguemos con nuestros hijos* comparándolo con una muestra control. También se recogió información acerca del rol mediador de las madres y agentes educativas que participaron del programa. Por último, se indagó en las percepciones de las madres y profesionales del centro de salud en torno a la implementación del mismo. Se recogió información en dos momentos del proceso: a fines del año 2006 y a mediados del año 2007.

2. Universo y Muestra Control

a) *Universo*

Para la realización del presente estudio se consideró al Universo de niño(a)s que participaron durante todo el Programa *Juguemos con nuestros hijos* (N= 40). Durante la primera fase de recolección de datos, 57 niño(a)s fueron evaluados con el *Inventario de Desarrollo Battelle* y 60 niño(a)s fueron observados en sala. El rango de edad de los niños fluctuó entre los 14 y 47 meses. Cabe recordar que al momento de la evaluación inicial, los niños llevaban un mes participando del programa.

En la etapa final, 40 niños fueron reevaluados con el *Inventario de Desarrollo Battelle* y sus edades fluctuaron entre los 19 y 45 meses. Estos niños constituyen el Grupo Experimental⁵ del presente estudio.

⁵ Con el fin de facilitar el análisis y exposición de los resultados, el Grupo Experimental será denominado “*Grupo Ped*”, *Programa de Estimulación del Desarrollo*.

De los 17 niños que no fue posible evaluar en esta segunda instancia, 11 de ellos habían dejado de asistir al taller y los 6 restantes corresponden a niños que, no obstante haber sido citados en más de dos oportunidades, no asistieron a la evaluación.

En lo que refiere a la Observación en Sala, en la etapa final fue posible reobservar a 40 díadas (madre-niño). De los 20 niños que no fue posible observar en esta segunda instancia, 13 de ellos habían dejado de asistir al taller y los 7 restantes corresponden a niños que no asistieron al taller los días en que se realizaron las observaciones.

La tabla siguiente ilustra el N del Grupo Ped en ambas etapas:

Grupo Ped	Evaluación Inicial	Evaluación Final
Inventario Battelle	57	40
Observación en Sala	60	40

a.1. Características de los “niños perdidos” del grupo Ped ⁶

Tal como se mencionó anteriormente, del grupo Ped no fue posible reevaluar a un total de 17 niños(as) con el *Inventario de Desarrollo Battelle* y 20 niños(as) con la Pauta de Observación en Sala. De éstos, 16 niños habían sido tanto observados como evaluados en su desarrollo durante la etapa inicial.

A continuación se presenta una breve comparación de las variables sociodemográficas y de los resultados obtenidos en la etapa inicial de éstos 16 niños “perdidos” frente a los 40 niños que permanecieron hasta la evaluación final.

En cuánto a las **variables sociodemográficas**, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los niños perdidos y la muestra seguimiento, siendo **equivalentes** los antecedentes de ambos grupos.

⁶ Para facilitar el análisis y dar una caracterización más rica de los niños “perdidos”, se tomó en consideración únicamente al N de niños que fueron observados y evaluados con Battelle en la etapa inicial.

La comparación de los **resultados obtenidos en el Battelle**, indica que existe una **equivalencia** entre el puntaje promedio obtenido por los “niños perdidos” ($X=40,1$) respecto al mismo promedio obtenido por los niños del grupo Ped ($X= 40,2$) en la etapa inicial. A su vez, el porcentaje de niños en categoría *déficit* (retraso + alerta) es de 59% para los “niños perdidos” frente a un 52,5% para el grupo Ped, y de un 41% en normalidad, frente a un 47,5% de la muestra seguimiento. Lo anterior indica que existe una **equivalencia en los resultados Battelle de ambos grupos**.

Ahora bien, respecto a las **resultados de la observación en sala**, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las dimensiones de la pauta que evalúa a las *Díadas* y el *Bienestar del niño(a)*, siendo **equivalentes** los resultados obtenidos por ambos grupos.

Lo expuesto anteriormente, confirma la **equivalencia** entre los niños que no participaron de la evaluación final versus aquellos que fueron evaluados en ambas instancias.

b) Muestra Control

La selección inicial de la muestra control se hizo considerando que el rango de edad de los niño(a)s comprendiera entre los 12 y 48 meses (rango de edad requerido para ingresar al programa) y tuvieron como único requisito el ser usuarios del Centro de Salud Familiar “Madre Teresa de Calcuta”. En dicho momento, se evaluó a un total de 30 niño(a)s.

En la etapa final, sólo fue posible recuperar a 16 niños de la muestra control original, dado lo cual la muestra control final se compuso de los 16 niños iniciales más 15 niños nuevos que cumplían con los requisitos antes mencionados.

La mayoría de los niños que no participó de la segunda instancia de evaluación, no concurrieron a la evaluación final aún cuando fueron citados más de una vez. También

hubo caso de niños que no fue posible contactar nuevamente ya que los números telefónicos habían cambiado o se encontraban fuera de servicio.

b.1. Comparación Muestra Control inicial y final

Resulta importante mencionar, que **no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras control, para ninguna variable sociodemográfica** (sexo, escolaridad de la madre y del padre, ocupación de la madre y del padre y con quién vive el niño).

Respecto a los resultados obtenidos en el test Battelle, la única diferencia entre ambas muestras se encontró en la sub área de Motricidad Fina ($p=0,049$), que se explica por una disminución de niños en categoría *retraso*. No obstante lo anterior, para todo el resto de las sub áreas y **en el puntaje total no se encontraron diferencias estadísticamente significativas**.

Lo anterior deja en evidencia la equivalencia de ambas muestras, y le da validez a los resultados expuestos en el presente informe.

3. Variables.

De acuerdo a los objetivos planteados, las variables centrales del estudio fueron las siguientes:

- 1) *Nivel de desarrollo/ aprendizaje de los niño(a)s*: se evaluó el nivel de desarrollo/aprendizaje de los niño(a)s. Se consideraron 5 áreas fundamentales: motora, comunicación, cognitiva, personal-social y adaptativa.
- 2) *Rol mediador de las agentes educativas*: los adultos que desempeñan el trabajo educativo tienen formas de interacción con los niño(a)s, cuyas características pueden influir en el aprendizaje de estos. Interesó conocer aspectos tales como: el clima afectivo existente en la sala, el liderazgo pedagógico, el trabajo en equipo de las educadoras y con especial énfasis, el rol mediador y la estimulación del lenguaje del niño por parte de las agentes educativas.
- 3) *Rol mediador de la madre o cuidador principal*: el aprendizaje se facilita con la presencia un adulto significativo que hace de mediador entre el niño(a) y su entorno. Interesó conocer: el vínculo afectivo existente entre ambos, la participación del adulto en el juego del niño(a) y la estimulación que a él realiza, es decir cuánto lo incentiva a explorar, descubrir y experimentar.
- 4) *Bienestar del niño(a)*: en esta dimensión se consideró la conducta general del niño, su estado de ánimo, su capacidad de explorar el entorno e interactuar con pares, la capacidad de confortarse con personas u objetos y la presencia de expresiones de cariño que realiza hacia personas de su entorno inmediato.

4. Instrumentos de Evaluación.

a) Pauta de Observación

La observación de las sesiones se hizo utilizando una Pauta de Observación diseñada por Cedep y especialmente adaptada para este Programa. Ésta registra 77 indicadores organizados en las siguientes dimensiones:

Clima y Comunicación

En esta dimensión se evalúan 9 indicadores que dicen relación con la actitud general de las agentes educativas y el clima creado. Por ejemplo: si acogen con cariño a los niño(a)s, si su lenguaje es directo y simple, si logran que las madres participen, etc.

Rol mediador de las agente educativas

Se entiende como *rol mediador* el quehacer intencionado que el adulto realiza en relación con el niño, que busca facilitar su proceso de aprendizaje al mediar entre el niño y su entorno. El buen mediador crea condiciones para un entorno interesante, agradable y seguro; motiva al niño a intercambiar con el medio, observa las señales que él va entregando en el proceso, las interpreta adecuadamente; responde apropiada y oportunamente, sin interferir en el ritmo del niño, sin hacer por él lo que ya puede hacer por sí mismo, celebrando sus logros y desafiándolo a nuevas experiencias.

En esta dimensión se evalúan 19 indicadores que dicen relación con el rol educativo de las agentes educativas. Por ejemplo: Pide sugerencias a la madre, modela cómo incentivar a explorar, modela cómo plantear al niño alternativas desafiantes, etc.

Estimulación del Lenguaje

En esta dimensión existen 7 ítems que evalúan el rol de las agentes educativas específicamente en relación a la estimulación del lenguaje. Por ejemplo: si animan a los niño(a)s expresarse verbalmente, si utilizan el canto para estimular el lenguaje, etc.

Liderazgo /Trabajo en equipo

Para esta dimensión existen 5 ítems que evalúan la capacidad de las agentes educativas para trabajar en equipo, junto con el liderazgo ejercido por la educadora. Por ejemplo: si las agentes educativas se coordinan bien en la distribución de tareas, si las monitoras reconocen a la educadora como líder pedagógico, etc.

Díadas madre-niño/a: vínculo afectivo

Se entiende *vínculo afectivo* como una relación significativa que se establece entre un niño pequeño y un adulto cercano. Para que este vínculo se vaya desarrollando se requiere de parte del adulto, una actitud y relación amorosa con el niño(a). La expresión observable de esta relación es una interacción cercana: el adulto acompaña al niño, lo acoge, lo acaricia, lo observa, lo mira a los ojos, lo escucha, le conversa y le responde de manera oportuna y sensible, considerando su estado de ánimo, sus necesidades y su conducta.

En esta dimensión se evalúan 6 indicadores que dicen relación con el establecimiento del vínculo madre-hijo/a. Por ejemplo: Establece contacto visual con el niño(a), responde empáticamente al estado de ánimo del niño, etc.

Díadas madre-niño/a: rol mediador de la madre

Adicionalmente, 21 indicadores evalúan el rol mediador de la madre. Por ejemplo: No interrumpe al niño(a) en su actuar, permite la autonomía, se muestra sensible al nivel de competencia del niño(a), etc.

Para esta dimensión se considera la misma definición de “rol mediador” dada para la dimensión “rol mediador de las agentes educativas”.

Bienestar del niño/a

En esta dimensión se evalúan 10 indicadores que refieren exclusivamente al modo de estar del niño(a). Por ejemplo: Se ve entretenido, tranquilo; puede jugar sin interferencias, explora los materiales y juegos, etc.

Las dimensiones descritas se operacionalizan en ítems que se califican con puntajes que van del 1 al 4:

- 1: No cumple el ítem, deficiente; o menos de la mitad de los/as niño(a)s o de las veces.
- 2: Cumple más o menos el ítem; es el “mínimo aceptable”; o la mitad de los/as niño(a)s o de las veces.
- 3: Cumple el ítem; o la gran mayoría de los/as niño(a)s (80%) o de las veces.
- 4: Conducta destacada; o la totalidad de los/as niño(a)s o de las veces.

La mayoría de las sesiones fueron observadas por dos psicólogas. Cuando éste fue el caso, las cuatro primeras dimensiones fueron calificadas por ambas para el grupo en su totalidad. Se calculó a partir de los puntajes individuales, un promedio para cada indicador.

Para el registro de las tres últimas dimensiones, que se refieren a las *díadas* madre-hijo y *bienestar del niño(a)*, las observadoras se repartieron las *díadas*, evaluándose en cada sesión un máximo de tres *díadas* y niños (as) por evaluadora.

b) Inventario de Desarrollo Battelle

Se seleccionó el *Inventario de Desarrollo Battelle* estandarizado en España por Svinicki & Dickson (1996). Esta prueba evalúa las habilidades fundamentales del desarrollo/aprendizaje en niño(a)s con edades comprendidas entre los 0 y los 8 años. La prueba se compone de 22 subtests que evalúan las siguientes áreas: Motora, Comunicación, Cognitiva, Personal-Social y Adaptativa. La forma de aplicación de la prueba es a través de ítems estructurados de evaluación directa al niño(a), observación de conductas y preguntas al adulto.

Cedep realizó una aplicación piloto de la prueba completa en una muestra de 30 niño(a)s de jardines de Integra. El objetivo de ello fue probar el instrumento para poder adaptarlo, precisar las instrucciones y criterios de puntuación⁷. En base a los resultados de la aplicación piloto, se decidió seleccionar algunas sub áreas considerando lo extenso de la prueba original; también el que no todas las sub áreas comprendían ítems para todos los rangos de edad entre 0 a 3 años y a la posibilidad de reproducir el material. Cabe aclarar que no se eliminaron determinados ítems de las sub áreas, sino que se descartaron sub áreas completas para no alterar las normas tipificadas del test original. En todos los casos, la niña o niño debía ser evaluado en presencia de un adulto significativo.

Los puntajes del Inventario Battelle, fueron agrupados en cuatro categorías de distribución que reflejan el nivel de desarrollo/aprendizaje alcanzado por los niño(a)s:

Categoría	Descripción	Rango de puntaje T
Superior	Más de 1 D.E. sobre el promedio.	61 o más
Normal	Entre 1 D.E. bajo el promedio y 1 D.E. sobre el promedio	40 a 60
Alerta	Entre 1 y 2 D.E. bajo el promedio	30 a 39
Retraso	Más de 2 D.E. bajo el promedio	29 o menos

⁷ En esa oportunidad Cedep realizó un “Análisis preliminar del Instrumento” con el objeto de conocer el porcentaje de logro de los distintos ítems según edad de los niño(a)s y su relación con los mapas de habilidades validados por Cedep.

b.1. Descripción del Inventario de Desarrollo Battelle:

La versión aplicada en el presente estudio se compone de nueve sub áreas, que se describen a continuación.

ÁREA	SUBÁREA
MOTORA: Evalúa la capacidad del niño para usar y controlar los músculos del cuerpo (desarrollo motor grueso y fino).	Coordinación Corporal: evalúa aspectos del desarrollo motor grueso, la capacidad del niño para utilizar su sistema muscular y para establecer un control y una coordinación corporal cada vez mayor.
	Motricidad Fina: evalúa el desarrollo, el control y coordinación muscular del niño, especialmente la musculatura fina de brazos y manos que permite llevar a cabo tareas cada vez más complejas.
COMUNICACIÓN: Evalúa la recepción y expresión de información, pensamientos e ideas por medios verbales y no verbales.	Comunicación Receptiva: evalúa la discriminación, reconocimiento y comprensión de sonidos y palabras, así como la información recibida a través de gestos, signos u otros medios no verbales.
	Comunicación Expresiva: evalúa la producción y uso de sonidos, palabras o gestos como medio para transmitir información a los demás. También evalúa el conocimiento y la capacidad del niño para usar reglas gramaticales sencillas en la formación de expresiones y frases.
COGNITIVA: Evalúa habilidades y capacidades de tipo conceptual.	Memoria: evalúa la capacidad del niño para recuperar información cuando se le dan pistas adecuadas.
	Razonamiento y Habilidades Escolares: evalúa las habilidades de pensamiento crítico que el niño necesita para percibir, identificar y resolver problemas; analizar y valorar los elementos de una situación, los componentes que faltan, las contradicciones y las incoherencias, juzgar y valorar ideas, procesos y productos. También aprecia las capacidades necesarias para lograr un buen rendimiento en la escuela: lectura, escritura y matemáticas.
PERSONAL-SOCIAL: Evalúa las capacidades y características que permiten al niño establecer interacciones sociales significativas.	Interacción con el Adulto: evalúa la calidad y frecuencia de las interacciones del niño con los adultos. Estas interacciones incluyen comportamientos como el apego infantil, la respuesta al inicio de contactos sociales y la utilización de los adultos como recurso.
	Expresión de Sentimientos/Afectos: evalúa la capacidad del niño para expresar sentimientos de la forma y en las situaciones adecuadas. También evalúa los componentes afectivos de la conducta: sentimientos y actitudes del niño en diferentes ambientes.

ADAPTATIVA: Evalúa las conductas que permiten al niño ser más independiente.	Alimentación: evalúa la capacidad del niño para comer, beber y realizar eficazmente las tareas relacionadas con la alimentación.
---	---

c) Entrevistas Individuales y Grupales

Como parte del proceso de evaluación, se realizaron entrevistas que tuvieron por objeto el aportar un marco amplio de información desde donde poder contextualizar los resultados de la investigación. Dado que la evaluación “inicial” del programa se efectuó cuando éste llevaba un mes de funcionamiento, fue posible realizar las entrevistas en esta etapa y recoger valiosa información acerca de la implementación del programa. A continuación se describen las entrevistas y los momentos en que fueron realizadas.

Entrevista al Equipo Taller *Juguemos con nuestros hijos* (etapa inicial y final): Entrevista grupal en modalidad de “focus group” al equipo del programa PED que exploró la auto percepción del mismo, las motivaciones del equipo respecto del programa, así como las dificultades existentes, los temores y proyecciones a futuro en relación a la implementación del programa.

Entrevista al Director del Centro de Salud (etapa inicial): Entrevista individual al Director del centro de salud en la que se indagó acerca de su apreciación general respecto del Programa y del equipo PED. También interesó conocer la opinión del Director respecto de los beneficios y costos que la implementación del programa ha traído al centro de salud. Por último, se exploró su visión acerca de los principales desafíos del programa.

Entrevista al Equipo de Enfermería (etapa inicial): Entrevista grupal en modalidad de “focus group” al equipo de enfermería del centro de salud, que indagó acerca de la apreciación general respecto del programa y el equipo PED. Se exploró además, acerca del funcionamiento del proceso de derivación de niño(a)s que las enfermeras realizan hacia el taller *Juguemos con nuestros hijos*, junto con su apreciación respecto de la

eficacia de dichas derivaciones. Finalmente, interesó conocer las sugerencias que este equipo realizaría al programa.

Entrevista a las Madres que participan del Programa (etapa inicial y final): Entrevista grupal en modalidad de “focus group” realizada a ocho madres de niño(a)s que asisten al programa en distintos días de la semana. La selección de la muestra fue intencionada, solicitando la participación a los apoderados más comprometidos, tomando en consideración el poder optimizar la instancia de entrevista para así obtener la mayor cantidad de información posible. Las entrevistas tuvieron como finalidad indagar la percepción de las madres respecto a los beneficios obtenidos a través del taller y la motivación que las impulsó a seguir participando. Además se indagó cuáles eran las necesidades que las madres tenían respecto del taller, y cuáles serían los cambios que ellas realizarían a su funcionamiento.

Entrevista a los Funcionarios del Centro de Salud Familiar (etapa inicial): Entrevista grupal en modalidad de “focus group” que exploró la apreciación general de los funcionarios respecto del taller *Juguemos con nuestros hijos*. También se indagó la percepción de los funcionarios respecto del impacto del taller en la relación entre la comunidad y el Centro de Salud. De esta instancia participaron las recepcionistas, la secretaria del Director, el encargado de informática y la jefa de administración del Centro de Salud.

IV. PROCEDIMIENTO

1. Recolección de los datos

A continuación se detallan las fases del trabajo realizado.

a) Conformación del equipo evaluador

Se constituyó un equipo de psicólogas para que aplicaran los instrumentos y se las capacitó tanto en el instrumento de evaluación Battelle, así como en la Pauta de Observación en sala. Se instruyó y ejercitó en los procedimientos de aplicación y puntuación de ambos instrumentos de evaluación. La mayoría de las evaluadoras que participaron en la etapa inicial se mantuvieron en la evaluación final.

En ambos momentos, la capacitación se complementó con una práctica en administración y puntuación de la Pauta de Observación, a través de una visita preliminar al taller, en la cual se realizó una prueba piloto de la administración de la misma. Para la evaluación de los niños, las evaluadoras debieron aplicar el instrumento en forma piloto, lo cual fue revisado por el equipo Cedep.

Las entrevistas fueron diseñadas y realizadas por las psicólogas a cargo del presente estudio.

b) Recolección de los datos en terreno

En la evaluación inicial, la recolección de datos se realizó entre noviembre y diciembre de 2006 mientras que en la evaluación final, el procedimiento se realizó entre mayo y junio de 2007. En ambas etapas, la observación en sala se realizó paralelamente a las evaluaciones del desarrollo con el inventario Battelle.

La recolección de los datos no se encontró con mayores dificultades, en gran medida gracias a la permanente disposición del equipo del Programa PED, así como también a la buena acogida de los funcionarios del Centro de Salud. La única dificultad encontrada fue

la ausencia de algunos niño(a)s y sus madres a las horas en que fueron citados, teniendo que volver a citar en horarios fuera de los fijados en un comienzo, lo que implicó un aumento del número de horas por evaluadora.

Resumen del trabajo realizado: A continuación se presenta un resumen del número de evaluaciones realizadas, según los instrumentos que se aplicaron en las visitas al Centro de Salud.

INSTRUMENTOS APLICADOS EN LA ETAPA INICIAL Y FINAL

Instrumentos aplicados	ETAPA INICIAL	ETAPA FINAL	Total
Inventario de Desarrollo Battelle	88	71	159
Pauta de observación en sala	24	21	45
Entrevistas Grupales	5	2	7

2. Procesamiento de la información

a) Generación de la base de datos

Con el fin de detectar errores en el traspaso de la información del papel al computador, la digitación se realizó dos veces en forma independiente, para luego ser comparadas y corregidas. Usando la información proporcionada por los digitadores, se corrigieron los problemas con lo que se obtuvo dos bases de datos, provenientes de la doble digitación.

Fue necesario una validación de consistencia de la base de datos, con el fin de no encontrarse con errores durante el proceso, para ello fue necesario construir variables, que también fueron utilizadas como indicadores en los resultados finales.

b) Análisis

El análisis de la información proveniente de los instrumentos, incluyó las siguientes etapas

1. *Análisis Descriptivo*: Consiste en una descripción general de las respuestas de los instrumentos por total, sexo, edad, mediante distribuciones de frecuencia, cálculo de estadígrafos de tendencia central y dispersión, presentado en cuadros.
2. *Estudio de diferencias y asociaciones*: Se estudiaron diferencias estadísticas entre los diferentes grupos a analizar (sexo, edad, evaluación, grupo de estudio, etc) en los puntajes y distribuciones de los instrumentos. Fue necesario estudiar la relación entre los resultados, utilizando diferentes técnicas estadísticas como por ejemplo: coeficientes de correlación, test Chi-cuadrado, test univariados y múltiples de comparación de promedios, etc.
3. *Los test estadísticos usados en la relación entre las variables Sociodemográficas* (como edad, sexo, escolaridad de los padres, ocupación de los padres, etc) y el resultado a través de los Instrumentos, dependen de si éstas últimas son vistas a través de puntajes o categorías.

3.a. Si son puntajes

Para determinar las diferencias en los puntajes promedios para cada par de las categorías de las variables sociodemográficas se usó el test T de tukey en el caso de **dos** promedios y el test estadístico múltiple de Scheffe si son **más de dos**. En este caso para detectar qué par de promedios difieren, se uso el test de comparación de promedios a pares de **Sidak**.

3.b. Clasificación de los puntajes

Para determinar las diferencias en las distribuciones en cada una de las categorías de las variables sociodemográficas se uso el test Chi-cuadrado de comparación de distribuciones. Las tablas de frecuencias asociadas entregan el **Valor-p** de esta comparación.

V. RESULTADOS

1. Evaluación de la Actividad Pedagógica

A. DESCRIPCIÓN DEL GRUPO PED

Se observaron un total de 40 niño(a)s entre los 19 y 47 meses de edad, en ambas etapas de la evaluación. De ellos, 21 fueron niñas y 19 niños. En general, los niño(a)s asistieron a las sesiones acompañados por un adulto significativo, quien la mayoría de las veces fue su madre⁸. Además, se observaron las Agentes Educativas durante 14 sesiones en la etapa inicial y 12 sesiones en la etapa final, siendo éstas las mismas agentes observadas en ambas instancias.

B. COMPARACIÓN PRE- POST

Los resultados de la Observación en Sala se reportarán describiendo los resultados obtenidos por las agentes educativas, las díadas y niño(a)s considerando las dimensiones: *Clima y Comunicación, Rol Mediador, Estimulación del Lenguaje, Liderazgo y Trabajo en equipo, Vínculo Afectivo, Rol Mediador de la madre y Bienestar del Niño-Niña.*

La calificación que se utilizó para los puntajes es la siguiente:

Tabla 1: CALIFICACIÓN DE LOS PUNTAJES PROMEDIO

Calificación	Rango de promedio
Excelente	3,0 -4,0
Bueno	2,5-2,9
Regular	2,0-2,4
Malo	< 2

⁸ Para facilitar la exposición de los resultados, se optó por hablar de “Madre” en términos genéricos, aún cuando en más de una ocasión quién acompañó al niño fue una abuela, padre u otro familiar.

b.1. Agentes Educativas

En la evaluación de las agentes educativas, se consideraron las siguientes dimensiones de la pauta: *Clima y Comunicación, Rol Mediador, Estimulación del Lenguaje y Liderazgo y Trabajo en equipo*. La observación contempló un total de 35 ítems para la Educadora, mientras que en el caso de las monitoras, se consideraron 26 ítems para su evaluación. Cabe señalar que se hizo una evaluación general de las monitoras, dado lo cual los resultados no están diferenciados según persona sino como monitoras en su conjunto.

En ambas agentes educativas el rendimiento general varió de *regular* a *bueno*. La educadora obtuvo un promedio general superior al de las monitoras, en ambos momentos de la evaluación.

TABLA 2: RENDIMIENTO PROMEDIO EDUCADORA

	EDUCADORA			
	PRE		POST	
	X	Calificación	X	Calificación
Clima y Comunicación	2,74	Bueno	3,36	Excelente
Rol Mediador	2,21	Regular	2,68	Bueno
Estimulación del Lenguaje	2,32	Regular	2,79	Bueno
Liderazgo/ Trabajo en equipo	2,61	Bueno	3,1	Excelente
TOTAL	2,39	Regular	2,91	Bueno

Como se observa en la tabla, la educadora mejoró su puntaje promedio en todas las áreas encontrándose el mayor aumento en la dimensión *Clima y Comunicación*.

TABLA 3: RENDIMIENTO PROMEDIO MONITORAS

	MONITORAS			
	PRE		POST	
	X	Calificación	X	Calificación
Clima y Comunicación	2,62	Bueno	3,06	Excelente
Rol Mediador	1,89	Malo	2,27	Regular
Estimulación del Lenguaje	1,87	Malo	2,57	Bueno
Liderazgo/ Trabajo en equipo	2,93	Bueno	3,17	Excelente
TOTAL	2,14	Regular	2,62	Bueno

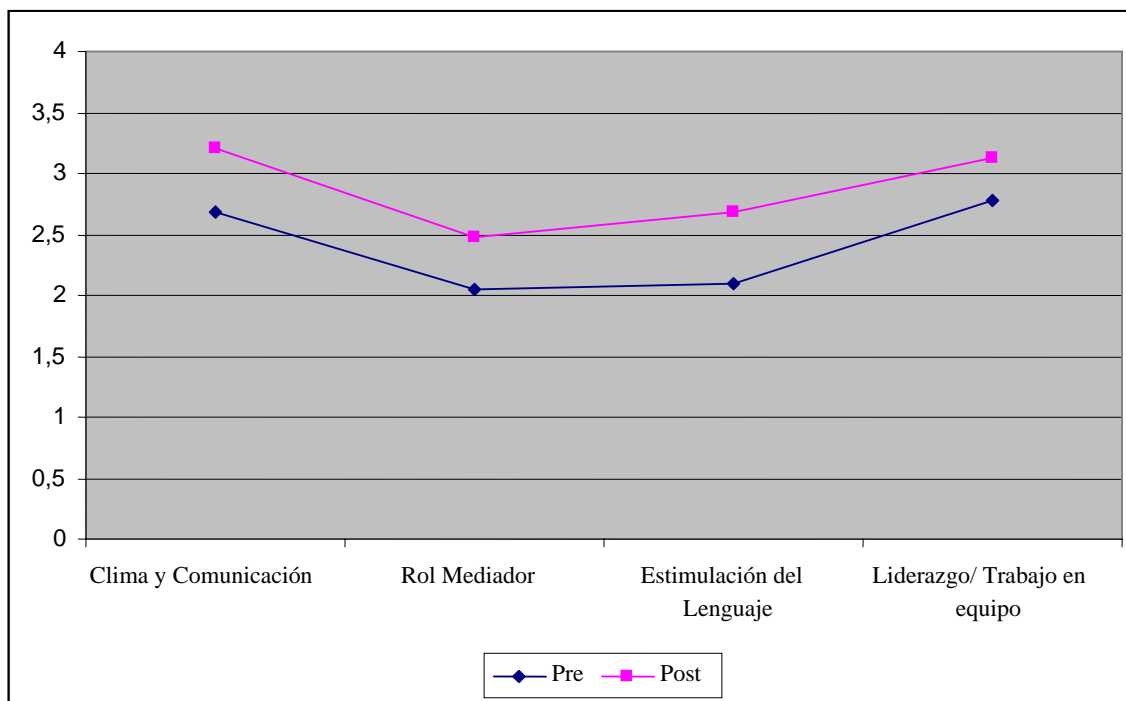
Las monitoras aumentaron su puntaje promedio en todas las áreas encontrándose la mejoría más relevante en la dimensión *Estimulación del Lenguaje*, donde transitaron de categoría *Malo* a *Bueno*. Las áreas más fortalecidas para las monitoras fueron *Liderazgo y trabajo en equipo* seguido de *Clima y Comunicación*.

La diferencia más importante entre el puntaje promedio obtenido por las monitoras y la educadora en la etapa final, se observó en la dimensión *Rol Mediador*, encontrándose en categoría *regular* las monitoras y *bueno* la educadora.

En cuanto al desempeño de las agentes educativas en su conjunto (educadora y monitoras), se observa un aumento del puntaje promedio en todas las dimensiones evaluadas, obteniendo el mejor puntaje promedio en la dimensión *Clima y Comunicación* y el más bajo en *Rol Mediador*.

El gráfico que se presenta a continuación muestra la variación del puntaje promedio para las agentes educativas en las diferentes dimensiones.

GRÁFICO 1: PROMEDIO OBTENIDO POR LAS AGENTES EDUCATIVAS SEGÚN DIMENSIONES



Cabe destacar que **tanto las educadoras como las monitoras, mejoraron su puntaje promedio** no sólo en las cuatro dimensiones señaladas, sino también en todos y cada uno de los ítems que evalúa la pauta.

Algunas de las conductas más destacadas en la **educadora**, son su capacidad de crear un clima agradable y relajado, acogiendo con cariño a los niños y sus madres. Además, posee la habilidad de relacionarse con las madres en forma horizontal y respetuosa. En cuanto al *rol mediador*, se destaca su capacidad de incentivar a los niños a explorar y experimentar según su nivel de desarrollo, el apoyo a los niños a encontrar “soluciones” en su quehacer, el plantear al niño alternativas desafiantes y un adecuado manejo del grupo. En cuánto a la *estimulación del lenguaje*, la educadora anima a los niños a expresarse verbalmente, apoyando su lenguaje verbal con gestos y entonación, a la vez que hace esfuerzos por entender las expresiones verbales de los niños.

Dentro de los aspectos que aún habría que mejorar, se destaca el comentar activamente los aspectos positivos del rol mediador de la madre, el poner palabras a las emociones o estados de ánimo del niño, entusiasmar al cuidador de ser necesario y explicitar los aprendizajes de la actividad. Finalmente, habría que mejorar la mediación del aprendizaje de conductas sociales y la capacidad de constituirse en un “modelo” para la madre en términos de mediación.

En lo que refiere a las **monitoras**, se observó que éstas acogen de un modo cordial a niños y madres, al mismo tiempo que utilizan un lenguaje simple, directo y claro en la interacción con las madres. Además, las monitoras generan un clima agradable y relajado en la sala y logran, junto a la educadora, que madres y niños participen y se motiven con la actividad estructurada.

No obstante lo anterior, habría que mejorar e insistir entre las monitoras la importancia de comentar los aspectos positivos del rol mediador de la madre, así como el pedir sugerencias y aportes de ellas. Es preciso potenciar más su capacidad de motivar o entusiasmar al cuidador cuando la situación lo requiere, poner palabras a las emociones o estados de ánimo del niño y el mediar el aprendizaje de conductas sociales. Además, se debe potenciar la imitación y repetición por parte del niño de sílabas, palabras o frases, al mismo tiempo que es conveniente mejorar la capacidad de convertirse en “modelos” para las madres en cuanto a la mediación de conductas que estimulan el aprendizaje.

Ahora bien, aquellas práctica pedagógicas que experimentaron **un mayor aumento entre la evaluación inicial y final**, tanto para la educadora como para las monitoras, tienen que ver con el trato personalizado hacia los niños y con el hecho de constituirse en “modelos” para las madres en relación a la mediación del aprendizaje. A su vez, los resultados indican que tanto la educadora como las monitoras repiten palabras o frases para que los niños las imiten, con mucho más frecuencia que en la evaluación inicial.

b. 2. Díadas y Bienestar del niño(a)

El rendimiento de las *Díadas* en la Pauta de Observación se obtuvo promediando los puntajes alcanzados en las dimensiones *Vínculo Afectivo* y *Rol Mediador de la madre*, mientras que el área *Niño(a)* se obtuvo considerando la dimensión *Bienestar del niño(a)*. La observación contempló un total de 27 ítems para la *Díada*, mientras que en el caso del *Niño(a)*, se consideraron un total de 10 ítems.

TABLA 3: PUNTAJE PROMEDIO DÍADA

	PRE		POST	
	X	Categoría	X	Categoría
Vínculo Afectivo	2,19	Regular	2,59	Bueno
Rol Mediador	2,06	Regular	2,28	Regular
TOTAL DIADA	2,13	Regular	2,43	Regular

Se aprecia una mejoría en el rendimiento promedio final de las *Díadas*, aún cuando ésta se mantiene en categoría *regular* hasta la etapa final del estudio. Los resultados arrojan diferencias positivas en el promedio obtenido por las *díadas* en la dimensión *Vínculo Afectivo*, el cuál pasó de categoría *regular* a *bueno*.

En la dimensión *Vínculo Afectivo*, se aprecia un *buen* rendimiento de las madres en cuanto a la cercanía física con el niño y el contacto visual que establecen con él, así como el estar atenta a las necesidades de sus hijos y responder empáticamente.

En la dimensión *Rol Mediador*, se obtiene un rendimiento *bueno* en lo que refiere al observar y participar activamente con el niño, el permitir al niño elegir qué hacer tolerando que lo haga a su propio ritmo. También se destaca el esfuerzo por entender las expresiones verbales del niño, escuchándolo atentamente.

Los aspectos más deficientes dicen relación con la falta de promoción de conductas de cooperación y relación de sus hijos con los otros niños, así como el pobre uso de la palabra para denominar los estados emocionales que vive el niño.

Considerando ambas dimensiones, la evaluación final arroja para las dadas un importante aumento de la expresión amorosa de las madres hacia sus hijos (tomarlos en brazos, hacerles cariño, etc.). También destacan como aprendizajes importantes de las madres, el comentar lo que el niño realiza, exigirle acorde a sus capacidades y el esfuerzo por entender las expresiones verbales de sus hijos.

**TABLA 5: PUNTAJE PROMEDIO
AREA NIÑO(A)**

	PRE		POST	
	X	Categoría	X	Categoría
Bienestar Niño- Niña	2,35	Regular	2,64	Bueno
TOTAL NIÑO	2,35	Regular	2,64	Bueno

Se observó una diferencia importante en la dimensión *Bienestar Niño-Niña*, existiendo una mejoría desde la categoría *regular* a *bueno*.

Se destaca el que los niño(a)s se entretienen, están tranquilos y contentos en el espacio grupal, a la vez que exploran los materiales disponibles y se confortan con personas u objetos. El ámbito más deficiente, dice relación con la baja interacción de los niños con sus pares.

La diferencia más importante entre la evaluación inicial y la final, se encuentra en el aumento de la expresión de cariño de los hijos hacia sus madres.

C. CORRELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA PAUTA DE OBSERVACIÓN

Se realizaron análisis entre los puntajes obtenidos en las distintas dimensiones de la Pauta de Observación. Los resultados muestran una correlación positiva y significativa entre el aumento del puntaje en la dimensión *Bienestar del niño(a)* y el aumento del puntaje en las dimensiones *vínculo afectivo* ($p= 0,005$) y *rol mediador* ($p= 0,045$) de la madre. Es decir, existe una relación estadísticamente significativa entre el modo en que las madres se relacionan afectivamente con sus niños y logran ser mediadoras de su aprendizaje con cómo se encuentran los niños en cuanto a su bienestar y protagonismo.

Coherentemente con lo anterior, se observa una correlación positiva y significativa entre el aumento del puntaje en total *díada*, y la dimensión *bienestar del niño(a)* ($p= 0,017$).

También se encontró una correlación positiva y significativa ($p= 0$) entre el aumento del puntaje en la dimensión *vínculo afectivo* y el aumento del puntaje en la dimensión *rol mediador*.

2. Evaluación Desarrollo Niño(a)s: Aplicación del Inventario de Desarrollo Battelle

A. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA EVALUADA

Se aplicó el test Battelle a un total de 71 niños, de los cuales 40 eran parte del grupo Ped y 31 de la muestra control.

A continuación se describirán las características del Grupo Ped y de la Muestra Control. Al respecto es preciso señalar que el grupo Ped que se consideró en la evaluación final, es la misma muestra evaluada inicialmente, y por tanto las variables sociodemográficas se mantuvieron constantes. Por su parte, las características sociodemográficas de la muestra control final son equivalentes a la de la muestra control inicial.

TABLA 6: PORCENTAJE DE ASISTENCIA A JARDIN INFANTIL

	Grupo Ped		Muestra Control	
	% Si	% No	% Si	% No
Pre	10,5	89,5	0	100
Post	27,5	72,5	9,7	90,3
Valor p	No significativo			

En cuanto a la asistencia de los niños al Jardín Infantil, se aprecia un aumento del porcentaje de asistencia tanto en la muestra control como en el grupo Ped, aún cuando ésta no es significativa estadísticamente. En lo que refiere a los niños del programa, dicho aumento se explica por un directo incentivo por parte de las agentes educativas para incorporar a los niños mayores de 3 años al Jardín Infantil.

TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR SEXO SEGÚN GRUPO MUESTRAL

	Grupo Ped		Muestra Control		TOTALES	
	n	%	n	%	n	%
Hombre	19	47,5	15	48,4	34	48
Mujer	21	52,5	16	51,6	37	52
TOTAL	40	100	31	100	71	100
Valor p	No significativo					

La tabla indica la distribución de casos por sexo según grupo muestral, siendo similar la distribución para los dos grupos.

Además, se registraron otras variables sociodemográficas que tienden a asociarse con el desarrollo infantil y que eventualmente podrían diferir en ambos tipos de muestra. Estas fueron: escolaridad de madre y padre; ocupación de madre y padre y con quién vive el niño. A continuación se presentan las tablas de distribución de cada una de estas variables para los dos grupos muestrales⁹.

TABLA 8: ESCOLARIDAD DE LA MADRE SEGÚN GRUPO MUESTRAL

	Grupo Ped		Muestra Control		TOTALES	
	n	%	n	%	n	%
7° básico o menos	2	5,1	0	0	2	2,9
8° básico a 3° medio	9	23,1	8	25,8	17	24,3
4° medio o más	28	71,8	23	74,2	51	72,9
TOTAL	39	100	31	100	70	100
Valor p	No significativo					

⁹ La variación en el N Total de la muestra se explica porque en 2 casos, el adulto entrevistado no fue capaz de dar la información requerida.

**TABLA 9: ESCOLARIDAD DEL PADRE
SEGÚN GRUPO MUESTRAL**

	Grupo Ped		Muestra Control		TOTALES	
	n	%	n	%	n	%
7° básico o menos			1	3,3	1	1,4
8° básico a 3° medio	7	17,5	8	26,7	15	21,4
4° medio o más	33	82,5	21	70	54	77,1
TOTAL	40	100	30	100	70	100
Valor p	No significativo					

La escolaridad del padre y de la madre es similar en ambos grupos muestrales y se observa que para la muestra total, padres y madres en su gran mayoría tienen una escolaridad de enseñanza media completa o estudios superiores.

**TABLA 10: OCUPACIÓN DE LA MADRE
SEGÚN GRUPO MUESTRAL**

	Grupo Ped		Muestra Control		TOTALES	
	n	%	n	%	n	%
No trabaja remuneradamente	29	74.4	20	64.5	49	70.0
Trabajo esporádico	4	10.3	4	12.9	8	11.4
Trabajo estable	6	15.4	7	22.6	13	18.6
TOTAL	39	100.0	31	100.0	70	100.0
Valor p	No significativo					

La ocupación materna es similar en ambos grupos, destacándose que para la muestra total de madres, éstas son en su mayoría dueñas de casa.

**TABLA 11: OCUPACIÓN DEL PADRE
SEGÚN GRUPO MUESTRAL**

	Grupo Ped		Muestra Control		TOTALES	
	n	%	n	%	n	%
No trabaja remuneradamente	3	7.5			3	4.3
Trabajo esporádico	3	7.5			3	4.3
Trabajo estable	34	85.0	30	100.0	64	91.4
TOTAL	40	100.0	30	100.0	70	100.0
Valor p	No significativo					

La ocupación del padre es similar en ambos grupos, existiendo un porcentaje mayoritario del total de padres, que poseen un trabajo estable.

**TABLA 12: CON QUIÉN VIVE EL NIÑO
SEGÚN GRUPO MUESTRAL**

	Grupo Ped		Muestra Control		TOTALES	
	n	%	n	%	n	%
Padre y Madre	31	79,5	25	83,3	56	81,2
Solo Madre o sólo Padre	6	15,4	5	16,7	11	15,9
Otro	2	5,1			2	2,9
TOTAL	39	100	30	100	69	100
Valor p	No significativo					

La variable *con quien vive el niño* es similar en ambos grupos, apreciándose que la mayoría de los niños vive con ambos padres.

En síntesis, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos muestrales en relación a las variables sociodemográficas. Esto sustenta las comparaciones realizadas entre ambas muestras y da validez a los resultados.

B. RELACIÓN RESULTADOS TEST BATTELLE CON VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

Con el fin de explorar la influencia de las variables sociodemográficas sobre los resultados del test Battelle, se analizaron los datos del total de niños evaluados (N=71) comparando el puntaje promedio total final del test para cada una de las categorías de las variables antes presentadas.

TABLA 13: PUNTAJE TOTAL BATTELLE SEGÚN SEXO

Sexo del Niño	Puntaje Total Battelle	
	n	Promedio
Hombre	34	40,1
Mujer	37	44,7
Valor-p	0,007 *	

* Valor estadísticamente significativo

Los análisis mostraron diferencias significativas en el Puntaje Total Battelle únicamente en relación a la variable *sexo* ($p=0,007$), donde se aprecian diferencias estadísticamente significativas a favor de las mujeres.

Las sub áreas que determinan esta significación estadística a favor de las niñas son *Comunicación Receptiva* ($p=0,006$), *Memoria* ($p=0,001$) y *Expresión de sentimientos/afectos* ($p= 0,030$).

Para las otras variables (escolaridad de la madre, escolaridad del padre, ocupación de la madre y con quien vive el niño), las muestras resultaron ser muy homogéneas y por lo tanto la prueba de significación no resulta sustantiva.

C. RESULTADOS GLOBALES DEL GRUPO PED (COMPARACIÓN PRE-POST)

Para conocer el nivel de desarrollo/aprendizaje alcanzado por los niños asistentes al *Programa de Estimulación del Desarrollo*, se evaluó a 40 de ellos en dos momentos con una diferencia de 6 meses aproximadamente. El grupo evaluado en ambas etapas es el mismo, manteniéndose estables las variables sociodemográficas (sexo, edad, ocupación y escolaridad de padre y madre, y con quién vive el niño) y en consecuencia, la pérdida no afecta la validez de las comparaciones pre-post.

c.1. Resultados Totales

El Puntaje Total Battelle corresponde al promedio de las nueve sub áreas aplicadas en este estudio. Se expresa en Puntaje T, cuyo promedio teórico es 50 y la desviación estándar es 10.

**TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DEL PUNTAJE T TOTAL BATTELLE
SEGÚN SEXO**

	Hombres			Mujeres			Valor-p
	N	Promedio	D.E	N	Promedio	D.E	
Pre	19	36.9	7.0	21	43.2	6.3	0.005*
Post	19	39,9	7.1	21	47,2	8.0	0,004*
Valor-p	0,000 *			0,007 *			

* Valor estadísticamente significativo

Los resultados muestran una diferencia significativa en el rendimiento alcanzado tanto por hombres ($p= 0,000$) y mujeres ($p=0,007$), mejorando el promedio en la evaluación final. Además, en ambos momentos de la evaluación (pre y post), se observan diferencias estadísticamente significativas entre el rendimiento alcanzado por hombres y mujeres, siendo las niñas las que obtienen un mayor puntaje.

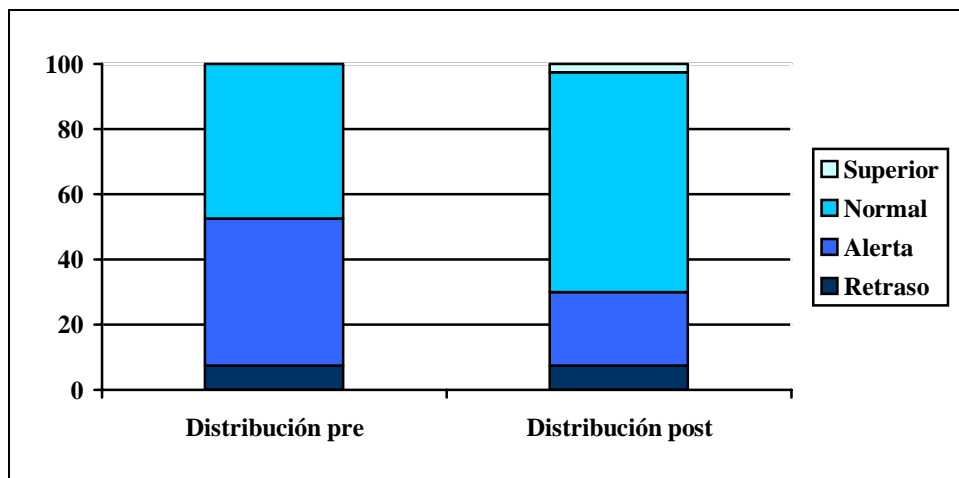
**TABLA 15: DISTRIBUCION DE PORCENTAJES
SEGÚN CATEGORÍA**

	Retraso		Alerta		Normal+Superior	
	n	%	n	%	n	%
Pre	3	7,5	18	45	19	47,5
Post	3	7,5	9	22,5	28	70
TOTAL	6	7,5	27	33,75	47	58,75

Considerando el Puntaje Total del test, la categoría de *normalidad* en la evaluación final alcanza el 70% y está compuesta básicamente por puntajes normales (sólo el 2,5% de los niños se encuentra en la categoría *superior*).

El siguiente gráfico ilustra los resultados expuestos en la tabla anterior.

**GRÁFICO 2: EVOLUCIÓN EN EL PUNTAJE TOTAL BATTELLE
SEGÚN CATEGORÍAS DE DISTRIBUCION**



Respecto de las categorías de rendimiento, se redujo a la mitad el porcentaje de niños en *alerta*, y aumentaron significativamente los puntajes en la categoría *normal*.

Las categorías extremas se mantuvieron prácticamente iguales, a excepción de un ínfimo porcentaje en la *superior*.

A continuación se presenta una tabla que muestra la incidencia y recuperación de los niños en el rendimiento alcanzado en el test Battelle, según categoría:

**TABLA 16: DISTRIBUCION PRE-POST
SEGÚN CATEGORIA BATTELLE**

		Categorías Pre			Total
		Retraso	Alerta	Normal	n
		n	n	n	
Categorías Post	Retraso	2 *	1		3
	Alerta	1	7	1	9
	Normal		10	17	27
	Superior			1	1
Total		3	18	19	40

Números en rojo bajaron su calificación; números en verde subieron su calificación

* Cabe señalar que los dos niños que se mantuvieron en categoría *Retraso*, responden a niños con Diagnóstico de “Retraso Profundo del Desarrollo”.

En términos de **categorías en el test Battelle**, se observa que sólo un 5% de los niños empeoraron su rendimiento en la evaluación final, mientras que un 30% mejoraron su rendimiento y un 65% lo mantuvieron.

En relación a **los puntajes promedio obtenidos en el Battelle**, los resultados indican que el 72,5% de los niños aumentó su rendimiento en el test, mientras que un 25 % de los niños lo disminuyó. Sólo un 2,5% de los niños mantuvo su rendimiento.

c.2. Resultados por sub área.

TABLA 17: RENDIMIENTO POR SUB ÁREA

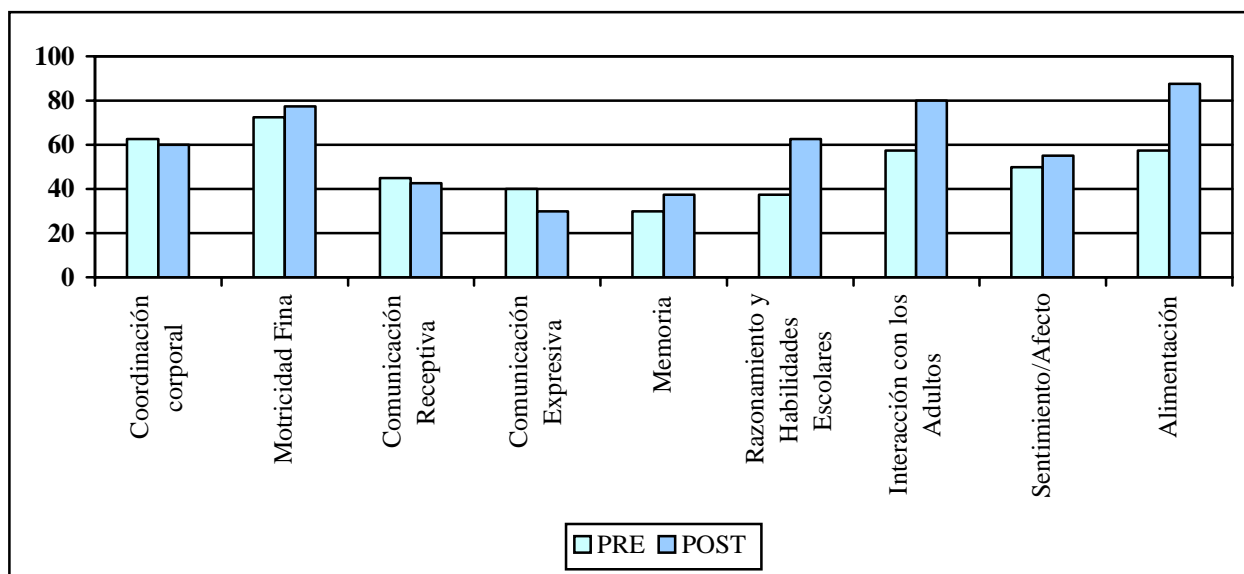
Puntaje T por sub área	Pre		Post		Delta	
	X	Std	X	Std	X	Std
Coordinación Corporal	40,5	9,2	42,6	11,0	2,1	11,5
Motricidad Fina	46,4	11,1	49,2	12,4	2,8	15,5
Comunicación Receptiva	37,4	8,9	40,0	12,8	2,6	10,7
Comunicación Expresiva	37,4	11,2	37,7	12,1	0,2	10,2
Memoria	35,7	11,1	37,4	10,7	1,7	12,9
Razonamiento y Hab.Escolares	39,5	11,7	45,8	12,5	6,3	14,0
Interacción con el adulto	42,6	10,9	45,9	9,8	3,3	9,2
Expresión de Sentimientos	39,6	10,6	41,9	11,1	2,3	13,0
Alimentación	42,9	13,5	53,1	12,5	10,2	14,1
Total Battelle	40,2	7,3	43,7	8,4	3,5	6,0

Los resultados muestran una diferencia importante en el Puntaje Total del test en la evaluación pre y post, **habiendo mejorado el rendimiento de los niños.**

El rendimiento alcanzado en las sub áreas mejoró en todas ellas, existiendo un aumento significativo para las sub áreas de *Razonamiento y habilidades escolares, Interacción con el adulto y Alimentación.*

El gráfico siguiente ilustra la evolución experimentada por los niños que asistían al programa para cada sub área del Battelle, **según porcentajes de normalidad**.

**GRÁFICO 3: PORCENTAJE DE NORMALIDAD
POR SUB ÁREA.**



Como muestra el gráfico, hay un aumento de los niños que caen en la categoría de normalidad para la mayoría de las sub áreas del test Battelle. La diferencia más notoria en el aumento del porcentaje de normalidad se encuentra en las sub áreas de: *alimentación* (30%), *razonamiento y habilidades escolares* (25%) e *interacción con adultos* (20%).

Las únicas sub áreas que experimentaron una disminución en el **porcentaje de normalidad**, son: *comunicación receptiva*, *comunicación expresiva* y *coordinación corporal*.

No obstante lo anterior cabe recordar que, tal como se expuso en la tabla N°17, los niños aumentaron levemente su rendimiento en estas dos sub áreas en términos del **promedio obtenido** (6% en *comunicación receptiva* y 1% en *comunicación expresiva*)¹⁰.

c.3. Correlación entre los resultados obtenidos en el Inventario de Desarrollo Battelle y la Pauta de Observación en Sala¹¹

Se efectuaron análisis entre los Puntajes de la Pauta de Observación y el test Battelle, los que mostraron relaciones sustantivas entre el aumento en el Puntaje Total Battelle y el puntaje final en la *dimensión rol mediador* ($p=0,016$). Es decir, existe una relación significativa entre la mejoría de los niños en el rendimiento del test, con el desempeño de sus madres como agentes mediadoras del aprendizaje en la etapa final de la evaluación.

Además del análisis entre la Pauta de Observación y el test Battelle, se exploró la correlación entre la asistencia de los niños al taller y el puntaje obtenido en el test Battelle.

Los resultados indican que no existe correlación entre el número de sesiones que los niños asistieron al taller y el puntaje total obtenido en el Battelle.

Sin embargo, aún cuando el aumento en el puntaje del test Battelle no está correlacionado con la asistencia, si aparece correlacionado con el desempeño de las madres en cuanto a su rol mediador. Por tanto podría pensarse que las madres que asisten al taller (independientemente del número de sesiones), aprenden a estimular mejor el aprendizaje de sus hijos y sus niños incrementan el nivel de desarrollo/aprendizaje evaluado con el test Battelle.

¹⁰ Cabe precisar que si bien el aumento en el Área Comunicación es muy leve para el grupo Ped, es favorable en comparación con los resultados obtenidos por la muestra control que presentó un 10% de disminución en la sub área de *comunicación receptiva* y un 7% de disminución en *comunicación expresiva*.

¹¹ Para efectos de esta correlación, se consideraron solamente las dimensiones de la Pauta de Observación que tenían relación con la dñada.

D. COMPARACIÓN ENTRE GRUPO PED Y MUESTRA CONTROL

La tabla siguiente presenta los resultados alcanzados por los niños del grupo Ped y el grupo control, tanto en la etapa inicial (pre) como en la etapa final (post).

**TABLA 18: PUNTAJES TOTALES BATTELLE
SEGÚN GRUPO MUESTRAL**

	Grupo Ped	Muestra Control	Valor - p
Pre	40,2	42,14	No significativo
Post	43.7	40, 92	No significativo
Valor – p	0,001 *	No significativo	

* Valor estadísticamente significativo

La tabla presentada permite apreciar que, si bien no es estadísticamente significativa la diferencia de puntajes promedios obtenidos entre el grupo Ped y el grupo Control al interior de una misma etapa de evaluación, se observa un **avance estadísticamente significativo en el grupo Ped**. En otras palabras, mientras el grupo control disminuye su rendimiento luego de seis meses, el grupo Ped logra avances significativos.

El Puntaje Total promedio para ambas muestras se ubica, tanto en la etapa inicial como final, en categoría *normal*.

**TABLA 19: PUNTAJE TOTAL BATTELLE.
DISTRIBUCIÓN EN CATEGORÍAS SEGÚN GRUPO MUESTRAL**

	Grupo Ped		Muestra Control	
	% Déficit	% Normal	% Déficit	% Normal
Pre	52,5	47,5	30	70
Post	30	70	45,2	54,8
Valor-p	0.041*		No significativo	

*Valor estadísticamente significativo

En cuanto a las categorías de distribución¹², se observa un incremento de un 22,5% en el porcentaje de *normalidad* del grupo Ped, en contraposición a una disminución del porcentaje para la misma categoría, en el grupo control (15,2%). En otras palabras, mientras el porcentaje de *normalidad* (y consecuente descenso del porcentaje de *déficit*) aumenta en el grupo participante del programa, el grupo control empeora su porcentaje de *normalidad* aumentando el de *déficit*.

Cabe mencionar que el **cambio en la distribución según categorías, es estadísticamente significativo para el caso del grupo Ped**, en contraposición a los cambios experimentados por el grupo control.

¹² Dado el pequeño número de casos en las categorías extremas, la comparación entre grupos muestrales se hizo agrupando Retraso/Alerta como categoría *Déficit* y las categorías Normal/Superior como categoría *Normal*.

3. Entrevistas

A. EQUIPO PROGRAMA JUGUEMOS CON NUESTROS HIJOS

Etapa Inicial¹³

Entrevistados: todos los miembros del equipo (Educatora, 3 monitoras y 2 médicos)

El equipo refirió que la idea inicial que las impulsó a crear el taller fue el promover la salud en los niño(a)s y trabajar con la comunidad, de modo que el cuidador tuviese un rol activo. Se deseaba instalar capacidad comunitaria, promover las capacidades de las mamás, el aprendizaje de los niño(a)s y que los padres se sintiesen parte de la red de salud. A su vez, esperaban hacer del Centro de Salud Familiar un espacio comunitario de promoción de la salud considerando que el periodo entre los 0 y 3 años es muy importante y que existen pocas intervenciones destinadas a estimular el desarrollo en esa edad.

El equipo comenta que la idea original era potenciar el desarrollo del niño en general, pero luego el desarrollo del lenguaje surgió como un foco prioritario de estimulación. La idea del equipo era poder hacer un “colchón lingüístico” que actuara como un soporte para la educación formal posterior del niño. Para tales efectos, el equipo es consciente de que **la madre es protagonista en este proceso y resulta necesario que ella aprenda ciertas habilidades que a su vez faciliten el aprendizaje por parte de los niño(a)s.**

El equipo destacó de sí mismo, que en su interior se potencian las cualidades de cada una y los roles están bien repartidos. En general se autodefinieron como esforzadas, rápidas, solidarias y empáticas. Además destacaron el ser receptivas a las retroalimentaciones de las personas externas, al mismo tiempo que valoraron su capacidad de ir cambiando y corrigiendo aquello que no funcionaba bien. Sostenían la impresión de que los profesionales del Centro de Salud las veían contentas y que el taller imprimía un carácter

de alegría en el centro; *“los niño(a)s están contentos y eso le da vida al lugar”*. Se sorprendieron de ver la participación de los padres hombres en el taller.

Las integrantes del equipo percibieron una preocupación de los profesionales del Centro de Salud respecto de la continuidad del programa, es decir de la posibilidad de que el centro finalmente no se apropiase de él. Respecto de las principales dificultades que tuvieron, destacaron el modo apropiado de tratar a los niño(a)s más difíciles, así como el lograr que ciertas mamás participaran. Es decir, **cómo lograr un rol mediador efectivo con las madres que potencie a su vez el rol mediador que la madre desempeña con su niño**. Esto último era percibido, más que como una dificultad, como un desafío que suponía el crear criterios comunes como equipo en torno al manejo de este tipo de situaciones.

La principal fortaleza percibida por el equipo es el haber logrado incluir a la comunidad y trabajar con las mamás desde el Centro de Salud. Esto último permitió que el taller actuara como una red social efectiva, además de favorecer la creación de una red de apoyo entre las madres.

En relación a las dificultades que han tenido en la implementación del programa, reportaron que el tema del financiamiento ha producido mucho desgaste, debido a la incertidumbre que esto supone. Además se destacó el desafío de ir mejorando los contenidos, sacarle más provecho a los materiales y que esto fuera acorde a la intencionalidad pedagógica que se persigue. Finalmente surgió la inquietud por cómo hacerse cargo de las dificultades con las que se encontraban, sobretodo en el caso de niño(a)s que debían ser atendidos por otros profesionales más especializados.

Las integrantes del equipo reconocieron que la planificación de las sesiones es algo que les ha costado y que aún falta una “visión global” que las guíe. Se mostraron conscientes que el contenido es de vital importancia para estimular el desarrollo, sin embargo

¹³ Con “etapa inicial” se quiere decir que las entrevistas fueron realizadas durante el primer momento de la evaluación del Programa. Sin embargo, cuando la evaluación inicial se llevó a cabo, el Programa ya había comenzado.

decidieron dar prioridad en forma deliberada a la adquisición de la rutina y consolidación como equipo durante el primer período.

En relación con la idea inicial de dividir los grupos de niño(a)s según su edad, algunas personas del equipo consideraron que era algo que habría que repensar. Sin embargo creían que el que no existieran días diferenciados permitía que el taller fuera más flexible en el sentido de que las madres podían elegir, al momento de inscribirse, el día que más les acomodaba. Además pensaban que si el objetivo central era favorecer el vínculo y que la madre fuese una agente mediadora del aprendizaje, entonces la diferencia etárea no era un elemento tan importante.

Respecto al modo en que fue realizada la convocatoria del taller, el equipo cuenta que el primer paso fue la reclusión de las monitoras, haciéndose luego una reunión con cada uno de los equipos del Centro de Salud. En términos generales **el equipo considera que la derivación resultó ser exitosa.**

Finalmente, al preguntar al equipo respecto a la necesidad de contar con la opinión o conocimiento de otros profesionales, respondieron que requerirían de la orientación de psicólogos para los casos más difíciles y para el manejo de los problemas con los padres. Asimismo el equipo se asesoró por una experta en párvulos externa al centro, aún cuando destacan que lo ideal sería utilizar los recursos profesionales del Centro de Salud.

Etapas Final

Entrevistados: todos los miembros del equipo (Educatora, 3 monitoras y 2 médicos).

En la segunda etapa, el equipo mencionó como principales fortalezas del programa la participación de las madres y la percepción favorable que éstas tuvieron hacia el taller. **El equipo percibió que el programa tuvo un efecto multiplicador y fortalecedor para las madres, ya que ellas también se apoyaron entre sí, sintiendo que eran parte de una instancia educativa y especial.**

También como fortalezas consideraron el clima afectivo y de acogida generado por el equipo hacia niños y madres, además de ofrecer una rutina organizada, bien estructurada y de carácter profesional. Además, fue valorado por el equipo el hecho de que hayan sido flexibles y hayan podido incorporar cambios según las necesidades que fueron surgiendo en el transcurso del programa (como por ejemplo, cambios en el horario).

Respecto a las dificultades que han afrontado, el equipo señala que muchas veces fue difícil ocuparse de los asuntos operativos y de la mediación educativa en forma simultánea.

La mediación educativa por su parte presentó ciertas dificultades al equipo, principalmente en los casos en que el vínculo madre- hijo estaba era más deficiente. Además, en la práctica experimentaron que algunas díadas respondían mejor a un tipo de mediación y otras a uno diferente. En ocasiones resultó complicado para el equipo tener que decir ciertas cosas a las madres (pautas de crianza), evitando que éstas se sintiesen descalificadas o atacadas. Otra dificultad reportada fueron las ocasiones en que surgieron peleas entre las madres de los niños y fue necesario intervenir para mediar el conflicto.

En relación a las razones a las cuales atribuyen el hecho de que algunos niños hayan desertado del programa, el equipo lo atribuyó principalmente a que al principio no fueron lo suficientemente claras y enfáticas con los apoderados respecto de los objetivos del taller, su funcionamiento, sus reglas, etc. Pero esto se debió en gran medida a que, por estar comenzando, el mismo equipo carecía de experiencia, al mismo tiempo que sentían una necesidad de contar con público para el taller, lo cual las que hacía “cuidarse” de tener actitudes que pudiesen influir en que los niños y padres no quisieran seguir asistiendo. Sin embargo, en el transcurso del programa fueron unificando criterios, al mismo tiempo que transmitiendo un mensaje más claro a los usuarios (ej: la manera en que se manejarían las pataletas dentro del taller, etc), y de esta manera fueron perdiendo el miedo a presentar propuestas del programa respecto de cómo abordar ciertas situaciones.

Por su parte, el equipo piensa que **la razón por la cual la mayoría de los niños y padres asistieron hasta el final del programa, fue el gusto de los mismos niños por asistir.**

El equipo evaluó que las madres aprendieron diversas cosas durante el taller, destacando entre ellas el **haber aprendido a escuchar a sus hijos, a sorprenderse de sus habilidades y a disfrutarlos. Además, el taller brindó la posibilidad de ordenar y organizar a los niños en términos de “rutina”, al mismo tiempo que las madres aumentaron el repertorio de actividades que podían realizar con sus hijos en casa.** La misma sala con sus rincones constituyó una posibilidad de réplica en la casa.

En relación a los niños, el equipo percibió que ellos **aprendieron principalmente a ser más independientes, a desarrollar habilidades, a decir sus nombres, a cantar, a utilizar la sala, a compartir con otros niños, a poner atención y concentrarse, a guardar y ordenar.** Todo esto además de los aprendizajes específicos y particulares de cada niño (algunos aprendieron a caminar, otros a ser más pacientes, otros a ser más sociables, etc.).

Por su parte, las monitoras del taller reportaron que lo que más aprendieron ellas fue a escuchar, a compartir con los niños y sus madres, a tratar a las mamás y llamarlas por su nombre, a ser más tolerantes, a hablar más despacio y más lento, a hablar de una a la vez, y a coordinarse a través del lenguaje gestual mientras estaban trabajando en sala. También reportaron que el programa cambió ciertas formas de pensar que tenían antes, sobretodo respecto a los castigos físicos.

Las monitoras comentaron como gratificante el hecho de sentir que tenían habilidades que podían ser utilizadas más allá del contexto de sus casas. Además, para ellas fue estimulante sentir el cariño de los niños y contar con una actividad que las hiciera salir del hogar. Estos factores influyeron en que decidieran continuar hasta el final del taller.

En cuanto a la capacitación que tuvieron en un primer momento, las monitoras comentaron que ésta les sirvió, pero que les hizo falta una instrucción más clara y precisa de qué era lo que ellas tenía que hacer en sala. Sin embargo, con el tiempo fueron

experimentando que su quehacer iba más allá de sólo recibir a los niños y cuidarlos, y que tenían una importante rol educativo.

En relación a las continuidad del Programa, el equipo piensa replicarlo en el mismo Centro de Salud y también en otros centros, de ahí la importancia de recoger la experiencia de esta primera vez. Creen que la segunda etapa en el Centro de Salud va a ser un momento de consolidación en que van a ir mostrando en forma más aguda los aprendizajes de los niños. Además van a poder comenzar en una forma diferente, incorporando todos los aprendizajes de la primera vez.

El equipo piensa que se probó que el taller es un espacio que cuenta con una buena asistencia y con muchas proyecciones a nivel de desarrollo cognitivo, desarrollo emocional y habilidades sociales. Esto las insta a querer explorar la experiencia de realizar el Programa con grupos de niños más pequeños (desde 6 meses de edad), como un recurso para el Centro de Salud.

Considerando sus proyecciones, el equipo se ha ocupado de ir capacitándose en las temáticas pertinentes al taller y seguirá haciéndolo, de manera de ir integrando herramientas para poder trabajar con madres y niños. Particularmente, su idea es irse especializando en la relación madre-hijo, de manera que todas las integrantes del equipo estén capacitadas de poder trabajar asertivamente con díadas. Respecto a la inserción dentro del Centro de Salud, el equipo mencionó que es preciso fortalecer aún más el vínculo con éste, de manera que los profesionales del Centro de Salud se apropien más del espacio del Programa.

Pensando en que el Programa pueda replicarse en otros lugares, el equipo cree que es fundamental que las personas que estén a cargo de éste, **tengan habilidades para trabajar en equipo, y habilidades para relacionarse con los apoderados.** Además, consideran esencial que estén motivados con la tarea y que posean una buena calidad humana en el trato. Consideran que un equipo podría funcionar bien con 3 personas (idealmente liderado por una educadora de párvulo), siendo óptimo que este equipo contara con el apoyo de un profesional (ojala un(a) psicólogo(a) del desarrollo) del

Centro de Salud que participara del taller cada 15 días e hiciese sus aportes en esas ocasiones.

Finalmente como desafío hacia el futuro el equipo planteó el deseo de que el Programa pudiese llegar a madres que no cuentan con esta posibilidad, personas que se encuentran en problemáticas sociales complejas, que no tienen acceso a este tipo de espacios y que se podrían beneficiar enormemente del taller.

B. ENTREVISTA CON MADRES QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA

Etapa Inicial

Entrevistadas: ocho madres participantes del programa

En términos generales, las madres consideraron que el principal objetivo que perseguía el taller era estimular a los niños para que esto les ayudase a ingresar al Colegio o Jardín Infantil. También pensaban que el objetivo era que los niños compartieran, así como integrar más a los padres y ayudarlos en la relación con sus hijos.

Respecto a aquello que las motivó a asistir al taller, destacaron el gusto de sus hijos por venir, el que los niños aprendían cosas nuevas y que se relacionaban con pares. **Las madres mencionaron que los mayores beneficios que habían recibido del programa, tenían relación con el aprendizaje que habían presentado los niños:** ahora hablaban y compartían más, y ayudaban en la casa con tareas sencillas. Además, reportaron haber aprendido a jugar con sus hijos y darse más tiempo para estar con ellos.

Respecto a la impresión que tenían del equipo ejecutor, **destacaron el trato cercano y de confianza, su acogida y disposición a escuchar y ayudar** en todo lo que necesitan.

Como críticas al programa las madres destacaron la falta de claridad respecto a los objetivos del taller, así como el bajo número de actividades dirigidas que considerasen

más las diferencias etéreas de los niños. Además criticaron la falta de puntualidad en el comienzo de las sesiones y sugirieron mejores actividades dirigidas en que se dieran a conocer los objetivos que con ellas se perseguían.

Etapa Final¹⁴

Entrevistadas: ocho madres participantes del programa

En relación a lo que las motivó a asistir durante ocho meses al taller, las madres destacaron principalmente el hecho de que sus hijos disfrutaban viniendo y se aprontaban para venir. También destacaron el haber aprendido cosas nuevas y actividades sencillas que hacer con sus hijos; *“he crecido y aprendido con mi hija”*. En términos del vínculo madre-hijo (a), **destacaron que el tiempo del taller era un momento exclusivo y de calidad para sus hijos**; *“yo estoy todo el día con mi hija, pero aquí estoy viéndola”*. También destaca como una motivación para continuar en el taller, ver los cambios paulatinos que tuvieron sus hijos y el aprender a manejarlos cuando están difíciles; *“todo el mundo se da cuenta que cambió (...) aprendí una táctica para manejarlo (...) lo abrazo y le hablo despacito cuando tiene rabia”*.

Respecto a lo que ellas aprendieron en el taller, destacaron el haber tomado conciencia de lo importante que era que sus hijos fueran felices y se desarrollaran bien, el ser pacientes y darse el tiempo para escucharlos. **También refirieron como una motivación personal el ver a las otras mamás y aprender de cómo ellas lo hacían y las experiencias que han tenido**, destacando también que el taller era una instancia para salir de sus propias casas. Además refieren haberse sentido muy apoyadas y guiadas por las “tías”; *“el apoyo de las tías es espectacular (...) esto es muy profesional, uno aprende de las tías y de las mamás”* y haberse sentido reforzadas en su rol de madres *“Me he dado cuenta que lo estoy haciendo bien, estoy dando lo mejor de mi. Me ha hecho ser una mejor mamá”*; *“ser más humana y a la altura de mi hijo (...) yo tuve una mala experiencia con mi mamá y yo pensaba que iba a ser igual, en cambio yo soy una buena mamá”*.

Se indagó en las razones para preferir un taller de este tipo en vez de una sala cuna, **y las madres destacaron el hecho de que el taller daba la posibilidad de no tener que**

¹⁴ Esta entrevista se realizó con 6 meses de diferencia respecto a la anterior y en la semana previa al término del programa.

separarse de sus hijos, y por el contrario, utilizar la instancia como una oportunidad de vincularse con los niños de una manera “exclusiva” que pocas veces lograban en casa. Por otra parte, mencionaron que el taller les permitía observar activamente como madres, la manera en que sus hijos se relacionaban con sus pares, lo cual para muchas fue tranquilizador, al ver que los niños se desenvolvían “mejor de lo que ellas pensaban”.

Respecto a las atribuciones referentes al por qué funciona el taller, las madres lo atribuyeron principalmente a las características de las agentes educativas: *“tienen vocación (...) piensan en los niños (...) son acogedoras y se dan el tiempo de estar con cada uno (...) quieren a los niños y los tratan bien (...) son varios profesionales por niño”* y al hecho de que es un Centro de Salud de la Universidad Católica, lo cual avalaría el profesionalismo del equipo.

Respecto de las razones que ellas atribuían a la deserción de algunas madres, refirieron que eran madres inmaduras, con poca preocupación por sus hijos, flojas y cómodas. No aparecieron razones atribuibles a la estructura del taller o al equipo de profesionales.

Las madres comentaron que las pautas y consejos entregados durante al taller les fueron de enorme ayuda y no sólo se referían a aquello explicitado verbalmente, sino también a la educación, que a través del ejemplo, las agentes educativas daban a las madres. Esto también determinó un cambio en el modo de percibir a sus hijos (*“yo lo veía mas incapaz”*) lo que favoreció una mayor autonomía de los niños. Además destacaron el haber aprendido a escuchar a sus hijos y haber desarrollado un mejor vínculo madre- hijo; *“yo antes era puro no, no... puro retar a mi hija” “ahora mi hija es mas segura, antes la estaba insegurizando, ahora se siente querida y respetada”*.

Respecto a los cambios introducidos en el taller y en especial al uso de los folletos, las madres lo percibieron como un gran aporte, pues les permitió integrar más a los maridos *“porque uno le lleva los folletos al marido y le dice que los lea él también”* y les parecen claros y precisos. Respecto a la instancia de encuentro y conversación entre las madres, resultó ser un momento muy valorado, en cuanto permitió aprender de las experiencias de

otros y compartir entre ellas. No obstante lo anterior, se criticó que el tiempo era muy corto (*“como es muy corto, las mamás tímidas no alcanzan a hablar”*) y que los temas se pasaban muy rápido, lo que impedía que se profundizara en ciertos puntos. Se sugirió que una vez al mes, la educadora liderara una sesión exclusivamente dedicada para ellas, mientras que las monitoras realizan actividades de recreación con los niños en paralelo.

Dentro de las cosas que cambiarían o sugerirían al programa, es que una vez al mes existiera una sesión especial para los papás hombres, ya que no pueden venir todas las semanas pero podrían organizarse para venir una vez al mes y sentirse más incorporados. También sugirieron exigir mayor compromiso y puntualidad a los apoderados.

Para finalizar, se preguntó acerca de lo que más aprendieron ellas y sus hijos en el taller, y las respuestas fueron:

“mi hija aprendió a compartir, a ganarse una amiga y yo aprendí a tener más paciencia y amor por mi hija”

“Yo aprendí a estar mas tranquila y mi hijo aprendió a jugar, a ver menos TV, a ser mas ordenado y a hacer tareas”

“yo aprendí a valorizarme, a saber que era buena mamá y mi hijo aprendió a ser más autónomo, porque yo me di cuenta que él podía hacer mas”

“yo recibí el apoyo de las tías cuando más lo necesité, aprendí a intercambiar opiniones y mi hijo aprendió a jugar con otros niños de su edad y al verlo feliz yo soy feliz”

“yo aprendí a escuchar a mi hija y a expresar las emociones, a ver las emociones no como negativas, a aceptarlas”

“mi hija aprendió a compartir y yo a compartir con otras mamás y a salir más de la casa”

“el taller se debería llamar “Aprendamos, conozcamos y juguemos con nuestros hijos””

Por último, cabe señalar que las madres se mostraron profundamente agradecidas de lo que el programa entregó a ellas y sus hijos (a)s.

C. ENTREVISTA AL DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD

Etapa Inicial

Entrevistado: Dr. Pantoja

El Director del Centro de Salud Familiar presentó una buena apreciación general del Programa. Explicitó que el taller “Juguemos con nuestros hijos” era un ejemplo de lo que los profesores incitan a los becados a realizar: generar un impacto concreto, autogestionando los recursos. Preciso además, que el programa PED aborda una necesidad existente en el Centro de Salud, a saber, los deficientes resultados alcanzados por los niño(a)s cuando a los 18 meses son evaluados con el EEDP. Dado lo anterior, **el Director señaló que el tema que aborda el programa es uno de los temas que complican al centro, a su vez que está en sintonía con las políticas gubernamentales referentes a potenciar la educación preescolar.** En este sentido, el director opinó que el equipo del programa PED había sabido leer la prioridad de los temas.

El Director visualizó al equipo como un equipo con mística de trabajo, coordinado y flexible. A su juicio, este equipo había entendido la lógica de funcionamiento del Centro de Salud. Mencionó que quizá el hecho de que las dos médicos hubiesen sido parte del Centro de Salud anteriormente, les permitió conocer ciertas dinámicas institucionales y luego anticipar respuestas para el funcionamiento del programa.

A su vez, **el Director consideró que el resto de los equipos de trabajo del Centro de Salud percibe el servicio que ofrece el PED como un servicio que es parte del centro.**

En síntesis, a juicio del director habían tres puntos clave que constituían las fortalezas del equipo PED:

- a) Abordaron una necesidad clara, ofreciendo una respuesta.
- b) Adaptaron el programa al modo de funcionamiento del Centro de Salud.
- c) Realizaron un buen marketing previo con los equipos del centro en donde, a través de reuniones, mostraron lo que querían hacer y recibieron retroalimentación al respecto.

En relación a sugerencias para posibles cambios en el programa, el Director señaló que sería importante intensificar el contacto con la “referente técnico” del mismo. Dado que esta persona era quien sostenía el diálogo con el MINSAL, y estaba encargada de evaluar los programas, resultados y propuestas. Al director le pareció útil que ella pudiese tener claro qué era lo que el PED estaba haciendo, cuales era sus objetivos y visión a futuro.

El director se mostró satisfecho con el funcionamiento del programa y declaró que hará esfuerzos en integrarlo al funcionamiento del centro. Mencionó que el 2007 podría constituirse como una época de transición, en que al principio el programa se autofinancie, pero que con el tiempo pase a hacerse parte del Centro de Salud. Para este proceso, creía que sería útil que un profesional del Centro de Salud (enfermera o médico) se uniera al equipo en lo referente a dicha coordinación.

D. ENTREVISTA AL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Etapa Inicial

Entrevistadas: Cinco miembros del Equipo de Enfermería y la Asistente Social

El equipo de enfermería consideró que el taller ayudó a responder a una necesidad no cubierta por el trabajo del Centro de Salud, a saber, el trabajo con los niño(a)s en alerta en su desarrollo psicomotor. Valoraron el hecho de que en el taller los niño(a)s tenían la oportunidad de trabajar en grupo, ya que era un contexto diferente del que ellas podían ofrecer en las atenciones individuales que hacían a los niño(a)s desde su rol de enfermeras.

Además rescataron como positivo el que el taller hubiese logrado una alta adherencia y constancia de los participantes. Las enfermeras pensaban que la adherencia lograda por el taller se debía en gran medida a la importancia que las madres le dan al tema y al hecho de que el taller respondía a una necesidad sentida por ellas. Percibieron que las madres adquirirían herramientas y se veían menos sobrepasadas por la

crianza de sus niño(a)s, al mismo tiempo que el taller mismo se constituía para ellas en un buen espacio para generar vínculos.

Las enfermeras destacaron la habilidad que tuvo el equipo PED para insertarse en el equipo de planta del Centro de Salud, rescatando especialmente el hecho de que en un principio se hubiesen presentado formalmente a cada equipo del trabajo, haciendo también partícipes a los administrativos y entregando a todos fichas para posibles derivaciones de niño(a)s al programa. **Subrayaron en forma especial, la coordinación del equipo, la buena disposición y flexibilidad, junto con el visible compromiso que sostenían con los niño(a)s y apoderados del taller.** También fue destacado como importante el hecho de que las monitoras fuesen mamás de la misma comunidad que los participantes del taller.

Respecto de la derivación al programa, las enfermeras comentaron que en un comienzo fueron discutidos con el quipo del taller los “criterios de derivación”. Las enfermeras derivaban a los niño(a)s que podían beneficiarse del taller (no sólo niño(a)s en alerta), generalmente cuando asistían al control del niño sano con ellas.

El equipo de enfermería reportó que les hacía falta una “feedback” por parte del equipo del taller luego de la derivación de los niño(a)s; es decir, saber qué niño(a)s finalmente llegaban al taller y cómo estaban participando. Incluso sugirieron que debiera quedar registrado en la ficha personal del niño, al menos el hecho de que estaba participando en el taller. Las enfermeras hubiesen querido que el equipo PED, de alguna manera les hubiese transmitido todo el “conocimiento acumulado” del trabajo con los niño(a)s y también que compartiera información respecto de cómo lograron motivar a la población. Asimismo, comentaron que la principal dificultad con que se habían encontrado al momento de derivar fue la incertidumbre respecto de la continuidad del taller.

Como sugerencia, las enfermeras pensaron que sería útil que una integrante de su propio equipo actuara como nexo con el equipo del taller, de manera de mantener una comunicación más fluida. También sugirieron como idea el poder replicar el programa en un centro de madres o junta de vecinos, con el objeto de que estuviese más inserto en la

comunidad. Y comentaron que de ser así, podrían invitar a participar del equipo del taller a algunos miembros del Centro de Salud que estaban interesados en realizar un trabajo más directo con la comunidad.

E. ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DEL CENTRO DE SALUD

Etapa Inicial

Entrevistados: las recepcionistas del Centro de Salud, la secretaria del Director, el encargado de informática y la jefa de administración del Centro de Salud.

Los funcionarios del Centro de Salud Familiar sostuvieron una apreciación positiva general respecto del programa PED y su equipo. **Se mostraron sorprendidos de la adherencia que había logrado el programa y del hecho de que los apoderados con sus niño(a)s habían continuado asistiendo. Pensaban que en esto ayudó la publicidad previa del taller y luego la buena acogida por parte del equipo a los apoderados.**

Además comentaron que el equipo PED se preocupó bastante en un inicio de relacionarse con los distintos equipos del Centro de Salud, lo que ayudó a que el proyecto se realizara como si fuera parte del mismo.

Los funcionarios percibieron una muy buena relación a nivel humano con las integrantes del equipo PED y las describieron como positivas, entregadas al quehacer con los niño (a)s, entusiasmadas y flexibles.

El equipo de funcionarios pensaba que la implementación del programa había influido positivamente en la relación entre la comunidad y el Centro de Salud. Al respecto mencionaron que “la gente se acerca con otra disposición, cambiando el concepto de que el Centro de Salud es sólo para mejorar la enfermedad”. También comentaron que las mamás eran más responsables en relación a su asistencia (o informar la ausencia) cuando iban a las sesiones del programa PED que al médico. Esto lo atribuyeron al grado de motivación de las madres.

Por último, cabe señalar que los funcionarios no percibieron que el programa haya significado para ellos una sobrecarga de trabajo. Sin embargo sugirieron que un elemento facilitador del trabajo, tanto para ellos como para el taller, sería mejorar la coordinación con los mesones de información del Centro de Salud. A su parecer, hubiese sido útil por ejemplo contar con una agenda o itinerario informativo en la recepción en donde estuviera toda la información de las actividades del taller, evaluaciones adicionales, nombres de profesionales a cargo, horarios, etc, de tal manera de poder orientar mejor a los apoderados cuando preguntaran al respecto, ya sea por teléfono o personalmente.

VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El presente estudio se enmarca en la petición realizada desde el equipo gestor y creador del programa *Juguemos con nuestros hijos* de contar con una evaluación externa del mismo. De este modo, el objetivo general de este trabajo fue evaluar la aplicación del Programa durante su primera versión.

La información fue obtenida a partir del universo de niños y niñas que participaron del programa, todos ellos usuarios del Centro de Salud Familiar “Madre Teresa de Calcuta”, en la comuna de Puente Alto.

La evaluación inicial fue realizada entre noviembre y diciembre del año 2006 y la evaluación final entre mayo y junio del año 2007. En ambas oportunidades se utilizaron como instrumentos el *Inventario de Desarrollo Battelle* y una *Pauta de Observación en Sala*. Profesionales calificadas observaron las sesiones del taller, evaluaron el desarrollo/aprendizaje del universo de niños y niñas del programa, y entrevistaron a personas claves del Centro de Salud. De esta manera, el presente estudio utilizó para la evaluación una metodología cuali-cuantitativa multidimensional. El haber estudiado al universo de niños permite realizar análisis contundentes, de los cuales extraer conclusiones sustantivas.

Además, con el fin de dar mayor validez a los resultados obtenidos, se evaluó el nivel de desarrollo/aprendizaje de una muestra control representativa. Cabe señalar que la muestra control y el grupo Ped mostraron ser equivalentes en cuanto a las variables sociodemográficas, lo que da confiabilidad a los resultados anteriormente presentados.

La cordial acogida por parte del equipo gestor del programa y la buena disposición de las personas para ser observadas y entrevistadas, junto a la rigurosidad del procedimiento de evaluación, respaldan la validez de los resultados.

A continuación se presentan las conclusiones del estudio realizado.

El programa resultó ser exitoso, observándose en un corto período de tiempo una mejoría considerable en el nivel de desarrollo/aprendizaje alcanzado por los niños y niñas. Esta mejoría se reflejó tanto en el puntaje total del test Battelle como en el puntaje promedio de cada sub área.

El porcentaje de niños en *alerta* se redujo a la mitad y aumentaron significativamente los puntajes en la categoría *normal*. Es así que mientras el grupo Ped logró avances significativos, el grupo control disminuyó su rendimiento luego de 6 meses. Los resultados anteriormente expuestos aumentan su valor si se considera que las dadas asistieron al programa con una frecuencia de una vez por semana.

La mejoría de los niños en cuanto a su aprendizaje/desarrollo, estuvo acompañada de un mejoramiento de las prácticas pedagógicas realizadas por las agentes educativas. El rendimiento de ellas mejoró de *regular* a *bueno*, siendo *clima* y *comunicación* la dimensión en que alcanzaron un mejor rendimiento en la etapa final de la evaluación.

Cabe señalar que el programa resultó ser efectivo no sólo en relación a los resultados de los niño(a)s y las agentes educativas, sino también en cuanto a la mejoría del vínculo afectivo entre madre-hijo. Además, se observó una correlación sustantiva entre el vínculo afectivo que la madre establece con su hijo y su capacidad de mediar adecuadamente los aprendizajes del niño(a). Esto se vio acompañado de un progresivo aumento en el bienestar de los niño(a)s durante el transcurso del taller, siendo evidente que cada vez se sintieron más confortados, contentos y autónomos.

Al mismo tiempo, el programa mostró ser un espacio que promovió la relación entre las madres, activando la creación de redes apoyo entre ellas. La instancia del taller resultó ser para las madres un espacio de aprendizaje donde se sintieron valoradas y tratadas con

respeto, a la vez que permitió enriquecer tanto su crecimiento personal como la relación con sus hijo(a)s.

Una de las características distintivas de este programa es que se encuentra inserto en la red de atención primaria de salud. Esto se reviste de particular relevancia si consideramos que el Centro de Salud es el lugar al que acuden el 80% de las madres con niños entre 0 y 2 años. En este contexto, el programa evaluado presenta una alternativa de aprendizaje para las madres y de fortalecimiento del vínculo entre madre e hijo. A su vez, se hace cargo de los problemas de desarrollo/aprendizaje de los niños del Centro de Salud, además de ofrecer una oportunidad de pesquisar a tiempo a niños con problemas en su desarrollo y por lo tanto prevenir futuras dificultades de aprendizaje. De este modo, este tipo de programa entrega un aporte valioso en términos de prevención psicosocial.

Resulta central destacar como una de las claves del éxito del programa la buena inserción a nivel institucional que éste tuvo. Existe acuerdo unánime entre los entrevistados en que uno de los factores centrales para esto fue el trabajo inicial del equipo PED, en cuanto a dar a conocer su labor y establecer vínculos con los diferentes agentes del Centro de Salud. Esta estrategia fue reconocida como un factor clave en la relación de trabajo que tendrían más adelante con el programa, y por lo tanto es importante considerarla para futuras implementaciones.

Lo anteriormente expuesto refuerza la importancia de poder continuar este programa, lo que supone poder difundir los resultados de la presente evaluación y conseguir el financiamiento adecuado para que esta iniciativa sea replicable y generalizable a otros Centros de la red de salud.

SUGERENCIAS

La primera recomendación es velar porque las condiciones del lugar, calidad de las agentes educativas, el buen vínculo establecido con las madres, la cualidad y calidad del material didáctico y la buena asociación con el Centro de Salud, se mantengan. Todas éstas parecen ser condiciones importantes que permiten mantener la calidad del programa evaluado y del servicio que ofrece.

Los resultados obtenidos se logran con condiciones muy especiales: la existencia de un buen clima entre las agentes educativas y con los niño(a)s y sus madres, prácticas pedagógicas adecuadas a las necesidades y destrezas de los niños, una buena planificación e inserción institucional, todo lo cual crea un círculo virtuoso. Dado que esto se logra con un claro y sostenido esfuerzo por parte de las profesionales del programa, es conveniente que sea debidamente cuidado mediante instancias que permitan velar por el mantenimiento de la calidad de las prácticas pedagógicas y del cuidado del equipo de trabajo.

Un importante aspecto que se debe mejorar, es la estimulación del lenguaje expresivo y receptivo de los niños. Una estimulación constante y sostenida en el tiempo será el único modo en que los niños vean incrementada y mejorada dicha habilidad tan central en los procesos de aprendizaje y desarrollo de habilidades cognitivas y sociales. A diferencia del vínculo – que apela a comportamientos afectivos bastante frecuentes y arraigados en nuestra cultura – las prácticas de fomento del lenguaje y del pensamiento son más difíciles de instalar como destrezas cotidianas de los adultos en la interacción con los niños y niñas. Lo esperable sería que el lenguaje y el razonamiento se intencionen en todos los momentos de la sesión que más se prestan para ello: la acogida inicial, el juego libre y la actividad estructurada.

Ahora bien, pensando en la replicabilidad del programa, se sugiere que en la capacitación que se realiza a las monitoras previo al inicio del programa, se pueda transmitir con claridad y especial énfasis el rol medidor que se espera que ellas realicen, junto con la importancia de estimular activamente el lenguaje de los niños.

Finalmente, se sugiere utilizar un lenguaje más simple, directo y claro en los momentos de conversación con las madres durante las sesiones del taller, así como en el material de apoyo impreso que se les entrega.

Confiamos en que los resultados del presente estudio y las sugerencias realizadas serán de utilidad para mejorar el programa, así como para replicarlo y darle continuidad en el tiempo.

