



ESTUDIO EFICACIA PROGRAMA CRECER JUGANDO

INFORME DE RESULTADOS

DESCRIPCIÓN BREVE

Este documento presenta los principales resultados encontrados en el Estudio de Eficacia del Programa Crecer Jugando realizado entre 2016 y 2017 en las comunas de El Bosque y Colina, de la Región Metropolitana.

Equipo Investigador:

- Paula Bedregal
- María de los Ángeles Castro
- Francisca Fillol
- Paz Fillol
- Gabriela Gómez
- Magdalena Mongillo

CONTENIDO

1.	ANTECEDENTES	2
1.1	Impacto del modelo en el tiempo	2
1.2	Proyecto Crecer Jugando	3
2.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
	General:.....	4
	Específicos:.....	4
3.	HIPÓTESIS DEL ESTUDIO:	5
4.	MARCO CONCEPTUAL	6
4.1	Principios y valores.....	6
4.2	Intervención	8
4.3	Variables de resultado para la intervención	10
5	DISEÑO METODOLÓGICO.....	13
5.1	Desarrollo del programa Crecer Jugando	13
5.2	Muestra (diadas).....	14
5.3	Instrumentos y su aplicación	15
5.4	Análisis.....	16
6	RESULTADOS	18
6.1	Contexto de cada centro de salud.....	18
6.2	Características sociodemográficas de niños y cuidadores principales.....	21
6.3	Características de las familias y ambiente de estimulación para los niños.....	23
6.4	La implementación de la intervención.....	26
6.5	Atrición en el estudio.....	28
6.6	Comportamiento de variables de ajuste durante el seguimiento.....	28
6.7	Comportamiento en el seguimiento de variables relevantes en el estudio.....	29
6.8	Eficacia de Crecer Jugando.....	31
7	CONCLUSIONES Y SÍNTESIS	34
	Hallazgos.....	34
	Alcance de los resultados.....	35
	Limitaciones del estudio.....	35
8	BIBLIOGRAFÍA.....	37

1. ANTECEDENTES

La Fundación Infancia Primero fue constituida el año 2014 con la misión de promover el desarrollo integral de niños en situación de vulnerabilidad, a través del vínculo y el juego. Surge desde la experiencia del trabajo en terreno con el programa Juguemos con Nuestros Hijos (JNH) el cual nace el año 2006 y se imparte en tres Centros de Salud Familiar dependientes de la Red de Salud UC-CHRISTUS. JNH atiende aproximadamente 280 familias anualmente todas pertenecientes a las comunas de La Pintana y Puente Alto.

El objetivo principal de JNH es potenciar el desarrollo integral de niños entre los 0 a 4 años, mediante el fortalecimiento de la interacción con sus padres y/o cuidadores principales, promoviendo en ellos una parentalidad positiva y sensible. La opción de trabajar con los cuidadores radica en la convicción de que son ellos los principales agentes del desarrollo de sus hijos. Para favorecer esto, el programa se constituye como un espacio generador de redes tanto entre los cuidadores como con el centro de salud. Un equipo multidisciplinario, de profesionales y monitoras comunitarias, está encargado de gestionar y ejecutar el programa JNH. Este equipo es fundamental en su rol creando un vínculo de confianza, apoyo y respeto con los niños y sus cuidadores.

La intervención busca a modo general, promover un vínculo sano y seguro cuidador- niño, fomentando la sensibilidad de los cuidadores, su capacidad de reflexión, sus conocimientos y su habilidad para contener y regular emocionalmente al niño.

1.1 IMPACTO DEL MODELO EN EL TIEMPO

El impacto de la implementación del programa ha sido evaluado en 3 oportunidades. La primera evaluación fue del piloto y llevada a cabo por un equipo externo (Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial- CEDEP) y financiada por UNICEF Chile. Los resultados indicaron que el programa es exitoso, ya que logró no sólo mejorar en un breve período de tiempo (6 meses) el nivel de desarrollo/ aprendizaje de los niños, sino que además incidió favorablemente en el vínculo afectivo cuidador/a-hijo/a y en el rol mediador ejercido por el cuidador.

La segunda evaluación fue realizada por el equipo del programa. Los resultados nuevamente fueron exitosos en el desarrollo psicomotor de los niños y los cuidadores mejoran sus habilidades parentales.

La tercera evaluación, fue de mayor envergadura y contó con un equipo de expertos que asesoraron los distintos aspectos medidos. En esta oportunidad la fase de terreno fue ejecutada por MIDE UC, coordinada por el Centro de Políticas Públicas de la UC y financiada por Fundación Ilumina y UNICEF Chile. Los resultados estadísticamente significativos esta vez señalaron que los niños que ingresaron de manera espontánea al programa tienen buenos resultados en los ítems relacionados con la interacción cuidador/a – hijo/a, los

cuidadores muestran un mayor grado de sensibilidad materna y disminuyen su estrés, aspectos esenciales para promover el desarrollo sano de sus hijos.

Por otra parte, un estudio cualitativo realizado durante el 2014 por CEDEP concluye que JNH es una intervención altamente valorada por sus usuarios, se describe como un espacio de clima afectivo cálido, de respeto y buen trato, donde pueden aprender un estilo de parentalidad / maternidad positiva que les permite criar a sus hijos/as en un ambiente emocionalmente sano. Valoran la posibilidad de contar con un espacio de reflexión sobre temas de crianza entre pares facilitado respetuosamente por el equipo profesional.

Las observaciones de las sesiones realizadas durante esta investigación, señalan que JNH posee valores de excelencia en dimensiones como: rol mediador, organización del tiempo, distribución de roles del equipo, clima afectivo, ambiente educativo, habilidad facilitadora, liderazgo y trabajo en equipo.

1.2 PROYECTO CRECER JUGANDO

Infancia Primero en alianza con Fundación Colunga, con el apoyo de Fundación Ilumina, Unicef y San Carlos de Maipo, desarrolló un programa piloto de dos años y medios de duración, en el cual se instaló un modelo basado en JNH llamado **Crece Jugando**. Este modelo busca potenciar aquellos aspectos, que en las evaluaciones previas de JNH, mostraron resultados positivos.

El objetivo es, a través de 10 sesiones focalizadas, fomentar el vínculo cuidador/a-hijo/a y promover el desarrollo integral en los niños menores de 4 años. Se busca así impactar alrededor de 500 familias.

La evaluación de este nuevo programa consistió en tres fases:

a) Una primera **fase de instalación o implementación activa** de la intervención, estudió la aplicabilidad de la intervención en términos logísticos (afinar capacitación, manuales, aspectos operativos, duración de la intervención) y se probaron algunos instrumentos de evaluación. Esta fase se realizó durante 2015, y fue fundamental para la ejecución de las siguientes etapas.

b) La segunda fase consistió en un estudio sobre la **calidad de la implementación**, el que se realizó durante el segundo semestre del 2015. Este estudio evaluó la calidad de la implementación, en términos de estructura, procesos y resultados del programa en dos centros de salud: el centro de salud Colina (del municipio de Colina) y el centro de salud Mario Salcedo de la comuna de El Bosque. Los resultados principales fueron exitosos en los 3 aspectos medidos, lo cual facilitó la toma de decisiones para el diseño de la evaluación de eficacia.

c) La tercera fase y objeto de este documento, consiste en realizar un estudio cuasi-experimental para evaluar la eficacia del Programa ya implementado.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

GENERAL:

Analizar la eficacia del Programa Crecer Jugando en dos comunas de la Región Metropolitana.

ESPECÍFICOS:

- a. Describir el contexto de cada centro de salud en términos de: población total a cargo, población menor de 6 años a cargo respecto del total de la población (inscrita y validada asistente a controles de salud); porcentaje de niños con riesgo y rezago de desarrollo del total; presencia de otros programas de estimulación temprana de carácter promocional o preventivo.
- b. Comparar las características sociodemográficas de niños y cuidadores principales, desarrollo infantil, calidad de la interacción del niño con el cuidador y estrés parental en la línea de base para tratados y controles.
- c. Identificar calidad del pareamiento entre tratados y controles al ingreso y al término del estudio.
- d. Cuantificar el número promedio de sesiones que recibe cada día.
- e. Describir la frecuencia de las temáticas recibidas respecto de las implementadas por día.
- f. Cuantificar el grado de retención de tratados y controles.
- g. Estimar las diferencias netas en desarrollo infantil, calidad interacción con el cuidador principal y estrés parental entre tratados y controles, sin intención de tratar al término de la intervención.
- h. Estimar las diferencias en desarrollo infantil, calidad interacción con el cuidador principal y estrés parental entre tratados y controles, con intención de tratar al término de la intervención.
- i. Identificar variables de ajuste para el análisis de los resultados de eficacia.

3. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO:

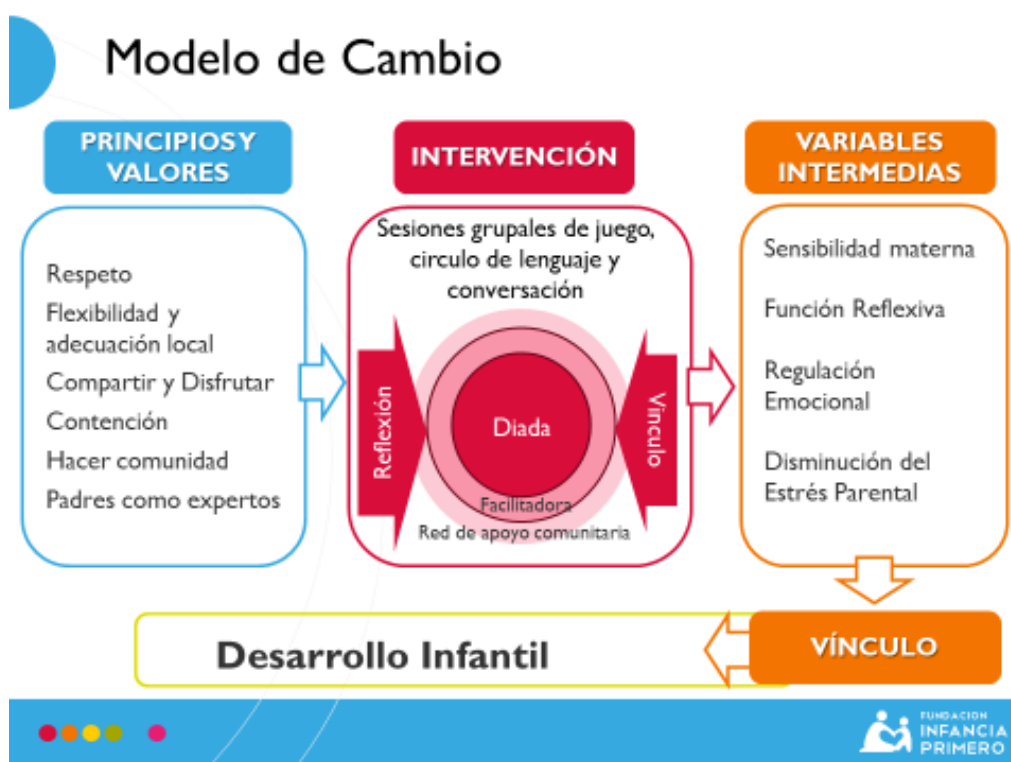
- a. Las díadas que participaron del Programa Crecer Jugando (tratados) muestran, al terminar las sesiones (t₂) una reducción en los niveles de estrés parental en comparación con díadas que no asisten al Programa, pertenecientes al grupo Control en el mismo periodo de tiempo (t₂).
- b. Esta reducción será mayor en el caso de díadas que hayan asistido a más de 8 sesiones del Programa (hipótesis basada en la experiencia del estudio de calidad).
- c. Las díadas que hayan participado del Programa Crecer Jugando (tratados) muestran, al terminar las sesiones (t₂), una mayor frecuencia de estilos de interacción positiva (sensibles) que aquellas que no asisten al Programa y que pertenecen al grupo Control.
- d. Los niños que asisten al Programa Crecer Jugando (tratados) tienen mayor frecuencia de desarrollo normal en el T₂ que aquellos que no asisten.

4. MARCO CONCEPTUAL

La Fundación Infancia Primero ha ido articulando diferentes miradas en las que ha sustentado su intervención, centrándose siempre en el niño, en la promoción de su desarrollo, en fomentar habilidades y capacidades en sus cuidadores y particularmente en la relación cuidador-niño.

Vasta evidencia científica apunta a que para promover que niños logren desarrollar todo su potencial en las áreas lenguaje, cognitiva, psicomotora y/o socioemocional se debe fomentar un vínculo seguro cuidador-niño, con una interacción y estimulación de calidad. (NICHD, 2000; Luby et al, 2013; Collins & Laursen, 1999; Fox, Levitt, & Nelson, 2010; NSCDC, 2004)

Figura 1: Modelo de Cambio Programa Crecer Jugando



4.1 PRINCIPIOS Y VALORES

Los principios y valores son los elementos que determinan la manera en que se realiza la intervención, cómo el equipo se relaciona y cómo comprende a cuidadores y niños. Por esto es imprescindible que estén presentes al llevar a cabo la intervención.

- Respeto y buen trato: Están presentes en la relación entre el equipo y los cuidadores y los niños. Este tipo de relaciones generan un sentimiento de reconocimiento y valoración, creando satisfacción y bienestar. Además favorecen el crecimiento y desarrollo personal (Iglesias Lopez, 2001). Para generar este tipo de relación es fundamental el reconocimiento de un yo y un otro diferenciado; también es necesaria la empatía, la comunicación, la interacción igualitaria y la negociación (Fundación Antonio Restrepo, 2000).

- Flexibilidad y adecuación local: Es fundamental considerar que las personas con las que se trabaja pertenecen a una comunidad particular, con una cultura e identidad, estilos de vida, necesidades, recursos y desafíos específicos y propios (Montero, 2004). Frente a cada comunidad se requiere una flexibilización y adecuación. La flexibilidad implica dar respuestas adaptativas acorde al contexto y da cuenta del dinamismo de la competencia, ya que ésta debe cambiar a medida que la persona se enfrenta a nuevos retos (Rodrigo, Martín, Cabrera, & Máiquez, 2009). De esta forma se adecúan los modelos de desarrollo comunitario, de intervención y de promoción social, adaptando la intervención propuesta a las características y particularidades de la comunidad, sin perder los aspectos estructurales de ésta.

- Compartir y disfrutar en una interacción gozosa: este aspecto es central en toda la intervención, ya que las capacidades sociales, emocionales, de lenguaje y cognitivas, incluyendo la habilidad de regular el comportamiento, los impulsos y el estado de humor, se aprenden a través de relaciones que involucran afecto y placer (Greenspan, 2006). Por esto el bebé o niño debe ser invitado a participar en el mundo y a involucrarse en interacciones sociales que sean altamente placenteras (Winnicott, 1994)

- Contención: es la capacidad de los cuidadores para registrar e identificar las necesidades, obstáculos y logros en el desarrollo emocional de sus hijos y favorecer su crecimiento, facilitando la expresión de afectos y tolerando las manifestaciones de angustia (Jaleh & Luzzi, 2012). Por su parte, los grupos de apoyo de padres constituyen un dispositivo terapéutico que posibilita la contención, al elaborar y modificar afectos, propiciando la conexión con aspectos intra e interpersonales, tales como el involucramiento con la problemática de los hijos y el aumento en la capacidad de reflexión (Jaleh & Luzzi, 2012).

Otro aspecto fundamental, es que el facilitador de la intervención debe ser capaz de sostener o contener a los padres, ya que muchas veces los padres están imposibilitados de responder sensiblemente a sus niños, a causa de sus propios sentimientos y deseos intensos y ya que ellos mismos no han sido sostenidos o escuchados (Slade, 2006). Implica "estar con" las familias, compartir experiencias, preocupaciones, ansiedades y dolor emocional, así como sus alegrías y esperanzas. Ser un contenedor de sentimientos y experiencias, reasegurando a los padres que están haciendo un buen trabajo, para que sigan esforzándose (Maldonado Durán, 2002).

- Padres/Cuidadores como expertos: en esta intervención se considera que los padres son quienes más y mejor conocen al niño, ya que saben naturalmente muchas cosas, por el amor que sienten hacia ellos, por esto ninguna teoría puede reemplazar la intuición parental. También se ha descrito que los padres son más eficaces cuando confían en su propio criterio (Winnicott, 1994). Es central que el adulto tome consciencia de la gran relevancia de su papel en el desarrollo sano de su hijo/a. Una vez logrado esto, y empoderándolo en su rol es que podemos trabajar ciertos conceptos y temas que se proponen. Es importante considerar que durante la crianza y el cuidado de un niño se despliegan una serie de creencias y habilidades que el adulto posee y la única forma de modificarlas es a raíz de un aprendizaje experiencial que le haga sentido y tenga para sí mismo, coherencia interna. Es por esto que se usa la metodología de Educación de Adultos.

- Hacer comunidad/redes de apoyo: este además de ser un valor es también un objetivo de la intervención. La red de apoyo es un conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas y mejora su bienestar material, físico y emocional (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2002). Hobfoll y Stokes (1988) plantean que permite recibir ayuda real o un sentimiento de conexión o pertenencia a un grupo que se percibe como querido. En relación a la parentalidad, la disponibilidad de apoyo emocional e instrumental es crucial para una adaptación positiva a ésta. Participar en grupos de padres permitiría validar sentimientos, normalizándolos; permite el apoyo mutuo, la oportunidad de aprender de otros y reduce los sentimientos de aislamiento (Deater-Deckard, 1998). También disminuye las atribuciones negativas sobre los niños (Barlow, Coren, & Stewart-Brown, 2002).

4.2 INTERVENCIÓN

El centro de la intervención es la diada cuidador-niño. Es fundamental que tengan la oportunidad de interactuar sensible y placenteramente a lo largo de toda la sesión. Para lograrlo se invita al adulto a seguir y responder a las claves e intereses del niño.

Esta interacción es acompañada y apoyada por el equipo facilitador, con quienes las díadas generan un vínculo afectivo, a través del cual los cuidadores y los niños se sienten queridos, aceptados, validados y apoyados.

Esta intervención también busca promover la observación y la reflexión del cuidador, tanto sobre el niño como sobre sí mismo. Esta reflexión debe estar presente a lo largo de la sesión, siendo el juego libre un espacio privilegiado para centrar la atención en su hijo/a y buscar comprender la conducta y las emociones expresadas por éste. El momento de la conversación entre cuidadores también busca fomentar la reflexión, tanto sobre el desarrollo y comportamiento infantil, como sobre parentalidad, la propia historia y manejo emocional de los padres.

Además, tanto la díada como el equipo facilitador son sostenidos y nutridos por la red de apoyo comunitaria, sobre la que también intervienen y a la que fortalecen. Esto se da por diversas razones, por una parte la intervención busca funcionar como un nexo entre las familias y la comunidad. A su vez, las monitoras comunitarias habitan en el mismo sector que las familias, lo que las hace partes de la misma red comunal y social. Por otra parte, el equipo es un recurso disponible para las familias, aun cuando ya no participen. Por último, al pertenecer los participantes a la población atendida en los CESFAM, se genera una red territorial definida.

La intervención misma implica diversas actividades y estrategias. Cada una de ellas tiene un sentido, un fundamento y una manera específica de aportar al objetivo de fortalecer el vínculo y promover el desarrollo:

- Ambiente preparado: Es una intervención en sí misma, ya que sirve de modelaje y fomenta la interacción, disminuyendo las posibilidades de conflicto entre adulto y niño. Además, será un facilitador del desarrollo del niño, por esto debe ser conscientemente pensado y organizado. Este ambiente debe entregar seguridad física y emocional al niño y ofrecerle posibilidades de aprendizaje.

- Psicomotricidad libre: se refiere a la interacción entre la emoción y el movimiento del niño y cómo esto influye en su desarrollo. A lo anterior se le suma la noción de libertad. Hay tres principios centrales: el respeto al sujeto, sus ritmos, su personalidad y su libertad; la seguridad en la afectividad, las sensaciones corporales y las competencias del niño; la autonomía, para construirse a sí mismo, en el placer y en la participación activa en sus propios cuidados. Esto permite que el niño adquiera posturas por sí mismo y garantizan seguridad y confianza en sus capacidades motrices, estabilidad emocional y su autoestima futura, así como el desarrollo de niños curiosos, interesados, exploradores y competentes. La función del adulto es observar y entregar los elementos necesarios, sin enseñar directamente al niño (Pikler, 1984).

- Juego sensible: el juego es la principal actividad del niño y la vía para alcanzar el desarrollo integral. A través de éste comunica su experiencia emocional y es la forma que tiene de elaborarla (Magana & Pasquini, 2014). El juego tiene una dimensión social, participativa y comunicativa que invita al encuentro y a la complicidad. Desarrolla habilidades cognitivas y de lenguaje, capacidades físicas y emocionales. Además, potencia el desarrollo de competencias sociales y regulatorias que favorecen la conexión con otros y con el entorno (Shonkoff & Phillips, 2000; Zero to three, 2004; 2008).

En esta intervención, el juego que se promueve es el juego diádico y sensible, para lo cual el cuidador debe participar leyendo las señales del niño, interpretándolas y respondiendo adecuada y oportunamente

(Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Las señales dan cuenta del interés del niño, es decir su foco de atención, el que el cuidador debe transformar en un foco de atención conjunta (Greenspan & Wider, 2006). También es necesario que el adulto y el niño compartan un momento de placer, goce, encuentro, sintonía afectiva y reciprocidad. Al darse todas estas condiciones, el juego se vuelve un vehículo favorecedor de una relación de apego seguro (Zigler & Bishop-Josef, 2009).

-Promoción del lenguaje: el lenguaje es una de las actividades más definitorias del ser humano y esencial dentro del desarrollo, ya que es una función cognitiva compleja que contribuye al desarrollo del pensamiento, la inteligencia y las habilidades sociales de los niños (Bloom, 1991). Es por esto que ocupa un rol central en nuestra intervención.

Niños pequeños aprenden lenguaje en el contexto de interacción significativas con las personas que los rodean y que la estimulación cognitiva y verbal entregada por los padres en los primeros 2 años tendrá un impacto profundo en las competencias cognitivas y de lenguaje posteriores (NICHD, 2000). Por esto, la promoción temprana y el rol de los cuidadores es fundamental, ya que es necesario un adulto sensible que identifique las señales del niño, sobre las que pone su atención e interés, y sumarse a este foco poniendo la riqueza del lenguaje, creando así un foco de atención conjunto. De esta forma el lenguaje cobra sentido para el niño, al nacer desde su propio campo de interés.

- Promoción de la lectura: La adquisición del gusto por la lectura depende del interés de los padres por los libros, pero también de la interacción padre-hijo/a en donde el registro afectivo, la respuesta sensible, la actitud corporal y el juego del lenguaje están entremezclados (Petit, 2003). Hay gran evidencia que plantea que la lectura conjunta, cuidador- niño, contribuye de manera importante al desarrollo del lenguaje y de la lectura en etapas posteriores. La lectura conjunta entrega una oportunidad para aprender lenguaje sintácticamente más complejo y vocabulario más rico y descontextualizado, es decir, diferente al que se usa cotidianamente, por esto niños a los que sus padres les leen, escuchan palabras de vocabulario que no escucharán los niños a los que no se les lee (Haden, Reese, & Fivush, 1996).

Por esto la lectura ocupa un espacio privilegiado en la intervención, a través del cual la diada comparte un momento placentero, de intimidad y contacto físico, acompañado por un libro que los invita a una interacción lúdica y creativa.

- Educación de adultos: esta metodología es central en la intervención y marca la manera en que son diseñadas y realizadas las actividades con los cuidadores y la mirada respetuosa y validadora frente a ellos. Se usa una metodología participativa, ya que quien aprende es un adulto con creencias y necesidades particulares. Así se pone al participante en el centro de la actividad y se considera que para que el aprendizaje en un adulto se produzca, son centrales la responsabilidad que se le otorga en el proceso, la posibilidad de ser activo y estar en un ambiente protegido y seguro. El facilitador pone a disposición del grupo el conocimiento pertinente pero no se pone en el lugar de un experto.

- Aumentar conocimientos y habilidades parentales en los cuidadores: parte fundamental de la intervención, es el momento de la conversación entre adultos, donde el facilitador lidera temas específicos sobre crianza, desarrollo infantil, manejo emocional, etc. Diversos autores plantean que es importante entregar información, especialmente sobre el desarrollo, necesidades, sentimientos y comportamiento infantil, que ayuden a mirar al niño desde otros puntos de vista (Seligman, 1994). A veces es necesario ofrecer recomendaciones o sugerencias, ya que esto reasegura y alivia a los padres, pero siempre centrándose en intentar comprender el sentido que podría tener la conducta del niño (Maldonado Durán, 2002). Se alienta a los padres a integrar pensamiento y emoción en una forma nueva y empática (Lieberman y Van Horn, 2008).

4.3 VARIABLES DE RESULTADO PARA LA INTERVENCIÓN

Tal como se ha descrito anteriormente, la intervención busca impactar en el vínculo cuidador-niño, como medio para promover el desarrollo integral del niño, basándose en la evidencia descrita en la actualidad. Investigaciones en el campo de la teoría del apego, así como en diversas teorías centradas en la interacción y el vínculo y en conceptos surgidos desde la neurociencia.

La Teoría del Apego, sirve como marco conceptual de la intervención. Bowlby denominó apego a la tendencia humana a crear fuertes lazos afectivos, selectivos y duraderos con determinadas personas y cómo la alteración o la amenaza de su alteración podría causar psicopatologías (Marrone, 2001). Frente a vivencias de amenaza y estrés, el bebé o niño tiene una tendencia a buscar protección en un adulto más grande y más sabio (Bowlby, 1969, citado en Lecannelier, 2013). El sentirse seguro es el objetivo del sistema de apego, que sería un regulador de la experiencia emocional del niño (Fonagy, 1999).

Un apego seguro es uno de los más importantes y consistentes predictores del desarrollo emocional, social y cognitivo del niño (NICHD, 2006). Es por todo lo anterior que se ha optado por centrar la intervención en la relación m/padre-hijo/a, como el medio más significativo para impactar en el desarrollo de los niños.

Dentro de este marco, se han seleccionado ciertos aspectos que se buscan favorecer en los cuidadores, ya que la evidencia ha demostrado que al impactar en éstos, se promoverá el establecimiento de un vínculo seguro cuidador-niño. Estos conceptos se han tomado como "variables de resultado" del modelo de cambio de la intervención.

Sobre estos elementos la intervención busca informar, generar conocimiento, consciencia, reflexión y finalmente cambio. Los principales aspectos en los que se trabaja son fomentar la sensibilidad del cuidador; su función reflexiva; la regulación emocional propia, para así favorecer la regulación emocional del niño; el trabajo sobre sus emociones y creencias y la revisión y reflexión de su propia historia; así como disminuir el estrés parental.

Los elementos que se han considerado como variables de resultados son las siguientes:

- Sensibilidad Materna: Surge desde la teoría del apego y fue definida por Ainsworth como la capacidad de la madre de percibir e interpretar adecuadamente las señales de su hijo y responder pronta y apropiadamente a ellas (Laranjo, Bernier & Meins, 2008). Se ha demostrado que niños que han vivido un cuidado sensible y responsivo desarrollan un apego seguro (Belsky & Fearon, 2002). Hasta el momento continúa siendo el elemento con mayor evidencia en predecir la seguridad en el apego (Laranjo et al., 2008). Se ha descrito que niños que han sido cuidados con sensibilidad logran un mayor desarrollo socioemocional, cognitivo y del lenguaje, así como mejor regulación fisiológica y emocional, mejor manejo del estrés, mayor autorregulación y sociabilidad (DiCorcia & Tronick, 2011).

- Función Reflexiva: Fonagy (1999) la describió como la habilidad de atribuir apropiadamente estados mentales (creencias, sentimientos y deseos) a la conducta propia y de los otros. También se ha descrito como la capacidad de la madre de sostener los estados mentales del bebé en su propia mente, poniéndoles nombre y entendiéndolos. Esto le permite dar seguridad y confort a su bebé, tanto física como psicológicamente (Slade, Grienberger, Bernbach, Levy & Locker, 2005).

Esta capacidad de la madre de comprender las fuerzas y motivaciones que subyacen a sus propias acciones y a las de su hijo/a, hacen que su propio comportamiento, así como el de su hijo sea más significativo y predecible (Rosenblum et al., 2008).

Además, permite a los padres acceder de forma flexible y coherente a las emociones y memorias de sus propias experiencias de apego tempranas y desde ahí poder entregarle una base segura al niño. Por esto se considera un importante predictor del apego seguro y explicaría cómo se transmite el apego seguro del adulto al niño, ya que una mayor función reflexiva (FR) en el adulto permite dar más sentido al comportamiento del niño, entregándole así comprensión y seguridad (Slade et al. 2005)

- Regulación Emocional: Es la capacidad que se tiene de identificar, evaluar, manejar y cambiar las reacciones emocionales. Por esto es fundamental en las relaciones con los demás y para enfrentar desafíos o situaciones de estrés. No se nace con esta capacidad, sino que es necesario un sistema regulador diádico (madre-hijo) en el que las señales de cambios en los estados del niño, sean traducidas, entendidas y respondidas por el cuidador, quien logra regularlo y restablecer en él el equilibrio (Fonagy, 1999). Una madre sensible y que responde regulando a su hijo/a a tiempo, permite al niño un desarrollo regulatorio exitoso, un repertorio de autoconsuelo y mayor resiliencia. A un nivel más general, genera una organización coherente del niño, lo que permite involucrarse en el mundo y sus desafíos, fundamental para el desarrollo normal (DiCorcia & Tronick, 2011).

- Disminución del Estrés Parental: El estrés parental se define como las dificultades que los padres perciben conscientemente en sus hijos/as, en sus relaciones con el niño y en ellos mismos como padres, más que en referencia a experiencias reales de eventos estresantes (McMahon & Meins, 2012). Se experimenta como sentimientos negativos hacia sí mismo y hacia el niño y por definición estos sentimientos negativos son directamente atribuibles a las demandas de la paternidad (Deater-Deckard, 1998).

La evidencia ha demostrado que alto estrés parental está claramente asociado a un empeoramiento del funcionamiento parental, en la calidad de la relación padre-hijo/a y en el funcionamiento del niño (Deater-Deckard, 1998). Alto estrés parental se ha ligado a reportes paternos de un nivel de parentalidad y de resultados en el desarrollo de los niños bajo lo óptimo (McMahon & Meins, 2012).

Estudios han confirmado que, niveles más altos de estrés parental estaban correlacionados con estilos disciplinarios más autoritarios y con padres con mayor tendencia a presentar comportamientos duros, hostiles, negativos y menos involucrados con sus hijos e hijas, lo que a su vez se correlacionaba con mayores problemas comportamentales en los hijos. Cuidadores con mayor nivel de estrés tendrían tendencia a proveer menos estimulación adecuada a sus hijos a través de interacciones sociales y es más probable que tengan hijos con apego inseguro. No es sorprendente que el estrés parental se ha descrito como un factor de crítica importancia en la etiología del abuso y negligencia infantil (Deater-Deckard, 1998; McMahon & Meins, 2012).

Se han estudiado diversos factores que ayudarían a disminuir el estrés parental. Por una parte, se ha descrito que el estrés parental es menor para los padres que perciben apoyo emocional e instrumental de sus parejas, familia y de su entorno. El apoyo social lograría mediar directamente la relación entre estrés parental y ajuste parental (Deater-Deckard, 1998).

Como se planteó anteriormente, una parte central de la intervención es generar instancias grupales entre padres, aumentando la percepción de apoyo social y donde al compartir con otros padres se permite la validación, la normalización y la desestigmatización de estos sentimientos (Barlow, Coren, & Stewart-Brown, 2002)(Slade, 2006).

Se han descrito numerosos beneficios para los cuidadores de participar en grupos de padres, como la posibilidad de apoyo mutuo, la oportunidad de aprender unos de otros y una reducción de los sentimientos de aislamiento. Además, tendría el potencial de disminuir las atribuciones negativas sobre los niños, a través de la comparación con las experiencias de otros padres (Barlow, Coren, & Stewart-Brown, 2002).

Otro elemento protector del estrés parental, es la percepción del padre de tener acceso a recursos disponibles (incluyendo conocimiento y competencia en el día a día, así como en tareas a largo plazo), relativos a las demandas percibidas del rol parental y la crianza. Por esto, cuando las expectativas no calzan con las percepciones de los recursos disponibles, aumentaría el estrés parental.

Autores han hipotetizado que la paternidad sería más estresante para padres que tienen menos conocimiento, menos percepción de competencias y menos apoyo emocional e instrumental y quizás aún más importante, cuando los padres ven a sus niños como difíciles en cuanto a su comportamiento (Deater-Deckard, 1998). Por esto, también es una parte central de la intervención entregar conocimientos y herramientas a los padres, que los hagan sentir más competentes en su rol.

Por último, también se ha descrito que los padres con mayor función reflexiva, que logran focalizarse más en la vida mental y emocional del niño, les darían a los padres mayor comprensión del comportamiento del niño, haciéndolo más comprensible, significativo y predecible, lo que disminuiría la probabilidad de inducir estrés parental. La literatura indica que madres que usaban más palabras sobre estados mentales al describir a sus hijos, reportaron menor estrés parental y menor hostilidad al interactuar con sus hijos y mayor sensibilidad materna (McMahon & Meins, 2012). Como se planteó anteriormente, fomentar la reflexión de los padres y la comprensión de los comportamientos y estados de los bebés y niños es un objetivo central de la intervención.

5 DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio realizado tuvo un carácter experimental, específicamente un cuasi-experimento. Esto implica que las unidades a ser intervenidas (conglomerados=comunidades) no se eligen de manera aleatoria, sino por conveniencia. Esto es, aquellos municipios que acceden a participar. Adicionalmente la elección del centro de salud que sería intervenido en cada comuna y el que sería control, fueron seleccionados de manera aleatoria, en el conjunto de centros disponibles en la comuna:

- Grupo **tratados**: Cuidadores y niños entre 0 y 4 años, que participaron (al menos 1 sesión) del Programa Crecer Jugando en los CESFAM Colina en Colina y Dr. Mario Salcedo de El Bosque, que no cuentan con diagnóstico de retraso o trastorno en el desarrollo y que no están recibiendo otra intervención relacionada con estimulación del desarrollo.
- Grupo **control**: Cuidadores y niños que no acceden al programa, los niños tienen la misma edad y sexo que los tratados y no cuentan con diagnóstico de retraso o trastornos en el desarrollo (criterio de pareamiento a priori). Reciben su atención de salud en los CESFAM Esmeralda en Colina y Dra. Haydée López en El Bosque y no están recibiendo otra intervención relacionada con estimulación del desarrollo.

5.1 DESARROLLO DEL PROGRAMA CRECER JUGANDO

Para seleccionar los lugares en los cuales se desarrolló la intervención, se realizó una convocatoria de postulación para toda la región Metropolitana. Dentro de las postulaciones recibidas, fueron seleccionados los CESFAM Colina y Dr. Mario Salcedo Sepúlveda.

Entre los meses de enero a marzo de 2015 se habilitó la sala en que se llevó a cabo el programa. Para esto se trabajó en conjunto con alumnos y profesores de DUOC-UC quienes diseñaron una propuesta de mobiliario para la sala, teniendo en cuenta las necesidades del programa, la seguridad de los niños que participen y las condiciones de cada uno de los centros. Paralelamente se realizó la capacitación y certificación de los equipos de ambos centros de salud. Además, el equipo de cada centro de salud realizó la difusión del programa con la comunidad, para facilitar la inscripción de las familias que deseen participar. Esto dio paso a las dos primeras fases del Piloto, lo que permitió tomar todas las precauciones antes de evaluar los efectos del modelo.

A modo de descripción general, Crecer Jugando usa la modalidad de trabajo grupal, donde los participantes se separan por edad:

- Acurrucados (0-12 meses)
- Exploradores (13-24 meses)
- Creadores (25-48 meses)

En cada grupo podían asistir 8 – 10 díadas. Cada sesión diseñada tiene una duración aproximada de 2,5 horas, la cual varía dependiendo del grupo de edad de los niños que participan (más breve en acurrucados y exploradores). Cada ciclo de intervención implica asistir a 10 sesiones, con una frecuencia de 1 vez por semana.

La sesión se divide en tres momentos:

1. **Juego libre:** De acuerdo a la edad de los niños la sala dispone de diversos objetos, con los cuales niños y cuidadores pueden interactuar libremente. El objetivo es promover la interacción, el juego diádico (cuidador-niño), el fortalecimiento del vínculo, la posibilidad de observar al niño y responder de manera sensible a sus necesidades.
2. **Círculo de cantos y cuentos:** En este espacio se cantan canciones interactivas, con mímicas, que favorecen el desarrollo del lenguaje. Se utiliza la técnica de lectura dialogada para leer cuentos, la cual favorece la comunicación, amplía el lenguaje y motiva la interacción.
3. **Conversación entre adultos:** Se trabajan distintos temas relacionados con la crianza. En este espacio se favorece la confianza, la contención, la posibilidad de expresar de dudas y compartir experiencias relacionadas con el tema trabajado. Se utiliza la metodología de educación participativa de adultos. Los temas han sido seleccionados y asignados específicamente para cada grupo, en una disposición que se ejecuta en el mismo orden en cada ciclo.

La promoción de la reflexión del cuidador/a, tanto sobre el niño como sobre sí mismo/a, es uno de los objetivos de la intervención. El propósito es que esta reflexión se realice de manera transversal a lo largo de la sesión, ya sea durante la etapa de "juego libre", observando y reflexionando sobre el juego y el comportamiento del niño, así como en la etapa de "conversación" entre los cuidadores, donde se espera que estos puedan pensar y discutir sobre diversos temas y experiencias asociados a la crianza.

Cabe destacar el rol de la red de apoyo comunitaria, tanto para la díada cuidador-niño como para el equipo facilitador. La intervención busca operar como un nexo entre los usuarios y la comunidad, ya sea con el CESFAM, como con otras instituciones como la municipalidad, jardines infantiles, hospitales, centros de acogida, etc. Por otra parte, en el equipo facilitador hay monitores/as comunitarios/as que habitan en el mismo sector que las familias lo que los convierte en parte de la misma red comunal y social.

5.2 MUESTRA (DIADAS)

Para la selección de la muestra, las facilitadoras de cada Crecer Jugando (Colina y El bosque) deben enviar la lista de los participantes a las sesiones, al inicio de cada Ciclo, teniendo como plazo máximo para recibir nuevos ingresos hasta la tercera sesión.

A partir de esos listados y considerando la edad de los niños (en meses), el sexo de los niños, las comunas de residencia y la efectiva ausencia de diagnóstico de trastornos del desarrollo, se buscó 2 niños por cada tratado con iguales características para invitarlos a participar del grupo control.

De esta forma la relación es cada 1 niño tratado: 2 controles.

El tamaño de la muestra se estimó con base a a) los antecedentes reportados en la evaluación nacional del programa de habilidades parentales "Nadie es Perfecto" cuya población objetivo es similar, b) la investigación internacional en el tema y c) los hallazgos disponibles en resultados del estudio de calidad, básicamente en variables intermedias (estrés parental) y de resultado final (desarrollo infantil).

De este modo se utilizaron los siguientes parámetros:

- Error tipo I: 5%
- Potencia: 80%

- Estimación tamaño efecto: De acuerdo a meta-análisis publicado el promedio observado en este tipo de intervenciones es moderado (0,4) (Engle et al, 2007), y en el caso de Nadie es Perfecto fue de 0,2.

El tamaño de muestra total debe ser de al menos 200 -352- 788 (según sea el efecto 0,4-0,3-0,2). De este modo se trabajará con una muestra de al menos 788 en total, considerando potenciales pérdidas en el seguimiento.

Para alcanzar este número se definió realizar 4 ciclos durante los 18 meses del piloto del programa Crecer Jugando. Tres durante el 2016 y uno en el primer semestre del 2017.

La muestra esperada es:

Tabla 1: Diadas participantes en total (tres ciclos), Programa Crecer Jugando

Grupo de Edad	CESFAM Colina	CESFAM Esmeralda	CESFAM Dr. Mario Salcedo	CESFAM Haydee López	Total
Acurrucados (0-12 meses)	48	96	48	96	288
Exploradores (13-24 meses)	48	96	48	96	288
Creadores (25-48 meses)	48	96	48	96	288
Total	144	288	144	288	864

5.3 INSTRUMENTOS Y SU APLICACIÓN

Para cumplir con los objetivos de este estudio, se definió la utilización de 5 instrumentos.

Tabla 2: Resumen de instrumentos

Instrumento	Área evaluada	Descripción
Encuesta sociodemográfica	Datos sociodemográficos, y de salud del cuidador, del niño y del hogar	Instrumento elaborado por el equipo investigador. Busca recabar información de identificación del cuidador y del niño y conocer las características socioeconómicas y educacionales del hogar.
Parenting Stress Index (PSI-4). Versión breve.	Aspectos estresantes en la interacción cuidador-niño.	Instrumento que evalúa el nivel de estrés del cuidador. Está dividido en tres áreas: interacción niño-cuidador, percepción de niño difícil; estrés parental propiamente tal. Además, una subescala que evalúa la calidad de las respuestas (si son a la defensiva). Finalmente, esta versión breve entrega un resultado global. Se usó el puntaje en términos brutos para evaluar los efectos. A mayor puntaje mayor estrés.
Prueba Nacional de Pesquisa. PRUNAPE pre-pesquisa (CPPP)	Desarrollo infantil	Cuestionario de preguntas simples sobre lo que el niño puede o no hacer. Permite identificar si el niño está en riesgo de sufrir un trastorno inaparente del desarrollo. El

		instrumento arroja si el niño pasa la prueba (desarrollo normal) o no (sospecha de problemas del desarrollo).
Patient Health Questionnaire (PHQ)	Salud Mental cuidador principal.	Cuestionario de 10 preguntas de autoreporte para conocer el estado de la salud mental del evaluado, principalmente síntomas depresivos). Se usó como puntaje de corte para valorar sospecha de síntomas 10 o más puntos.
Home Observation for Measurement of the Environment. Escala H.O.M.E adaptada	Interacción cuidador y niño en el hogar.	Selección de algunas preguntas del instrumento. Está basado en información provista por el padre/madre y la observación. El encuestador va a estar observando y haciendo preguntas al mismo tiempo.

Estos instrumentos se aplicaron en tres momentos distintos a las díadas (cuidador + niño) seleccionadas. El primer momento fue la fase inicial (T₁), antes de recibir la intervención, entre la sesión 1 y 2, para el grupo tratado. Luego, la fase final (T₂) se aplicó entre las semanas 1 y 2 después de finalizar el programa y finalmente una aplicación posterior (T₃), 10 semanas después de que haya finalizado el programa. Cada aplicación tiene un rango de 10 semanas aproximadas de aplicación entre ellas. La aplicación en el grupo control responde a los mismos tiempos.

Si bien para fines de este estudio, la eficacia se midió a la salida del programa, esto es a t₂, la finalidad de la aplicación en 3 tiempos es para observar si se producen efectos en el tiempo y determinar las diferencias una vez que hay ausencia de la intervención. Así mismo se espera ver si alguno de los instrumentos arroja información de interés luego del seguimiento.

La aplicación de los instrumentos fue supervisada y estandarizada a partir de un proceso de capacitación y revisión de casos. Además, aleatoriamente se indagó la aplicación y la calidad del comportamiento del aplicador.

El estudio fue evaluado por comité de ética de investigación de la UC, que aprobó el protocolo e instrumentos de consentimiento. Cada participante (adulto) consintió su participación al ingreso al programa (tratados) y en el caso de controles se les solicitó al hacer el primer contacto.

La información recabada es manejada solo por el equipo de investigación y se anonimizará una vez terminada el levantamiento.

5.4 ANÁLISIS

Los datos obtenidos con el instrumento sociodemográfico y los instrumentos propuestos fueron vaciados a una base de datos en Excel[®]. Esta base fue exportada para el análisis estadístico al programa SPSS 19.0. En este programa se estabilizó la base, revisando variable por variable, analizando los datos faltantes y revisando cuando había dudas el registro a papel. Se eliminaron aquellos casos que no cumplían con los criterios de ingreso. No se imputó datos a los registros faltantes.

Finalmente con la base estabilizada, se realizó un análisis estadístico en cuatro fases:

a) Revisión de la muestra alcanzada respecto de la esperada en cada tiempo, con las causas de pérdida de seguimiento.

b) Análisis descriptivo de las características de la muestra en cada tiempo del estudio, en particular la mantención de los criterios de pareamiento. Se usaron medias y desviaciones estándar para variables continuas y frecuencias para variables nominales.

c) Análisis univariado para evaluar la asociación entre la variable independiente (intervención) y variables resultado. Se usaron pruebas de hipótesis apropiadas a la naturaleza de cada tipo de variable (diferencias de promedio, usando prueba de T, ANOVA, previa comprobación comportamiento de normalidad de las variables. Pruebas de asociación mediante Chi2.

d) Modelamiento explicativo **inicial** para estimar resultados. Según el tipo de variable resultado (o dependiente) se utilizó modelos de regresión lineal o logística.

Para la aplicación de pruebas de hipótesis, se utilizó como indicación de significancia estadística un error tipo I del 5%.

El análisis, dada la potencia calculada para la muestra, se hace en conjunto y NO para cada subgrupo de intervención (acurrucados, exploradores, creadores) o para cada centro dónde se llevó a cabo la intervención.

6 RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados encontrados de acuerdo a cada objetivo específico planteado.

6.1 CONTEXTO DE CADA CENTRO DE SALUD

La comuna de El Bosque, tiene alrededor de 165 mil habitantes el año 2013, lo que representa 2,3% de la población proyectada para la Región Metropolitana y 0,9% de la población proyectada en el país. Mientras que la Comuna de Colina cuenta con 120 mil habitantes el mismo año, lo que representa el 1,7% de la población de la RM y el 0,7% del país.

Para el año 2011, un 7,7% de la población comunal de Colina se encontraba en situación de pobreza, mientras que la población de El Bosque en situación de pobreza alcanzó a un 11,1%.

En el ámbito de los ingresos, a Abril 2013, se estima que la renta imponible promedio mensual de los afiliados al seguro de cesantía, es de aproximadamente 487,6 mil pesos en El Bosque, y en Colina es de 581,3 mil pesos, cifras inferiores al promedio regional (632,9 mil pesos).

En términos de protección laboral, se observa que la proporción de la población de 20 años y más que está afiliada al seguro de cesantía es similar en El Bosque pero menor en Colina (34,3% en El Bosque y 30,4% en Colina) respecto al porcentaje observado a nivel regional (34,2%).

En tanto, una mayor proporción de los afiliados de El Bosque y Colina (que en la región) se encuentran entre el 40% de afiliados de menor renta promedio (quintiles nacionales I y II).

Asimismo, una proporción mayor de los afiliados de Colina y El Bosque (con respecto a la región) tienen contrato de plazo fijo lo que implica que una proporción menor tiene contrato indefinido.

En lo referente a la educación, en El Bosque un 21,6% y Colina un 29% de la matrícula escolar corresponde a establecimientos municipales. Los resultados promedio obtenidos por los alumnos de El Bosque en las pruebas SIMCE 2012, en general son menores a los observados en la región y el país. En Colina, en cambio, los resultados son mayores a los promedios observados en la región y el país.

En el ámbito de la vivienda, según información proveniente de la Ficha de Protección Social a Julio 2013, en ambas comunas la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio o crítico es mayor que el porcentaje de hogares en esta situación en la región y el país.

En las condiciones de saneamiento de las viviendas, ambas comunas presentan un porcentaje deficitario inferior al regional y nacional.

En lo que respecta a las condiciones del entorno, la tasa de denuncias por violencia intrafamiliar en la comuna de El Bosque es similar al promedio regional y menor al nacional, en Colina es menor a ambos promedios. En tanto, la tasa de casos de delitos de mayor connotación social (año 2012) en ambas comunas es menor a la de la región y a la del país.

La comuna de El Bosque recibió, aproximadamente, 8.380 millones de pesos en prestaciones monetarias, el año 2012, Colina mientras recibió 5.709 millones de pesos bajo el mismo concepto. En ambas comunas se concentraron los mayores montos en la Pensión Básica Solidaria, el Aporte Previsional Solidario y el Subsidio Familiar.

Respecto a la dimensión salud, ambas comunas cuentan con un porcentaje mayor a la proporción regional de afiliación a Fonasa a los grupos A y B (58,5% en El Bosque, 61% Colina, 55,6% regional), de menores ingresos, pero respecto al promedio nacional (60,1%) El Bosque es menor y Colina superior.

Se observa que el año 2010 la tasa de natalidad en El Bosque es de 15,4 niños por cada 1.000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad infantil del decenio 2000-2010 (ajustada a la población del período 1996-2007) llega a los 8,6 niños por cada 1.000 nacidos vivos. En Colina, la tasa de natalidad es 17,8 niños por cada 1.000 habitantes, la tasa de mortalidad infantil del decenio 2000-2010 es de 7,7 niños por cada 1.000 nacidos vivos.

En lo relativo a la condición nutricional de la población, el año 2011, en los niños menores de 6 años controlados se observaron en relación a los datos regionales: En Colina, tasas similares de desnutrición y sobrepeso, tasas mayores en obesidad. En El Bosque tasas menores de desnutrición, tasas mayores de sobrepeso y obesidad. Entre los adultos mayores en control, al comparar con la región, se observan: En El Bosque tasas bastante mayores de bajo peso, tasas similares de sobrepeso y tasas mayores de obesidad. Mientras que en Colina, tasas menores de bajo peso y mayores en sobrepeso y obesidad.¹

En cuanto al acceso a la Salud municipal, hoy existen los Centros de Salud Familiar, que corresponden a establecimientos cuya misión específica es prestar servicios de salud en el nivel primario de atención a la población inscrita, con el propósito de contribuir a resolver los problemas y necesidades de salud del usuario y su grupo familiar, y contribuir así a elevar su calidad de vida. Tiene entre sus actividades la provisión de cuidados básicos en salud, con énfasis en acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud, de baja complejidad biotecnológica y en modalidad ambulatoria.

La Comuna de El Bosque cuenta con seis Cefam para su población, Colina en cambio, cuenta con dos Cefam. Para efectos de este Estudio se focalizará en la realidad comunal de dos Cefam por Comuna. Para El Bosque: Dr. Mario Salcedo, Cefam que ofrece el Programa Crecer Jugando y Dra. Haydée López. Para Colina Cefam Colina donde se ejecuta el Programa y Cefam Esmeralda.

Referentes a esos Cefam se continuará caracterizando a su población:

¹ Datos estadísticos territoriales en: observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl

Tabla 3: Población total que se atiende en cada Cesfam²

	Cesfam Colina, tratados Colina	Cesfam Esmeralda, control Colina	Cesfam Dr. Mario Salcedo, tratados El Bosque	Cesfam Dra. Haydée López, control El Bosque
<i>N° total de población que atiende.</i>	45.095	46.390	21.254	30.658
<i>% de la población menor de 6 años que se atiende en el Cesfam.</i>	7,3%	6,5%	13,6%	8%
<i>% de Niños con Rezago respecto al total</i>	10,4%	6,8%	10,5%	3,8%
<i>% de Niños con Riesgo respecto al total</i>	1,8%	1,2%	9,6%	9,5%
<i>% de Niños con Retraso respecto al total</i>	0,2%	0%	1,3%	1%
<i>% de Niños con alteración (rezago, riesgo, retraso) en el desarrollo del total</i>	12,4%	8%	21,4%	14,3%

Respecto a la presencia de otros programas de estimulación temprana de carácter promocional o preventivo que cada Cesfam ofrece, se encuentra implementado el Programa Chile Crece Contigo, que es parte del Sistema de Protección Social del Ministerio de Desarrollo Social. Su misión es acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños y sus familias. Entregando un acceso expedito a los servicios y prestaciones que atienden sus necesidades y apoyan su desarrollo en cada etapa de su crecimiento. Adicionalmente, apoya a las familias y a las comunidades donde los niños crecen y se desarrollan, de forma que existan las condiciones adecuadas en un entorno amigable, inclusivo y acogedor de las necesidades particulares de cada niño en Chile³.

No se reportan programas adicionales o de carácter comunal que se estén desarrollando, salvo las prestaciones que se detallan a continuación, las que son de acceso universal para las familias con hijos menores de 6 años:

² Datos obtenidos por las encargadas del ChCC de cada Cesfam.

³ www.crececontigo.gob.cl

- Fortalecimiento del control de salud del niño
- Atención de niños en situación de rezago y/o de vulnerabilidad en su desarrollo integral
- Kit lúdico de apoyo para niños en situaciones de emergencia
- Atención integral al niño hospitalizado(a)
- Apoyo en estimulación
- Fonoinfancia
- Talleres Nadie es Perfecto
- Prestaciones de acceso preferente
- Prestaciones garantizadas
- Espacios públicos amigables para niños
- Programa de radio Creciendo Juntos
- RINJU-Equipamiento infantil para el juego y la estimulación
- Apoyo para una salud mental integral
- Programa Habilidades para la Vida
- Promoción de la Actividad Física, Alimentación y Nutrición saludable, y Salud Bucal
- Promoción, prevención y recuperación de las salud bucal
- Atención por problemas de salud vinculados al rendimiento escolar
- Control de Salud de Niño Sano en Establecimientos Educativos

6.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE NIÑOS Y CUIDADORES PRINCIPALES.

A continuación se presentan las características de la muestra comparando controles con tratados.

En términos del balance comprometido en la muestra, con pareamiento por sexo y grupo de intervención, la Tabla siguiente muestra que en la línea de base, se cumple el criterio establecido, ya que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Del mismo modo el promedio de edad al interior de cada grupo fue similar.

Tabla 4: Pareamiento de la muestra

Grupo	Sexo (n)				Edad (meses)			
	Controles		Tratados		Controles		Tratados	
	F	M	F	M	Promedio	DE	Promedio	DE
Acurrucados (0-12 meses)	108	93	40	45	6,76	3,20	6,95	2,71
Exploradores (13-24 meses)	80	98	29	34	18,52	4,21	18,89	4,44
Creadores (25-48 meses)	73	56	31	23	34,17	6,31	33,56	6,26
Total	261	247	100	102	17,84	11,70	17,79	11,68

La Tabla 4 muestra similitud entre ambos grupos, con excepción de ser primer hijo, siendo esta situación más frecuente entre los tratados (53,0% vs 38,2%). Destaca que un 87,7% no ha sido hospitalizado y un 93,9% no ha tenido una enfermedad grave.

Tabla 5: Características niños línea base

Variable	Controles		Tratados		Total		X2	Valor p
	n	%	n	%	n	%		
Sexo= F	261	51,4	100	49,5	361	50,8	0,203	0,678
Nació prematuro	68	13,4	20	9,9	88	12,4	1,616	0,256
Primer hijo	194	38,2	107	53,0	301	42,4	15,89	0,007
No ha sido hospitalizado	454	89,4	169	83,7	623	87,7	5,229	0,156
Sin enfermedad grave	93,5	475	95	192,0	667	93,9	0,607	0,490
Edad	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	F	Valor p
Meses	17,84	11,7	17,79	11,67	17,83	11,68	0,003	0,956

En términos de desarrollo infantil temprano, en la línea de base se observa similitud entre grupos. Un 22,7% presenta sospecha de problemas en el desarrollo, coherente con otras investigaciones que usan tamizajes.

Tabla 6: Número y porcentaje de niños que nos pasan la prueba. Línea de Base

DIT-PREPRUNAPE	Controles		Tratados		Total		X2	Valor p
	n	%	n	%	n	%		
No pasa la prueba	93	21,4	46	25,8	139	22,7	1,435	0,243

Respecto de los cuidadores (Tabla 7). Se observa que:

- En el grupo de tratados hay una mayor presencia de abuelo/as como cuidadores principales (10,4% v/s 3,7%).
- Los cuidadores en el grupo de tratados cuentan con mayor nivel educativo.
- En el grupo de tratados hay más cuidadores en quehaceres del hogar.

Tabla 7: Características cuidadores línea base

Variable	Controles		Tratados		Total		X2	Valor p
	n	%	n	%	n	%		
Sexo= F	494	97,2	199	98,5	693	97,6	0,999	0,421
Cuidador								
Madre o padre	482	94,9	179	88,6	661	93,1	12,77	0,012
Abuelo/a	19	3,7	21	10,4	40	5,6		
Educación								
EM Cient_Hum	218	42,9	64	31,7	282	39,7	41,8	0,000
CFT-IP	37	7,3	26	12,8	63	9,1		
Univ	18	3,5	19	9,4	37	5,2		
Situación laboral								
Cesante	6	1,2	4	2	10	1,4	22,452	0,004
Quehaceres hogar	295	58,1	143	70,8	438	61,7		
Trabajo ingresos	149	29,3	41	20,3	190	26,8		
Edad	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	F	Valor p
Años	29,18	8,38	30,96	10,6	29,68	9,09	5,535	0,019

La presencia de eventos estresantes declaradas por los cuidadores es similar entre controles y tratados (Tabla 8) con excepción de problema familiar grande, que es más frecuente en controles (17,1% vs 10,4%).

Tabla 8: Identificación de eventos estresantes

Variable	Controles		Tratados		Total		X2	Valor p
	n	%	n	%	n	%		
Se ha divorciado	31	6,3	15	7,4	47	6,6	0,297	0,617
Ha perdido fuente ingresos	111	21,9	45	22,3	156	22,0	0,015	0,920
Hecho de violencia	33	6,5	9	4,5	42	5,9	1,081	0,379
Problema familiar grande	87	17,1	21	10,4	108	15,2	5,075	0,027
Enf grave o accidente de familia nuclear	81	15,9	31	15,3	112	15,8	0,039	0,909
Muerte pareja	8	1,6	1	0,5	9	1,3	1,346	0,458
Muerte otro familiar	96	18,9	42	20,8	138	19,4	0,331	0,317
Número de eventos vitales	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	F	Valor p
Número	0,882	1,18	0,812	1,17	0,862	1,18	0,51	0,475

Finalmente, la presencia de síntomas depresivos en cuidadores se exploró con PHQ-9. Se presenta con dos puntos de corte para identificar el grupo que teóricamente tendría más riesgo de tener depresión mayor⁴. Con un punto de corte exigente (8 y más) encontramos una frecuencia de síntomas del 28,2%, con una diferencia estadísticamente significativa entre tratados y controles; este último grupo con una frecuencia mayor. Lo mismo sucede con un punto de corte menos exigente, pero que es el más utilizado en todos los estudios internacionales (10 y más). En términos de puntaje promedio, también observamos similar tendencia a una mayor frecuencia de síntomas depresivos en el grupo control.

Tabla 9: Resultados PHQ-9 Línea Base

Sospecha depresión PHQ	Controles		Tratados		Total		X2	Valor p
	n	%	n	%	n	%		
Puntaje 8 y más	156	30,7	44	22,0	200	28,2	5,37	0,021
Puntaje 10 y más	118	23,2	33	16,5	151	21,3	3,872	0,053
PHQ puntaje	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	F	Valor p
Puntaje total	5,76	5,63	4,84	6,04	5,5	5,76	3,698	0,055

6.3 CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS Y AMBIENTE DE ESTIMULACIÓN PARA LOS NIÑOS.

En la Tabla 10 se observa cómo no hay diferencias significativas entre controles y tratados respecto a vivir con alguien con necesidades especiales y el tipo de figura paterna. Destaca que todos los niños estudiados cuentan con una figura materna, mientras que hay un 2,7% que no tiene ninguna figura paterna.

El promedio de personas que viven en el hogar es alto, si se compara con el promedio nacional (3,2 en hogares no pobres y 3,6 en hogares en situación de pobreza según CASEN 2015). Destaca que en el grupo de tratados hay un menor número de niños menores de 10 años, concordante con el hecho de tener más diadas primerizas.

⁴ Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 184(3), E191–E196. <http://doi.org/10.1503/cmaj.110829>

Tabla 10: Roles, necesidades especiales y personas que viven en el hogar

Variable	Controles		Tratados		Total		X2	Valor p
	n	%	n	%	n	%		
Hay alguien con nec especiales	49	9,6	18	8,9	67	9,4	0,091	0,887
Figura paterna								
Padre	448	88,2	187	92,6	635	89,4	8,04	0,235
No tiene	16	3,1	3	1,5	19	2,7		
Figura materna								
Madre	498	98	200	99	698	98,3	1,16	0,763
No tiene	0	0	0	0	0	0		
Numero personas hogar	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	F	Valor p
Bajo mismo techo	5,34	1,903	5,09	1,81	5,27	1,879	2,553	0,111
Menores de 10 años	1,86	0,875	1,56	0,814	1,78	0,866	14,761	0,000

En la Tabla 11 vemos que el comportamiento de ambos grupos es bastante similar, diferenciándose las actividades de lectura, ver televisión y dejar al niño solo por parte de las figuras maternas. En cuanto a las actividades de la figura paterna no se ven mayores diferencias entre los grupos control y tratados.

Es importante destacar que la actividad que mayormente las figuras maternas reportan realizar con los niños son 46,8% y en su extremo vemos que sólo un 2,5% de la muestra canta con el niño. En el caso de las figuras paternas (reportado por el cuidador principal), la actividad más frecuente realizada es pintar (60,3%) y la menos frecuente es jugar un juego de interés del niño (10,5%).

Tabla 11. Frecuencia de actividades realizadas por las figuras maternas y paternas

Variables Figura Materna	Controles		Tratados		Total		X2	Valor p
	n	%	n	%	n	%		
Leyó un cuento	198	39,0	50	24,8	248	34,9	18,711	0,001
Le canto	14	2,8	4	2,0	13	2,5	0,717	0,949
Jugó juego interés niño	25	4,9	8	4,0	33	4,7	2,571	0,632
Pintó con niño	234	46,6	82	47,4	316	46,8	7,18	0,127
Realiza tareas hogar con niño	143	28,5	57	33,3	200	29,7	4,865	0,301
Fueron a visitar familiares	21	4,1	12	6,0	33	4,7	5,061	0,281
Salieron a dar un paseo	24	4,7	9	4,5	33	4,7	12,083	0,017
Vieron TV	26	5,1	18	9,1	44	6,3	32,579	0,000
Dejó al niño jugar solo	80	15,9	53	27,6	133	19,1	15,567	0,004
Variables Figura Paterna	Controles		Tratados		Total		X2	Valor p
	n	%	n	%	n	%		
Leyó un cuento	297	60,2	104	53,1	401	58,2	9,334	0,053
Le canto	90	18,3	36	18,5	126	18,3	4,23	0,376
Jugó juego interés niño	53	10,8	19	9,8	72	10,5	4,328	0,363
Pintó con niño	290	59,2	109	63,4	399	60,3	5,57	0,234
Realiza tareas hogar con niño	279	57,1	105	61,8	384	58,3	2,43	0,657
Fueron a visitar familiares	83	16,8	26	13,3	109	15,8	3,49	0,479
Salieron a dar un paseo	71	14,4	18	9,2	89	12,9	12,607	0,013
Vieron TV	70	14,2	31	16,1	101	14,8	7,283	0,122
Dejó al niño jugar solo	128	26,2	69	36,5	197	29,1	8,784	0,066

Finalmente, la disponibilidad de elementos para el juego en el hogar es similar en ambos grupos. La mayoría cuenta el espacio dispuestos para jugar; lugar limpio y seguro (96,5%) y un lugar donde guardar los juguetes

(89,2%), pero no necesariamente con los materiales suficientes; sólo el 40,4% cuenta con al menos 10 libros infantiles y el 43% tiene 3 o más rompecabezas y un 55% cuenta con juguetes de libre expresión (Tabla 12).

Tabla 12: Disponibilidad de recursos y juegos en el Hogar

Variables	Controles		Tratados		Total		X2	Valor p
	n	%	n	%	n	%		
Al menos 10 libros infantiles	199	39,2	88	43,6	287	40,4	1,157	0,309
3 o más puzzles y rompecabezas	226	44,5	79	39,1	305	43,0	1,707	0,208
Juguetes para aprendizaje	425	83,7	168	83,3	593	83,5	0,026	0,911
Equipo música	457	90,0	176	87,1	633	89,2	1,199	0,286
Juguetes de libre expresión	285	56,1	111	55,0	396	55,8	0,078	0,802
Juguetes construir	311	61,2	133	65,8	444	62,5	1,317	0,265
Pelota	443	87,2	172	85,1	615	86,6	0,527	0,466
Triciclo, montables	336	66,1	127	62,9	463	65,2	0,681	0,432
Instrumento musical	336	66,1	138	68,3	474	66,8	0,308	0,597
Lugar limpio y seguro para jugar	493	97,0	192	95,0	685	96,5	1,698	0,257
Lugar donde guardar juguetes	449	88,4	184	91,1	633	89,2	1,092	0,350

Numero recursos en hogar	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE	F	Valor p
Número	7,80	2,29	7,76	2,26	7,79	2,28	0,03	0,862

La calidad de la interacción con el niño se estudió mediante algunas preguntas de HOME y a través del instrumento PSI.

HOME nos muestra, que al ingreso solo hay diferencias estadísticamente significativas entre tratados y controles en la variable evitación de castigo (mejor reporte en controles) y en estimulación diaria (mejor reporte en tratados; Tabla 13).

Tabla 13: Resultados Home Línea Base

HOME puntaje	Controles		Tratados		Total		X2	Valor p
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE		
Responsividad (0-9)	7,29	1,880	7,54	2,010	7,36	1,920	2,3730	0,124
Evitación castigo (0-7)	6,43	0,934	6,25	0,737	6,38	0,885	5,5860	0,018
Organiz. Ambiente físico (0-2)	1,79	0,456	1,82	0,410	1,80	0,443	0,5580	0,455
Dispon. Materiales juego (0-4)	2,13	1,186	2,14	1,074	2,13	1,154	0,0040	0,949
Compr. Materno (0-5)	3,81	1,125	3,66	1,029	3,77	1,100	2,4530	0,118
Estimulación diaria (0-2)	1,06	0,687	1,22	0,719	1,10	0,699	3,7400	0,006
Puntaje total HOME (0-29)	22,55	4,000	22,61	3,270	22,57	3,800	0,0320	0,858

- Entre paréntesis () rango de puntajes posibles de obtener en cada subescala.

Finalmente observamos a continuación los resultados con PSI. Es importante destacar que la primera Tabla (14) nos muestra la frecuencia de aquellos cuidadores que tienen puntajes sobre percentil 90, y que es indicativo de recibir una intervención de carácter psicosocial, para reducción de estrés parental. Observamos la frecuencia es baja (PSI de alto riesgo=1,7%). No se observan diferencias entre grupos en ninguno de los subdominios del instrumento.

Tabla 14: Resultados PSI Línea Base. Frecuencia casos de alto riesgo.

PSI	Controles		Tratados		Total		X2	Valor p
	n	%	n	%	n	%		
Respuesta defensiva	58	11,4	16	7,9	74	10,4	1,893	0,220
Estrés parental	48	9,4	18	8,9	66	9,3	0,050	0,887
Interaccion disfuncional	9	1,8	2	1,0	11	1,5	0,579	0,737
Niños difícil	11	2,2	8	4,0	19	2,7	1,788	0,200
Indice PSI	6	1,2	6	3,0	12	1,7	2,785	0,110

En términos de puntaje absoluto, la Tabla siguiente muestra diferencias entre grupos en el caso del índice general PSI, en el subdominio interacción disfuncional y niño difícil. Es importante destacar que a mayor puntaje peor situación. En el caso del índice PSI este es mayor en el grupo tratado, lo mismo sucede con interacción disfuncional y percepción de niño difícil.

Tabla 15: Resultados PSI Línea Base. Promedio y Desviación Estándar.

PSI	Controles		Tratados		Total		F	Valor p
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE		
Respuesta defensiva	16,42	4,88	16,48	4,5	16,43	4,77	0,027	0,870
Estrés parental	28,13	8,02	28,5	7,6	28,24	7,9	0,326	0,568
Interaccion disfuncional	22,17	5,89	23,45	5,6	22,53	5,83	7,032	0,008
Niños difícil	24,95	6,32	26,6	7,4	25,42	6,69	8,874	0,003
Indice PSI	75,25	16,71	78,55	6,7	76,19	16,98	5,507	0,019

6.4 LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Se consideraron los 4 ciclos realizados durante el 2016 y el primer semestre del 2017, de ambos Cesfam que ejecutan el Programa Crecer Jugando con 10 sesiones cada uno.

Tabla 16: Número promedio de sesiones por Centro y por Grupo

GRUPOS	DR. MARIO SALCEDO	COLINA	TOTAL
<i>Acurrucados (0 a 1 año)</i>	6,3	5,4	5,9
<i>Exploradores (1 a 2 años)</i>	6,7	5,0	5,8
<i>Creadores (2 a 4 años)</i>	5,8	6,4	6,1
TOTAL	6,2	5,6	5,9

Como se ve en la Tabla 16, el promedio de sesiones total al que asisten al Crecer Jugando las diadas participantes, son de 5,9 de 10 sesiones.

Podemos ver que el comportamiento de los grupos y de los Cesfam es bastante homogéneo, mostrando poca diferencia entre unos y otros. En detalle vemos que los participantes del Cesfam Dr. Mario Salcedo de El Bosque asisten a más sesiones que los de Colina, sobre todo los Exploradores de El Bosque, quienes cuentan con una asistencia en promedio de 6,7 sesiones. En los totales vemos que son los Creadores, el grupo que más asiste, con un promedio de 6,1 sesiones.

En relación a las asistencias a las diferentes temáticas desarrolladas, es importante recordar que cada grupo (Acurrucados, Exploradores, Creadores) cuenta con temas específicos a desarrollar. De lo ejecutado en los 4 ciclos se observa que en acurrucados el mayor número de asistentes se encuentra en las dos primeras (acogida y el día en que naciste y puerperio). La menos implementada fue cadena de sensibilidad (Tabla 17)

Tabla 17: Asistencia de Acurrucados por Sesión

SESIONES	ACOGIDA Y EL DIA QUE NACISTE	PUERPERIO	JUEGO SENSIBLE : NIÑERA DE MARTE	MADRE SUFICIENTEM ENTE BUENA	EMOCIONES: PAJARO DEL ALMA	EMOCIONES	CADENA DE SENSIBILIDAD	FUNCION REFLEXIVA Y MENTALIZACION	REGULACION EMOCIONAL	MITOS DE CRIANZA
N°	61,0	68,0	44,0	53,0	46,0	49,0	37,0	41,0	41,0	45,0
%	73,5	81,9	53,0	63,9	55,4	59,0	44,6	49,4	49,4	54,2

En el caso del grupo Exploradores, sucede lo mismo, las dos primeras son las más implementadas, y la menos es Pataletas.

Tabla 18: Asistencia Exploradores por Sesión

ASIS TOTAL	ACOGIDA Y EL DIA QUE NACISTE	LOS TERRIBLES DOS	JUEGO SENSIBLE : NIÑERA DE MARTE	MADRE SUFICIENTEM ENTE BUENA	EMOCIONES: PAJARO DEL ALMA	GUIA EMOCIONAL	REGULACION EMOCIONAL	PATALETAS	NORMAS Y LIMITES	IDENTIDAD
N°	42	41	37	36	31	30	34	27	31	32
%	71,2	69,5	62,7	61,0	52,5	50,8	57,6	45,8	52,5	54,2

Finalmente, en el grupo Creadores vemos que tiene una alta asistencia, todas superiores al 50%. En la tabla 19 se repite lo observado en los grupos anteriores, las primeras sesiones son las más implementadas.

Tabla 19: Asistencia Creadores por Sesión

SESIONES	ACOGIDA Y EL DIA QUE NACISTE	IDENTIDAD Y TEMPERAMENTO	JUEGO SENSIBLE : NIÑERA DE MARTE	MADRE SUFICIENTE MENTE BUENA	EMOCIONES : PAJARO DEL ALMA	GUIA EMOCIONAL	REGULACION EMOCIONAL	PATALETAS	NORMAS Y LIMITES	AUTONOMIA Y RESOLVER PROBLEMAS
N°	46	49	42	35	36	37	35	37	35	40
%	71,9	76,6	65,6	54,7	56,3	57,8	54,7	57,8	54,7	62,5

6.5 ATRICIÓN EN EL ESTUDIO

Para analizar apropiadamente la efectividad, es necesario considerar el nivel de atrición de las muestras. La Tabla siguiente muestra el porcentaje de pérdidas durante el seguimiento en el grupo control y tratado. Se observa como al final del t2 en controles hay una pérdida del 19,5% y en tratados de 19,3%, similares pérdidas ocurren también el t3. De este modo las muestras al final de t2 son de 409 controles y 163 tratados; y en t3 de 295 controles y 118 tratados.

Tabla 20: Comportamiento de las muestras en el seguimiento. Porcentaje de pérdidas.

Muestras	Controles		Tratados		Total		X ²	Valor p
	n	%	n	%	n	%		
Inicio estudio	508	100,0	202	100,0	710	100,0		
Pérdidas tiempo 2	99	19,5	39	19,3	138	19,4	0,003	1
Pérdidas tiempo 3	213	41,9	84	41,6	297	41,8	0,007	1

Respecto del pareamiento observamos en la Tabla siguiente como se mantienen las proporciones por sexo y el promedio de edad no cambia, de manera que se mantienen las características durante el seguimiento (Tabla 21).

Tabla 21: Comportamiento de las muestras en el seguimiento. Pareamiento en el seguimiento

Variables	T ₁		T ₂		T ₃	
	Controles	Tratados	Controles	Tratados	Controles	Tratados
Sexo Femenino (%)	51,40	49,50	50,10	48,50	51,20	50,00
Edad Promedio	17,84	17,79	17,70	17,08	17,48	17,42
DE	11,70	11,68	11,60	11,18	11,62	11,25

6.6 COMPORTAMIENTO DE VARIABLES DE AJUSTE DURANTE EL SEGUIMIENTO

La Tabla siguiente muestra cómo se mantienen las diferencias observadas en la línea de base (T₁) en aquellas variables que en el análisis descriptivo, mostraron diferencias entre controles y tratados, y que serán objeto de ajuste. Como era esperable, el número de sesiones promedio es mayor en el grupo que se mantuvo en el seguimiento t₂ y t₃.

Tabla 22: Comportamiento de variables de ajuste del modelo durante seguimiento t₁, t₂ y t₃

Variables	T ₁		T ₂		T ₃	
	Controles	Tratados	Controles	Tratados	Controles	Tratados
Niño primer hijo (%)	38,20	53,00	37,40	50,30	35,90	50,00
Cuidador madre o padre (%)	94,90	88,60	93,90	87,10	93,90	85,60
Trabajo en quehaceres del hogar (%)	58,10	70,80	60,90	70,60	59,30	73,70
Número de sesiones asistidas (media)	0	5,97±3,02	0	6,24±2,9	0	6,12±2,92

6.7 COMPORTAMIENTO EN EL SEGUIMIENTO DE VARIABLES RELEVANTES EN EL ESTUDIO

A continuación, se muestra las diferencias encontradas entre en cada subgrupo (tratados y controles) durante el seguimiento, en aquellas subdimensiones del HOME⁵. Este análisis se realiza de manera exploratoria. No se consideraron entre las hipótesis, el uso de este instrumento como indicador de eficacia.

La Tabla siguiente (23) muestra el análisis mediante muestras pareadas, de modo de evidenciar diferencias reales caso a caso, en los puntajes.

El estudio muestra que entre t1 y t2, se observan diferencias estadísticamente significativas en evitación de castigo, compromiso materno y HOME total, en favor de los tratados. Entre T1 y T3 se observan diferencias favorables a la intervención en responsividad, evitación del castigo, disponibilidad de material de juego, compromiso materno, y HOME total.

Tabla 23: Comportamiento HOME durante el seguimiento

Variables	Diferencia T1-T2				Diferencia T1-T3			
	Controles	Tratados	p	η^2	Controles	Tratados	p	η^2
Participación Materna	2,19	3,1	0,129	0,004	3,46	3,22	0,718	0,000
DE	5,99	6,29			5,91	5,03		
Participación Paterna	1,12	2,88	0,033	0,009	2,25	1,71	0,583	0,001
DE	8,54	7,32			8,53	8,11		
Número recursos juego	-0,95	-0,94	0,958	0,000	-1,11	-1,25	0,526	0,001
DE	2,07	1,94			1,96	1,88		
Responsividad	-0,28	-0,418	0,556	0,001	0,34	-0,46	0,003	0,022
DE	2,56	2,47			2,42	2,38		
Evitación castigo	-0,07	-0,29	0,040	0,008	0,01	-0,25	0,014	0,015
DE	1,21	0,98			0,97	0,91		
Organización ambiente físico	-0,08	-0,11	0,637	0,000	-0,09	-0,09	0,918	0,000
DE	0,54	0,46			0,41	0,55		
Disponibilidad material juego	-0,17	-0,44	0,054	0,007	-0,2	-0,47	0,075	0,008
DE	1,53	1,46			1,36	1,39		
Compromiso materno	-0,32	-0,67	0,003	0,016	-0,17	-0,75	0,000	0,044
DE	1,32	1,11			1,23	1,19		
Estimulación diaria	-0,11	-0,22	0,167	0,003	-0,14	-0,06	0,378	0,002
DE	0,81	0,79			0,79	0,78		
HOME total	-0,99	-2,17	0,006	0,014	-0,26	-2,09	0,000	0,039
DE	4,67	4,06			4,12	3,93		

- Diferencias positivas hablan a favor de un puntaje mayor en T1. Diferencias negativas hablan a favor de un puntaje mayor en T2 o T3, según corresponda

Con relación al índice de estrés parental observamos en la tabla siguiente muestra el análisis mediante muestras pareadas, de modo de evidenciar diferencias reales caso a caso, en los puntajes.

⁵ Este instrumento no corresponde al HOME internacionalmente utilizado, sino a algunos ítems relevantes de este instrumento que se incluyeron en el estudio. De este modo, su abordaje es exploratorio en este estudio, puesto que no se han realizado las pruebas psicométricas pertinentes para su uso.

Entre T₁ y T₂ se observan diferencias estadísticamente significativas, favorables al grupo tratado en el subdominio estrés parental, interacción disfuncional con el niño, niño difícil y el índice global de estrés parental. Entre T₁ y T₃ no hay diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 24: Comportamiento de PSI durante el seguimiento

Variables	Diferencia T ₁ -T ₂				Diferencia T ₁ -T ₃			
	Controles	Tratados	p	η ²	Controles	Tratados	p	η ²
Respuesta defensiva	0,75	0,26	0,300	0,002	0,56	0,46	0,839	0,000
DE	5,19	4,79			5,03	3,96		
Estrés parental	1,04	0,64	0,599	0,000	0,85	0,78	0,929	0,000
DE	8,28	7,67			8,05	6,56		
Interacción disfuncional	-1,69	0,28	0,002	0,017	-2,59	-1,58	0,108	0,006
DE	6,71	6,87			5,87	5,58		
Niño difícil	-1,12	1,03	0,001	0,021	-2,36	-1,24	0,095	0,007
DE	6,63	6,89			5,97	6,45		
Índice parental								
Estrés	-1,77	1,96	0,021	0,009	-4,1	-2,04	0,226	0,004
DE	17,54	17,03			15,92	14,65		

- A mayor puntaje mayor estrés. Diferencias positivas entre T₁ y T₂, o entre T₁ y T₃ hablan de mejora en los puntajes. Diferencias negativas hablan de deterioro.

Finalmente, el comportamiento de la variable desarrollo durante el seguimiento se observa a continuación. En este caso la variable es dicotómica (pasa la prueba o no pasa la prueba). En el caso del escenario que utiliza como denominador para el cálculo de la frecuencia, solo aquellos niños que se mantienen en el seguimiento, se observa en controles una tendencia a aumentar la frecuencia de niños que pasa la prueba. En el caso de los tratados se observa una reducción en t₂ de aquellos que pasan la prueba, para luego observarse un leve incremento en t₃. Siempre se observa una menor proporción de niños que pasan la prueba en los tratados que en controles, desde el ingreso al estudio.

Cuando usamos como denominador todos los que ingresaron al inicio del estudio, observamos como en t₂, t₃ en los controles, se reducen los que pasan la prueba; similar situación se observa en los tratados.

Tabla 25: Comparación grupo variables T₁, T₂ y T₃. Desarrollo infantil temprano

% que pasa o no la prueba DIT	Controles					Tratados				
	T1	T2	T3	Dif T1-T2	Dif T1-T3	T1	T2	T3	Dif T1-T2	Dif T1-T3
Pasa la prueba No IT	78,2	80,2	86,2	-2,0	-8,0	74,2	69,1	76,0	5,1	-1,8
Pasa la prueba IT	78,2	65,3	50,3	12,9	27,9	74,2	69,1	44,4	5,1	29,8

6.8 EFICACIA DE CRECER JUGANDO

Para el análisis de eficacia de la intervención, siguiendo a las hipótesis planteadas se usaron tres variables: interacción con el cuidador medida por PSI (dominio interacción funcional), el estrés parental medido por PSI (dominio estrés parental), el índice integrado de estrés parental y desarrollo.

La eficacia se midió a la salida del programa, esto es a t2. Dejando t3, como una medición de la mantención de la duración del efecto, lo que no se reporta en esta ocasión.

La medición de la eficacia se realizó con los siguientes métodos:

Para PSI, como se trata de una variable continua, se realizaron modelos multivariantes de la varianza incluyendo los factores de ajuste.

Para Desarrollo, se calculará los riesgos relativos entre tratados y controles sin incluir variables de ajuste y un modelo logit con variables de ajuste. Adicionalmente se realizará una estimación del efecto neto de la intervención.

a. Eficacia en Estrés Parental

Al realizar un modelo explicativo de las diferencias observadas en el puntaje de PSI en Índice estrés parental o estrés total entre T1 y T2, mediante modelo de regresión, tipo stepwise, incorporando las variables trabajo del cuidador, parentesco cuidador, primer hijo, la única que permanece en el modelo es la participación en grupo experimental (tratado).⁶

De modo que la varianza en las diferencias de puntajes está explicada solo por la intervención. Similar situación se observa para la varianza en puntajes de niño difícil e interacción disfuncional.

Tabla 26: Modelos explicativos para PSI a diferencia puntaje entre T1-T2 (puntaje total)⁷

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
Constante	-1,768	,860		-2,055	,040	-3,457	-,078
Grupo experimental (1)	3,725	1,611	,096	2,311	,021	,560	6,890

Tabla 27: Modelos explicativos para Niño difícil, diferencia de puntaje entre T1-T2

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	-1,122	,332		-3,385	,001	-1,773	-,471
Grupo experimental (1)	2,153	,621	,144	3,467	,001	,933	3,373

⁶ El rol del número de sesiones desaparece por la colinearidad con la participación en el programa.

⁷ A modo exploratorio se analizó las diferencias entre t1 y t3 en estas variables encontrando que la varianza observada en puntaje no se explica por la intervención sino por el trabajo del cuidador y quien es el cuidador.

Tabla 28: Modelos explicativos para Interacción disfuncional puntaje entre T1-T2

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	-1,685	,334		-5,044	,000	-2,341	-1,029
Grupoexperimental (1)	1,967	,626	,131	3,144	,002	,738	3,196

De este modo, se puede señalar con estos modelos preliminares sobre la diferencia observada entre t1y t2, que la intervención es eficaz en las variables asociadas a estrés parental.

b. Eficacia en Desarrollo

Análisis sin intención de tratar (los que siguen en el seguimiento)

- El Riesgo Relativo de Pasar la Prueba sin incorporar las variables de ajuste y considerando en el cálculo de frecuencia el denominador de solo los que terminan el estudio a t2, arroja un valor de 0,86 (IC 95%:0,77-0,97). Esto es, aquellos que participaron del programa tuvieron un peor desempeño en el tiempo 2, en comparación a controles.
- El efecto neto calculado⁸ en este escenario: -0,16. Es decir, sin los factores de ajuste, no hay un efecto bruto neto de la intervención, ya que pasan la prueba en mayor proporción neta los controles.
- Sin embargo, al considerar que los resultados de desarrollo basales eran inferiores en el grupo tratado, se realizó el cálculo del efecto neto considerando la diferencia entre diferencias.⁹ Este análisis muestra que el efecto neto de la intervención sobre el desarrollo, es de una diferencia de 1,39 puntos porcentuales a favor de pasar la prueba en el caso de los tratados; esta tendencia favorable sin embargo no alcanza a ser estadísticamente significativa.
- Estos análisis sugieren que no hay eficacia sobre el desarrollo de la intervención, sin ajustar por potenciales variables de confusión.

Análisis por intención de tratar (los que ingresan al estudio)

- El Riesgo Relativo de Pasar la Prueba sin incorporar las variables de ajuste considerando como denominador todos los que ingresaron al estudio (por intención de tratar) muestra un valor de 1,06 (IC95%: 0,94-1,2). Esto la participación del programa tiende a favorecer pasar la prueba, pero esta tendencia no es estadísticamente significativa (no habría efecto).
- El efecto neto calculado en este escenario es de 0,05 a favor de la intervención., sin incluir los factores de ajuste. (ecuación 4)
- Al realizar el ejercicio de las diferencias entre diferencias, este análisis muestra que el efecto neto es de -1,53 a favor de los controles. (ecuación 5)
- Estos análisis sugieren ausencia de efecto sobre el desarrollo.

⁸ Efecto neto1 = $\frac{\text{Frecuencia de pasar la prueba en tratados} - \text{Frecuencia de pasar la prueba en controles}}{\text{Frecuencia de pasar la prueba en tratados}}$

Frecuencia de pasar la prueba en tratados

⁹ Efecto neto 2 = $\frac{(\text{Diferencia frecuencia de pasar la prueba entre T2-T1, en tratados}) - (\text{Diferencia frecuencia de pasar la prueba entre T2 y T1, en controles})}{(\text{Diferencia frecuencia de pasar la prueba entre T2 y T1 en tratados})}$

Finalmente, al realizar un modelo de regresión logística binaria para probar el efecto de la intervención sobre desarrollo (pasar la prueba), incorporando las variables de ajuste cuidador madre o padre, primer hijo, trabajo en quehaceres del hogar vemos que el participar del grupo experimental es un factor que favorece de manera estadísticamente significativa el pasar la prueba de desarrollo.

Tabla 29. Modelo explicativo de Desarrollo a t2.

Variable que ingresan a ecuación explicando DSM t2	B	E.T.	Wald	gl	p	OR	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
Grupo experimental (1)	,596	,210	8,041	1	,005	1,814	1,202	2,738
Constante	,805	,162	24,619	1	,000	2,236		

7 CONCLUSIONES Y SÍNTESIS

HALLAZGOS

Este estudio tuvo como objetivo analizar la eficacia de la intervención “Crece Jugando” sobre el estrés parental y la interacción parental, medidos por PSI; y el desarrollo, medido por el tamizaje Pre-prunape.

Como primer punto destacamos que, a través del análisis de resultados de este estudio, se puede concluir que Crece Jugando es un modelo de intervención eficaz y consistente con sus objetivos.

Según los parámetros señalados en la hipótesis de este estudio, se logra la disminución de estrés parental, aspecto atribuible específicamente a la participación en el programa. Así mismo, hay mejoras en la interacción cuidador – niño y en la concepción de niño difícil.

Estos hallazgos son muy relevantes dado la abundante evidencia que señala que adultos con mayores índices de estrés parental proveen menos interacciones y experiencias positivas favorables para el niño y su desarrollo. Es sabido además el alcance que tiene durante la infancia temprana, contar con una relación adecuada y poco disfuncional.

Otro aspecto significativo se relaciona con los resultados en desarrollo infantil, los que si bien se incluyeron como parte de las hipótesis, en el modelo de cambio, constituyen una medida distal, más difícil de impactar, dado el gran conjunto de determinantes que median sus cambios, y que no son parte del programa. Luego de los distintos análisis se puede concluir que la participación en el programa tiende a favorecer a los niños en cuanto a evitar que sus resultados en pruebas de este tipo, sean negativos.

Es sabido que en la medida que pasa el tiempo las brechas de desarrollo se acentúan, quedando siempre en peores condiciones el grupo con malos resultados iniciales; según esta tendencia, el desarrollo se deteriora en el tiempo y el programa logra frenar en ciertos casos esta tendencia. Si bien estos resultados no son estadísticamente significativos, posiblemente debido al tamaño de la muestra, es interesante considerar esta intervención como un apoyo relevante para atenuar el impacto de un mal desarrollo infantil, para lo cual sería pertinente hacer análisis más profundos en este aspecto.

Destacamos en este estudio, los resultados obtenidos en la versión utilizada de HOME, donde podemos ver que en la medida que pasa el tiempo, los cuidadores avanzan hacia un mayor compromiso materno, un aumento de la responsividad, de la disponibilidad de material y de la evitación de castigos. Lamentablemente este instrumento se utilizó de manera exploratoria, y requiere de un análisis psicométrico, para interpretar mejor los resultados. Pese a esto los resultados son coherentes con lo observado en PSI y por lo tanto parecen estar influidos por el Programa

ALCANCE DE LOS RESULTADOS

Los hallazgos antes descritos son de gran interés tanto para Crecer Jugando como para las intervenciones de estas características que persigues similares resultados.

Si bien podemos destacar que las hipótesis fueron confirmadas parcialmente y el modelo cumple con sus objetivos, creemos más relevante aún, tomar estos resultados para extender la implementación de nuevas intervenciones que cumplan con este estándar de apoyo a familias en temas de parentalidad y promoción del desarrollo infantil. Tal como señala UNICEF en su informe sobre desafíos actuales en el país (Unicef 2016) y la necesidad urgente de una inversión pública orientada a proveer servicios de calidad para el apoyo de familias incluyendo a los niños y sus cuidadores.

Esperamos avanzar en el abordaje de nuevas preguntas de investigación que nos permitan comprender de manera más profunda el efecto de cada contenido del programa, para ofrecer a los niños y sus familias, intervenciones que continúen respondiendo a sus necesidades.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio es un cuasi-experimento. En este sentido cuenta con la debilidad de la falta de aleatorización de los conglomerados, y en la práctica aleatorización parcial de los tratados y controles; en particular por que se tendió a incluir en la lista de potenciales tratados, a niños y niñas con mayores desventajas y que dadas que pudieran realmente asistir. Este es un sesgo de selección importante, que se subsana parcialmente al parear por algunos criterios y luego controlar por algunas variables que diferencian los grupos. A futuro, con un mayor tamaño de muestra, podría aplicarse otra técnica como un pareamiento tipo "propensity score" que permita reanalizar los efectos.

Como es evidente, una de las principales limitaciones de este estudio es el tamaño de la muestra y las pérdidas producidas a lo largo del estudio, sobre todo en los tiempos de evaluación posterior y seguimiento (T₂ y T₃). Si bien es esperable contar con las pérdidas mencionadas, esto redujo posiblemente el encontrar (o no) efectos en la variable desarrollo. En este sentido el tamaño del efecto en interacción y estrés parental parece ser mediano, mientras que en desarrollo posiblemente sea pequeño (si lo hay), por lo que con la muestra disponible no encontramos resultados concluyentes.

El estudio fue diseñado para evaluar el conjunto de niños y no por sub grupos, lo que sería interesante de revisar en el futuro si se lograra una muestra suficiente para hacerlo. Esto requiere mayores recursos, considerando además las pérdidas potenciales, que como vimos, fueron importantes, en particular en algunos subgrupos.

Dado el diseño del estudio, se pretende seguir reclutando muestra en nuevas implementaciones del modelo, más allá del piloto, lo que podría beneficiar análisis futuros.

Otro sesgo potencial importante tiene que ver con la información. Se utilizaron instrumentos conocidos y con validación nacional (PSI, PHQ-g). Sin embargo, dada la falta de recursos, se optó por aplicar algunas preguntas de HOME para explorar aspectos del ambiente de estimulación al desarrollo. Como ya se dijo, este conjunto de preguntas no cuenta con una evaluación psicométrica, pero si, sus resultados muestran coherencia con lo que encontramos con PSI. En el futuro habrá que hacer un análisis al respecto. Este último punto es relevante, toda vez que es un buen proxy dado que los instrumentos que evalúan interacción presencialmente, son más caros y difíciles de estandarizar.

Por otra parte, creemos que la estandarización de aplicaciones, y el seguimiento del equipo de terreno fue clave a la hora de contar con poca pérdida de información entre aquellas díadas participantes.

Finalmente, para fines de este informe, nos hemos centrado en responder los objetivos del estudio y sus hipótesis, pero vemos que hay más aspectos relevantes de indagar con los datos recolectados, lo que permitirá responder nuevas preguntas en un futuro próximo.

Crecer Jugando aparece como una estrategia válida y con evidencia científica que tiende a ser positiva, lo que avala continuar su implementación y su mejora continua.

Barlow, J., Coren, E., & Stewart-Brown, S. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *British Journal Of General Practice*, 223-233.

Belsky, J. & Pasco Fearon, R. (2002) Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment & Human Development* Vol 4 No 3 December 361-387

Berbel, S. (2001). *Autoafirmación. Formación política de mujeres*. Barcelona: Diputación de Barcelona.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 300-314.

Collins, W.A., & Laursen, B. (1999). Relationships as developmental contexts. *The Minnesota Symposia on Child Psychology*, Vol. 30. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

Deater-Deckard, K. (1998). Parenting Stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 314-332.

Di Corcia, J, Tronick, E. (2011) Quotidian resilience: Exploring mechanisms that drive resilience from a perspective of everyday stress and coping. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, 1593-1602

Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. Vol1. The definition of quality and approaches to its assessment. . Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1986). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 166-206.

Fonagy, P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Revista web de Psicoanálisis "Aperturas Psicoanalíticas"* No.3.

Fox, S.E., Levitt, P., & Nelson, C.A. (2010). How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development*, 81(1), 28-40

Funciones de las Redes de Apoyo. (s.f.). Recuperado el 2014, de Escuela Abierta de Feminismo: <http://www.escueladefeminismo.org/spip.php?article322>

Fundación Antonio Restrepo. (2000). *Convenio del Buen Trato*.

Greenspan, S. y Weider, S. (2006) *Infant and Early Childhood Mental Health: A comprehensive Developmental Approach to Assessment and Intervention*. Am. Psychiatric Publishing. Washington, DC

Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2002). Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual. Recuperado el 2014, de Comisión Económica para América Latina y el Caribe: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf

Haden, C. A., Reese, E., & Fivush, R. (1996). Mothers' extratextual comments during storybook reading: Stylistic differences over time and across texts. *Discourse Processes*, 21(2), 135-169.

- Iglesias Lopez, M.** (2001). Guía para trabajar el tema del Buen Trato con niños y niñas. Campaña de vacunación simbólica del Buen Trato. Obtenido de www.buentrato.cl
- Jaleh, M., & Luzzi, A. M.** (2012). Profundización de conceptos: Contención emocional y mentalización. *Revista Borromeo*, 351-371.
- Laranjo, J., Bernier, A. & Meins, E.** (2008) Associations between maternal mind-mindedness and infant attachment security: Investigating the mediating role of maternal sensitivity. *Infant Behavior & Development* 31 688–695.
- Lecannelier, F.** (2013) El uso de la Mentalización y la Regulación Emocional en Programas de Intervención Temprana. *Revista Mentalización.com Año 1, Numero 1, Oct.*
- Lieberman, A., Van Horn, P.** (2008) *Psychotherapy with Infants and Young Children.* The Guildford Press: Nueva York
- Luby, J., Belden, A., Botteron, K., Marrus, N., Harms, M. P., Babb, C., ... & Barch, D.** (2013). The Effects of Poverty on Childhood Brain Development: The Mediating Effect of Caregiving and Stressful Life Events. *JAMA pediatrics*, 167(12), 1135-1142
- Magagna, J. & Pasquini, P.** (2014) *Being Present for Your Nursery Age Child: Observing, Understanding, and Helping Children.* Karnac Books: London.
- Maldonado Duran, M.** (2002) *Infant and Toddler Mental Health: Models of Clinical Intervention with Infants and Their Families.* American Psychiatric Publishing: Washington.
- Marrone, M.** (2001) *La Teoría del Apego: Un enfoque actual.* Editorial Psimática: Madrid.
- McMahon, C. & Meins, E.** (2012) Mind-mindedness, parenting stress, and emotional availability in mothers of preschoolers. *Early Childhood Research Quarterly* 27, 245– 252
- Montero, M.** (2004). *Introducción a la psicología comunitaria.* Buenos Aires: Paidós.
- Montes de Oca Zavala, V.** (2004). *Redes comunitarias, género y envejecimiento.* México D.F.: Instituto de Investigaciones Sociales - UNAM.
- Morillo de Hidalgo, C.** (2000). Las redes sociales: nuevo modelo de organización para el desarrollo humano sostenible. *Revista Puntual*, 10-15.
- National Scientific Council on the Developing Child.** (2004). Young children develop in an environment relationships. Working paper no. 1. Retrieved from <http://www.developingchild.net>.
- NICHD Early Child Care Research Network.** (2000). Characteristics and quality of child care for toddlers and preschoolers. *Applied Developmental Science*, 4(3), 116-135.
- OMS-ONUSIDA.** (2008). Marco para la investigación operativa y ejecución dentro de los programas de salud y control de enfermedades. Recuperado el 2014, de World Health Organization: http://www.who.int/hiv/pub/operational/or_framework_es.pdf

Petit, M. (2003) "El extraño objeto que nos reúne". Memoria del Seminario Lectura: pasado, presente y futuro (29 de septiembre al 2 de octubre del 2003). Descargable desde http://132.248.242.3/~publica/archivos/libros/3er_seminario_lectura.pdf

Pikler, E. (1984). *Moverse en libertad: desarrollo de la motricidad global* (Vol. 92). Narcea Ediciones.

Quesada, C. (s.f.). *Redes sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria*. Recuperado el 2014, de Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid: http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol1/arti6.htm#_Hlk421774859

Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Cabrera, E., & Máiquez, M. L. (2009). *Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial*. *Intervención Psicosocial*, 18(2).

Rosenblum, K., McDonough, S., Sameroff, A. & Muzik, M. (2008) Reflection in thought and action: Maternal parenting reflectivity predicts mind-minded comments and interactive behavior. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 29(4), 362–376.

Seligman, S. (1994). *Applying Psychoanalysis in an Unconventional Context*. *Psychoanal. St. Child*, 49, 481-500.

Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000). *From Neurons to neighborhoods*. National Academy Press. Washington, DC

Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D. & Locker, A. (2005) Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, September; 7(3): 283 – 298

Slade, A. (2006). *Reflective parenting programs: Theory and development*. *Psychoanalytic Inquiry*, 640-657.

Unicef (2016). *Inversión Pública en Primera Infancia en Chile: Diagnóstico, desafíos y propuestas*.

Winnicott, D. (1994). *Conozca su niño*. Buenos Aires: Paidós.

Zigler E. y Bishop-Josef S. (2009) "Play Under Siege", *Revista Zero To Three*, nº1, vol.30.