



RESUMEN

ESTUDIO EFICACIA

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	¡Error! Marcador no definido.
1.2	Proyecto Crecer Jugando	¡Error! Marcador no definido.
2.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	2
	General:.....	2
	Específicos:.....	3
3.	HIPÓTESIS DEL ESTUDIO:	3
4.	MARCO CONCEPTUAL	¡Error! Marcador no definido.
4.1	Principios y valores.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2	Intervención	¡Error! Marcador no definido.
4.3	Variables de resultado para la intervención	¡Error! Marcador no definido.
5	DISEÑO METODOLÓGICO.....	4
5.1	Desarrollo del programa Crecer Jugando	4
5.2	Muestra (diadas).....	5
5.3	Instrumentos y su aplicación	6
5.4	Análisis.....	¡Error! Marcador no definido.
6	RESULTADOS	7
6.1	Contexto de cada centro de salud.....	¡Error! Marcador no definido.
6.2	Características sociodemográficas de niños y cuidadores principales.¡Error! Marcador no definido.	
6.3	Características de las familias y ambiente de estimulación para los niños.	¡Error! Marcador no definido.
6.4	La implementación de la intervención.....	¡Error! Marcador no definido.
6.5	Atrición en el estudio.....	¡Error! Marcador no definido.
6.6	Comportamiento de variables de ajuste durante el seguimiento..	¡Error! Marcador no definido.
6.7	Comportamiento en el seguimiento de variables relevantes en el estudio.....	7
6.8	Eficacia de Crecer Jugando.....	9
7	CONCLUSIONES Y SÍNTESIS	12
	Hallazgos.....	¡Error! Marcador no definido.
	Alcance de los resultados.....	¡Error! Marcador no definido.
	Limitaciones del estudio	¡Error! Marcador no definido.

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 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 2014, en alianza con Fundación Colunga, con el apoyo de Fundación Ilumina, Unicef y San Carlos de Maipo, se desarrolla un programa piloto de dos años y medios de duración, en el cual se instaló un modelo basado en JNH llamado **Creceer Jugando**. Este modelo busca fortalecer aquellos aspectos, que en las evaluaciones previas de JNH, mostraron resultados positivos.

El objetivo es, a través de 10 sesiones focalizadas, 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. Este equipo es fundamental en su rol creando un vínculo de confianza, apoyo y respeto con los niños y sus cuidadores.

El Piloto se ejecutó en los Centro de Salud Familiar (Cesfam) Colina de la comuna de Colina y Cesfam Dr. Mario Salcedo de la comuna de El Bosque.

El año 2015, en conjunto con la Fundación San Carlos de Maipo, se define realizar un estudio de eficacia para medir al Programa Creceer Jugando, se utilizó una metodología cuasi experimental y se levantó la muestra durante 4 ciclo ejecutados el 2016 y primer semestre del 2017. Como grupo Control se seleccionó a la población del Cesfam Esmeralda en Colina y Cesfam Dra. Haydeé López en El Bosque.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

GENERAL:

Analizar la eficacia del Programa Creceer 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.

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 DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio realizado tuvo un carácter cuasi-experimental, donde los Centros de Salud que serían intervenidos fueron seleccionados y los control fueron elegidos 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.

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: **Juego libre**: 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. **Círculo de cantos y cuentos**: En este espacio se cantan canciones interactivas, con mímicas y se leen cuentos a través de la lectura dialogada que favorecen el desarrollo del lenguaje, la comunicación y motiva la interacción. **Conversación entre adultos** Donde se trabajan distintos temas

relacionados con la crianza, favoreciendo la confianza, la contención, la posibilidad de expresar de dudas y compartir experiencias relacionadas con el tema trabajado.

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

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

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 RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados principales resultados arrojados por el estudio¹

COMPORTAMIENTO EN EL SEGUIMIENTO DE LAS VARIABLES RELEVANTES

Respecto al análisis del HOME² en el 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 1: 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.

¹ Para conocer en mayor detalle los resultados del estudio revisar el informe completo.

² 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 2: 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 3: 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

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).³

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 4: Modelos explicativos para PSI a diferencia puntaje entre T1-T2 (puntaje total)⁴

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 5: 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

³ El rol del número de sesiones desaparece por la colinearidad con la participación en el programa.

⁴ 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 6: 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 t1 y 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 calculado⁵ 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.⁶ 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.

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

⁵ 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

⁶ Efecto neto 2 = $\frac{(\text{Diferencia frecuencia de pasar la prueba entre T2-T1, en tratados}) - (\text{Diferencia frecuencia de pasar la prueba entre T2 y T1, en controles})}{(\text{Diferencia frecuencia de pasar la prueba entre T2 y T1 en tratados})}$

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 7. 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		

6 CONCLUSIONES Y SÍNTESIS

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 resposividad, 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

De esta forma, Crece 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.