



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA

PREFERENCIA DE UN GRUPO DE CUIDADORES DE MENORES DE 12
MESES DE EDAD SOBRE FORMAS DE DESARROLLO DE MÓDULOS DE
ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE

INTEGRANTES:

Catalina Figueroa Arce.

Macarena Ipinza Gómez.

Salomé Loyola Tabilo.

María Elena Luco Joannon.

Alan Millán Alegría.

TUTORA PRINCIPAL:

Flga. Pilar Riveros Vitar.

TUTORAS ASOCIADAS:

Flga. Virginia Varela Moraga.

Flga. Marcela Vega Rivero.

Metodóloga Ilse López Bravo.

Santiago – Chile

2014



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA

PREFERENCIA DE UN GRUPO DE CUIDADORES DE MENORES DE 12
MESES DE EDAD SOBRE FORMAS DE DESARROLLO DE MÓDULOS DE
ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE

INTEGRANTES:

Catalina Figueroa Arce.

Macarena Ipinza Gómez.

Salomé Loyola Tabilo.

María Elena Luco Joannon.

Alan Millán Alegría.

TUTORA PRINCIPAL:

Flga. Pilar Riveros Vitar.

TUTORAS ASOCIADAS:

Flga. Virginia Varela Moraga.

Flga. Marcela Vega Rivero.

Metodóloga Ilse López Bravo.

Santiago – Chile

2014

*“Queda prohibido no sonreír a los problemas,
no luchar por lo que quiero,
abandonarlo todo por tener miedo,
no convertir en realidad mis sueños.”*

A. Cuervo Barrero.

“A los innovadores. Aunque el camino sea difícil, se puede lograr”.

Agradecimientos:

Nos gustaría agradecer a todas aquellas personas que nos ayudaron y apoyaron en la ejecución de este seminario de investigación, ya que sin ustedes no habría sido posible su realización. Agradecemos especialmente a nuestra tutora Pilar Riveros, quien nos apoyó desde un inicio con sus conocimientos, entusiasmo y disposición, guiándonos en la propuesta y desarrollo de un tema de estudio nuevo y sin investigaciones previas en fonoaudiología, como lo es la promoción y prevención de atención primaria en salud.

Gracias a nuestras tutoras asociadas, Marcela Vega y Virginia Varela, por su apoyo y orientación durante este arduo y largo camino. A nuestra metodóloga Ilse López, por su ayuda constante en el perfeccionamiento de esta investigación. A las profesoras Mariangela Maggiolo y Virginia Varela por facilitarnos su "Programa de Estimulación Temprana". Al lingüista y profesor Christian Peñaloza por sus valiosos aportes y comentarios.

También agradecemos a la fonoaudióloga Paola Berrios por sus aportes y buena disposición a colaborar con nuestra investigación. A Roxana Valdebenito, estudiante de sociología, por sus valiosos aportes en la creación de la encuesta. A la profesora Carol Cuellar por su ayuda en el análisis de los resultados. A la señora Isabel por su gran disposición para ayudarnos con el material necesario para las encuestas.

Además, agradecemos a las personas que colaboraron y participaron en esta investigación, ya que sin ellos no hubiera sido posible su realización.

Al CESFAM "Cristo Vive" y a las personas que trabajan en ese lugar, tanto funcionarios como profesionales, que nos permitieron realizar nuestra investigación, facilitarnos sus instalaciones y ayudarnos en las gestiones para llevar a cabo nuestros talleres. .

Finalmente, queremos agradecer a nuestras familias por apoyarnos en este proceso e instarnos a nunca rendirnos a pesar de las adversidades.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
Desarrollo psicomotor: definición	3
Lenguaje	5
Importancia del lenguaje en el desarrollo del niño	7
Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor	8
Desarrollo psicomotor: evaluación	10
Políticas de cuidado infantil e Intervención en rezago	11
Introducción al concepto de “Rezago”	12
Intervenciones en el desarrollo infantil.....	14
Cuidadores	17
Apego y sensibilidad	19
III. HIPÓTESIS	21
IV. OBJETIVO GENERAL	22
V. ETAPAS DEL PROYECTO	23
Etapa 1: Adaptación e implementación de un módulo de intervención	24
Metodología	24
Derivación por pesquisa.	25
Etapa 2: Recopilación de información y análisis de resultados	26
Objetivos Específicos:	26
Metodología	26
Variables en estudio	27
VI. RESULTADOS	29
Caracterización sociodemográfica de los cuidadores (n=30).	30
Preferencias de los cuidadores respecto a las estrategias de reclutamiento. (n=27)*	33
Opiniones de los cuidadores respecto a los talleres que se realizan en consultorios (n=30).	35
Preferencias de los cuidadores respecto al contenido de un taller de estimulación del lenguaje (n=30).	37

Preferencias de los cuidadores asistentes respecto a la forma (didáctica) del taller realizado (n=11).	38
Preferencias de los cuidadores respecto a las futuras intervenciones de estimulación del lenguaje (n=30).....	39
VII. DISCUSIÓN	47
VIII. CONCLUSIONES	51
IX. BIBLIOGRAFÍA	54
VIII. ANEXOS	60
Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	60
Anexo 2: FICHA DE INSCRIPCIÓN	62
Anexo 3: RECORDATORIO DEL TALLER.....	63
Anexo 4: TALLER DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL LENGUAJE	64
Sub-anexo 1: GUIÓN DEL TALLER.....	67
Sub Anexo 2: POWER POINT	70
Sub-anexo 3: LÍNEA DE TIEMPO.....	72
Sub-anexo 4: IMÁN	73
Anexo 5: MENSAJES DE TEXTO	74
Anexo 6: ENCUESTAS	75
Encuesta para asistentes al taller	75
Encuesta para no asistentes al taller	79

Resumen del Proyecto

Introducción: El rezago del desarrollo infantil se entiende como el fracaso en la adquisición de habilidades esperables para la edad del menor, lo que produce un desajuste evolutivo que no concuerda con el potencial real de éste. Según investigaciones recientes, el rezago en Chile es prevalente y se correlaciona con el nivel socioeconómico. Las dificultades de lenguaje, que se evidencian en un retardo en la aparición de sus hitos a cualquier nivel, son causa de rezago. La prevalencia de estas en nuestro país se estima alta, aunque no existen investigaciones al respecto (Ministerio de Salud, 2011). A partir de estos antecedentes, se justifica la implementación de medidas preventivas a nivel de Atención Primaria de Salud (APS), como por ejemplo, talleres que aborden la problemática oportunamente. Sin embargo, la asistencia a estos talleres es considerada baja y se desconoce cuáles son las preferencias de los usuarios para que estas intervenciones sean implementadas. Dado lo anterior resulta necesario indagar en las preferencias de los usuarios para plantear un módulo que se ajuste a sus necesidades e intereses, para así lograr una mejor adherencia a estos programas.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo determinar las preferencias de los cuidadores, de niños menores de 12 meses, adscritos al centro de salud familiar (CESFAM) "Cristo Vive", de la zona norte de la región Metropolitana, respecto a la forma de aplicación y contenido de un taller de estimulación temprana del lenguaje.

Metodología: Se invitó a un grupo de 39 cuidadores de menores de 12 meses de edad a un taller presencial de estimulación temprana del lenguaje, el que fue realizado en cuatro oportunidades. Posterior a una semana, se aplicó una encuesta telefónica a todas las personas reclutadas, hayan o no asistido al taller.

Resultados: Dentro de los resultados más relevantes se encuentra la utilidad de los mensajes de texto como método recordatorio, la relevancia que otorgan las personas al desarrollo del lenguaje en los niños, la preferencia de los encuestados por ser invitados personalmente a los talleres y la preferencia por la realización de intervenciones de tipo presencial.

Conclusión: Un alto porcentaje de usuarios dice preferir las intervenciones presenciales por sobre las no presenciales. Sin embargo, la cantidad de personas que efectivamente asiste a los talleres es baja. Se plantea como desafío buscar nuevas formas para aumentar la asistencia de las personas a estas instancias.

Abstract

Introduction: Child's developmental lag is defined as the failure to acquire skills expected for a child's age, which leads to a developmental mismatch that is not consistent with his real potential. According to recent research, in Chile, Child's lag is prevalent and correlates with socioeconomic status. Language difficulties, evidenced in a delay in the onset of milestones at any level, are cause of lag. Its prevalence is estimated high, although currently there is no available research in Chile regarding it (Ministerio de Salud, 2011). The execution of preventive measures at the Primary Health Care (PHC), such as workshops that address the problem opportunely, is warranted, according to this background. However, attendance to workshops is considered low and people's preferences are unknown in regards to its implementation. Given that, it is necessary to inquire into people's preferences in order to set a unit tailored to their needs and interests, so that a better attendance is achieved.

Objective: This study aims to determine the preferences of caregivers of children under 12 months of age, assigned to the Family Health Center (CESFAM) "Cristo Vive", in the north of the Metropolitan area, in regards to form of delivery and content of an early language stimulation workshop.

Methodology: A group of 39 caregivers of children under 12 months of age were invited to an early language stimulation face-to-face workshop, which was performed in four different opportunities. After one week, a telephone survey was conducted to all recruited people, whether they attended to the workshop or not.

Results: The usefulness of text messaging as a reminder method, the reported relevance of language development in children, the reported preference of being personally invited to workshops and predilection for in-person type of interventions are among the most important findings.

Conclusion: A high percentage of people reported to prefer face-to-face against non face-to-face interventions. Nevertheless, the number of people that actually attend to workshops is low. It is a challenge to find out new forms to increase people's attendance to these instances.

I. INTRODUCCIÓN

El rezago infantil se entiende como el fracaso en la adquisición de alguna de las habilidades esperables para la edad del menor, pese a que en etapas previas estas fueran adquiridas según lo requerido. De esta forma, se produce un desajuste evolutivo que no es concordante con el potencial real del menor (Chile Crece Contigo Curicó, 2008). Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCAVI), del Ministerio de Salud (MINSAL) (2006), la prevalencia de rezagos del desarrollo en Chile es de un 30%.

Específicamente en el lenguaje, el rezago se caracteriza por presentar una tardanza en la aparición de hitos del lenguaje. Este déficit o retardo puede incluir todas las áreas del lenguaje, como lo son la semántica, léxica, fonológica, morfosintáctica y pragmática (Chile Crece Contigo, 2012).

En el documento sobre las Metas 2011-2020 del plan Elige Vivir Sano (Ministerio de Salud, 2011) se pueden encontrar diversos datos que ayudan a correlacionar el rezago con un bajo nivel socioeconómico. En relación al quintil de ingreso familiar, dentro del primer y quinto año de vida la proporción de menores con rezago de quintiles inferiores duplica a la de quintiles de mayores ingresos. Durante el quinto año de vida esta relación se hace aún más desigual y la proporción de menores con rezago en quintiles inferiores triplica a la de quintiles superiores.

El año 2006, como parte del Sistema de Protección Social, se implementó en Chile el Subsistema Chile Crece Contigo (ChCC), que constituye un importante progreso para la protección de la infancia. Este programa tiene como finalidad equiparar las oportunidades de desarrollo de los niños, para lo cual se incluyen estrategias (evaluaciones periódicas del desarrollo psicomotor, taller “Nadie es Perfecto” (NeP), entrega de material educativo, visitas domiciliarias, entre otras) que permitan alcanzar el potencial máximo de desarrollo de cada niño. Estas estrategias están dirigidas tanto a los menores como a cuidadores, estos últimos definidos como la figura de apego significativa con la cual el niño pasa una cantidad de tiempo suficiente para construir la relación de contención que necesita (ChCC, 2012).

Con el propósito de monitorear esta estrategia de promoción se realizó una evaluación a nivel país de la implementación del taller grupal de competencias parentales NeP. El MINSAL (2014) encontró que en promedio asisten seis cuidadores a cada taller. Desde el 2010 al 2013 este se ha impartido aproximadamente en 7.000 oportunidades y ha abarcado a más de 40.000

personas. Consideramos, según estos datos, que el nivel de participación es bajo dado los altos esfuerzos realizados para llevar a cabo estas intervenciones.

Como estudiantes de la carrera de Fonoaudiología estimamos prioritario el desarrollo psicomotor, especialmente del área de lenguaje, y el rol que tienen los cuidadores. Esta importancia radica en que los cuidadores repercuten de manera favorable para que el niño adquiera habilidades y alcance su máximo potencial, lo que se reflejará, entre otras, en el desempeño escolar a futuro (De Tejada y Otálora, 2006).

Por ende creemos de vital importancia investigar y validar la perspectiva y preferencias de los usuarios con respecto a la realización de intervenciones para así aumentar la participación de estos en los talleres de estimulación del lenguaje. Lo anterior, con un propósito de generar información que contribuya en la creación de políticas públicas que aporte en las poblaciones de mayor riesgo de poseer rezago, disminuir su prevalencia y así acortar una de las tantas brechas de inequidad sociocultural que posee Chile.

En esta investigación se adaptó un programa de estimulación temprana del lenguaje a un módulo, el cual se aplicó a cuidadores de niños menores de 12 meses de edad, para luego de dos semanas aplicar una entrevista telefónica. Esta última tuvo como finalidad dilucidar las preferencias de los cuidadores con respecto al interés y los aspectos prácticos de la implementación del módulo de intervención. Se pretende que esta investigación sea de utilidad para el futuro diseño de un programa de estimulación del lenguaje que considere las preferencias de los cuidadores para así aumentar su participación.

II. MARCO TEÓRICO

Desarrollo psicomotor: definición

El término desarrollo psicomotor (DPM) hace referencia a un proceso gradual y continuo de adquisición de un conjunto de habilidades de forma progresiva por parte del niño (Álvarez de Laviada Mulero, 2011; Nelson y Vargas, 2008; Palacios y Mora, 2009; Vericat y Orden, 2013). El primero en proponer este término fue el neuropsiquiatra Carl Wernicke (Vericat y Orden, 2013). El DPM es el producto de la interacción entre factores biológicos y el contexto psicosocial del menor, que resulta fundamental para un desarrollo saludable si actúa como factor protector, aunque también puede conformarse como un factor de riesgo (Palacios y Mora, 2009; Vericat y Orden, 2013). Dentro de él es posible identificar etapas de creciente nivel de complejidad, las que se determinan por el logro de los distintos hitos del desarrollo, los cuales se encuentran íntimamente ligados entre sí (Palacios y Mora, 2009; Vericat y Orden, 2010). A partir de lo anterior el niño progresivamente está más capacitado para realizar tareas y dar respuestas de mayor complejidad, lo que le otorga mayor independencia en conjunto con la capacidad de interactuar con su entorno y transformarlo (Nelson y Vargas, 2008; Vericat y Orden, 2013). Además es posible identificar variaciones interindividuales, ya que la adquisición de las diferentes habilidades no es producto de un programa secuencial rígido, sino que presenta variaciones en el ritmo de desarrollo que cada habilidad requiere y en la edad cronológica en que es esperable el logro de cada uno de los hitos del desarrollo (Palacios, 2009; Vericat y Orden, 2013).

Baker-Henningham y López (2010) exponen que el DPM corresponde a un proceso multidimensional en el que es posible distinguir las áreas socio-emocional, sensorio-motrices y cognitivo-lingüística. Todas ellas se sobreponen e influyen unas a otras, para contribuir al bienestar del niño a largo plazo. Debido a esto la alteración de un área no sólo tiene consecuencias en esa en específico, sino que se refleja en todas las demás (ChCC, 2012).

El desarrollo socio-emocional es el que posibilita al niño adquirir seguridad de sí mismo, capacidad para relacionarse con su entorno, establecer vínculos estables y seguros con las personas que lo rodean y desarrollar competencias para perseverar frente a situaciones complejas (Young y Fujimoto, 2003). Santrock (2006) junto con Ortiz, Fuentes y López (2009) exponen que el desarrollo socioemocional está fuertemente influenciado por factores neurobiológicos. Es así como en las primeras etapas las emociones se relacionan con el

desarrollo de estructuras cerebrales y del sistema límbico. A medida que el niño crece va adquiriendo mayor capacidad de autorregulación de las respuestas emocionales, esto debido en gran parte a la maduración del córtex cerebral, principalmente de la región frontal. En conjunto con lo anterior el ambiente también ejerce influencia en el desarrollo socioemocional. Los cuidadores sensibles y responsivos contribuyen en la regulación de las emociones y la reducción del nivel de estrés.

Además, las emociones se configuran como el primer sistema de relación y comunicación entre los bebés y sus cuidadores (Santrock, 2006; Ortiz et al., 2009). Los niños son capaces de responder a los cambios en la voz y expresión facial de sus padres al mismo tiempo en que estos son capaces de reaccionar frente a las respuestas emocionales de sus hijos (Santrock, 2006). El apego corresponde a la relación afectiva más importante de la primera infancia y se concibe como el vínculo emocional fuerte que se establece entre el bebé y su cuidador (Santrock, 2006; Ortiz et al., 2009). El apego proporciona la base del desarrollo socioemocional y se relaciona con la competencia social futura del niño (Santrock, 2006).

El temperamento y la personalidad son componentes del desarrollo socioemocional (Santrock, 2006). Según Goleman (1997) y Santrock (2006), el primero se refiere a la forma de respuesta emocional y al estilo de comportamiento característico de un individuo. Se encuentra influenciado por el componente biológico y puede ser modificado por la experiencia y por factores como el género y cultura del niño o niña. El segundo, incluye aspectos como el desarrollo de la confianza, autoconocimiento e independencia (Santrock, 2006).

Respecto al desarrollo motor, Santrock (2006) en su libro expone la teoría de los sistemas dinámicos, según la cual la adquisición de una nueva habilidad motora está dada por la interacción entre el desarrollo del sistema nervioso del niño junto con sus capacidades físicas, la motivación por alcanzar un objetivo y la estimulación del medio. Es decir, los niños deben tener un estímulo del entorno que los empuje a utilizar y desarrollar sus habilidades motoras con el fin de alcanzar su objetivo. A partir de lo anterior, se entiende que este corresponde a un proceso activo, en el que el niño es el principal protagonista.

Al nacer los bebés cuentan con una serie de reflejos que actúan como mecanismos de supervivencia y que les permiten responder a las distintas condiciones que se presentan en el entorno (Santrock, 2006; Ortiz et al., 2009). A medida que el niño crece, sus respuestas se van

complejizando gracias al desarrollo de habilidades motoras gruesas y finas (Santrock, 2006; Ortiz et al., 2009).

Para Santrock (2006) y Ortiz et al. (2009) las habilidades motoras gruesas implican la actividad de grandes grupos musculares e incluyen una serie de hitos que se adquieren en forma progresiva. Entre ellos se puede mencionar el control cefálico, la capacidad para sentarse de forma independiente, mantenerse de pie, el logro de la marcha, entre otros. Las habilidades motoras finas implican movimientos delicados. Su desarrollo se encuentra directamente relacionado con los sistemas perceptivos (tacto, visión) al igual que con la experiencia del niño.

Según Ortiz et al. (2009) a medida que el niño crece las habilidades motoras se van perfeccionando y complejizando progresivamente. Esto permite que el niño ajuste de mejor manera sus movimientos musculares voluntarios a las distintas situaciones y que alcance el control voluntario de su cuerpo.

Lenguaje

El desarrollo del lenguaje comienza en el momento del nacimiento e incluso antes (Castaño, 2005; Peña, 2005; Santrock, 2006). En un principio los bebés usan el llanto para comunicarse, alrededor del segundo mes se produce el gorjeo, hacia los seis meses comienzan a balbucear y alrededor de los ocho a doce meses los niños usan gestos para mostrar o señalar algo (Santrock, 2006; Bermeosolo, 2007). Además, durante los primeros seis a siete meses, los menores son capaces de distinguir una gran variedad de sonidos, sin embargo, luego de esta edad, van perdiendo esta capacidad y se van perfeccionando en la distinción de sonidos de su lengua materna (Castaño, 2005; Peña, 2005; Santrock, 2006). También desde muy temprano pueden reconocer la prosodia de las lenguas y a los cinco meses son capaces de discriminar entre la lengua materna y otras con similar prosodia (Castaño, 2005).

Entre los diez a quince meses aparecen las primeras palabras, las que por lo general hacen referencia a elementos presentes en el ambiente del niño (Castaño, 2005; Santrock, 2006). En un principio el lenguaje receptivo de los niños es bastante más amplio que su lenguaje expresivo, es decir son capaces de comprender mucho más de lo que pueden exteriorizar (Santrock, 2006). A los dieciocho meses aproximadamente comienza la etapa de explosión del lenguaje, en la cual los niños aumentan notablemente la cantidad de palabras de su repertorio en un corto periodo de tiempo (Santrock, 2006).

Según Bloom y Lahey (1978) el lenguaje se construye a través de la interacción de tres dimensiones fundamentales: contenido, forma y uso. Para Schonhaut, Maggiolo, De Barbieri, Rojas y Salgado (2007) las experiencias que el niño tiene con el mundo, las personas y los objetos, darán origen al contenido del lenguaje. Pérez (1984) lo señala como la representación lingüística que el individuo tiene del mundo y corresponde al significado o semántica del lenguaje. Según Pérez (1984) y Schonhaut et al. (2007), dada la formalidad y convencionalidad del lenguaje, resulta necesario aprender las reglas no explícitas que lo rigen. Lo anterior hace referencia a los aspectos formales o forma del lenguaje que corresponde al modo en cómo se estructura este sistema en cuanto a sonidos (fonología), palabras (morfología) y oraciones (sintaxis). En cuanto al uso del lenguaje, Schonhaut et al. (2007) señalan que corresponde a los propósitos con que se utiliza el lenguaje para la comunicación. Pérez (1984) menciona que esta dimensión posee dos aspectos a considerar, el primero se relaciona con las funciones del lenguaje o lo que motiva a hablar a las personas, es decir, la expresión de intenciones. El segundo aspecto tiene que ver con la influencia que tiene el contexto en el desempeño lingüístico del individuo, en cuanto a su comprensión y expresión.

A medida que el niño desarrolla su competencia lingüística, va expresando cada vez más contenidos, para lo cual utiliza un espectro de formas lingüísticas cada vez mayor. Tanto los contenidos como las formas que estos tengan serán usados por el menor para adecuarlos apropiadamente a sus distintos contextos (Pérez, 1984). Sin embargo, antes de que un niño pronuncie su primera palabra, es necesario que posea una serie de aptitudes y/o conductas denominadas “precursores del lenguaje”, los que serán cruciales dentro de sus dos primeros años de vida y repercutirán en su posterior desarrollo lingüístico (Jiménez, 2010). Para Maggiolo y De Barbieri (1999), los precursores del lenguaje se desarrollan durante los primeros doce a dieciocho meses de vida, y son la base para la verbalización en el niño y su desarrollo comunicativo posterior. A partir de lo anterior, la estimulación de los precursores pretende desarrollar recursos comunicativos básicos que permitan al niño aprender a comunicarse antes y a medida que surge la interacción entre el contenido, las formas convencionales y los propósitos de la comunicación.

Según el “Programa de Estimulación Temprana del Lenguaje” de Maggiolo y De Barbieri (1999) los precursores del contenido del lenguaje consideran aptitudes del menor tales como el almacenamiento y el procesamiento de la información, la atención y la permanencia del objeto. Dentro de los precursores de la forma del lenguaje se encuentran la propioceptividad

oral, la propioceptividad auditivo-oral y la imitación. En cuanto a los precursores de uso, se incluyen patrones de mirada recíproca, intenciones comunicativas y protoconversaciones.

Maggiolo y Varela (s.f) han diseñado un “Programa de Estimulación Temprana del Lenguaje”, el cual tiene como objetivo estimular el desarrollo de los niños entre los cero y cuatro años de edad. El programa se encuentra dividido en tres áreas principalmente (lúdica, comunicación y alimentación), cada una con un propósito. El área lúdica se enfoca en crear una interacción inicial con el menor, el área de alimentación se propone establecer patrones correctos de alimentación e informar sobre las consistencias y sabores de los alimentos según la edad del menor y el área de comunicación tiene como objetivo estimular las habilidades lingüísticas. Esta última área a su vez se divide en dos sub-áreas, las cuales consideran, por un lado, estimular la forma y el uso del lenguaje, y por otro, los contenidos simbólicos. Para cada una de las áreas del programa se proponen una serie de actividades, divididas por rango de edad, en las cuales se especifica los procedimientos y materiales necesarios para que la persona que interactúa con el menor pueda llevarlas a cabo. Pese a que este material no esté publicado oficialmente, es un aporte en el fomento de la estimulación temprana de los niños.

Importancia del lenguaje en el desarrollo del niño

El desarrollo del lenguaje es un proceso complejo, el cual cumple múltiples funciones. Entre ellas, se puede mencionar que permite estructurar el pensamiento, regular la conducta, adquirir habilidades sociales, conocer el mundo, aprender, además de transmitir información y cultura de generación en generación (Schonhaut et al., 2007; Fernández, 2013). Corresponde al medio principal de comunicación entre los seres humanos (Fernández, 2013).

El medio juega un rol fundamental en el desarrollo del lenguaje, pues este regula los intercambios comunicativos que se producen y a través de las respuestas que el niño obtiene de quienes lo rodean es capaz de ir perfeccionando su lenguaje (Fernández, 2013). Además, en el habla dirigida a los niños existen características particulares (Stein, Migdalek & Sarlé, 2012). Primero, el habla que se ocupa es más clara, es decir más lenta y con mayor énfasis prosódico (Santrock, 2006). Además los cuidadores suelen usar, de forma natural, estrategias específicas durante los intercambios comunicativos con los menores (Santrock, 2006; Stein, et al., 2012). Estas estrategias corresponden a la repetición, expansión y el etiquetado (Santrock, 2006; Stein et al., 2012). Según Santrock (2006) la repetición consiste en expresar nuevamente lo que el niño dijo pero de una forma diferente. La expansión se refiere a reformular el enunciado del

menor de una manera más compleja desde el punto de vista lingüístico. El etiquetado corresponde a nombrar los distintos objetos que están en el ambiente.

El lenguaje resulta muy útil para predecir el desarrollo cognitivo en conjunto con el rendimiento escolar futuro y una alteración de este puede provocar dificultades tanto conductuales como psicosociales (Schonhaut et al., 2007).

Santrock (2006) hace referencia a la importancia del entorno, especialmente los estímulos que el niño recibe, para el desarrollo de su lenguaje. Estudios publicados de Santrock (2006) avalan que una madre que habla más con su hijo desarrollará en él un mayor léxico, el cual puede ser hasta cuatro veces mayor que el de un hijo con una madre menos conversadora. El ambiente también está condicionado por el nivel socioeconómico, encontrándose que los padres con actividad profesional hablan mucho más a sus hijos que los padres desempleados. Si bien los menores en ambas situaciones desarrollan lenguaje, los hijos de padres profesionales generan un vocabulario mucho mayor.

Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor

Según datos del Servicio Nacional de Menores (SENAME, 2007), se considera que actualmente en Chile la posición en la estratificación socioeconómica que ocupa el hogar en que la persona nació será un predictor del lugar que el menor ocupará en su vida adulta.

La Facultad de Economía y Negocios Universidad de Chile (2010), a través del Centro de Microdatos del Departamento de Economía, diseñó la Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia (ELPI), con el fin de evaluar los programas que se han implementado en el país dirigidos a niños entre 6 meses y 7 años de edad. Esta se ha desarrollado en dos rondas, la primera se llevó a cabo en 2010, (Facultad de Economía y Negocios Universidad de Chile, 2010) en ella se evaluó el desarrollo psicomotor de 4.868 niños entre 6 a 23 meses y 30 días de edad, usando el Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) como instrumento. En los resultados se obtuvo que un 72,4 % de los evaluados se encontraba dentro del rango normal de desarrollo, un 19,3 % tenía riesgo de presentar retraso y un 9,3 % poseía retraso psicomotor. Además se encontró que a mayor quintil de ingreso económico el número de niños con retraso del desarrollo disminuye, al mismo tiempo que a menor quintil de ingreso la cantidad de niños calificados como normales desciende (en la tabla 1.1 se exponen los resultados desglosados por quintil de ingreso). También se halló que la ocupación del cuidador (ocupado, desocupado o inactivo) no generaba diferencias en el nivel de desarrollo de los menores.

Tabla I.

QUINTIL DE INGRESO						
Interpretación EEDP	I	II	III	IV	V	Total
Retraso	9,1	9,0	8,7	7,9	6,9	8,3
Riesgo	21,9	20,7	20,8	17,4	16,5	19,3
Normal	69,0	70,3	70,5	74,7	76,6	72,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi ² =15.606538						
Pr = 0.04837073						

(ELPI, 2010, p. 9)

Schönhaut, Rojas y Kaempffer (2005) realizaron una investigación sobre los factores de riesgo asociados al déficit en el DPM, utilizando las evaluaciones de un centro de atención primaria de la Región Metropolitana. En él encontraron que dentro de los 159 niños estudiados, uno de los subtest del Test de desarrollo Psicomotor (TEPSI) más afectado fue el del lenguaje, con un porcentaje de niños afectados de un 97% en el grupo en estudio y de un 19% en el grupo control. Paralelamente, se asoció a déficit en el DPM antecedentes tales como: ser del sexo masculino, pertenecer a una familia de mayor pobreza, ser captado en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) después de los 12 meses de edad, no asistir a educación preescolar, tener sospechas de un déficit en el DPM en evaluaciones anteriores y ser hijo de madre analfabeta.

Existen otras investigaciones al respecto, como la de Schönhaut, Maggiolo, Herrera, Acevedo y García (2008) sobre la relación entre inteligencia y lenguaje en preescolares. Dentro de la muestra analizada, al igual que en el estudio anterior, se encontró un alto porcentaje de menores con déficit en el lenguaje, excluyendo a aquellos que presentaban problemas en esta área debido a trastornos asociados. En este estudio se relacionó el déficit del lenguaje con factores biológicos y hereditarios, como lo son trastornos del DPM y antecedentes familiares de dificultades lingüística o aprendizaje. El desarrollo cognitivo en cambio, se encontró fuertemente influenciado por los factores socioambientales como la escolaridad materna e ingreso precoz a

educación parvularia. En cuanto a la asociación entre inteligencia y lenguaje, se evidenció que al poseer un déficit en este último, los puntajes en pruebas de inteligencia, verbal o de ejecución, disminuyen significativamente.

Desarrollo psicomotor: evaluación

En Chile la evaluación del DPM en el sistema público de salud se lleva a cabo dentro del control del niño sano, en el marco del programa ChCC. Este programa fue implementado el año 2007 y entrega tiempos protegidos para evaluar el desarrollo adecuado del menor. Para menores de 2 años se utiliza la EEDP de Rodríguez, Arancibia y Undurraga (1976) y entre 2 y 5 años el TEPSI de Haeussler y Marchant (1991) como método de screening para pesquisar anomalías en el desarrollo infantil (Bedregal, 2008). A partir de los resultados obtenidos con estos instrumentos se realiza el diagnóstico de rezago y retraso del DPM.

La EEDP es una prueba de tamizaje chilena implementada desde la década de los ochenta en nuestro país (Bedregal, 2008). Como expone Vericat y Orden (2010) es el primer instrumento normado para esta población, su evaluación incluye las áreas de desarrollo social, lenguaje, coordinación y motricidad arrojando un coeficiente de desarrollo que se correlaciona con el nivel socioeconómico del menor. Este test posee una baja sensibilidad y especificidad en menores de 4 meses y un valor predictivo positivo para mayores de 4 meses de un 97 a 100% (Bedregal, 2008).

En cuanto al TEPSI, su uso comenzó en la década del noventa junto con el Programa de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños menores de seis años (Bedregal, 2008). Este fue confeccionado en 1980 en Chile y su evaluación incluye las áreas de coordinación, motricidad y lenguaje (Vericat y Orden, 2010). Es necesario destacar que en el estudio de Schonhaut, et al. (2007) este test no logra identificar un gran porcentaje de niños que presentan problemas en el desarrollo del lenguaje, catalogándolos como “normales”. En el estudio se realiza una evaluación con TEPSI y una evaluación fonoaudiológica mediante dos pruebas específicas a menores entre 3 y 5 años. De la muestra, un 48,8% de los menores en estudio presenta problemas en el desarrollo del lenguaje en la evaluación fonoaudiológica, pero solo un 13,9% presentaba dificultades en el ítem lenguaje del TEPSI. Esto indicaría que muchos de los menores con problemas en el desarrollo del lenguaje no son pesquisados por los medios utilizados en la atención primaria en salud. Esto posiblemente se deba a que el ítem de lenguaje en el TEPSI incluye áreas muy básicas para cada rango etario (Schonhaut, et al., 2007).

Políticas de cuidado infantil e Intervención en rezago

Schonhaut (2010) sostiene que en Chile desde hace más de cien años se han priorizado políticas sociales relacionadas con la protección del crecimiento y desarrollo de los niños. Para la autora, resulta importante cambiar y ampliar el enfoque biomédico de la salud pública, por uno que incorpore y desarrolle un enfoque biopsicosocial, el cual tenga como propósito realizar programas que potencien el desarrollo infantil en todas sus dimensiones de forma efectiva. A razón de lo mismo, luego de la Convención de los Derechos del Niño en 1990, se realizaron una serie de programas orientados al resguardo de la infancia.

De acuerdo a lo expuesto por el MINSAL (2004), Chile hace algunas décadas dejó de ser un país con altos niveles de morbilidad infantil, por lo que sobreviven más niños con problemas biológicos, particularmente del sistema nervioso central, que pueden provocar algún déficit en el DPM. Es así como en el año 1979 al programa de Salud del Niño se agrega la evaluación y estimulación del DPM, que antes se realizaba solo en menores de 2 años. Luego en el año 1993, este programa se fue orientando a la pesquisa temprana de alteraciones, ampliándose a los niños y niñas hasta los 5 años. En la actualidad este programa está bajo el alero de un Sistema de Protección Social, y uno de sus cimientos más elementales es el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia - Chile Crece Contigo. (MINSAL 2004, 2008; ChCC, 2012).

El subsistema ChCC tiene como finalidad equiparar las oportunidades de desarrollo de los niños. La política pública de protección integral entregada a través de este programa es un importante progreso para la protección de la infancia, puesto que posibilita entregar oportunidades a los menores y sus respectivas familias además de fomentar el desarrollo de las habilidades y capacidades para así nivelar las oportunidades de los niños y niñas de Chile.

El MINSAL (2008) señala que el fundamento de la intervención temprana se basa en que los menores poseen un sistema nervioso más receptivo, un cerebro menos diferenciado y con mayor plasticidad que le otorga al niño mayor sensibilidad ante cualquier intervención que se realice de forma temprana. Según Monsalve y Núñez (2006) las experiencias tempranas son fundamentales para el desarrollo cerebral, además Love y Webb (1998) afirman que es necesaria la especialización y maduración cerebral para el desarrollo del habla y lenguaje.

Para Vericat y Orden (2010) en los períodos críticos se presenta una mayor susceptibilidad y vulnerabilidad a los factores de riesgo. Esto estaría dado por el gran ritmo de crecimiento y diferenciación del sistema nervioso central. Por lo tanto también definen este momento como el mejor para realizar intervenciones efectivas, ya que mejorarían el pronóstico.

Vericat y Orden (2010) junto con Love y Webb (1998) exponen que la plasticidad y crecimiento cerebral se da mayormente en los tres primeros años de vida, alcanzando alrededor del 75% de su crecimiento. Existen autores más optimistas que definen este periodo hasta los cinco o seis años de edad, en los cuales se alcanzaría una maduración del 90% del cerebro (Monsalve y Núñez, 2006).

A partir de lo anterior, la intervención temprana podría otorgar nuevas oportunidades de aprendizaje, influyendo positivamente en el desarrollo general y cognitivo de los niños (Monsalve y Núñez, 2006). Según Vargas (2008), esta se relaciona con la posibilidad de prevenir y rehabilitar en los momentos adecuados, es decir, en los periodos críticos de plasticidad cerebral. Es en esta etapa en donde es indispensable la exposición a ciertos estímulos para lograr la maduración neuronal necesaria para adquirir determinadas habilidades o funciones (Monsalve y Núñez, 2006; Vargas 2008). Si esta exposición al estímulo no ocurre durante el periodo crítico, la función o habilidad no se desarrollará aunque el infante sea expuesto a este tardíamente (Vargas, 2008). En este caso, los problemas persisten en proporciones del 40 o 60% en la vida adulta (Schonhaut et al., 2007).

La intervención preescolar es una necesidad sociocultural de todas las familias, especialmente en aquellas más pobres y con menor escolarización (Michelini et al, 2000). La promoción y prevención infantil se ha enmarcado y emergido en un contexto de sensibilización social, para lo cual es fundamental la unificación de criterios, estandarizar los procedimientos y aplicar las herramientas que permitan identificar e intervenir de forma oportuna en el déficit del desarrollo psicosocial de los menores (MINSAL, 2008). Así mismo, las actividades relacionadas con la salud benefician el crecimiento físico y las aptitudes cognitivas en los menores (Michelini et al., 2000).

Introducción al concepto de “Rezago”

A modo de definición, la Real Academia Española (2001) define rezago como “Atraso o residuo que queda de algo”. Es un término utilizado en pedagogía, y definido por el Gobierno de Jalisco (2010), para referirse a aquellas personas que no cuentan con la educación básica

obligatoria y no asisten a algún centro de educación formal. También considera a aquellas que no alcanzan los objetivos educativos planteados para ser alcanzados por todos.

Aplicando este concepto a la salud y bajo la perspectiva del MINSAL (2008), se habla del rezago del desarrollo cuando la adquisición de nuevas capacidades y habilidades, junto con la desaparición de algunas formas de reacción y comportamientos menos complejos no corresponden a lo esperado según la edad. Los niños menores de 6 meses y los mayores de 5 años no pueden ser incluidos dentro de esta categoría (MINSAL, 2007). Según el programa ChCC (2012), la incorporación de este concepto en salud proporciona a todos los niños la oportunidad de acceder a una nivelación integral en su desarrollo, pues el presentar rezago puede conducir al riesgo o retraso del desarrollo (MINSAL, 2008).

ChCC (2008) entiende el rezago infantil como el fracaso en la adquisición de habilidades esperables para la edad del menor, pese a que en etapas previas estas fueran adquiridas según lo requerido. De esta forma, se produce un desajuste evolutivo que no es concordante con el potencial real del menor. El MINSAL (2008) precisa que presentan rezago aquellos niños o niñas que en los test psicométricos tales como el EEDP y/o TEPSI muestran un rango normal, pero que sí presentan un déficit en una o más áreas o subtest específicos. También se considera rezago cuando la pauta breve del control de salud resulta alterada.

La prevalencia de rezagos del desarrollo en Chile, según la ENCAVI (2006), es de un 30%. Esta información fue obtenida a través de un tamizaje poblacional, es decir, una encuesta abreviada de reporte de los padres. Al aplicar los test de screening individual del desarrollo psicomotor (TEPSI y EEDP) se aprecia que el porcentaje de niños que presentan rezago disminuye a un 5,5% (ChCC, 2012). Este concepto se considera como una medida de tamizaje que permite establecer el potencial riesgo (MINSAL, 2007).

Según las Metas de los objetivos estratégicos del Plan de Salud de la década 2011-2020, respecto al tema de salud infantil, el objetivo es la disminución del rezago infantil (ChCC, 2012). Para ello se estableció como meta disminuir 15% la prevalencia de rezago en población menor de 5 años desde un 25,2% en el año 2010 a 21,4% en el 2020 (ChCC, 2012).

El lenguaje como una subárea del DPM, también puede presentar rezago. Según ChCC (2012) presentan rezago en el lenguaje aquellos niños cuyos test psicométricos del control de salud señalan un puntaje total normal, pero que en el área del lenguaje se encuentran

deficitarios. Asimismo, aquellos menores que presentan factores de riesgo para el desarrollo del lenguaje, a pesar de haber obtenido un puntaje total normal en los test, también son considerados con rezago en el lenguaje.

En el ámbito internacional se habla de niños “hablantes tardíos” como aquellos que poseen un retardo en la aparición de hitos del lenguaje, sin presentar alteraciones sensoriales, ni otras del desarrollo (ChCC, 2012).

Según New York State Speech-Language-Hearing Association, Inc. (2011), los hablantes tardíos presentarán en el futuro problemas en la lectura, morfosintaxis y vocabulario, y en caso de no tratar y mejorar estos problemas, la mitad se complejizaría en un Trastorno Específico del Lenguaje al ser escolarizados. La intervención temprana en estos menores es efectiva ya que mejora algunas de sus dificultades lingüísticas.

Intervenciones en el desarrollo infantil

Según el Ministerio de Salud (2008), en los menores que poseen factores de riesgo para su desarrollo deben realizarse intervenciones de prevención, y para los que están en situación de rezago, se debe intervenir para su recuperación. El apoyo y seguimiento que se entrega en las acciones de promoción y prevención considera evaluar periódicamente el desarrollo del menor y orientar a los cuidadores para el acceso a programas de estimulación y/o tratamiento de las patologías relacionadas. Con el fin de beneficiar el desarrollo integral de los menores, la situación de rezago implica poner atención y mantenerse alerta para intervenir tempranamente.

Resulta necesario que en la Atención Primaria en Salud (APS) se detecte desde edades tempranas a los niños con dificultades en la adquisición del lenguaje, que se mantenga una vigilancia de esta área y de posibles alteraciones en otras áreas del neurodesarrollo para identificar y establecer planes de estimulación pertinentes (Valdivia et.al, 2013).

Dentro de los lineamientos del SENAME (2007) para llevar a cabo acciones focalizadas en menores chilenos pertenecientes a la primera infancia, se prioriza una mirada evolutiva que garantice sus necesidades emocionales, cognitivas, sociales y de estimulación propias de la etapa en que se encuentran, de forma tal que se asegure el contacto afectivo y la estimulación necesaria para un desarrollo óptimo. Además, esta institución orienta sus programas principalmente a la familia, puesto que es ella quien otorga el ambiente necesario para el desarrollo, bienestar y protección de los menores.

El año 2007, el área de salud de ChCC instaló el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, el cual propone estrategias y actividades con el fin de lograr, a través de apoyo y accesibilidad, el potencial máximo de desarrollo de cada niño. Dentro de las estrategias consideradas para el desarrollo del programa se incluyen el control de salud infantil, calendarizada según los hitos importantes del desarrollo y visitas domiciliarias para niños con factores de riesgo en su desarrollo. En el área educacional se consideran las salas de estimulación en centros de atención primaria, y talleres para padres, los cuales tienen como objetivo mejorar las competencias de crianza (MINSAL, 2011).

El MINSAL (2011) ha propuesto también tres niveles de estrategias de intervención. La primera estrategia busca la promoción del desarrollo integral del niño, en la cual se considera fundamental ofrecer espacios que otorguen un mayor conocimiento del desarrollo de los hijos a los padres y fomentar las prácticas de crianza positivas. La segunda estrategia corresponde a la prevención primaria del rezago del desarrollo infantil, la cual incluye el control de salud del niño con el fin de detectar oportunamente el rezago en el desarrollo infantil. El tercer nivel de estrategias adoptada por este programa corresponde a la prevención secundaria del rezago del desarrollo infantil. Esta última incluye las salas de estimulación, que promueven la estimulación e interacción del niño con sus padres considerando las necesidades especiales y el contexto de cada niño. La prevención secundaria del rezago del niño incluye las visitas domiciliarias a través de las cuales se observa y conoce el contexto del niño para así poder adecuar de mejor manera las intervenciones

En cuanto a las intervenciones postuladas en las Orientaciones Técnicas del Programa ChCC (2012) para la estimulación de alteraciones en el desarrollo del lenguaje, se plantea un abordaje integral que considere estimulación individual además de trabajo con las redes del niño. La intervención para estas alteraciones considera la evaluación detallada de aquellos aspectos del lenguaje que se encuentran débiles y su posterior plan de intervención. Cabe destacar que el niño debe ser abordado multimodalmente y que en ella se debe considerar la participación activa del cuidador, tanto en las sesiones como en el contexto familiar, para así internalizar estos patrones de estimulación del lenguaje como un estilo de interacción habitual.

El programa mencionado anteriormente describe diversas formas de intervención entre las que se encuentran la intervención individual y la grupal. El primer tipo de intervención, puede ser llevado a cabo tanto por padres o especialistas sin diferir significativamente en los

resultados, en caso que el retraso en el lenguaje no sea mayor. La cantidad de tiempo que están los cuidadores con los niños y la forma en que se relacionan con él inciden de manera significativa en el desarrollo de este.

La segunda forma de intervención en la modalidad de estimulación permite que el lenguaje del menor se desarrolle dentro de una relación y situación en la que hay otro individuo que le habla, que espera sus respuestas y que lo hace sentir bien, estimulando la comunicación en todo momento. Al igual que la intervención anterior, es importante el rol que tienen los padres y/o cuidadores como un apoyo promocional y preventivo en el desarrollo y nivel de lenguaje que alcancen los menores.

Las visitas domiciliarias integrales (VDI) con foco en la estimulación del lenguaje, son un tipo de intervención en que se entrega un servicio de salud en el domicilio y está dirigido a las familias desde el nacimiento hasta los seis años del niño o niña. Se basa en una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y los cuidadores con el objetivo de promover mejores condiciones ambientales y relacionales para el desarrollo integral de la infancia. La visita domiciliaria permite adecuar las estrategias comunicativas y promover el desarrollo comunicativo del lenguaje. Esta estrategia es efectiva en la promoción de otros aspectos no lingüísticos, como la interacción emocional y psicológica del resto de la familia.

En el 2011, el MINSAL, Banco Mundial y Ministerio de Planificación realizan un programa de fomento de habilidades de crianza para padres de niños y niñas de cero a cinco años, llamado “Nadie es Perfecto” (NeP). Este programa se ofrece en la red pública de servicios de salud y fue diseñado originalmente en Canadá con el objetivo de aumentar el conocimiento de los padres en relación a los pensamientos y sentimientos de sus hijos, para así mejorar el desarrollo infantil. Estos talleres buscan promover y mejorar la calidad de la relación entre adulto y niño, favoreciendo el aprendizaje sobre los problemas más frecuentes que se presentan en la crianza de los niños. Este programa tiene también la finalidad de agrandar la red social de apoyo de padres y cuidadores. En Chile, este programa incluye en su modalidad actividades conjuntas de padres e hijos, las cuales tienen como objetivo entrenar habilidades y promover la reflexión del cuidador. Las sesiones trabajan en relación a la promoción del juego sensible adulto-niño, desarrollo del lenguaje y funciones cognitivas superiores.

El MINSAL (2014) realizó una evaluación de la implementación del NeP del periodo comprendido entre los años 2010 a 2013. En ella se encontró que desde su implementación se

han realizado casi 7.000 talleres en todo Chile y que la cantidad de sesiones realizadas se ha incrementado año a año. El número de beneficiarios asistentes ha sido de 41.903 personas, entre ellas padres y cuidadores de otro tipo, siendo el promedio de personas que asisten a los talleres de 6,21. El Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (CEDEP) (2013) recogió las impresiones de asistentes, facilitadores (profesionales capacitados para realizar el taller) y entrenadores (quienes capacitan a los facilitadores), las cuales están plasmadas en el “Estudio Cualitativo sobre la Implementación del Taller Grupal de Competencias Parentales Nadie es Perfecto”. Entre ellas se aprecia que el programa fomenta en cuidadores pautas de crianza positiva, además se cuenta con el apoyo de los directivos de los centros de salud para su implementación. Los diversos actores valoran también la relación horizontal, la metodología participativa y respetuosa de los talleres. Uno de los puntos problemáticos es el reclutamiento de usuarios, lo que se ve reflejado en la falta de participación de los padres a los cuales está orientado este taller.

Respecto al impacto que tienen los programas dirigidos a educar y desarrollar habilidades en los padres o cuidadores de los niños, se encuentran escasas publicaciones. Rugerio y Guevara (2013) realizaron un estudio cuyo objetivo era probar la efectividad de un taller dirigido a madres de nivel socioeconómico bajo para adquirir conocimientos con el fin de promover habilidades lingüísticas y preacadémicas, relacionadas con la alfabetización inicial, en sus hijos de etapa preescolar. Para esto se seleccionó a 20 madres de nivel socioeconómico bajo del estado de México, que presentaban prácticas alfabetizadoras deficitarias y cuyos hijos tenían bajos niveles de habilidades lingüísticas y preacadémicas. Al inicio del estudio se llevó a cabo una evaluación de la diada madre-hijo en las situaciones de lectura conjunta de cuentos y juego con títeres. Luego se conformó un grupo control y uno experimental. Con este último se realizó una intervención, la cual consistió en siete talleres de una hora cada uno. Al finalizar y dos meses después de concluida la intervención se evaluó nuevamente a las participantes. Los resultados del estudio muestran que las madres del grupo experimental incrementaron el tiempo que dedicaban a la lectura conjunta de cuentos con sus hijos, al igual que sus habilidades en prácticas alfabetizadoras en esta actividad. Por su parte, el grupo control no mostró cambios en las diferentes evaluaciones. En la actividad de juego con títeres no se observaron diferencias entre ambos grupos.

Cuidadores

Para Cabello, Ochoa y Filp (1992) no cabe duda la importancia que tiene proporcionar cuidados a los menores, pero tanto o más relevante es la forma en que estos cuidados son

entregados. Considerar el clima afectivo que rodea al menor y la relación de afecto que este mantenga con su cuidador resulta fundamental para su salud y desarrollo integral.

Bajo la mirada del programa ChCC, la intervención que realizan los padres y/o cuidadores de los menores favorece su desarrollo. La definición de cuidadores utilizada será acorde a la expuesta por ChCC (2012), la cual los describe como la figura de apego significativo con la cual el niño o bebé pasa una cantidad de tiempo suficiente para construir la relación de contención que necesita.

Los resultados del Segundo Estudio de Calidad de Vida y Salud (MINSAL, 2007) arrojan que un 96% de los cuidadores de menores de 15 años de edad corresponden a mujeres. De ellas un 57% se dedica a los quehaceres del hogar, mientras de un 33% desempeña un empleo remunerado. Respecto a estas últimas un 80% trabaja todos los días todo el día, la mayor parte sabe leer y escribir. De acuerdo a los resultados de la ELPI (Facultad de Economía y Negocios Universidad de Chile, 2012) un 40,4% de los principales cuidadores tiene una escolarización de educación secundaria completa y un 25,4 una educación superior técnica o universitaria, encontrándose a estos últimos mayoritariamente en los quintiles superiores.

Además, según los resultados del estudio antes mencionado, el cuidado de niños menores de 4 años de edad se lleva a cabo principalmente en la casa, siendo la madre la principal cuidadora, seguida de los abuelos. En el primer quintil un 77% de estos niños recibe los cuidados en casa, mientras que en el quinto quintil esta cifra desciende a un 49% (MINSAL, 2007). Sobre el cuidado de niños entre 3 y 12 meses de edad, no se aprecian diferencias entre los quintiles al observar la frecuencia de cuidado en la casa por parte de la madre.

Según lo señalado por Owens (2003), la interacción que los niños tienen con su entorno generalmente está supervisada por un adulto u otro individuo con más experiencia, quien usa el lenguaje para interactuar y proporcionar instancias para el aprendizaje del menor. El cuidador además de regular la cantidad de estimulación, determina el momento en que esta se lleva a cabo. Los cuidadores ajustan sus propias conductas y regulan las conductas de los menores, con el fin de generar instancias para que los niños participen en la interacción y el diálogo.

Según Rodrigo, Martín, Cabrera y Maiquez (2009), la actuación de los padres promueve el desarrollo de los niños. Es por ello que los primeros requieren de competencias con el fin de

proteger y favorecer el desarrollo de los menores que tienen a cargo. Además los cuidadores, a través de la estimulación cognitiva, inciden de manera favorable para que el niño adquiera habilidades y alcance su máximo potencial, lo que se refleja en el desempeño escolar a futuro (De Tejada y Otálora, 2006).

Apego y sensibilidad

El apego según Bowlby, en Grimalt y Heresi (2012) y García e Ibáñez (2007), corresponde a un sistema comportamental propio de los humanos que se desarrolla durante los primeros meses de vida. Este sistema tiene la finalidad de recibir apoyo, protección y cuidado por parte de la madre o cuidador primario para recuperar el bienestar ante situaciones de aflicción, amenaza o cualquier condición en que la seguridad del menor se vea afectada.

Según Grimalt y Heresi (2012), el apego es constituido por las representaciones mentales que el menor tenga de la relación que establece con su figura de apego o cuidador primario. Estas representaciones están relacionadas con la futura capacidad de regular estados de estrés del niño.

Mary Ainsworth, en García e Ibáñez (2007), ha definido cuatro tipos de apego. El primero, llamado apego seguro, se caracteriza porque el menor, ante situaciones de dificultad o inseguridad, tiene la sensación de que su figura de apego se encontrará accesible. Por lo tanto se atreverá con más seguridad a explorar el mundo y situaciones nuevas. Este tipo de apego se da cuando el cuidador se muestra atento y accesible a las señales del menor y responde de manera sensible a sus necesidades. El segundo tipo, apego inseguro-evitativo, se caracteriza por la sensación de desconfianza, por lo que el menor no busca ser consolado por su cuidador (Grimalt y Heresi, 2012 y García e Ibáñez, 2007). En este tipo de apego existe una dificultad del cuidador en reconocer las señales de incomodidad y angustia, además de una conducta evitativa cuando el menor requiere consuelo y/o protección (Grimalt y Heresi, 2012 y García e Ibáñez, 2007). En el tercer tipo, apego inseguro-ambivalente o ansioso, existe una sensación de inseguridad por parte del menor con respecto a la accesibilidad o disponibilidad de su cuidador ante situaciones de necesidad. Por lo mismo, el menor presenta ansiedad al separarse de su figura de apego, motivado por la sensación de incertidumbre. Este tipo de apego se produce por las respuestas ambivalentes que da el cuidador antes las necesidades del menor, ya que en ocasiones se muestra responsivo y en otras no. Además de las medidas de control adoptadas que corresponden a amenazas de abandono (Grimalt y Heresi, 2012 y García e Ibáñez, 2007). Por último, el apego inseguro-desorganizado, nace de la imposibilidad de clasificar a los

menores dentro de los tipos de apego anteriormente expuestos. Las conductas características que presentan estos niños corresponden a comportamientos desorganizados e incoherentes (Grimalt y Heresi, 2012 y García e Ibáñez, 2007).

En el desarrollo del apego un factor que se considera como fundamental corresponde a la sensibilidad materna (Santelices, et al, 2012). Este concepto hace referencia a la habilidad de los cuidadores para tomar conciencia, interpretar correctamente y responder a las señales que envían sus bebés durante una interacción (Santelices, et al., 2012; Vite, López y Negrete, 2010). En un cuidador hábil, estas se caracterizan por ser oportunas, reguladas y sincrónicas, de manera tal que permitan al adulto adaptarse a las necesidades y estados de los niños (Vite, López y Negrete, 2010). La presencia de cuidadores sensibles promueve una mayor cooperación y una aproximación más positiva por parte de los bebés durante las interacciones (Vite, López y Negrete, 2010). Junto con lo anterior, la sensibilidad materna se vincula con el establecimiento de relaciones madre-hijo seguras (Santelices, et al. 2012).

III. HIPÓTESIS

No corresponde plantear hipótesis, debido a que este seminario de investigación es de tipo descriptivo.

IV. OBJETIVO GENERAL

1. Determinar las preferencias de los cuidadores, adscritos al Centro de Salud Familiar (CESFAM) "Cristo Vive", respecto a la forma de aplicación y contenido de una intervención de estimulación temprana del lenguaje.

V. ETAPAS DEL PROYECTO

El objetivo general se desarrolló en dos etapas. La primera consiste en adaptar un programa de estimulación temprana del lenguaje a un módulo de intervención y aplicarlo. La segunda, consiste en recopilar información sobre preferencias de los cuidadores respecto a la modalidad de aplicación de una intervención de estimulación temprana del lenguaje.

Etapa 1: Adaptación e implementación de un módulo de intervención

Metodología

Para llevar a cabo la investigación se realizó en primera instancia una adaptación del Programa de Estimulación Temprana de Lenguaje de Maggiolo y Varela (s.f.) a un módulo teórico/práctico a ser implementado en el CESFAM “Cristo Vive”.

Previo a la implementación del módulo de se realizó una capacitación a los facilitadores del taller, en la cual se requirieron conocimientos de fonoaudiología y psicomotricidad. Además, se efectuó un pilotaje del módulo, después del cual se realizaron las modificaciones pertinentes.

La derivación de los participantes a este módulo fue realizada por los estudiantes a cargo de la investigación, los días que el consultorio hace entrega de horas a los usuarios. Los criterios de inclusión y de exclusión implican ser cuidadores de un menor de 12 meses o menos. En la derivación/invitación de los cuidadores al taller se les explicó en qué consiste el taller y la finalidad de la investigación, se les hizo firmar el “Consentimiento Informado” (Anexo 1), con una copia para el cuidador y otra copia para los investigadores. Se les inscribió en la “Ficha de Inscripción” (Anexo 2) a los módulos a realizar y se les entregó un recordatorio del día en el cual se inscribieron (Anexo3)

El módulo de intervención del lenguaje (Anexo 4) se llevó a cabo los días sábado 4 de Octubre a las 9:30 hrs, en el auditorio, el lunes 6 de Octubre a las 11:00 hrs, en el box 24, el miércoles 8 de Octubre a las 18:00 hrs, en el box 24 y el día viernes 10 de Octubre a las 15:00 hrs en el auditorio del consultorio. Este mismo módulo fue realizado en cuatro oportunidades distintas, con el fin de reclutar a la mayor cantidad de participantes. Por lo tanto, el o la participante debió elegir una de las cuatro fechas, según la que más le acomode.

A los participantes de la investigación se les envió tres mensajes de texto (Anexo 5) para recordarles la realización del módulo de intervención al cual se inscribieron. El primero fue enviado una semana antes, el segundo un día antes y el último, dos horas antes de la intervención. Estudios realizados en la Universidad de Barcelona demuestran que la utilización de mensajes de texto es beneficiosa para disminuir el grado de absentismo. Además, es

efectivo en relación costo-efectividad ya que permite abarcar a un mayor número de personas de manera simultánea y automática (Pares, Jimeno y Comajuncosas, 2013).

En el consentimiento informado se requirió también el número del teléfono móvil del o la participante para enviar los mensajes de texto y llevar a cabo la encuesta. Además, en este quedó explícita la voluntariedad de participar en la investigación y de abandonarlo cuando se desee, sin que esto afecte la calidad de atención recibida en el CESFAM.

Derivación por pesquisa.

Mientras se realizaba el taller a los cuidadores, si los expositores y/o evaluadores pesquisaban algún riesgo en el desarrollo o característica que sea llamativa (retraso en los hitos del desarrollo esperados para la edad) en los menores y que hiciera sospechar la necesidad de la intervención de un profesional de la salud u otra área (pediatría, psicología, fonoaudiología, terapeuta ocupacional, etc.), se procedería a informar y sugerir al cuidador o cuidadora del menor pesquisado para que visitara al profesional pertinente.

Etapa 2: Recopilación de información y análisis de resultados

Objetivos Específicos:

- 1.1 Recopilar información sobre las características sociodemográficas de los cuidadores.
- 1.2 Recopilar información respecto a los aspectos prácticos de implementación de talleres de estimulación del lenguaje.
 - 1.2.1 Recopilar información sobre las preferencias de los cuidadores respecto a las estrategias de reclutamiento.
 - 1.2.2 Recopilar información sobre las opiniones de los cuidadores respecto a los talleres presenciales que se realizan en consultorios.
 - 1.2.3 Recopilar información sobre las preferencias de los cuidadores respecto al contenido de un taller de estimulación del lenguaje.
 - 1.2.4 Recopilar información sobre las preferencias de los cuidadores que asistieron respecto a la forma (didáctica) del taller realizado.
 - 1.2.5 Recopilar información sobre las preferencias de los cuidadores respecto a las futuras intervenciones de estimulación del lenguaje.

Metodología

El estudio corresponde a un diseño de tipo descriptivo, el cual tiene como objetivo dilucidar las preferencias de los cuidadores con respecto a la realización de talleres o actividades de estimulación de lenguaje. La población de estudio corresponde todos los cuidadores de niños menores de 12 meses de edad pertenecientes a un Centro de Salud Familiar de la región Metropolitana y la muestra son 30 cuidadores de menores de 12 meses de edad pertenecientes al Centro de Salud Familiar “Cristo Vive” ubicado en la comuna de Recoleta, región Metropolitana que respondieron la encuesta. La selección de esta muestra será realizada por conveniencia. Para recolectar los datos se utilizará un cuestionario (Anexo 6) que será aplicado a través de una entrevista telefónica después de la aplicación de un módulo de intervención de estimulación temprana del lenguaje.

Para la realización de las entrevistas a los participantes se utilizaron cuestionarios con preguntas cerradas, las cuales fueron sometidas a la revisión de un comité de expertos

relacionados intervención fonoaudiológica infantil. Según Hernández, Fernández y Baptista (2006), este tipo de preguntas contienen categorías o alternativas de respuesta definidas previamente por el grupo investigador y se le presentan al respondiente para que elija la opción que se adecue más a su respuesta. Para formular preguntas cerradas el grupo investigador debe anticipar las posibles alternativas de respuesta y deben asegurarse de que a los sujetos a quienes se les aplique el cuestionario conozcan y comprendan las alternativas de respuesta. Las ventajas del uso de este tipo de preguntas en los cuestionarios es que son fáciles de codificar y preparar para su análisis, también requieren menos esfuerzo por parte de los respondientes, ya que solo deben seleccionar la alternativa que describa mejor su respuesta, lo que implica que tome menos tiempo en responderlas.

Tras una semana de la realización del módulo teórico/práctico se llamó a cada una de las personas inscritas para realizar una entrevista, hayan asistido o no al módulo de intervención. Según Galán, Rodríguez-Artalejo y Zorrilla (2004a y 2004b) las entrevistas telefónicas están ampliamente extendidas y son usadas para estudiar numerosos campos de la investigación sanitaria. Este tipo de entrevista es atractiva ya que posee una buena relación costo-eficacia y permite disponer rápidamente de la información recogida en comparación con las entrevistas “cara a cara”. Estos autores señalan que una de las ventajas de este tipo de entrevista es que resulta más fácil entrevistar a personas de áreas de gran inseguridad ciudadana, en las que el acceso físico a la vivienda es complicado. La reducción en los costos económicos, junto con la mayor flexibilidad y rapidez de ejecución, hace de esta metodología una técnica eficiente para su utilización en el ámbito de salud.

Luego de realizar las encuestas telefónicas se tabularán y analizarán los datos obtenidos. El análisis es descriptivo y considera el número y porcentaje de respuesta de cada pregunta, para luego ser tabulado.

Variables en estudio

Las variables en estudio corresponden a las preferencias de los cuidadores de menores de 12 meses respecto a un módulo de estimulación temprana del lenguaje. Estas consideran en interés de los cuidadores, las dificultades para asistir, las facilidades para asistir, al estilo de entrega de la información, a los lugares de realización, a los días de realización, a las horas de realización, a la duración y a la frecuencia de los talleres de estimulación del lenguaje.

Operacionalización de las variables

Para la obtención de las preferencias tanto de los cuidadores que asistieron como los que no, deberán responder una encuesta telefónica, la que incluye distintos ítems de acuerdo a las distintas variables en estudio. En cuanto a los cuidadores que no asistieron, el cuestionario se detalla en los siguientes puntos: Identificación, estrategias de reclutamiento y adherencia, creencias sobre los talleres, información respecto al contenido y la forma (didáctica) y futuras intervenciones. Respecto a los cuidadores que asistieron, los ítems a responder son: Identificación, estrategias de reclutamiento y adherencia, información sobre el taller respecto al contenido y la forma (didáctica) y futuras intervenciones.

La forma considera aspectos que hacen referencia a las dificultades y facilidades para asistir al taller; estilo de entrega de la información; lugares, días y horas de realización del taller; duración y frecuencia de los talleres.

VI. RESULTADOS

Para llevar a cabo esta investigación se realizó una fase de reclutamiento de la muestra. Esta se llevó a cabo de forma presencial en el CESFAM “Cristo vive” por parte de los organizadores del taller, los cuales invitaron personalmente a las personas a inscribirse en los talleres de estimulación temprana del lenguaje. Para la realización de esto, se acudió en 9 oportunidades al CESFAM por 3 horas aproximadamente cada vez y con un promedio de 2,5 reclutadores por día. Lo anterior da un total de 67,5 horas de reclutamiento entre todos los organizadores y de 27 horas por cada reclutador.

Para la ejecución de los talleres se requirió un total de 90 minutos por cada taller, de los cuales 45 corresponden al tiempo efectivo de realización del taller y los otros 45 a la organización del espacio a utilizar (ordenar la sala, organizar los materiales, probar los equipos, etc.). Se realizaron 4 talleres, por lo que el tiempo total utilizado para esta etapa fue de 6 horas. Además, para cada taller era necesaria la presencia de 3 personas, 2 de las cuales ejecutaban el taller y 1 se encargaba de la guardería. Debido a lo anterior, se utilizaron 18 horas de recursos humanos, lo que dividido por el número de realizadores da un total de 6 horas por persona. Finalmente, para la realización de ambas etapas (reclutamiento y ejecución de los talleres) se ocupó un total de 85,5 horas.

*En las tablas de resultado, el número de las preguntas está asignado según la “Encuesta para asistentes al taller”.

Personas derivadas asistentes y no asistentes

Tabla I.

	Asistentes		No asistentes		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Derivados	9	23,1	30,00	76,9	39	100,0

Personas no derivadas asistentes y no asistentes

Tabla II.

	Asistentes		No asistentes		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No derivados	4	100,0	0,0	0,0	4	100,0

Para la realización de este estudio 39 personas fueron inscritas para asistir a los talleres de estimulación temprana del lenguaje, de las cuales 9 efectivamente acudieron y 30 no lo hicieron. Además, hubo 4 personas que llegaron como acompañantes, sin que hubieran sido inscritas previamente. Finalmente, 13 personas participaron en los talleres realizados.

La muestra del estudio quedó compuesta por un total de 30 personas, que corresponden a aquellas que respondieron la encuesta. De estas, 11 corresponden a asistentes, de las cuales 8 fueron inscritas previamente y 3 acudieron como acompañantes. Las otras 19 personas no asistieron al taller.

Caracterización sociodemográfica de los cuidadores (n=30).

Tabla IIIa.

Variables	Categorías	Asistentes (n=11)		No asistentes (n=19)		Total (n=30)	
		N°	%	N°	%	N°	%
Sexo	Femenino	10	90,9	19	100,0	29	96,7
	Masculino	1	9,1	0	0,0	1	3,3
Edad (años)	15 – 30	8	72,7	17	89,5	25	83,3
	31-45	1	9,1	2	10,5	3	10,0
	46 y más	2	18,2	0	0,0	2	6,7
	X:	33,1	-	26,6	-	29,0	-
Parentesco	Madre	8	72,7	19	100,0	27	90,0
	Otro (abuelos y tía)	3	27,3	0	0,0	3	10,0
¿Vive con el menor?	Si	9	81,8	19	100,0	28	93,3
	No	2	18,2	0	0,0	2	6,7
N° niños a cargo	X:	1,7	-	1,9	-	1,8	-
N° Personas que viven en el hogar	X:	6,6	-	5,5	-	-	-

Toda la muestra estuvo compuesta por personas de sexo femenino, a excepción de una. El promedio de edad fue de 29 años, con un rango que variaba entre los 16 y los 70 años.

El 83,3 % de las personas tenía entre 15 y 30 años, el 10% entre 32 y 45 años y el 6,7% 46 años o más. Sobre el parentesco de los cuidadores con el niño, un 90,0% correspondía a la madre y el 10,0% restante son abuelos y tía. De las 30 personas, un 93,3% vivía con el menor y en promedio tenía 1,8% niños/as a su cargo.

De las 11 personas que asistieron al taller, todas eran de sexo femenino a excepción de una persona. El 72,7% tenía entre 15 y 30 años de edad, el 18,2% más de 46 años y una tenía entre 31 y 45 años. Respecto al parentesco con el niño/a, el 73,7% correspondía a la madre y el 27,3% a abuelos o tía. De estas personas, un 81,8% vivía con el niño y un 18,2 no lo hacía y tenían en promedio 1,7 niños a su cargo.

De las 19 personas que no asistieron al taller, el 100% eran de sexo femenino, correspondían a la madre y vivían con el menor. Un 89,5% se encontraba en el rango etario entre los 15 y 30 años y un 10,5% tenía entre 31 y 45 años.

Caracterización sociodemográfica de los cuidadores (n=30).

Tabla IIIb.

Variables	Categorías	Asistentes (n=11)		No asistentes (n=19)		Total (n=30)	
		N°	%	N°	%	N°	%
Nivel de estudios	Media incompleta	1	9,1	4	21,1	5	16,7
	Media completa	6	54,5	9	47,4	15	50,0
	Técnica incompleta	1	9,1	3	15,8	4	13,3
	Técnica completa	1	9,1	2	10,5	3	10,8
	Universitaria incompleta	1	9,1	0	0	1	3,3
	Universitaria completa	1	9,1	1	5,3	2	6,7

En cuanto al nivel de estudio, de las 30 personas que componen la muestra un 50% de ellas tenía educación media completa, un 16,7% media incompleta, un 13,3% técnica incompleta, un 10,8% técnica completa, un 6,7% universitaria completa y un 3,3% universitaria incompleta. Dentro de los asistentes, el 54,5% tenía una educación media completa, mientras

que solo un individuo por cada categoría tenía una educación universitaria completa, universitaria incompleta, técnica completa, técnica incompleta, media incompleta. De los no asistentes, el 47,4% tenía educación media completa, el 21,1% media incompleta, 15,8% técnica incompleta, 10,5% técnica completa y el 5,3% universitaria completa.

Caracterización sociodemográfica de los cuidadores (n=30).

Tabla IIIc.

		Asistentes (n=11)		No asistentes (n=19)		Total (n=30)	
Ocupación	Dueña/o de casa	7	63,6	10	52,6	17	56,6
	Cesante	0	0,0	2	10,5	2	6,7
	Trabajador/a dependiente	2	18,2	5	26,3	7	23,3
	Trabajador/a independiente	0	0,0	1	5,3	1	3,3
	Otro(estudiante, pensionado)	2	18,2	1	5,23	3	10,1
Post natal	Si	0	0,0	8	42,1	8	26,7
	No	9	81,8	10	52,6	19	63,3
	No responde	2	18,2	1	5,3	3	10,0

Respecto a la ocupación del total de las personas de la muestra, un 56,6% se desempeñaba como dueña de casa, un 23,3% como trabajador dependiente, un 6,7% se encontraba cesante, 10,1% realizaba otra actividad (estudiante, pensionado) y una era trabajador independiente. En cuanto al post natal, un 63,3% no se encontraba en este periodo, un 26,7% sí y un 10% no respondió.

De los asistentes a los talleres, un 66,3% se desempeñaba como dueña de casa, un 18,2% como trabajador dependiente y un 18,2% realizaba otra actividad (estudiante, pensionado). Respecto al post natal, un 81,8% no se encontraba en este periodo y un 18,2% no respondió la pregunta.

Sobre los no asistentes al taller, un 52,6% era dueña de casa, un 26,3% trabajador dependiente, un 10,5% se encontraba cesante, una persona era trabajador independiente y una persona desempeñaba otra actividad (estudiante). En cuanto al post natal, un 52,6% no se encontraba en este periodo, un 42,1% si lo hacía y una persona no respondió la pregunta.

Preferencias de los cuidadores respecto a las estrategias de reclutamiento. (n=27)*

Tabla IVa.

Pregunta	Categoría	Asistentes (n=8)		No asistentes (n=19)		Total (n=27)	
		N°	%	N°	%	N°	%
12. Que lo invitaran personalmente ¿aumentó su compromiso con la asistencia al taller?	Sí	8	100,0	15	78,9	23	85,2
	No	0	0,0	4	21,1	4	14,8
13. Que lo inscribieran en la ficha ¿aumentó su compromiso con la asistencia al taller?	Sí	8	100,0	17	89,5	25	92,6
	No	0	0,0	2	10,5	2	7,4
14. ¿Recibió un mensaje de texto avisándole del taller?	Sí	6	75,0	16	84,2	22	81,5
	No	2	25,0	3	15,8	5	18,5

*En las preguntas 12, 13 y 14 la muestra de asistentes está compuesta por 8 personas y no por 11 como en el resto de los resultados, ya que 3 sujetos llegaron como acompañantes al taller y no fueron reclutados en un inicio. Debido a lo anterior la muestra total para estas preguntas es de 27 personas.

Del total de la muestra, un 85,2% respondió que el hecho de haber sido invitado personalmente aumentó su compromiso con la asistencia al taller, mientras que un 14,8% dijo que no lo hizo. Respecto a la pregunta de si haber sido inscrito en una ficha aumentó su compromiso con la asistencia al taller, un 92,6% respondió que sí lo hizo y un 7,4% que no. En relación a haber recibido un mensaje de texto avisándole del taller, un 81,5% dijo que sí y un 18,5% que no.

De los asistentes que fueron reclutados para acudir al taller, el 100% respondió que haber sido invitado personalmente, al igual que el que lo inscribieran en la ficha, aumentaron su compromiso con la asistencia al taller. De estas personas, un 75% recibió un mensaje de texto avisándole del taller, mientras que un 25% no lo recibió.

De los no asistentes al taller, un 78,9% refirió que el haber sido invitado personalmente para asistir aumentó su compromiso, mientras que un 21,1% dijo que no lo hizo. Sobre si haber quedado inscrito en la ficha aumentó su compromiso con la asistencia al taller, un 89,5% refirió que lo hizo y un 10,5% que no. Respecto a los mensajes de texto, un 84,2% recibió uno avisándole del taller y un 15,8% no lo recibió.

Preferencias de los cuidadores respecto a las estrategias de reclutamiento. (n=27)*

Tabla IVb.

		Asistentes (n=6)		No asistentes (n=16)		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
15. ¿Encontró útil el mensaje como recordatorio?	Sí	6	100,0	16	100,0	22	100,0
16. ¿Influyó el mensaje de texto en que usted asistiera al taller?	Sí	5	83,3	12	75,0	17	77,3
	No	1	16,7	4	25,0	5	22,7
17. Respecto al número de mensajes de texto, usted considera que fueron:	Pocos	0	0	1	6,3	1	4,5
	Adecuados	6	100,0	15	93,8	21	95,5

*En las preguntas 15, 16 y 17 la muestra de asistentes se conforma por 6 personas y la de no asistentes por 16, por esto la muestra total queda compuesta por 22 personas, que corresponden a aquellas que recibieron los mensajes de texto, ya que a las personas que no lo hicieron no se le realizaron estas preguntas.

Del total de la muestra que recibió los mensajes de texto, el 100% mencionó que los encontró útiles como recordatorio, el 77,3% refirió que estos sí influyeron en su asistencia al taller y una persona que no. Respecto al número de mensajes, el 95,5% refirió que fue adecuado y una persona consideró que fueron pocos.

De los asistentes que recibieron los mensajes de texto, el 100% consideró que fueron útiles como recordatorios y que el número de mensajes (3) fue adecuado. Sobre si los mensajes

influyeron en su asistencia al taller, el 83,3% respondió que sí lo hicieron y una persona mencionó que no.

De las personas que no asistieron al taller y que recibieron los mensajes de texto, el 100% consideró que fueron útiles como recordatorios. El 75% respondió que estos influyeron en su asistencia al taller y el 25% que no lo hicieron. Sobre el número de mensajes, el 93,8% mencionó que fueron adecuados y una persona los consideró pocos.

Opiniones de los cuidadores respecto a los talleres que se realizan en consultorios (n=30).

Tabla V.

		Asistente		No asistente		Total (n=30)	
		N°	%	N°	%	N°	%
Creo que no entenderé lo que me expliquen en los talleres	V	0	0	2	10,5	2	6,7
	F	11	100,0	17	89,5	28	93,3
Creo que me van a dar información que ya conozco	V	5	45,5	4	21,1	9	30
	F	6	54,5	15	78,9	21	70
Creo que no podré hacer preguntas en el taller	V	0	0,0	2	10,5	2	6,7
	F	11	100,0	17	89,5	28	93,3
Creo que no podré dar mi opinión durante el taller	V	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	F	11	100,0	19	100,0	30	100,0
Creo que las palabras que usan son muy difíciles de entender	V	0	0,0	1	5,3	1	3,3
	F	11	100,0	17	89,5	28	93,3
	N/R	0	0,0	1	5,3	1	3,3
Siento que pierdo mi tiempo cuando asisto a los talleres	V	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	F	11	100,0	19	100,0	30	100,0
Siento que no gano nada cuando asisto a los talleres	V	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	F	11	100,0	19	100,0	30	100,0
Creo que en los talleres solos estaré sentado escuchando a alguien	V	0	0,0	1	5,3	1	3,3
	F	11	100,0	18	94,7	29	96,7
Creo que los talleres son fomes	V	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	F	11	100,0	19	100,0	30	100,0

Sobre las opiniones de los usuarios respecto a los talleres que se realizan en consultorios, del total de 30 personas de la muestra, un 100% considera que son falsas las afirmaciones sobre que no podrán dar su opinión en los talleres, que pierden su tiempo cuando asisten a los talleres, que no ganan nada cuando acuden a ellos y que los talleres son “fomes”. Sobre la afirmación que en los talleres solo estarán sentados escuchando a alguien, un 96,7% refiere que esto es falso, mientras que una persona dice que es verdadero. En las afirmaciones de que no entenderán lo que les expliquen en los talleres y que no podrán hacer preguntas en ellos, un 93,3% considera que son falsas y un 6,7% cree que son verdaderas. Sobre que las palabras que se usan en los talleres son muy difíciles de entender, un 93,3% considera que esto es falso, una persona cree que es verdadero y una persona no responde a la pregunta. Finalmente, un 70% de la muestra considera que es falso que le darán información que ya conoce y un 30% menciona que es verdadero.

De los 11 asistentes al taller, un 100% opina que son falsas las afirmaciones respecto a que no entenderán lo que se les explique en los talleres, que no podrán hacer preguntas ni dar su opinión en ellos, que las palabras que se usan son muy difíciles de entender, que pierden su tiempo cuando asisten y que no ganan nada, que solo estarán sentados escuchando a alguien y que los talleres son “fomes”. Sobre la afirmación de que en los talleres recibirán información que ya conocen, un 54,5% considera que esto es falso y un 45,5% cree que es verdadero.

De las 19 personas que no asistieron al taller, un 100% refiere que son falsas las afirmaciones respecto a que no podrán dar su opinión en los talleres, que pierden su tiempo y que no ganan nada cuando acuden a ellos y que los talleres son “fomes”. Un 89,5% considera que es falso que no entenderán lo que se les explique en los talleres y que no podrán hacer preguntas y un 10,5% cree que esto es verdadero. También un 89,5% cree que es falso que las palabras que se usan en los talleres son muy difíciles de entender, mientras que una persona menciona que esto es verdadero y otra no responde a la pregunta. En relación a que en los talleres solo estarán sentados escuchando a alguien, un 94,7% cree que esto es falso y una persona que es verdadero. Por último, un 78,9% cree que es falso que en los talleres recibirán información que ya conocen y un 21,1% opina que es verdadero.

Preferencias de los cuidadores respecto al contenido de un taller de estimulación del lenguaje (n=30).

Tabla VI.

Pregunta	Categoría	N°	%	N		%	
				N	°	N	°
20. La temática abordada en el taller le parece	Muy interesante	6	54,5	-		-	
	Interesante	5	45,5				
	Nada interesante	0	0,0				
21. Lo visto en el taller fue nuevo para mi	Muy cierto	6	54,5	-		-	
	Cierto	4	36,4				
	Nada cierto	1	9,1				
28. El desarrollo del lenguaje en su hijo es:	Extremadamente importante	8	72,7	18	94,7	26	86,7
	Importante	2	18,2	1	5,3	3	10,0
	Nada importante	1	9,1	0	0,0	1	3,3
29. Que las personas que se relacionan con niños tengan información sobre el desarrollo del lenguaje, lo considera:	Extremadamente importante	8	72,7	16	84,2	24	80,0
	Importante	3	27,3	2	10,5	5	16,7
	Más o menos importante	0	0,0	1	5,3	1	3,3

Las preguntas 20 y 21 solo fueron realizadas a las 11 personas que asistieron a los talleres. Sobre la temática abordada en el taller, a un 54,5% le parece muy interesante y al 45,5% le parece interesante. Respecto a si lo visto en el taller fue nuevo para ellos, un 54,5% señala que es muy cierto, un 36,4% que es cierto y una persona menciona que es nada cierto.

Del total de la muestra de 30 personas, un 86,7% considera que el desarrollo del lenguaje en su hijo es muy importante, un 10% que es importante y una persona que es nada importante. En cuanto a que las personas que se relacionan con niños tengan información sobre el desarrollo del lenguaje, un 80% considera que es extremadamente importante, 16,7% que es importante y una persona menciona que es más o menos importante.

De los asistentes al taller, un 72,7% considera que es extremadamente importante el desarrollo del lenguaje en su hijo, un 18,2% que es importante y una persona que es nada importante. Respecto a que las personas que se relacionan con niños tengan información sobre el desarrollo del lenguaje, un 72,7% lo considera extremadamente importante y un 27,3% que es importante.

De los no asistentes al taller, sobre la importancia del desarrollo del lenguaje en su hijo, un 94,7% lo considera extremadamente importante y una persona menciona que es importante. Respecto a que las personas que se relacionan con niños tengan información sobre el desarrollo del lenguaje, un 84,2% lo considera extremadamente importante, un 10,5% importante y una persona más o menos importante.

Preferencias de los cuidadores asistentes respecto a la forma (didáctica) del taller realizado (n=11).

Tabla VII.

Pregunta	Categoría	N°	%
22. Me gustó que el taller incluyera	Materiales sencillos	10	90,9
	Colchonetas	8	72,7
	Calefacción	8	72,7
	Guardería	9	81,8
	Café y galletas	10	90,9
23. Que el taller haya sido en grupo	Me gustó mucho	11	100,0
24. Que al inicio del taller me mostraran un video	Me gustó mucho	10	90,9
	N/R	1	9,1
25. Que el taller incluyera actividades para hacer con mi hijo	Me gustó mucho	11	100,0
26. Que el taller incluyera al niño	Me gustó mucho	11	100,0
27. La duración del taller fue:	Muy corta	0	0,0
	Corta	1	9,1
	Adecuada	9	81,8
	Larga	1	9,1
	Muy larga	0	0

*En la pregunta 22 las personas tenían la posibilidad de escoger más de una alternativa en su respuesta, es por esto que el porcentaje no suma 100%.

De los 11 asistentes, a un 90,9% le gustó que el taller incluyera materiales sencillos junto con café y galletas, a un 81,8% que hubiera guardería, y a un 72,7% que contará con colchonetas y calefacción. A todos los asistentes, les gustó mucho que el taller fuera en grupo, que incluyera al niño y actividades para hacer con él. Al 90,9% le gustó que le mostraran un video al inicio del taller, mientras que un 9,1% no respondió a esta pregunta. Respecto a la duración del taller, un 81,8% la encontró adecuada, una persona dice que fue corta y otra que fue larga.

Preferencias de los cuidadores respecto a las futuras intervenciones de estimulación del lenguaje (n=30).

Tabla VIIIa.

		Asistentes (n=11)		No asistentes (n=19)		Totales (n=30)	
		N°	%	N°	%	N°	%
18. En caso de hacer otro taller ¿Le gustaría ser recordado por este medio?	Sí	9	81,8	19	100	28	93,3
	No	1	18,2	0	0	1	3,3
	N/R	1	18,2	0	0	1	3,3

En relación a si les gustaría ser recordados vía mensaje de texto en caso de un futuro taller, del total de la muestra, un 93,3% señala que sí le gustaría, una persona que no y otra no responde a la pregunta. De los asistentes, un 81,8% menciona que le gustaría ser recordado por este medio, una persona que no y otra persona no responde. A todos los no asistentes les gustaría ser recordados por mensaje de texto.

Preferencias de los cuidadores respecto a las futuras intervenciones de estimulación del lenguaje (n=30).

Tabla VIIIb.

Pregunta	Categorías	Asistentes	No asistentes	Total	
		%	%	N°	%
29. Cuál o cuáles de estas opciones considera que podrían dificultar su asistencia a un futuro taller	No tener con quien dejar a mis niños	45,5	47,4	14	46,7
	El precio del transporte	18,2	5,3	3	10,0
	El tiempo de viaje hasta el lugar	27,3	10,5	5	16,7
	El número de transbordos que debo hacer para llegar al lugar	9,1	15,8	4	13,3
	Que haya mal clima	81,8	57,9	20	66,7
	La hora del taller	54,5	47,4	15	50,0
	Que el taller sea en el consultorio	9,1	10,5	3	10,0
	Otro(enfermedad, imprevistos)	18,2	26,3	7	23,3
30. Cuál o cuáles de estas opciones considera que podría facilitar su asistencia a un futuro taller	Que haya una guardería en el lugar	27,3	68,4	16	53,3
	Que el taller sea en el consultorio	63,6	84,2	23	76,7
	Que el lugar sea cercano a su hogar	72,7	57,9	19	63,3
	Que el lugar sea cercano a su trabajo	9,1	31,6	7	23,3
	Otro (horario)	0,0	10,5	2	6,7

*En las preguntas 29 y 30 las personas tenían la posibilidad de escoger más de una opción, por lo tanto el porcentaje final en ellas no suma 100%.

Del total de la muestra, sobre las opciones que consideraron que podrían dificultar su asistencia a un futuro taller, un 66,7% mencionó el que haya mal clima, un 50% la hora del taller, un 46,7% el no tener con quién dejar a los niños, un 23,3% otro (enfermedad, imprevisto), un 16,7% el tiempo de viaje hasta el lugar, un 13,3% el número de trasbordos que debe hacer para llegar al lugar y un 10% que el taller sea en el consultorio o el precio del transporte. Respecto a las opciones que podrían facilitar su asistencia a un futuro taller, un 76,7% refiere que el taller sea en el consultorio, un 63,3% que sea en un lugar cercano a su hogar, un 53,3% que haya guardería en el lugar, un 23,3% que se realice en un lugar cercano a su trabajo y un 6,7% otro (horario).

De los asistentes, entre las opciones que creen que podrían dificultar su asistencia a un futuro taller, un 81,8% que haya mal clima, un 54,5% la hora del taller, un 45,5% el no tener con quien dejar a sus niños/as, un 27,3% el tiempo de viaje al lugar, un 18,2% el precio del transporte u otro (enfermedad, imprevisto) y un 9,1% el número de trasbordos para llegar al lugar o que el taller sea en el consultorio. Sobre lo que consideran que podría facilitar su asistencia a un futuro taller, un 72,7% que se realice en un lugar cercano a su hogar, un 63,6% que sea en el consultorio, un 27,3% que hay guardería en el lugar y un 9,1% que se haga en un lugar cercano a su trabajo.

De los no asistentes, consideran que podría dificultar su asistencia a un futuro taller un 57,9% que haya mal clima, un 47,4% no tener con quien dejar a sus niños/as y la hora del taller, un 15,8% el número de trasbordos que debe hacer para llegar al lugar, un 10,5% el tiempo de viaje hasta el lugar o que sea en el consultorio y un 5,3% el precio de transporte. Sobre las opciones que podrían facilitar su asistencia, un 84,2% que sea en el consultorio, un 68,4% que haya guardería, un 57,9% que el lugar sea cercano a su hogar, un 31,6% que el lugar sea cercano a su trabajo y un 10,5% menciona otra opción.

Preferencias de los cuidadores respecto a las futuras intervenciones de estimulación del lenguaje (n=30).

Tabla VIIIc.

Pregunta	Categorías	Asistentes	No Asistentes	Total	
		%	%	N°	%
31. ¿Por qué medio le gustaría enterarse de un futuro taller?	Un afiche	54,5	31,6	12	40,0
	Invitación por un profesional de salud (médico, enfermera, matrona, etc.)	45,5	79,0	20	66,7
	Invitación por organizadores del taller	45,5	73,7	19	63,3
	Invitación por red social (Facebook, WhatsApp, Twitter, Instagram, etc)	63,6	47,4	16	53,3
	Otro (mensajes de texto)	36,4	5,3	5	16,7
32. En una futura ocasión, la entrega de información debiese ser	Presencial (por ejemplo: taller)	90,9	84,2	26	86,7
	No presencial (por ejemplo: video interactivo, material para la casa, etc.)	9,1	15,8	4	13,3

*En la pregunta 31 las personas podían seleccionar más de una opción, por esto el porcentaje final en ella no suma 100%.

Respecto a la pregunta de por qué medio le gustaría enterarse sobre un futuro taller, un 66,7% dice que le gustaría ser invitado por un profesional de la salud (médico, enfermera, matrona, etc.), un 63,3% ser invitado por los organizadores del taller, un 53,3% enterarse a través de una red social (facebook, whatsapp, twitter, instagram, etc.), un 40% por un afiche y un 16,7% por otro medio (mensajes de texto). Sobre la forma de entrega de la información para

una futura oportunidad, un 86,7% prefiere que se haga de forma presencial, mientras que un 13,3% de manera no presencial.

De los asistentes al taller, a un 63,3% le gustaría enterarse de un futuro taller por medio de una red social (facebook, whatsapp, twitter, instagram, etc.), a un 54,5% por un afiche, a un 45,5% por un profesional de la salud o por los organizadores del taller y a un 36,4% por otra vía (mensaje de texto). Sobre la forma de entrega de la información en una futura oportunidad, un 90,9% considera que debiese ser de forma presencial y un 9,1% no presencial.

De los no asistentes al taller, sobre el medio por el cual le gustaría enterarse de un futuro taller, un 79% menciona la invitación por un profesional de la salud, un 73,7% por los organizadores del taller, un 47,4% vía red social, un 31,6% por un afiche y un 5,4% por otro medio. Respecto a la forma de entrega de la información, un 84,2% prefiere que se haga de manera presencial y un 15,8% no presencial.

Preferencias de los cuidadores respecto a las futuras intervenciones de estimulación del lenguaje (n=30).

Tabla VIIIId.

		Asistentes	No asistentes	Total	
		%	%	N°	%
33. En un futuro taller, le gustaría que incluyera la participación del niño	Si	100,0	100,0	30	100,0
34. Considera que en un futuro taller presencial este debe tener	Charla y actividades con su hijo	100,0	100,0	30	100,0

Al 100% de la muestra le gustaría que en un futuro taller se incluyera la participación de su niño/a y que este contenga una charla más actividades para realizar con su hijo/a.

Preferencias de los cuidadores respecto a las futuras intervenciones de estimulación del lenguaje (n=30).

Tabla VIIIe.

		Asistentes	No Asistentes	Total	
		%	%	N°	%
35. Para que usted asista al taller, dónde le gustaría que fuera	Junta de vecinos	18,2	10,5	4	13,3
	Jardín infantil	27,3	36,8	10	33,3
	Consultorio (CESFAM)	72,7	31,6	14	46,7
	Iglesia	18,2	0,0	2	6,7
	Otro	9,1	0,0	1	3,3
36. Qué día le gustaría que fuera el taller	De lunes a jueves	36,4	63,2	16	53,3
	Viernes	36,4	52,6	14	46,7
	Sábado	36,4	31,6	10	33,3
	Domingo	18,2	0,0	2	6,7
37. En qué horarios le gustaría que fuera el taller	Antes de las 12:00 hrs.	27,3	42,1	11	36,7
	Entre las 12:00 y 16:00 hrs.	0,0	36,6	7	23,3
	Entre las 16:00 y 19:00 hrs.	54,5	26,3	11	36,7
	Después de las 19:00 hrs.	0,0	10,5	2	6,7
38. La duración del taller debiese ser de	30 minutos	0,0	5,3	1	3,3
	45 minutos	9,1	10,5	3	10,0
	Una hora	36,4	68,4	17	56,7
	Una hora y 30 minutos	36,4	21,1	8	26,7
	Más de una hora y 30 minutos	27,3	5,3	4	13,7

39. Si el taller tiene más de una sesión, cada cuánto podría asistir al taller	Una vez a la semana	72,7	63,2	20	66,7
	Dos veces al mes	9,1	21,1	5	16,7
	Una vez al mes	9,1	10,5	3	10,0
	Una vez cada tres meses	9,1	0,0	1	3,3
	No responde	0,0	0,0	1	3,3

*En las preguntas 35, 36, 37 y 38 las personas podía seleccionar más de una opción, por esto los porcentajes finales en ellas no suman 100%.

Respecto al lugar en donde se podría realizar un futuro taller, un 46,7% dice que le gustaría que se efectúe en el consultorio, un 33,3% en algún jardín infantil, un 13,3% en una junta de vecinos, un 6,7 en una iglesia y un 3,3% en otro lugar. En cuanto al día del taller, un 53,3% prefiere que sea entre lunes y jueves, un 46,7% que sea los viernes, un 33,3% un sábado y un 6,7% un domingo. En relación al horario del taller, un 36,7% prefiere que sea antes de las 12:00 hrs, otro 36,7% prefiere que sea entre 16:00 y 19:00 hrs, un 23,3% dice que debiera ser entre las 12:00 y las 16:00 hrs y un 6,7% postula que debería ser después de las 19:00 hrs. Sobre la duración que debiera tener un futuro taller, un 56,7% considera que la duración debería ser de una hora, un 26,7% de una hora y 30 minutos, un 13,7% de más de una hora y 30 minutos, un 10% de 45 minutos y un 3,3% de 30 minutos. Ante la posibilidad de que el taller tuviera más de una sesión, se les preguntó cada cuanto tiempo podrían asistir a las sesiones, a lo que un 66,7% respondió que podría una vez a la semana, un 16,7% dos veces al mes, un 10% una vez al mes, un 3,3% una vez cada tres meses y un 3,3% no responde a la pregunta.

Entre los asistentes, sobre el lugar en el que le gustaría que se realizara un futuro taller, un 72,7% menciona el consultorio, un 27,3% el jardín infantil, un 18,2% la iglesia o la junta de vecinos y un 9,1% en otro lugar. Respecto al día en el que le gustaría que se hiciera el taller, un 36,4% prefiere que se realice de lunes a jueves, un viernes o un sábado y un 18,2% un domingo. Sobre el horario de un futuro taller, un 54,5% prefiere que sea entre las 16:00 y las 19:00 horas y un 27,3% antes de las 12:00 horas. Respecto a la duración del taller, un 36,4% señala de debiese ser de una hora o de una hora y 30 minutos, un 27,35 de más de una hora y 30 minutos y un 9,1% de 45 minutos. En caso de que el taller tuviese más de una sesión, un

72,7% menciona que podría asistir una vez a la semana y un 9,1% dos veces al mes, una vez al mes o una vez cada tres meses.

De los no asistentes al taller, un 36,8% le gustaría que en una futura ocasión se realizaré en un jardín infantil, a un 31,6% en el consultorio y a un 10,5% en la junta de vecinos. Sobre el día que le gustaría que se realizara el taller, un 63,2% prefiere que sea de lunes a jueves, un 52,6% viernes y un 31,6% un sábado. Sobre el horario del taller, a un 42,1% le gustaría que fuera antes de las 12:00 horas, a un 36,6% entre las 12:00 y las 16:00 horas, a un 26,3% entre las 16:00 y las 19:00 horas y a un 10,5% después de las 19:00 horas. Respecto a la duración del taller, un 58,4% cree que debiese durar una hora, un 21,1% una hora y 30 minutos, un 10,5% 45 minutos y un 5,3% 30 minutos o más de una hora y 30 minutos. Si el taller tuviera más de una sesión, un 63,2% podría asistir una vez a la semana, un 21,1% dos veces al mes y un 10,5% una vez al mes.

VII. DISCUSIÓN

Encuestas telefónicas

Galána, Rodríguez-Artalejob y Zorrilla (2004) concluyen en su estudio que no hay grandes diferencias entre hacer una encuesta “cara a cara” y una telefónica, en cuanto a las respuestas que los encuestados dan. Uno de los factores más influyentes entonces a la hora de recabar información será el bajo costo que tiene realizar una encuesta telefónica, siendo útil para la investigación en salud pública. Holbrook, Green y Krosnick (2003) ahondan también en la comparación entre encuestas telefónicas y “cara a cara”, cuyos resultados apuntan a que en su población, las personas tienden a mostrar mayor desagrado en las encuestas telefónicas que las “cara a cara”, estas últimas además tomaban considerablemente más tiempo que las telefónicas.

Según Díaz de Rada (2011), al comparar las encuestas autoadministradas por internet y las encuestas telefónicas, establece que las primeras permiten al entrevistado responder a su ritmo y tienen un menor número de respuestas sin responder. Mientras que las segundas tienen un mayor número de respuestas sin responder, también presentan un mayor efecto de complacencia, además de un mayor número de respuestas socialmente deseables. Pese a estos datos, la aplicación de encuestas autoadministradas a través de internet no era posible en el presente estudio, debido a las características socioeconómicas de la población a la cual se apunta. En caso de repetir este estudio en otra población, podría ser una forma efectiva de recopilar los datos para que estos sean más fidedignos. Según los estudios revisados, no fue errada la decisión de realizar las encuestas de forma telefónica y no “cara a cara”, ya que no habrían grandes diferencias entre estas.

Mensajes de texto

Downer, Meara y Da Costa (2005), realizaron un estudio en donde se buscaba conocer si la asistencia a las citas médicas aumentaba si el usuario era recordado vía mensaje de texto. En él encontraron que la falta de asistencia era significativamente menor en el grupo experimental que en el grupo control. Siendo el porcentaje de inasistencia en el grupo control del 23,4% y el del grupo experimental 14,2%. Además lo consideran un medio adecuado y de bajo costo para recordar al paciente su cita médica. Chi et al. (2006) también estudiaron la efectividad del recordatorio telefónico para mejorar la asistencia a citas en atención primaria.

Compararon el uso de llamadas telefónicas y mensaje de texto en dos grupos, un grupo control que no recibió la intervención y uno experimental que sí lo hizo. Encontraron que el recordatorio telefónico aumentaba significativamente la asistencia a la cita, pero que no había diferencia entre sí el recordatorio era una llamada o un mensaje de texto. Aunque el mensaje de texto tenía un costo menor al de la llamada. Las mismas conclusiones fueron encontradas en el estudio de Chen, Fang, Chen & Dai (2007).

Estos datos respaldarían los resultados de nuestra encuesta, en donde se encontró que el 100% de los encuestados consideraron que el mensaje fue útil como recordatorio del taller. También concordarían con que el 77,3% encontró que influyó en que asistiera a la intervención.

Asistencia a talleres

En el Protocolo general de investigación de la evaluación de impacto del programa NeP (s.f.) se realizó una encuesta socioeconómica al cuidador principal que incorpora módulos relativos a la composición del hogar, el nivel de educación, trabajo, previsión social, ingresos del hogar, condiciones de vida, situación actual de salud y gastos. Algunos de estos aspectos también fueron considerados en el cuestionario aplicado en el presente estudio, con el fin de caracterizar socio demográficamente a los sujetos en estudio.

Según CEDEP (2013), la principal estrategia de difusión del taller utilizada es la invitación que realizan las facilitadoras del taller a las madres que van con sus hijos/as a los controles de salud o a la sala de estimulación. Otra estrategia de difusión utilizada es a través de carteles o afiches informativos en el CESFAM, panel con fotos de otros grupos y repartir folletos e invitaciones en la sala de espera. En el presente estudio, la mayoría de los cuidadores expresan que la invitación personal, por parte de los realizadores del taller, junto con la inscripción en la ficha fueron factores que aumentaron su compromiso para asistir al taller. En relación a las futuras intervenciones, los cuidadores señalan que les gustaría enterarse a través de un afiche (54,5%), una red social (63,6%), por un profesional de salud (45,5%) y por los organizadores del taller (45,5%).

En este mismo estudio (CEDEP, 2013) se señala que la falta de interés por asistir al consultorio para actividades de promoción de salud, explica la dificultad para reclutar a las personas e implementar este tipo de programas. Incluso se menciona como obstáculo la distancia que existiría al servicio de salud en el cual se realizan talleres como los del NeP. En

relación con la presente investigación en los resultados no se aprecian mayores diferencias, ya que al consultar a los cuidadores respecto a factores facilitadores para su asistencia a un futuro taller un 76,7% refiere que el taller sea en el consultorio, mientras que un 63,3% que sea en un lugar cercano a su hogar.

Existe similitud de respuestas entre las entrevistadas del Estudio de implementación del NeP (CEDEP, 2013) y las respuestas de los cuidadores del presente estudio. Las asistentes entrevistadas valoran la metodología de los talleres del NeP, destacan las actividades lúdicas, las experiencias compartidas con otras madres y el ambiente de confianza generado en las sesiones. En cuanto a los cuidadores asistentes al taller realizado, el 100% señala que les gustó mucho que el taller fuera grupal y que incluyera actividades para hacer con los niños/as. En este mismo sentido, al ser consultados respecto a futuras intervenciones, el 100% de los cuidadores expresaron que les gustaría que incluyera la participación de los niños/as y que considere una charla más actividades con ellos/as. Así mismo, en una futura ocasión, a la mayoría de los cuidadores les gustaría que la entrega de la información fuera presencial (86,7%).

Las entrevistadas en el estudio del CEDEP (2013) señalan que se motivaron por participar porque les interesaba recibir orientación en pautas de crianza para aprender a criar mejor a sus hijos/as. También mencionan que las reuniones eran entretenidas. Además, valoran el trato horizontal con las facilitadoras y sus habilidades como personas que entregaban confianza, que las respetaban y “que eran una más”. Ninguna menciona algo que no le hubiese gustado del taller. Características similares se evidencian en las respuestas de los cuidadores del presente estudio ante las siguientes opiniones “siento que no gano nada cuando asisto a los talleres”, “creo que no podré dar mi opinión durante el taller” y “creo que los talleres son fomes”, en las cuales el 100% de los cuidadores afirmaron que era falso.

En el Estudio de implementación del NeP (2013), las asistentes mencionan que los temas abordados en las sesiones fueron relevantes y útiles para apoyar la crianza de sus niños/as. Al igual que en el actual estudio, la mayoría de los cuidadores asistentes al taller señalan que, en relación al contenido del taller, la temática abordada es muy interesante y que lo visto en el taller es nuevo para ellos. Así mismo, la mayoría de la muestra indica que el desarrollo del lenguaje en niños/as y que las personas que se relacionan con los niños/as posean información sobre este tema son aspectos importantes para ellos.

En cuanto a los aspectos prácticos de la implementación, en el Estudio de implementación del NeP (2013) las madres están satisfechas con el número de sesiones por taller (6 a 8), el horario (generalmente entre las 14:00 y las 15:00 horas), la duración de las sesiones (dos horas aproximadamente) y el lugar (centros de salud) donde se realizaron las sesiones. Sin embargo, también se explicita que una de las mayores dificultades para que los cuidadores asistan al taller es el horario en que se realizaba, ya que muchos de los padres no pueden asistir debido a los horarios de su trabajo. En el presente estudio, los cuidadores expresan diversas preferencias en cuanto al lugar, día, horario, número de sesiones y duración de una futura intervención, lo que no permite llegar a un consenso sobre qué es lo que prefieren.

VIII. CONCLUSIONES

Es importante aclarar que las conclusiones aportadas por esta investigación están basadas en las respuestas obtenidas de la muestra que participó en el estudio, la cual corresponde a personas del sector norte de Santiago adscritas al CESFAM “Cristo Vive”. Debido a esto, los resultados y conclusiones no pueden ser extrapolados a otras poblaciones con características distintas.

Es posible establecer que la gran mayoría de las personas asistentes a los talleres realizados corresponde a mujeres, generalmente a las madres de los niños menores de 12 meses. Debido a esto, sería necesario que para la realización de futuras intervenciones se tuviera en cuenta que las madres son la población más interesada en participar. Sin embargo, se considera relevante indagar en formas de captar la atención e incluir a las demás personas que se relacionan con los niños, teniendo en cuenta que el ambiente del menor es fundamental para su adecuado desarrollo.

Según los resultados obtenidos, las personas aseguran que su compromiso para asistir a estas instancias aumenta cuando son invitados personalmente, cuando son inscritos en fichas y cuando reciben mensajes de texto recordando la realización del evento. A pesar de esto, se produce una discrepancia entre lo que las personas afirman y lo que realmente ocurre, dado que la mayoría de las personas no asistentes afirmaron lo previamente expuesto. Es probable que esas respuestas se hayan visto influenciadas por el tipo de encuesta, que si bien era anónima, fue realizada de manera telefónica. En una futura ocasión sería necesario considerar otra modalidad para realizar la encuesta, con el fin de eliminar el componente socioafectivo en las respuestas.

En relación a los métodos recordatorios, se puede establecer que la mensajería de texto no cumple cabalmente con su función, ya que alrededor de un cuarto de las personas que debieron haber recibido este recordatorio, no lo hicieron. Aún así, la investigación evidencia que los mensajes de texto efectivamente son útiles como método recordatorio. Sería importante para futuras ocasiones considerar que no es un método 100% efectivo, pero que las personas si desean ser recordados por esta vía.

En cuanto a las creencias, a pesar de que la mitad de los asistentes considera que la información entregada en los talleres era conocida por ellos, igualmente participan en este tipo

de instancias. En cambio la gran mayoría de los no asistentes cree que le entregarán información desconocida para ellos y de todas formas, no asiste a los talleres. Por lo tanto, no se puede establecer que las personas conozcan sobre la temática expuesta influya en su asistencia a los talleres.

La totalidad de las personas que asistieron al taller sostiene que es muy importante o importante el desarrollo del lenguaje en los niños y que las personas que se relacionan con ellos tengan conocimiento del tema. Esto nos permite suponer que la temática de estimulación temprana del lenguaje es de interés para la población, por lo tanto es necesario que se aborde en futuras intervenciones.

Para futuras intervenciones, la totalidad de las personas de la investigación establece que le gustaría que se incluyera la participación del niño/a que tienen bajo su cuidado y que, además se realicen charlas y actividades prácticas para realizar con ellos en estas instancias. Además un gran porcentaje destaca que los materiales que se ocupen en estas instancias sean sencillos y que incluya algo para comer. Esta información sería importante de rescatar en la planificación de próximas instancias.

En cuanto a la organización de los talleres, según lo expuesto por los encuestados, facilita la asistencia tener una guardería y que este sea realizado cerca del hogar o en el consultorio. En relación a los días y los horarios, no existe mayor preferencia por un día y hora específico, pero sí se destaca que las personas no asistirían los domingos. Lo anterior, destaca que si se quiere tener una buena asistencia a estas actividades, es necesario repetirlas en distintos días y a distintas horas, para así dar más posibilidades de asistencia. Por último la invitación debiese ser realizada por un profesional de la salud o el organizador del taller.

Una gran mayoría de la muestra considera que la modalidad presencial es la mejor manera de recibir información sobre estimulación temprana del lenguaje y un bajo porcentaje prefiere que esto se realice de forma no presencial. Pese a esto, se produce una contradicción entre lo que expresan y lo que realmente ocurre, debido a que la cantidad de personas que efectivamente asiste a los talleres es baja. Es por esto que se plantea como desafío buscar nuevas formas para aumentar la asistencia de las personas a estas instancias. De todas formas, resultaría interesante realizar un estudio en el cual se pueda establecer qué modalidad (presencial y no presencial) genera un mayor alcance e impacto en la población.

Finalmente, dentro de los principales aportes del presente estudio, se puede destacar que es la primera investigación que considera las opiniones y comentarios de personas que no asisten a los talleres. También se puede destacar la creación de un material útil y novedoso para las intervenciones, como lo es el “Taller de Estimulación Temprana del Lenguaje”, que puede ser replicado en futuras ocasiones.

Se requiere de una cantidad considerable de recursos humanos para la implementación de talleres. Sin embargo por la baja asistencia apreciada se pone en duda la sustentabilidad de esta estrategia en el marco de la APS. En total fueron necesarias 84 horas de trabajo para la realización de 4 talleres, a los cuales asistieron 14 personas, de las cuales sólo 9 fueron inscritas en la fase de reclutamiento del estudio para asistir al taller. A partir de lo anterior, no parece práctico invertir la cantidad de recursos que se utilizan actualmente en nuestro país para llevar a cabo talleres de promoción en salud, debido a la baja cantidad de población a la que llegan. Por esto se considera necesario investigar nuevas formas de promoción y prevención presencial para dar a conocer a la población temas relacionados con el desarrollo de los niños/as.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez de Laviada Mulero, T. (2011). Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Trastornos generalizados del desarrollo. Presentación. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 13 (20), 127-129. Recuperado el 24 de Marzo de 2014 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000400014&script=sci_arttext
- Baker-Henningham, H & López Bóo, F. (2010). Early childhood stimulation interventions in developing countries: A comprehensive literature. *IZA*, 5282. Recuperado el 5 de Mayo de 2014 de: <http://hdl.handle.net/10419/46166>
- Bedregal, P. (2008). Instrumentos de medición del desarrollo en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), 32-36. Recuperado el 24 de marzo de 2014, de <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79s1/art06.pdf>
- Bermeosolo, J. (2007). *Psicología del lenguaje. Fundamentos para Educadores y Estudiantes de Pedagogía*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Bloom, L. & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. Nueva York: Wiley.
- Cabello, A., Ochoa, J. & Filp, J. (1992). Pautas y prácticas en la crianza de niños y niñas entre 0 y 6 años de sectores pobres. *Revista de Educación Parvularia Universidad Central de Chile*, 10. Recuperado el 1 de mayo de 2014 de: <http://biblioteca-digital.ucentral.cl/publicaciones/revista/numero10/rev10a5.htmppobres>.
- Castaño, J. (2005) El sorprendente cerebro del bebé. *Archivos Argentinos de pediatría*, 103, s.p. Recuperado el 16 de Abril de 2014 de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752005000400008&script=sci_arttext
- Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (2013). Estudio cualitativo sobre la implementación del taller grupal de competencias parentales Nadie es perfecto. Recuperado el 5 de Mayo de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/21-Informe-final-Estudio-cualitativo-implementacion-Nadie-es-perfecto.pdf>
- Chen, Z., Fang, L., Chen, L., Dai, H. (2007). Comparison of an SMS text messaging and phone reminder to improve attendance at a health promotion center: A randomized controlled trial. *Journal of Zhejiang University. Science. B.*, 9(1), 34-38.
- Chile Crece Contigo Curicó (2008). Resumen de intervención educativa en APS para niños con Rezago de la comuna de Curicó. Recuperado de http://chilecrececontigocurico.blogspot.com/2008_09_24_archive.html
- Chile Crece Contigo. (2012). Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: guía para los equipos locales. Recuperado <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/Orientaciones-t%C3%A9cnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf>
- De Tejada, M. & Otálora, C. (2006). Estimulación cognitiva de madres del sector popular. *Investigación y Postgrado*. 21 (2), 43-68. Recupera el 01 de Mayo de: <http://www.scielo.org.ve/pdf/ip/v21n2/art03.pdf>

- Díaz de Rada, V. (2011). Encuestas con encuestador y autoadministradas por internet. ¿Proporcionan resultados comparables?. *Revista Española de Investigación Sociológicas*, 136, 49-90.
- Downer, S., Meara, J. & Da Costa, A. (2005). Use of SMS text messaging to improve outpatient attendance. *The Medical Journal of Australia*, 183(7), 366-368.
- Facultad de Economía y Negocios Universidad de Chile. (2010). Informe resultados encuesta primera ronda encuesta longitudinal de la primera infancia. Santiago, Chile. Recuperado de http://www.elpi.cl/documentos/Resultados_Finales_Hogares2010.pdf
- Facultad de Economía y Negocios Universidad de Chile. (2012). Informe resultados encuesta segunda ronda encuesta longitudinal de la primera infancia. Santiago, Chile. Recuperado de http://www.elpi.cl/documentos/Resultados_Finales_Hogares2012.pdf
- Fernández, F. (2013). Escuchemos el lenguaje del niño: normalidad versus signo de alerta. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 15(23), 117-126. Recuperado el 16 de Abril de 2014 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322013000300014&script=sci_arttext
- Galán, I., Rodríguez-Artalejo, F. & Zorrilla B. (2004). Comparación entre encuestas telefónicas y encuestas «cara a cara» domiciliarias en la estimación de hábitos de salud y prácticas preventivas. *Revista Gaceta Sanitaria*, 18(6), 440-450. Recuperado el 01 de mayo de 2014 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000800005&lng=es.
- Galán, I., Rodríguez-Artalejo, F. & Zorrilla B. (2004b). Reproducibilidad de un cuestionario telefónico sobre factores de riesgo asociados al comportamiento y las prácticas preventivas. *Revista Gaceta Sanitaria*, 18(2): 118-128. Recuperado el 1 de Mayo de 2014 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000200007&lng=es
- Galasso, E., Bedregal, P., Cordero, M., Carneiro, P. & Lopez, I. (s.f.). Protocolo general de investigación: Evaluación de impacto Nadie es Perfecto. Recuperado de página web Chile Crece Contigo: http://www.chccsalud.cl/ennep/dctos/Protocolo_de_Investigacion.pdf
- García, M. & Ibáñez, M. (2007). Apego e Hiperactividad: Un Estudio Exploratorio del Vínculo Madre-Hijo. *Terapia psicológica*, 25(2), 123-134. Recuperado en 29 de julio de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200003&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-48082007000200003.
- Gobierno de Jalisco, 2010. Libro Diez Problemas, Capítulo 5. Recuperado el 24 de Marzo del 2014 de: <http://www.iiieg.gob.mx/contenido/PoblacionVivienda/Rezagoeducativo.pdf>
- Goleman, D. (1997). La inteligencia emocional. Por qué es más importante que el cociente intelectual. Argentina: ISBN.
- Grimalt, L. & Heresi, E. (2012) Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista chilena de pediatría*. 83 (3), 239-246. Recuperado el 29 de Julio de 2014, de: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v83n3/art05.pdf>

- Haeussler, I. & Marchant T. (1991). TEPSI. Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Hernández, R., Fernández C. & Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. (.391-411). México: Editorial McGraw-Hill
- Holbrook, A., Green., M., Krosnick, J. (2003). Telephone versus face-to-face interviewing of national probability samples with long questionnaires. *Public Opinion Quarterly* 67, 79-125.
- Jago, R., Steeds, J., Bentley, G., Sebire, S., Lucas, P., Fox, K., Stewart-Brown, S. & Turner, K. (2012). Designing a physical activity parenting course: Parental views on recruitment, content and delivery. *BMC Public Health*,12. Recuperado el 4 de Mayo de 2014 de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/356>
- Jiménez, J. (2010). Adquisición y desarrollo del lenguaje. En Muñoz, A. *Psicología del Desarrollo en la Etapa de Educación Infantil*. 101-120. Madrid: Pirámide
- Love, R., Webb, W. (1998). Mecanismos del lenguaje y evolución del cerebro. En Rodríguez, J. *Neurología para los Especialistas del Habla y del Lenguaje*. 283-298. Lugar: Buenos Aires. Editorial médica panamericana.
- Maggiolo, M. & De Barbieri, Z. (1999). Programa de estimulación temprana del lenguaje. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 1, 31-40. Santiago, Chile.
- Maggiolo, M. & Varela, V. (s.f). Programa de Estimulación Temprana. Universidad de Chile, Escuela de Fonoaudiología. No publicado.
- Michellini, M., Rodríguez, S., Montiel, S., Borthagara, G., Arce, T., Bolasco, L. & Giambruno, G. (2000). Apoyo sanitario interdisciplinario en educación inicial. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(2), 154-176. Recuperado en 14 de abril de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000200014&lng=es&tlng=es.10.4067/S0370-41062000000200014.
- Ministerio de Salud (2004). Normas Técnicas de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño y la Niña Menor de 6 años. Santiago, Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2006). Encuesta Nacional de Calidad de Vida en Salud (ENCAVI). Santiago, Gobierno de Chile. Recuperado el 1 de Mayo de 2014 de: <http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/Taller2006/ReunionEpi2006/3-Sesion%20Estudios%20y%20VENT/03%20Encuesta%20Calidad%20de%20Vida%20006.pdf>
- Ministerio de Salud (2007). Minuta comunicacional. Resultados II Estudio de Calidad de Vida y Salud 12 de julio de 2007. Santiago, Gobierno de Chile. Recuperado el 1 de Mayo de 2014 de: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/Minuta.pdf>
- Ministerio de Salud (2008). Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niñas y niños de 0 a 6 años. Santiago, Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2011). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago, Gobierno de Chile. Recuperado el 04 de

mayo del 2014 de:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Ministerio de Salud (2014). Monitoreo y estadística de talleres Nadie es Perfecto: Informe de la serie 2010-2013. Recuperado el 04 de Mayo del 2014 de: <http://blog.chccsalud.cl/2014/04/nadie-es-perfecto-evaluacion-serie-2010.html>

Ministerio de Salud, Banco Mundial, Ministerio de Planificación (2011). Nadie es perfecto intensivo. Manual del Facilitador. Santiago, Gobierno de Chile. Recuperado el 09 de Abril del 2014 de: http://www.chccsalud.cl/ennep/dctos/M_NPI.pdf

Monsalve, A. & Nuñez, F. (2006). La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de los niños sordos: Los programas de detección precoz de la hipoacusia. *Intervención Psicosocial*, 15(1), 7-28. Recuperado el 09 de abril de 2014, de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/102098.pdf>

Nelson, A & Vargas, C. (2008). Rol del pediatra en el neurodesarrollo. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(1), 21-25. Recuperado el 24 de Marzo de 2014 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062008000700004&script=sci_arttext

New York State Speech-Language-Hearing Association, Inc. (2011). Late Talkers: A Variation of Normal Development?. Recuperado el 10 de Julio de http://www.nysslha.org/files/public/Late_Talkers.pdf

Ortiz, M. Fuentes, M. López, F. (2009). Desarrollo socioafectivo en la primera infancia. En Palacios, J. Marchesi, A & Coll, C. *Desarrollo Psicológico y Educación*. 151-176. Madrid: Alianza

Owens, R. (2003). Bases cognitivas y perceptivas del lenguaje inicial. *Desarrollo del Lenguaje*. 126-153. Madrid: Pearson Educación.

Palacios, J & Mora, J. (2009). Crecimiento físico y desarrollo psicomotor hasta los 2 años. En Palacios, J. Marchesi, A & Coll, C., *Desarrollo Psicológico y Educación*. 81-102. Madrid: Alianza

Palacios, J. (2009). Desarrollo cognitivo durante los dos primeros años. En Palacios, J. Marchesi, A & Coll, C. En *Desarrollo Psicológico y Educación*. 103-150. Madrid: Alianza

Pares, D., Jimeno, J. & Comajuncosas, J. (2013). Utilización de un recordatorio por SMS para mejorar la asistencia a las consultas externas en cirugía general y digestiva. *Gac Sanit*, Barcelona, 27(4). Recuperado el 04 de Mayo de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000400021&lng=es&nrm=iso. Recuperado en 04 mayo 2014. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.02.007>.

Peña, M. (2005). Habilidades lingüísticas de los niños menores de un año. *Revista de Neurología*, 40, sp.

Pérez, M. (1984). Lenguaje y pensamiento en el desarrollo: un nuevo modelo teórico. *Estudios de Psicología*, 117, 117-130.

- Rezago. (2001). En Real Academia Española (22ª edición). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=>
- Rodríguez, S., Arancibia, V. & Undurraga, C. (1976). *Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor para Niños entre 0 y 2 años*. Santiago: Editorial Galdoc.
- Rodrigo, M.J., Martín, J.C., Cabrera, E. & Maiquez, M.L. (2009) Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18 (2), 113-120. Recuperado el 4 de Abril de 2014 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000200003&lng=es&nrm=iso. ISSN 1132-0559.
- Rugiero, J & Guevara, Y. (2013). Desarrollo de habilidades conductuales maternas para promover la alfabetización inicial en niños preescolares. *Acta colombiana de psicología*, 16(1), 81-90. Recuperado el 10 de Julio de 2014 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/acpl/v16n1/v16n1a08.pdf>
- Santelices, M; Carvacho, C; Farkas, C; León, F; Galleguillos, F & Himmel, E. (2012). Medición de la sensibilidad del adulto con niños de 6 a 36 meses de edad: construcción y análisis preliminares de la escala de sensibilidad del adulto E.S.A. *Terapia Psicológica*, 30(3), 19-29. Recuperado el 29 de Julio de 2014 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300003
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. Madrid: McGraw-Hill.
- Servicio Nacional de Menores. (2007). *Lineamientos Técnicos Primera Infancia*. Recuperado el 26 de marzo de 2014, de http://www.sename.cl/wsename/otros/proteccion/lineamientos_tecnicos.pdf
- Schönhaut, L., Rojas, P. & Kaempffer, A. (2005). Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo. Comuna urbano rural, Región Metropolitana, 2003. *Revista Chilena de Pediatría*, 76(6), 589-598.
- Schönhaut, L., Maggiolo, M., De Barbieri, Z., Rojas, P. & Salgado, A. (2007). Dificultades de lenguaje en preescolares: Concordancia entre el test TEPSI y la evaluación fonoaudiológica. *Revista chilena de pediatría*, 78(4), 369-375. Recuperado en 09 de abril de 2014, de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062007000400004&script=sci_arttext
- Schönhaut, L., Maggiolo, M., Herrera, M., Acevedo, K. & García, M. (2008). Lenguaje e inteligencia de preescolares: Análisis de su relación y factores asociados. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(6), 600-606.
- Schönhaut, L. (2010). Profilaxia del Abandono: Cien Años de Protección de la Infancia en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 81(4), 304-312. Recuperado el 24 de marzo de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000400003&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0370-41062010000400003.
- Stein, A., Migdalek, M. & Sarlé, P. (2012). Te Enseño a Jugar: Caracterización de Movimientos Interaccionales y Formas Lingüísticas mediante las cuales se Regula la Interacción Lúdica. *Psykhé*, 21, 55-67. Recuperado el 16 de Abril de 2014 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282012000100004&script=sci_arttext

- Valdivia, I., Abadal G., Gárate, E., Regal, N., Castillo G., Sáez, M. & Lozano, T. (2013). Factores biológicos asociados al retardo primario del lenguaje en niños menores de cinco años. *Revista Cubana Pediatría*, 85(4), 466-475. Recuperado el 14 de abril de 2014 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000400007&lng=es.
- Vargas, N. (2008). Rol del pediatra en el neurodesarrollo. *Revista Chilena de Pediatría*, 79 (Supl. 1), 21-25. Recuperado el 09 de abril de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000700004&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0370-41062008000700004.
- Vericat, A. & Orden, A. (2010). Herramientas de screening del desarrollo psicomotor en Latinoamérica. *Revista Chilena de Pediatría*, 81, 391-401. Recuperado el 24 de Marzo de 2014 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000500002
- Vericat, A & Orden, A. (2013). El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2977-2984. Recuperado el 24 de Marzo de 2014 de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001800022
- Vite, A; López, F & Negrete, A. (2010). Sensibilidad materna y maltrato infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), 11-18. Recuperado el 29 de Julio de 2014 de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552010000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Young, M. & Fujimoto, G. (2003). Desarrollo infantil temprano: lecciones de los programas no formales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1, 85-123. Recuperado el 28 de Marzo de 2014 de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2003000100004&script=sci_arttext

VIII. ANEXOS

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PREFERENCIA DE UN GRUPO DE CUIDADORES DE MENORES DE 12 MESES SOBRE MODALIDADES DE DESARROLLO PARA MÓDULOS DE ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE.

Investigadores R.U.T
Catalina Figueroa 18.022.651-6
Macarena Ipinza 18.128.180-4
Salomé Loyola 18.170.141-2
María Elena Luco 18.019.745-1
Alan Millán 18.222.754-4

Institución: Escuela de Fonoaudiología Universidad de Chile.

Invitación a participar: Lo invitamos a participar en la investigación “Preferencias de un grupo de cuidadores de menores de 12 meses sobre modalidades de desarrollo para módulos de estimulación del lenguaje”.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivos conocer las preferencias de los usuarios con respecto a la realización de talleres para promocionar la estimulación temprana del lenguaje. El estudio incluirá a un número total de 30 cuidadores de niños menores de 12 meses, del Centro de Salud Familiar (CESFAM) “Cristo Vive” de la comuna de Recoleta, Santiago de Chile.

Procedimientos: Si Ud. acepta participar de esta investigación deberá asistir a un taller de una sesión en el CESFAM al que pertenece, acompañado del menor a su cargo. Antes de este taller se le enviarán mensajes de texto vía teléfono celular para recordarle su asistencia. Una semana después del taller se le llamará para responder una encuesta de aproximadamente 10 minutos, para obtener sus impresiones del taller.

Riesgos: La administración de este taller, los mensajes de texto y posterior encuesta telefónica no tendrá ningún efecto indeseado en su salud.

Costos: La implementación de este taller, los mensajes de texto y las llamadas telefónicas no tendrán ningún costo para Ud.

Beneficios: Además del beneficio que este estudio significará para el progreso del conocimiento y la mejor promoción de salud para futuros pacientes, su participación en este estudio le traerá los siguientes beneficios: aprendizaje en la aplicación de técnicas que ayudan a estimular el desarrollo del lenguaje y la comunicación en el menor a su cargo.

Compensación: Ud. no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma de estricta confidencialidad, lo que incluye el acceso de los investigadores o agencias supervisoras de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Información adicional: Ud. será informado si durante el desarrollo de este estudio surgen nuevos conocimientos o complicaciones que puedan afectar su voluntad de continuar participando en la investigación.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador, sin que ello signifique modificaciones en el estudio. De igual manera el investigador podrá determinar su retiro del estudio si consideran que esa decisión va en su beneficio.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

Investigadores:

Catalina Figueroa 9-1613932

Macarena Ipinza 9-2334104

Salomé Loyola 6-8686337

María Elena Luco 8-5293521

Alan Millán 6-1801485

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos comunicarse con el Presidente Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 29786923, Email: ceiha@med.uchile.cl. Ubicados en Dpto. Bioética y Humanidades Médicas, 3ºPiso, Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto "Preferencias de un grupo de cuidadores de menores de 12 meses sobre modalidades de desarrollo para módulos de estimulación del lenguaje".

Nombre del participante Firma Fecha

Rut.

Número de celular: _____

Nombre de informante Firma Fecha

Rut.

Nombre del investigador Firma Fecha

Rut.

Anexo 3: **RECORDATORIO DEL TALLER**RECORDATORIO DEL TALLER

Usted se ha inscrito el día _____ a las _____ hrs. para asistir al taller de Estimulación Temprana del Lenguaje en el Consultorio Cristo Vive, en la sala _____.

En esta ocasión debe asistir con su hijo o hija menor de 12 meses. Luego del taller compartiremos un cafecito con galletitas.



Recuerde que habrá una pequeña guardería en caso que no tenga con quién dejar a sus otros hijos.

Muchas gracias por participar

Estudiantes 4to año Fonoaudiología, Universidad de Chile

Anexo 4: TALLER DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL LENGUAJE

TALLER DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL LENGUAJE

Descripción del taller:

Modalidad: Teórico-Práctica.

Duración: 45 min. aproximadamente.

Requerimientos:

- Sala de tamaño adecuado para 10 cuidadores y sus niños.
- Calefacción o ventilación adecuada.
- Cobertor para el piso.
- Computador
- Proyector.
- Sistema de audio.
- Sillas.
- Cojines.

Participantes: Aproximadamente 10 cuidadores y 10 niños.

Etapas del taller

1.-Recibimiento

Las puertas de la sala en que se llevará a cabo el taller se abrirán 20 minutos antes de la hora de inicio. A medida que los participantes ingresen a la sala uno de los facilitadores les dará la bienvenida y entregará un distintivo, con sus respectivos nombres, al cuidador y bebé.

2.- Presentación e introducción del tema (20 minutos)

Al iniciar el taller lo todos los participantes (cuidadores y facilitadores) se sentarán en círculo. Se les explicará en qué consiste el seminario de investigación y las etapas en que se organizará el taller. Se comenzará con una dinámica de presentación en donde todos los cuidadores se presentaran a sí mismos y a sus niños indicando sus nombres y edad del menor. Posterior a esto se proyectará el video para introducir el tema de la estimulación del lenguaje. Para finalizar esta etapa se realizará un breve conversatorio en base a un intercambio de información, conocimiento y experiencias entre cuidadores y facilitadores. Esta instancia se acompañará de una presentación de diapositivas (Sub-anexo 1) como material de apoyo.

Material:

- Video: “Estimulación del Lenguaje - Chile Crece Contigo” Link:
<https://www.youtube.com/watch?v=HByk19UUtgw>

Contenidos a tratar en conversatorio “Estimulación Temprana del Lenguaje”

Comunicación

Pregunta 1: ¿Cómo nos comunicamos?

Importante destacar:

- La comunicación se puede llevar a cabo de distintas formas. Entre ellas se encuentra la comunicación verbal y no verbal (proxémica, kinésica, icónica).
- Nos comunicamos con los bebés y les hablamos de forma distinta a como lo hacemos con los adultos, ¿Cuáles son estas diferencias? Usamos naturalmente diversas estrategias para estimular el lenguaje y comunicación en los niños.

Preguntar 2: ¿Cuáles estrategias usamos para fomentar el lenguaje en los niños/as?

- Madresía
- Habla paralela
- Modelado
- Expansión
- Extensión

Pregunta 3: ¿Por qué es importante estimular tempranamente el lenguaje?

- Con una temprana estimulación damos más oportunidades para el adecuado desarrollo del lenguaje. Además mientras menores sean los niños, les es más fácil adquirir nuevos conocimientos. El lenguaje nos permite:
- Contactar con la gente que queremos. La comunicación acerca, la falta de ella nos aleja de los demás.
- Expresar deseos y emociones.
- Conocimiento del mundo.
- Es un mediador del aprendizaje.
- Aprender y estructurar nuestro pensamiento.
- Desarrollar lectoescritura.

2.- Actividades de juego infantil (30 minutos)

Para esta parte los cuidadores y sus niños se dividirán en dos grupos, uno con menores entre 0 a 6 meses y el otro entre 7 a 12 meses. Aquí cada grupo se pondrá en círculo con uno o más facilitadores para comenzar las actividades.

Materiales para la sesión.

Ambiente:

1. Alfombra que no se deslice (alfombra de goma eva) o colchonetas.
2. Sillas.
3. Computador.
4. Proyector.
5. Sistema de audio con conector para el computador.

Para los bebés:

1. Tela suave o pañal (de género) con campanitas.
2. Sonajeros.

Edad: 0 a 6 meses

Actividades y juegos

Objetivo: Estimular juegos de interacción, contacto ocular, permanencia, atención a objetos, control de impulsos y localización de sonidos.

Consigna: "Vamos a jugar al está, no está"

- Se le entregará a cada cuidador un pañal o tela suave con pequeñas campanitas en los bordes del pañal. Cuando el niño(a) esté en una posición cómoda, ya sea acostado(a) o sentado(a), se le estimulará con el sonido que produce el pañal dentro de su campo visual.
- Luego se probará el mismo modo de estimulación moviendo el pañal o tela suave hacia los distintos lados intentando de salir del campo visual de el(la) menor.
- Si se inquieta, háblele y sonríale para tranquilizarlo (la). Juegue con él (ella) al escondite tapándose usted o al niño(a) parcialmente con el pañal.
- Repita la acción varias veces, haciendo divertido el juego y animándole a participar activamente.

Sugerencias:

- Trate de unirse a la diversión y disfrute con el niño(a), verbalice lo que va haciendo y experimentando.
- Con niños(as) más grandes puede intentar esconder parcialmente objetos y animar al niño(a) a que saque la tela y lo encuentre.
- Cuando exista contacto ocular, sonríale, acarícielo(a) o béselo(a), de modo que él (ella) logre una asociación entre contacto visual y estímulos agradables.

Edad: 7 a 12 meses

Actividades y juegos

Objetivo: Estimular juegos de interacción, atención, seguimiento y búsqueda de objetos que se desplazan rápidamente.

Consigna: "¿Dónde está?".

- Sentado(a) en el suelo, localizar visualmente un juguete (sonajero) que previamente se le ha mostrado dentro del campo visual del niño(a).
- Espere la reacción del niño(a), si éste(a) queda impasible, anímele a buscar el objeto.
- Repita la acción varias veces convirtiéndola en un juego e intentando que el niño(a) siga con su mirada la trayectoria del objeto lanzado al suelo y luego que lo busque.
- Estimule también a que sea el (la) menor quien lance el objeto.

Sugerencias:

- Poco a poco, para complejizar la actividad, vaya aumentando la distancia del recorrido del objeto.
- Ayúdele al principio mostrando el lugar donde está el objeto y disminuya progresivamente esta ayuda.
- Alabe los esfuerzos del niño(a) y entréguele el objeto para que juegue con él.
- Verbalice lo que va haciendo y experimentando.

3.- Resolución de preguntas y cierre.

Para esta última etapa todos los participantes se sentarán nuevamente en círculo. Se dará un espacio para que los cuidadores hagan preguntas, resuelvan dudas y comenten sobre el taller y las actividades. Finalmente se entregará un magneto y una línea de tiempo con la edad de adquisición de los principales hitos del desarrollo del lenguaje (Sub-anexo 2).

Para dar cierre al taller se servirá un coffee break en que todos los participantes tendrán la posibilidad de compartir libremente.

Sub-anexo 1: **GUIÓN DEL TALLER**

Guión taller de Estimulación Temprana del Lenguaje

Introducción:

Buenos días/tardes, yo soy _____ y mi compañero/a _____ y somos estudiantes de cuarto año de Fonoaudiología de la Universidad de Chile. Para nuestra tesis estamos realizando una investigación, que busca conocer cuáles son sus preferencias sobre los talleres. Para esto primero los/as buscamos en el consultorio y los/as inscribimos en el taller que realizaremos hoy. Y en una semana más los/as llamaremos para hacerles una encuesta telefónica donde les preguntamos por sus opiniones y preferencias sobre el taller. Lo que primero haremos hoy es ver un video, luego conversaremos sobre el lenguaje en los niños, después realizaremos actividades junto con los/as niños/as y finalmente tendremos un espacio para resolver dudas y compartir un café.

Ahora le voy a pedir a cada uno de ustedes que se presente, diciendo su nombre, el de su niño/a y la edad de este.

Bueno ahora que nos presentamos vamos a partir con el taller y primero vamos a ver el siguiente video.

Video

Vamos a comentar el video ¿qué les pareció?, ¿notaron algunas cosas que hacen o hicieron sus hijos?

¿Cómo creen ustedes que nos comunicamos?

Si nadie responde:

- Entregar opciones: Hablando, mirándonos a los ojos, con gestos, con la cercanía, tocándonos.

Si responden:

- Reforzar y expandir lo que personas dicen.

Otras preguntas para hacer: (Si no salen, hacerlas)

- ¿Y cómo nos comunicamos con las guaguas?
- ¿Y cómo creen que nos damos cuenta de lo que las guaguas nos quieren decir?

Importante destacar:

- La comunicación se puede llevar a cabo de distintas formas. Entre ellas se encuentra la comunicación verbal y no verbal (proxémica, kinésica, icónica).
- Nos comunicamos con los bebés y les hablamos de forma distinta a como lo hacemos con los adultos, ¿Cuáles son estas diferencias? Usamos naturalmente diversas estrategias para estimular el lenguaje y comunicación en los niños.

¿Cuáles estrategias usamos para fomentar el lenguaje en los niños/as?

- **Madresía:** Es la forma que tenemos de hablar con los bebés. Hablamos más lentito, más suave, con una voz más aguda. Además usamos palabras más simples. Es importante que cuando hablemos con nuestros niños, el nos este viendo. *Hablar con Madresía, ejemplificar.*
- **Habla paralela:** Es cuando le decimos a la guagua lo que estamos haciendo o pensando. *Ej: Ahora vamos a hacer la cama, primero estiramos las sáabanas, después ponemos las almohadas*
- **Modelado:** Es cuando el niño dice una palabra mal, y nosotros la decimos de forma correcta. *Ej: ¡mia peyo! y nosotros decimos: ¡mira el perro!*

- Expansión: Es cuando agregamos más información a lo que el niño dice. *Ej. con el ejemplo anterior: ¡mia peyo! y nosotros decimos: ¡Sí! mira el perro, es muy grande.*
- Estimulación focalizada: Se repite la misma palabra varias veces en una misma conversación. La idea es que el niño reciba muchas veces la palabra y no necesariamente que la repita. Ej: No se debe decir "comida-comida-comida-comida" si no que incluir la palabra en distintas oraciones como "¡qué rica la comida!, ¿vamos a comer la comida?, ¿cómo está muy buena la comida!"

¿Por qué es importante estimular tempranamente el lenguaje?

Si nadie responde:

- Pensemos que el cerebro es como una biblioteca, y cada palabra es en un libro. Para llenar esta biblioteca, necesitamos muchos libros y mientras antes la llenamos es mejor. Todas las palabras que llenan la biblioteca de nuestras guaguas les ayudarán a aprender y a conocer más del mundo que los rodea.

Si responden:

- Reforzar y validar conocimiento de asistentes.

Importante destacar:

- Con una temprana estimulación damos más oportunidades para el adecuado desarrollo del lenguaje. Además mientras menores sean los niños, les es más fácil adquirir nuevos conocimientos.

Otras preguntas: ¿Y para que nos sirve el lenguaje/hablar?

- Contactar con la gente que queremos. La comunicación acerca, la falta de ella nos aleja de los demás.
- Expresar deseos y emociones.
- Conocimiento del mundo.
- Es un mediador del aprendizaje.
- Aprender y estructurar nuestro pensamiento.
- Desarrollar lectoescritura.

Ahora vamos a jugar con los niños y para eso nos vamos a dividir en dos grupos, los menores de 6 meses acá y los mayores de 6 meses

Actividades: (10 minutos)

- Menores de 6 meses: Se debe estimular juegos de interacción, contacto ocular, permanencia y atención a objeto, control de impulsos y localización al sonido. Se entrega tela y se deja libre a padre con hijos. Hablar de **atención, contacto visual, atención a sonidos, toma de turnos**
 - Si no hacen nada: decirle que lo toquen con la tela para que vean que es suave, pasárselo por partes del cuerpo nombrándolas, darle características de la tela, si el niño mira el pañuelo ponérselo cerca de la cara. Esconder su cara y luego mostrarla.
- Mayores de 6 meses: juegos de interacción, atención, seguimiento y búsqueda de objetos que se mueven rápidamente. Se entregan botellas y paños y se deja libre a padre con hijos. Hablar de **atención, contacto visual, atención a sonido, toma de turnos**.
 - Si no hacen nada: Mire, haga sonar esto, póngalo en distintos lugares atrás adelante a los lados, intente que el menor lo tome y vea que hace. Puede tirarlo y ver si el niño lo sigue con la mirada e intenta atraparlo

Comentemos las actividades de hoy:

- ¿Qué les parecieron las actividades? ¿Las pudieron hacer?

- Si no contestan: facilitadores dan experiencias para comentar en grupo.
- Hagamos un recuento de lo que vimos hoy: ¿Se acuerdan de cuáles son las estrategias que debemos usar para estimular el lenguaje? ¿Y por qué hacemos estas actividades? (Hablar de precursores atención, contacto visual, atención a sonido, toma de turnos). Además decir que son hechos con materiales caseros.
- ¿En qué momento puedo usar estas técnicas?
Respuestas: En todo momento, cuando jueguen, cuando lo alimenta, cuando lo baña, cuando están sentados, cuando vayan a hacer las compras, cuando lo mude. En definitiva ¡Siempre! Pero no despierte a su hijo para hacerlo...

Despedida:

RECUERDEN QUE LOS VAMOS A LLAMAR PARA REALIZAR UNA ENCUESTA, LAS PERSONAS QUE NO HAYAN FIRMADO EL CONSENTIMIENTO ACÉRQUENSE PARA FIRMARLO AHORA, MUCHAS GRACIAS. .

Sub Anexo 2: **POWER POINT**

Estimulación Temprana del Lenguaje



futureknowledge.wordpress.com

VIDEO

Crianza Respetuosa
Estimulación del Lenguaje




futureknowledge.wordpress.com

¿Cómo nos comunicamos?




futureknowledge.wordpress.com

¿Por qué es importante estimular tempranamente el lenguaje?





futureknowledge.wordpress.com

¿Cuáles estrategias usamos para fomentar el lenguaje en los niños/as?

Madresía	Habla Paralela	Modelado
Expansión	Extensión	



futureknowledge.wordpress.com

Actividades




futureknowledge.wordpress.com

Comentemos las
actividades de hoy



www.dibujosparanimar.com



¡Muchas gracias!



Sub-anexo 3: **LÍNEA DE TIEMPO**Desarrollo del Lenguaje

Sub-anexo 4: **IMÁN**

Anexo 5: MENSAJES DE TEXTO**MENSAJES DE TEXTO**

Mensaje de texto 1: Gracias por inscribirse a este taller de estimulación de lenguaje, le esperamos junto a su hijo el día (día elegido) a la (hora del taller) hrs. Nos vemos.

Mensaje de texto 2: Hola, le recordamos que este próximo día (día elegido) a las (hora del taller) hrs. se realizará el taller de estimulación del lenguaje en el CESFAM "Cristo vive". No se complique si tiene más hijos, habrá guardería. Le esperamos junto a su hijo.

Mensaje de texto 3: Hola, le recordamos que hoy a las (hora del taller) hrs. se desarrollará el taller de estimulación del lenguaje en el CESFAM "Cristo Vive". No se complique si tiene más hijos, habrá guardería. Le esperamos junto a su hijo.

Anexo 6: ENCUESTAS

Encuesta para asistentes al taller

N° de encuesta: _____

Nombre de encuestador/a:
_____**Introducción:**

Estimado/a señor/a _____ : Mi nombre es _____, estudiante de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Chile. Quisiera hacerle unas preguntas dado que usted se inscribió a una investigación que incluía un taller de estimulación temprana del lenguaje y una encuesta telefónica. Usted asistió al taller y para poder beneficiar la investigación con sus opiniones e impresiones sobre este y otro tipo de talleres necesitamos que nos responda algunas preguntas. Quiero dejarle en la claro que todas sus respuestas son absolutamente confidenciales.

¿Podríamos partir la encuesta ahora?

Primero necesitamos tener algunos datos suyos.

Identificación:

1. Código:	2. Sexo:	Comentarios
3. Edad:		
4. Fecha del taller al que se inscribió:	5. ¿Cuál es su parentesco con el niño/a?	
(a) Taller 1 (4 octubre) (b) Taller 2 (6 octubre) (c) Taller 3 (8 octubre) (d) Taller 4 (10 octubre)	(a) Madre (b) Padre (c) Abuelo (d) Abuela (e) Otro: _____	
6. ¿Vive con el niño/a?	7. ¿Cuántos niños/as tiene a su cargo?	
(a) Sí (b) No		
8. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndolo/a?:		
9. ¿Qué estudios tiene?	10. ¿Cuál es su ocupación actual?	
(a) Sin estudios (b) Básica incompleta (c) Básica completa (d) Media incompleta (e) Media completa (f) Técnica incompleta (1 a 3 años) (g) Técnica completa	(a) Dueña/o de Casa (b) Cesante (c) Trabajador/a Dependiente (d) Trabajador/a Independiente (e) Otro	

(h) Universitaria incompleta (i) Universitaria completa (j) Universitaria completa y más		
11. ¿Se encuentra usted actualmente en su post natal?		
(a) Sí (b) No		

Estrategias de reclutamiento y adherencia

<i>Ahora, las siguientes preguntas se relacionan con cómo se entero del taller.</i>		
12. Que lo invitaran personalmente ¿aumentó su compromiso con la asistencia al taller?	13. Que lo inscribieran en la ficha ¿aumentó su compromiso con la asistencia al taller?	Comentarios
(a) Sí (b) No	(a) Sí (b) No	
<i>Las preguntas que continúan tratan sobre los mensajes de texto que se le enviaron antes de la realización del taller.</i>		
14. ¿Recibió un mensaje de texto avisándole del taller?	15. ¿Encontró útil el mensaje como recordatorio?	
(a) Sí (b) No → Saltar a pregunta 18 (c) No se pregunta	(a) Sí (b) No	
16. ¿Influyó el mensaje de texto en que usted asistiera al taller?	17. Respecto al número de mensajes de texto, usted considera que fueron:	
(a) Sí (b) No	(a) Pocos (b) Adecuados (c) Muchos	
18. En caso de hacer otro taller ¿Le gustaría ser recordado por este medio?		
(a) Sí (b) No		

Creencias sobre los talleres

19. Verdadero o Falso		
<i>Ahora le pediré que me diga si estas frases son verdaderas o falsas según su opinión</i>		
(V) (F)	Creo que no entenderé lo que me expliquen en los talleres.	Comentarios
(V) (F)	Creo que me van a dar información que ya conozco.	
(V) (F)	Creo que no podré hacer preguntas en el taller.	
(V) (F)	Creo que no podré dar mi opinión durante el taller.	
(V) (F)	Creo que las palabras que usan son muy difíciles de entender.	
(V) (F)	Siento que pierdo mi tiempo cuando asisto a los talleres.	
(V) (F)	Siento que no gano nada cuando asisto a los talleres.	
(V) (F)	Creo que en los talleres solos estaré sentado escuchando a alguien.	
(V) (F)	Creo que los talleres son "fomes".	

Información sobre el taller

19. La temática abordada en el taller le parece	20. Lo visto en el taller fue nuevo para mí	Comentarios
(a) Muy Interesante (b) Interesante (c) Nada interesante	(a) Muy cierto (b) Cierto (c) Nada cierto	
<i>En la siguiente pregunta puede escoger todas las alternativas que desee</i>	De la pregunta 22 a la 25, elija de 1 a 5. En donde 1 significa "no me gustó nada" y 5 "me gusto mucho"	
21. Me gustó que el taller incluyera	22. Que el taller haya sido en grupo	
(a) Materiales sencillos () (b) Colchonetas () (c) Calefacción () (d) Guardería () (e) Café y galletas al final ()	(a) Me gustó mucho (5) (b) Me gustó (4) (c) Me es indiferente (3) (d) No me gustó (2) (e) No me gustó nada (1)	
23. Que al inicio del taller me mostraran un video	24. Que el taller incluyera actividades para hacer con mi hijo	
(a) Me gustó mucho (5) (b) Me gustó (4) (c) Me es indiferente (3) (d) No me gustó (2) (e) No me gustó nada (1)	(a) Me gustó mucho (5) (b) Me gustó (4) (c) Me es indiferente (3) (d) No me gustó (2) (e) No me gustó nada (1)	
25. Que el taller incluyera al niño	26. La duración del taller fue:	
(a) Me gustó mucho (5) (b) Me gustó (4) (c) Me es indiferente (3) (d) No me gustó (2) (e) No me gustó nada (1)	(a) Muy corta (b) Corta (c) Adecuada (d) Larga (e) Muy larga	

Futuras intervenciones

<i>La última parte de la encuesta cuenta con los posibles intereses que podría tener a la hora de asistir a un taller ideal para usted.</i>		
27. Responda la siguiente pregunta, eligiendo de 1 a 5. En donde 1 significa "nada importante" y 5 "extremadamente importante". El desarrollo del lenguaje en su hijo es:	28. Responda la siguiente pregunta, eligiendo de 1 a 5. En donde 1 significa "nada importante" y 5 "extremadamente importante". Que las personas que se relacionan con niños (padres, cuidadoras, tías del jardín etc.) tengan información sobre el desarrollo del lenguaje, lo considera:	Comentarios
(a) Extremadamente importante (b) Importante	(a) Extremadamente importante (b) Importante	

(c) Más o menos importante	(c) Más o menos importante
(d) Ligeramente importante	(d) Ligeramente importante
(e) Nada importante	(e) Nada importante
<i>En la siguiente pregunta puede escoger todas las alternativas que desee</i>	
29. Cuál o cuáles de estas opciones considera que podrían dificultar su asistencia a un futuro taller:	30. Cuál o cuáles de estas opciones considera que podría facilitar su asistencia a un futuro taller:
(a) No tener con quien dejar a mis niños/as ()	(a) Que haya una guardería en el lugar ()
(b) El precio del transporte ()	(b) Que el taller sea en el consultorio ()
(c) El tiempo de viaje hasta el lugar ()	(c) Que el lugar sea cercano a su hogar ()
(d) El número de transbordos que debo hacer para llegar ()	(d) Que el lugar sea cercano a su trabajo ()
(e) Que haya mal clima ()	(e) Otro: _____ ()
(f) La hora del taller ()	
(g) Que el taller sea en el consultorio ()	
(h) Otro: _____ ()	
<i>En la siguiente pregunta puede escoger todas las alternativas que le gusten</i>	
31. ¿Por qué medio le gustaría enterarse de un futuro taller?	
(a) Un afiche ()	
(b) Invitación de algún profesional de salud (medico, enfermera, matrona, etc) ()	
(c) Invitación de los organizadores del taller ()	
(d) Invitación por red social (Facebook, WhatsApp, Twitter, Instagram, etc) ()	
(e) otro _____ ()	
32. En una futura ocasión, la entrega de información debiese ser	33. En un futuro taller, le gustaría que incluyera la participación del niño
(a) Presencial (por ejemplo: taller)	(a) Sí
(b) No presencial (por ejemplo: video interactivo, material para la casa, etc.)	(b) No
34. Considera que en un futuro taller presencial este debe tener:	
(a) Solo Charla	
(b) Solo actividades con su hijo/a	
(c) Charla y actividades con su hijo/a	
<i>En las siguientes tres preguntas puede escoger todas las alternativas que le gusten</i>	
35. Para que usted asista al taller, dónde le gustaría que fuera	36. Qué día le gustaría que fuera el taller:
(a) Junta de vecinos ()	(a) De Lunes a Jueves ()
(b) Jardín infantil ()	(b) Viernes ()
(c) Consultorio (CESFAM) ()	(c) Sábado ()
(d) Iglesia ()	(d) Domingo ()
(e) Otro: _____ ()	
37. En qué horarios le gustaría que fuera el taller:	38. La duración del taller debiese ser de:
(a) Antes de las 12 hrs. ()	(a) 30 minutos ()
(b) Entre las 12:00 y las 16:00pm hrs. ()	(b) 45 minutos ()
(c) Entre las 16:00 y las 19:00 hrs. ()	(c) Una hora ()
(d) Después de las 19:00 hrs. ()	(d) Una hora y media ()
	(e) Más de una hora y media ()
39. Si el taller tiene más de una sesión, cada cuánto podría asistir al	40. Para finalizar la encuesta debo hacerle una última pregunta, cuya respuesta es voluntaria.

taller:	Sin embargo, su respuesta sería de gran ayuda. ¿Cuál es el ingreso total en su hogar mensualmente?	
(a) Una vez a la semana (b) Dos veces al mes (c) Una vez al mes (d) Una vez cada tres meses.		

Encuesta para no asistentes al taller

N° de encuesta: _____

Nombre de encuestador/a:

Introducción:

Estimado/a señor/a _____: Mi nombre es _____, estudiante de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Chile. Quisiera hacerle unas preguntas dado que usted se inscribió a una investigación que incluía un taller de estimulación temprana del lenguaje y una encuesta telefónica. Nosotros sabemos que usted no asistió al taller, pero de todas formas necesitamos que conteste algunas preguntas para beneficiar la investigación con sus opiniones. Quiero dejarle en la claro que todas sus respuestas son absolutamente confidenciales.

¿Podríamos partir la encuesta ahora?
Primero necesitamos tener algunos datos suyos.

Identificación:

1. Código:	2. Sexo	Comentarios
3. Edad:		
4. Fecha del taller al que se inscribió:	5. ¿Cuál es su parentesco con el niño/a?	
(a) Taller 1 (4 octubre) (b) Taller 2 (6 octubre) (c) Taller 3 (8 octubre) (d) Taller 4 (10 octubre)	(a) Madre (b) Padre (c) Abuelo (d) Abuela (e) Otro: _____	
6. ¿Vive con el niño/a?	7. ¿Cuántos niños/as tiene a su cargo?	
(a) Sí (b) No		
8. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndolo/a?:		
9. ¿Qué estudios tiene?	10. ¿Cuál es su ocupación actual?	
(a) Sin estudios	(a) Dueña/o de Casa	

(b) Básica completa (c) Básica incompleta (d) Media incompleta (e) Media completa (f) Técnica incompleta (1 a 3 años) (g) Técnica completa (h) Universitaria incompleta (i) Universitaria completa (j) Universitaria completa y más	(b) Cesante (c) Trabajador/a Dependiente (d) Trabajador/a Independiente (e) Otro	
11. ¿Se encuentra usted actualmente en su post natal?		
(a) Sí (b) No		

Estrategias de reclutamiento y adherencia

<i>Ahora, las siguientes preguntas se relacionan con cómo se entero del taller.</i>		
12. Que lo invitaran personalmente ¿aumentó su compromiso con la asistencia al taller?	13. Que lo inscribieran en la ficha ¿aumentó su compromiso con la asistencia al taller?	Comentarios
(a) Sí (b) No	(a) Sí (b) No	
<i>Las preguntas que continúan tratan sobre los mensajes de texto que se le enviaron antes de la realización del taller.</i>		
14. ¿Recibió un mensaje de texto avisándole del taller?	15. ¿Encontró útil el mensaje como recordatorio?	
(a) Sí (b) No → Saltar a pregunta 18 (c) No se pregunta	(a) Sí (b) No	
16. ¿Influyó el mensaje de texto en que usted asistiera al taller?	17. Respecto al número de mensajes de texto, usted considera que fueron:	
(a) Sí (b) No	(a) Pocos (b) Adecuados (c) Muchos	
18. En caso de hacer otro taller ¿Le gustaría ser recordado por este medio?		
(a) Sí (b) No		

Creencias sobre los talleres

19. Verdadero o Falso		
<i>Ahora le pediré que me diga si estas frases son verdaderas o falsas según su opinión</i>		
(V) (F)	Creo que no entenderé lo que me expliquen en los talleres.	Comentarios
(V) (F)	Creo que me van a dar información que ya conozco.	
(V) (F)	Creo que no podré hacer preguntas en el taller.	
(V) (F)	Creo que no podré dar mi opinión durante el taller.	
(V) (F)	Creo que las palabras que usan son muy difíciles de entender.	

(V) (F)	Siento que pierdo mi tiempo cuando asisto a los talleres.	
(V) (F)	Siento que no gano nada cuando asisto a los talleres.	
(V) (F)	Creo que en los talleres solos estaré sentado escuchando a alguien.	
(V) (F)	Creo que los talleres son fomes	

Futuras intervenciones

<i>La última parte de la encuesta cuenta con los posibles intereses que podría tener a la hora de asistir a un taller ideal para usted.</i>		
20. Responda la siguiente pregunta, eligiendo de 1 a 5. En donde 1 significa “nada importante” y 5 “extremadamente importante”. El desarrollo del lenguaje en su hijo es:	21. Responda la siguiente pregunta, eligiendo de 1 a 5. En donde 1 significa “nada importante” y 5 “extremadamente importante”. Que las personas que se relacionan con niños (padres, cuidadoras, tías del jardín etc.) tengan información sobre el desarrollo del lenguaje, lo considera:	Comentarios
(a) Extremadamente importante (5) (b) Importante (4) (c) Más o menos importante (3) (d) Ligeramente importante (2) (e) Nada importante (1)	(a) Extremadamente importante (5) (b) Importante (4) (c) Más o menos importante (3) (d) Ligeramente importante (2) (e) Nada importante (1)	
<i>En la siguiente pregunta puede escoger todas las alternativas que desee</i>		
22. Cuál o cuáles de estas opciones considera que podrían dificultar su asistencia a un futuro taller:	23. Cuál o cuáles de estas opciones considera que podría facilitar su asistencia a un futuro taller:	
(a) No tener con quien dejar a mis niños/as () (b) El precio del transporte () (c) El tiempo de viaje hasta el lugar () (d) El número de transbordos que debo hacer para llegar () (e) Que haya mal clima () (f) La hora del taller () (g) Que el taller sea en el consultorio () (h) Otro: _____ ()	(a) Que haya una guardería en el lugar () (b) Que el taller sea en el consultorio () (c) Que el lugar sea cercano a su hogar () (d) Que el lugar sea cercano a su trabajo () (e) Otro: _____ ()	
<i>En la siguiente pregunta puede escoger todas las alternativas que le gusten</i>		
24. ¿Por qué medio le gustaría enterarse de un futuro taller?		
(a) Un afiche () (b) Invitación de algún profesional de salud (médico, enfermera, matrona, etc) () (c) Invitación de los organizadores del taller () (d) Invitación por red social (Facebook, WhatsApp, Twitter, Instagram, etc) () (e) otro _____ ()		
25. En una futura ocasión, la entrega de información debiese ser	26. En un futuro taller, le gustaría que incluyera la participación del niño	
(a) Presencial (por ejemplo: taller)	(a) Sí	

(b) No presencial (por ejemplo: video interactivo, material para la casa, etc.)	(b) No	
27. Considera que en un futuro taller presencial este debe tener:		
(a) Solo Charla (b) Solo actividades con su hijo/a (c) Charla y actividades con su hijo/a		
<i>En las siguientes tres preguntas puede escoger todas las alternativas que le gusten</i>		
28. Para que usted asista al taller, dónde le gustaría que fuera	29. Qué día le gustaría que fuera el taller:	
(a) Junta de vecinos () (b) Jardín infantil () (c) Consultorio (CESFAM) () (d) Iglesia () (e) Otro: _____ ()	(a) De Lunes a Jueves () (b) Viernes () (c) Sábado () (d) Domingo ()	
30. En qué horarios le gustaría que fuera el taller:	31. La duración del taller debiese ser de:	
(a) Antes de las 12 hrs. () (b) Entre las 12:00 y las 16:00pm hrs. () (b) Entre las 16:00 - 19:00hrs. () (c) Después de las 19:00 hrs. ()	(a) 30 minutos () (b) 45 minutos () (c) Una hora () (d) Una hora y media () (e) Más de una hora y media ()	
32. Si el taller tiene más de una sesión, cada cuánto podría asistir al taller:	33. Para finalizar la encuesta debo hacerle una última pregunta, cuya respuesta es voluntaria. Sin embargo, su respuesta sería de gran ayuda. ¿Cuál es el ingreso total en su hogar mensualmente?	
(a) Una vez a la semana (b) Dos veces al mes (c) Una vez al mes (d) Una vez cada tres meses.		