

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Escuela de Posgrado



**Factores que limitan o aumentan el grado de la
implementación de las sesiones educativas a
cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano
(motor, psicosocial y/o lenguaje) en el niño (a) de 6 a 24
meses del proyecto casita en el distrito de Carabaylo
2019**

Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Gerencia
Social con mención en Gerencia de Programas y Proyectos de
Desarrollo que presenta:

Lic. Edith Daojing Vilca Manrique

Asesor:

Mg. Carlos Torres Hidalgo

Lima, 2025


INFORME DE SIMILITUD

Yo, Carlos Torres Hidalgo, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis titulada(o) FACTORES QUE LIMITAN O AUMENTAN EL GRADO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS SESIONES EDUCATIVAS A CUIDADORES (AS) SOBRE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (MOTOR, PSICOSOCIAL Y/O LENGUAJE) EN EL NIÑO (A) DE 6 A 24 MESES DEL PROYECTO CASITA EN EL DISTRITO DE CARABAYLLO 2019, de la autora Edith Daojing Vilca Manrique, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 13%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 17/05/2021.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de investigación, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Lima, 28 de agosto de 2025.

Apellidos y nombres del asesor: Torres Hidalgo, Carlos	
DNI: 10471642	Firma
ORCID: 0000-0002-5202-9767	

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre, por su amor y fortaleza silenciosa que han guiado cada paso de mi vida.

A mi familia, por su paciencia y apoyo en cada una de mis decisiones.

A los niños y niñas, que con sus sonrisas, miradas y presencia me recordaron por qué es urgente y necesario seguir trabajando por un país donde el desarrollo infantil temprano sea realmente una prioridad.

Y a mí misma, por mantenerme firme en este camino, por sostener mis convicciones y por seguir apostando, desde la Gerencia Social, por un desarrollo más equitativo, humano y transformador.



AGRADECIMIENTOS

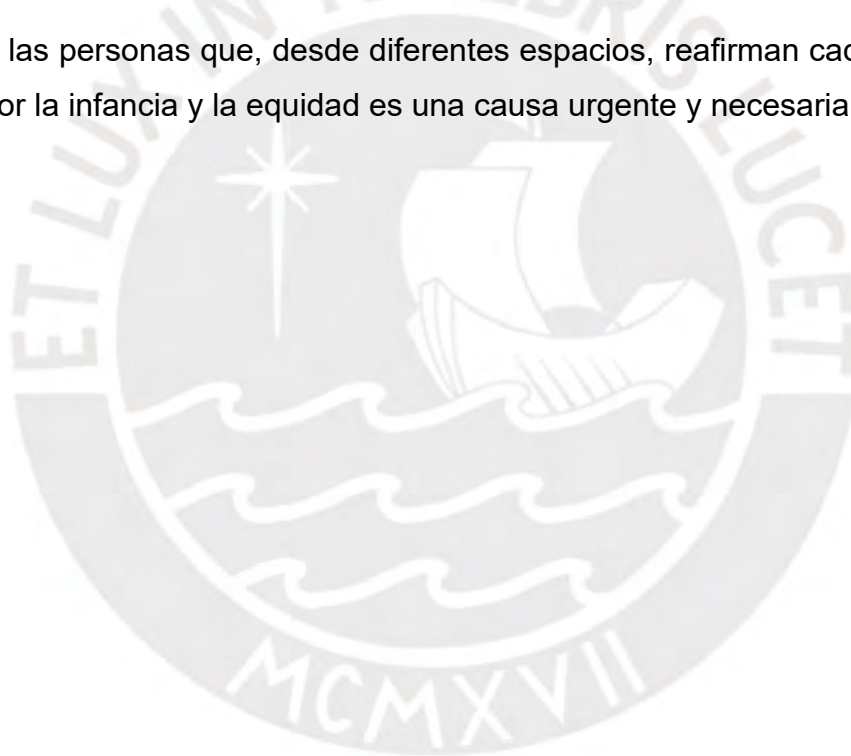
Agradezco a Socios En Salud – Sucursal Perú, por brindarme un espacio de crecimiento profesional y por permitirme desarrollar esta tesis en el marco del Proyecto CASITA.

A mis docentes y asesores de la Maestría en Gerencia Social de la PUCP, por su guía académica y humana durante todo el proceso.

A las cuidadoras y cuidadores que participaron en este estudio, gracias por compartir sus experiencias con generosidad y apertura.

A mis colegas y amigas, por su compañía, sus palabras de aliento y por ayudarme a sostener este proceso.

Y a todas las personas que, desde diferentes espacios, reafirman cada día que trabajar por la infancia y la equidad es una causa urgente y necesaria.



RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo identificar los factores que limitan o aumentan la implementación de los enfoques intercultural y de género en las sesiones educativas dirigidas a cuidadores(as) de niños y niñas de 6 a 24 meses, con la finalidad de mejorar la implementación del Proyecto CASITA en el distrito de Carabayllo. Desde la Gerencia Social, resulta fundamental analizar este proceso, pues se articula con la política pública de Desarrollo Infantil Temprano (DIT), priorizada en el Plan Nacional Incluir para Crecer del MIDIS. Esta política reconoce que en los primeros cinco años se originan desigualdades que deben ser atendidas de manera oportuna, y su cumplimiento no recae únicamente en el Estado, sino que requiere de la participación y corresponsabilidad de la sociedad y de los actores que intervienen en los programas y proyectos.

El estudio se desarrolla con un enfoque mixto. Para el componente cualitativo se aplican grupos focales, entrevistas semiestructuradas y guías de observación; y en el cuantitativo, encuestas. Los participantes son cuidadores(as), agentes comunitarios y profesionales vinculados al Proyecto CASITA. Los hallazgos muestran limitaciones en la incorporación concreta de los enfoques de género e interculturalidad en las sesiones. Si bien se reconoce el rol de los agentes comunitarios y se valora la participación de los cuidadores, aún existen brechas en la capacitación, en los materiales educativos y en la adaptación de los contenidos al contexto cultural.

Se concluye que es necesario reforzar la formación de los facilitadores, mejorar las herramientas educativas y garantizar la transversalidad de los enfoques para fortalecer la sostenibilidad del Proyecto CASITA en Carabayllo.

ABSTRACT

This research aims to identify the factors that limit or enhance the implementation of intercultural and gender approaches in educational sessions directed at caregivers of children aged 6 to 24 months, with the purpose of improving the implementation of the CASITA Project in the district of Carabayllo. From the perspective of Social Management, it is essential to analyze this process, as it is aligned with the public policy on Early Childhood Development (ECD), prioritized in the National Plan Incluir para Crecer of the Ministry of Development and Social Inclusion (MIDIS). This policy acknowledges that during the first five years inequalities emerge that must be addressed in a timely manner, and its fulfillment does not fall solely on the State but also requires the participation and shared responsibility of society and the actors involved in programs and projects.

The study is carried out with a mixed-methods approach. For the qualitative component, focus groups, semi-structured interviews, and observation guides are applied; and for the quantitative component, surveys are used. The participants are caregivers, community agents, and professionals linked to the CASITA Project. The findings show limitations in the concrete incorporation of gender and intercultural approaches in the sessions. Although the role of community agents is recognized and caregiver participation is valued, gaps remain in training, educational materials, and the adaptation of content to the cultural context.

It is concluded that it is necessary to strengthen facilitator training, improve educational tools, and ensure the cross-cutting application of these approaches in order to strengthen the sustainability of the CASITA Project in Carabayllo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I	10
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN.....	10
1.1. Planteamiento del problema.....	10
1.2. Objetivos	14
1.3. Justificación.....	15
1.4. Ámbito de la investigación.....	16
CAPÍTULO II	18
MARCO CONCEPTUAL	18
2.1. Marco Contextual y Normativo	18
2.2.1. Diagnóstico general.....	18
2.2.2 Marco Normativo	19
2.2.3. Síntesis de investigaciones realizadas sobre el tema en el país o en el extranjero	22
2.2.4. Descripción del Proyecto CASITA.....	26
2.2.6. Marco Teórico	33
CAPÍTULO III	42
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.1 Estrategia metodológica.....	42
3.2. Diseño muestral	42
3.2.1 Población objetivo o universo.....	42
3.2.2 Método de muestreo	42
3.2.3 Método de selección de la muestra.....	44
3.2.4 Variables y su definición operacional e indicadores	46
3.2.5 Procedimiento de información.....	51
CAPÍTULO IV	57
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	57
4.1 Valoración de los cuidadores (as) y el equipo facilitador con respecto a las sesiones del proyecto CASITA.....	57
4.1.1 Valoración de los cuidadores (as) en relación a las sesiones CASITA. ..	58

4.1.2 Valoración de los agentes comunitarios en relación a las sesiones CASITA.	66
4.2 Logros del proyecto reconocidos por los cuidadores y la Dirección General del Proyecto Casita.	73
4.2.1 Logros reconocidos por los cuidadores del proyecto CASITA.....	73
4.2.2 Logros reconocidos por la Dirección General del proyecto CASITA.	78
4.3 Procesos y herramientas de implementación de los enfoques intercultural y de género en las sesiones CASITA.....	83
4.3.1 Estrategias y procesos de implementación del enfoque de género	84
4.3.2 Herramientas de implementación del enfoque de género	90
4.3.4 Herramientas de implementación del enfoque intercultural.....	93
4.4 Criterios de calidad de desarrollo infantil aplicados por el proyecto, y pertenencia de las sesiones CASITA implementadas.....	95
4.4.1 Criterios de calidad de desarrollo infantil aplicados por el proyecto	95
4.4.2 Pertenencia de las sesiones CASITA implementadas.....	97
CAPÍTULO V	99
CONCLUSIONES.....	99
CAPÍTULO VI.....	103
PROPUESTA DE SOLUCIÓN.....	103
ANEXO.....	108
BIBLIOGRAFÍA	111

INTRODUCCIÓN

El desarrollo infantil temprano (DIT) constituye una de las etapas más decisivas en la vida de toda persona, ya que durante los primeros años se establecen las bases cognitivas, emocionales, sociales y motoras que determinan su bienestar futuro. Diversos estudios internacionales han demostrado que invertir en la primera infancia es una de las estrategias más costo-efectivas para reducir desigualdades sociales y potenciar el desarrollo humano. Sin embargo, millones de niños y niñas en contextos de pobreza no alcanzan su máximo potencial debido a la desnutrición, la falta de estimulación temprana, las limitaciones en el acceso a servicios de salud y las condiciones de desigualdad social y de género.

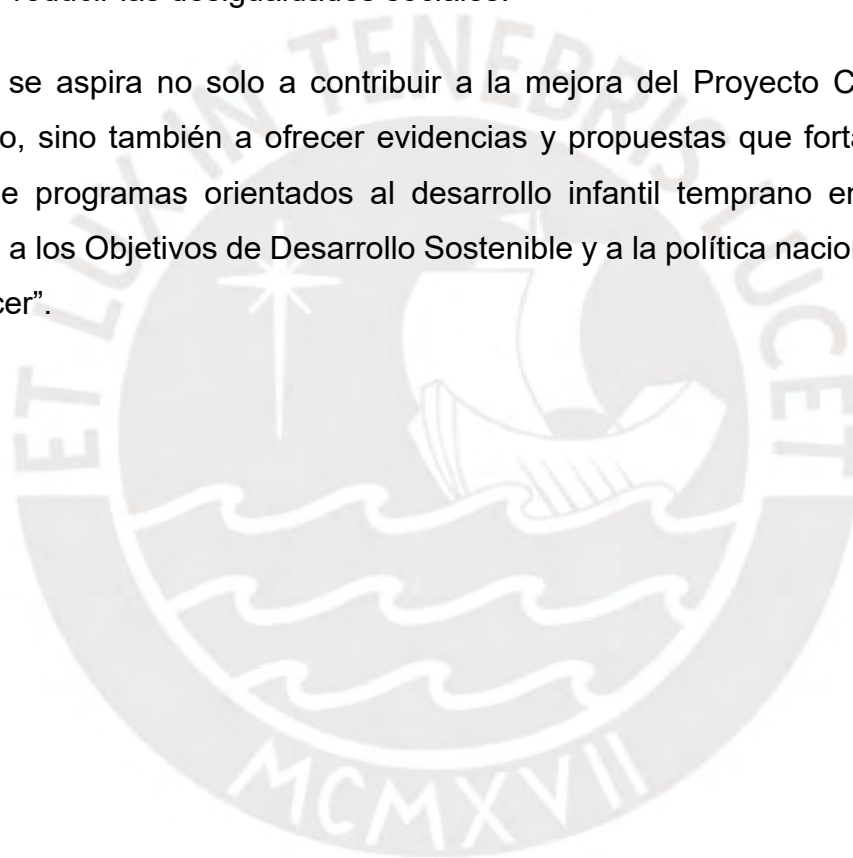
En el Perú, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) ha reconocido al DIT como prioridad de política pública, estableciendo lineamientos y programas orientados a garantizar la igualdad de oportunidades desde la primera infancia. Sin embargo, persisten brechas importantes en la cobertura, pertinencia y calidad de las intervenciones dirigidas a los niños y niñas menores de cinco años, especialmente en zonas urbano-marginales y rurales.

El distrito de Carabaylo, uno de los más extensos y poblados de Lima Metropolitana, concentra altos índices de pobreza, precariedad en servicios básicos y un número significativo de familias migrantes en situación de vulnerabilidad. En este contexto, la organización Socios En Salud implementó el Proyecto CASITA, orientado a mejorar el desarrollo infantil de niños y niñas de 6 a 24 meses en riesgo o con retrasos en las áreas motora, psicosocial y del lenguaje, mediante un modelo de intervención comunitaria que articula sesiones educativas a cuidadores, acompañamiento familiar y soporte social.

Si bien el proyecto ha alcanzado resultados significativos en la detección temprana de riesgos y en la capacitación de cuidadores y agentes comunitarios, es fundamental analizar hasta si las sesiones educativas incorporan el enfoque intercultural y de género, elementos transversales indispensables para asegurar la pertinencia, equidad y sostenibilidad de las intervenciones en un distrito caracterizado por la diversidad cultural y la predominancia de mujeres como principales cuidadoras.

En este marco, la presente investigación tiene como objetivo general identificar los factores que limitan o favorecen la implementación de los enfoques intercultural y de género en las sesiones educativas del Proyecto CASITA, con la finalidad de aportar al fortalecimiento de su diseño e implementación. Asimismo, busca recoger la valoración de los cuidadores y del equipo facilitador respecto a la pertinencia y calidad de las sesiones, así como reconocer los logros del proyecto desde la perspectiva de sus principales actores. El estudio se enmarca en la perspectiva de la Gerencia Social, entendida como una herramienta que articula actores, recursos y políticas para promover el desarrollo humano y reducir las desigualdades sociales.

Con ello, se aspira no solo a contribuir a la mejora del Proyecto CASITA en Carabayllo, sino también a ofrecer evidencias y propuestas que fortalezcan la gestión de programas orientados al desarrollo infantil temprano en el Perú, alineados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y a la política nacional “Incluir para Crecer”.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La investigación científica y el conocimiento logrado en la última década son concluyentes: orientar recursos al Desarrollo Infantil Temprano (DIT) es la inversión económica y social más rentable para un país, sin embargo, una gran cantidad de niños y niñas de países en desarrollo están expuestos en sus primeros años de vida a múltiples factores de riesgo (Grantham-Mcgregor & Bun Cheung, 2007)¹. Estudios realizados en países de Latinoamérica muestran que el número de factores de riesgo que experimentan los niños hacia los 3 años de edad está asociado a una reducción lineal en la cognición y en el desempeño escolar en la adolescencia (Gorman & Pollitt, 1996)². Grantham-McGregor y Bun Cheung estiman que en los países en desarrollo más de 200 millones de niños y niñas menores de 5 años no alcanzan su potencial de desarrollo debido a la pobreza, a una salud y nutrición precaria y a bajos niveles de estimulación en el hogar. Y aunque estos factores de riesgo afectan la arquitectura del desarrollo del cerebro, la mayoría de ellos son modificables y por lo tanto evitables (Engle, 2011)³.

En términos definitivos, la pobreza (manifestada en la desnutrición, acceso limitado a la atención de salud, la marginación, la desigualdad de género y la violencia doméstica) juega un papel importante como determinante en el desarrollo infantil del niño en contextos de bajos recursos (Hanson, Chandra, Wolfe, & Pollak, 2011)⁴. La desnutrición contribuye a la patología estructural y funcional causada por los retrasos en la madurez durante períodos críticos del desarrollo cerebral (Udani, 1992)⁵, los establecimientos de salud no están preparados para identificar a los más afectados, todo lo contrario, no cuentan con instrumentos que realicen un diagnóstico exhaustivo al niño, y los pocos que son identificados no reciben un tratamiento adecuado debido al limitado recurso

¹ Grantham-Mcgregor, s., Bun Cheung, Y. (2007). "Developmental Potential in the first 5 years for children in developing countries". *The Lancet*; 369: 60–70.

² Gorman, K. y Pollitt, E (1996). "Does schooling buffer the effects of early risk?". *Child Development*, 67, 314-326.

³ Engle, P. (2011) "Strategies for Reducing Inequalities and Improving Developmental Outcomes for Young Children in Low and Middle Income Countries". *The Lancet*.

⁴ Hanson JL, Chandra A, Wolfe BL, Pollak SD. (2011). "Association between income and the hippocampus". *PLoS One*.

⁵ Udani, P.M. (1992). "Protein energy malnutrition (PEM), brain and various facets of child development". *Indian J Pediatr*. pp. 165-186.

humano en los servicios de atención especializada en el cuidado del niño. A estas barreras, se suman las manifestaciones psicosociales de la pobreza, como la depresión materna y la violencia directa (en el cuidador) e indirecta (en el niño) en el hogar, que enlentecen o interrumpen la creación de nuevas conexiones neurológicas, muchas de ellas, imposibles de reconstruir (Fernald, 2009)⁶.

En el Perú, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) ha destacado el Desarrollo Infantil Temprano como prioridad en la agenda de la política pública, por ello en Julio del 2016 se aprobó los Lineamientos “Primero la Infancia”, el cual presenta la visión que tiene el País sobre los niños en el Perú, resultados identificados como hitos y condiciones del proceso de desarrollo que debemos lograr en ellos, así como los factores sobre los cuales debemos incidir y las intervenciones que debemos desarrollar como país.

Socios En Salud Sucursal Perú (SES), organización no gubernamental (ONG) en Lima, Perú, con más de 20 años de experiencia en la realización de intervenciones e investigación en salud a las personas que viven en condiciones de pobreza concentra sus intervenciones en el distrito de Carabayllo, a razón de la colaboración público privada de 18 años en este distrito y porque es uno de los distritos donde se concentra los mayores porcentajes de pobreza (26.3%) y pobreza extrema (1.5%) ubicándose como el cuarto distrito con mayor pobreza en Lima Metropolitana (Fernald, 2009)⁷. Es el único distrito que cuenta con una población rural (3.5%).

Carabayllo es además el quinto distrito más poblado de Lima Metropolitana con una población de 310 100 habitantes según datos del 2017 (CPI, 2017)⁸ y se encuentra en continuo incremento debido a la migración de familias provenientes del interior del país, que en su mayoría viven en condición de vulnerabilidad ya que no satisfacen completamente sus necesidades básicas, y donde las posibilidades que tienen los niños de 0 a 5 años de sobrevivir y desarrollarse plenamente son escasas, la mayoría de estas familias viven en un medio

⁶ Fernald, L., (2009). "Examining Early Child Development in Low-Income Countries: A Toolkit for the Assessment of Children in the First Five Years of Life". The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank

⁷ Fernald, L., (2009). "Examining Early Child Development in Low-Income Countries: A Toolkit for the Assessment of Children in the First Five Years of Life". The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank

⁸ Compañía peruana de estudios de mercados y opinión pública (CPI). Perú: Población 2017. Consulta: Octubre 2018. http://cpi.pe/images/upload/paginaweb/archivo/26/mr_poblacion_peru_2017.pdf

ambiente físico empobrecido, tienen viviendas inadecuadas, con acceso difícil al agua potable y a condiciones sanitarias mínimas, sumado a un incremento en la demanda de servicios básicos y condiciones de enorme tensión familiar que inciden negativamente en la calidad del entorno protector del niño, donde 5 de cada 10 niños viven en ambientes poco afectivos.

El desarrollo infantil en entornos de bajos recursos se ve agravado por la pobreza que se manifiesta en la desnutrición, la falta de acceso a la atención médica, la marginación, la desigualdad de género y la violencia doméstica. Aproximadamente 4200 niños tienen retrasos en el desarrollo neurológico en Carabaylo. Actualmente solo existe el Hospital de Niños en Lima que se centra en el retraso del desarrollo neurológico, que es costoso y está lejos de Carabaylo, y ofrece solo servicios altamente especializados, como la terapia del habla.

CASITA es un proyecto que tiene por nombre “Proyecto Acompañamiento en Estimulación temprana y soporte social basado en la comunidad a niños de 6 a 24 meses en Carabaylo, Lima Perú.” y su periodo de vida del proyecto es desde mayo del 2016 hasta junio del 2019.

Es un proyecto basado en evidencia desarrollado por Socios En Salud (SES) para niños peruanos que se enfoca en niños (as) de 6 meses a 24 meses que experimentan o tienen un alto riesgo de retraso del desarrollo neurológico (NDD).

El proyecto tiene como objetivo principal, mejorar el desarrollo infantil de niños entre 6 a 24 meses que viven en zonas de escasos recursos e identificados con riesgo o retraso en el desarrollo motor, psicosocial y/o lenguaje a través de una intervención basada en la comunidad en el distrito de Carabaylo, Lima, Perú.

La intervención proporciona capacitación y supervisión de alta calidad de los agentes comunitarios sobre la entrega de intervenciones basadas en la comunidad para estos bebés. Los agentes comunitarios reciben capacitación para impartir un mínimo de 12 sesiones a lo largo de tres meses del paquete de intervención y apoyo social, que capacita a los cuidadores (padres u otros) sobre la estimulación infantil y las conductas de crianza positivas. El paquete de apoyo social incluye apoyo nutricional, detección y apoyo para la salud mental de los

cuidadores y apoyo para conectar a los cuidadores y niños con servicios de atención primaria de salud.

El financiamiento de tres años de Grand Challenges Canada para CASITA permitirá que el equipo proporcione un paquete de intervención temprana y apoyo social basado en la comunidad para aproximadamente 3000 cuidadores con niños (as) que tienen retrasos en el desarrollo neurológico en todo el distrito de Carabayllo.

Al final de los 3 años, CASITA habrá capacitado a 40 promotores comunitarios para llevar a cabo la intervención de CASITA. Alrededor de 6000 niños de 6 a 24 meses de edad serán evaluados por retraso en el desarrollo (cobertura completa de Carabayllo). Sus 6000 cuidadores primarios también serán evaluados para detectar la violencia doméstica, la salud mental de los cuidadores y se los remitirá a los servicios sociales y de salud según sea necesario. Se anticipa que aproximadamente 300 niños y 300 adultos serán remitidos a atención primaria y servicios especializados de salud mental.

Después de recibir CASITA durante 3 meses, se espera que 2550 (75%) niños se recuperen del desarrollo de riesgo. Se evaluará una submuestra estadísticamente significativa de 362 niños en riesgo (las herramientas propuestas incluyen EASQ y Bayley) para determinar el impacto de la intervención a escala. Cada niño será evaluado por EEDP al final de la línea para determinar los resultados del niño (de acuerdo con la práctica del Ministerio de Salud en Perú, según SES). Hasta el 30 de abril del 2018, 71% de las metas han sido logradas, las cuales se describen a continuación:

- a. 2381 niños y niñas tamizados, es decir han sido evaluados.
- b. 1492 niños y niñas han cumplido con los criterios de inclusión del proyecto, están con riesgo en el desarrollo.
- c. 1048 niños y niñas han empezado la intervención del proyecto, es decir las sesiones educativas.
- d. 865 niños y niñas han completado la intervención del proyecto.

Asimismo, los cuidadores en un 98% son mujeres, el equipo de trabajo el 99% son mujeres, de allí la importancia de investigar si se toma en cuenta el enfoque

de género en la intervención, y puesto que el proyecto se brinda a diferentes zonas del distrito y en un distrito de Lima, es necesario estudiar si se está considerando el enfoque de interculturalidad en la intervención.

Con la presente investigación se busca contestar la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores que limitan o aumentan la implementación de los enfoques intercultural y de género en las sesiones educativas a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano (motor, psicosocial y/o lenguaje) en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita en el distrito de Carabayllo. Se tendrá en consideración un enfoque intercultural y de género, de calidad y pertinencia, la valoración de agentes comunitarios para las sesiones y los logros reconocidos por cuidadores y Dirección General del proyecto.

Para ello se responderá a preguntas específicas como ¿Las sesiones educativas que se brindan a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita se implementan con un enfoque intercultural y de género?, ¿Las sesiones educativas que se brindan a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita son de calidad y pertinentes?, ¿Cuál es la valoración que tienen los cuidadores (as) y el equipo facilitador (agentes comunitarios) a cerca de las sesiones educativas en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita? y ¿Cuáles son los logros del proyecto reconocidos por los cuidadores (as) y la Dirección General del Proyecto Casita?.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Identificar los factores que limitan o aumentan la implementación de los enfoques intercultural y de género en las sesiones educativas a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano (motor, psicosocial y/o lenguaje) en el niño (a) de 6 a 24 meses, mediante el análisis de las estrategias, procesos y herramientas de implementación de las sesiones educativas, conociendo los criterios o estándares de calidad, la valoración y los logros que son reconocidos por los cuidadores y la Dirección General, con la finalidad de mejorar la implementación del Proyecto Casita en el distrito de Carabayllo.

1.2.2. Objetivos específicos

- Conocer y analizar las estrategias, procesos y herramientas de implementación del programa con énfasis en los enfoques intercultural y de género en las sesiones educativas que se brindan a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita.
- Conocer los criterios o estándares de calidad aplicados por el proyecto en la implementación de las sesiones educativas que se brindan a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita.
- Identificar la valoración que tienen los cuidadores (as) y el equipo facilitador (agentes comunitarios) a cerca de las sesiones educativas en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita.
- Identificar los logros del proyecto reconocidos por los cuidadores (as) y la Dirección General del Proyecto Casita.
- Formular una propuesta correctiva para mejorar la implementación de las sesiones educativas que se brindan a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita.

1.3. Justificación

Es relevante analizar la implementación del Proyecto CASITA porque está enmarcada en la política pública de Desarrollo Infantil Temprano que el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) ha destacado como prioridad en la agenda de la política pública del Plan Nacional “Incluir para Crecer” donde refiere que a favor de la población vulnerable y pobre económicamente se puedan cerrar las brechas, reducir la pobreza, las vulnerabilidades y riesgos sociales; donde el eje principal o prioridad en las políticas públicas es el Desarrollo Infantil Temprano, porque es entre los 0 y 5 años que se inician las desigualdades y que se buscan revertir en la política a través de las estrategias vinculadas a esta temática, donde puedan acceder a todos los servicios y así mejorar la situación de la niñez en el país. Cabe mencionar que la Política Nacional de Desarrollo Infantil Temprano no es solo responsabilidad del Estado, sino que involucra a toda la ciudadanía. Y en contribución a los lineamientos planteados en la política, el proyecto tiene como objetivo de “Disminuir el riesgo en el desarrollo

neurológico en niños de 6 a 24 meses que viven en zonas de pobreza en el distrito de Carabaylo”.

En base a esta línea, desde la Gerencia Social es importante el análisis del proyecto, es decir examinar a detalle la implementación de las sesiones, la pertinencia y calidad de los mismos puesto que persigue un objetivo importante en la vida de la diada (cuidador (a) y niño (a)), asimismo recoger experiencias, opiniones, intereses del personal que brinda las sesiones (agentes comunitarios), y de cuidadores (as) que reciben este servicio para mejorar el desarrollo infantil temprano a través de la interacción o estimulación con su niño o niño a cargo. En consecuencia, el proyecto tiene una gran responsabilidad en contribuir al cambio social, y para lograr el objetivo es preciso analizar la calidad de las sesiones educativas sobre desarrollo infantil temprano, y la pertinencia si está acorde con la metodología adecuada para mejorar el desarrollo infantil y relacionado al contexto donde se aplica. En ese contexto es importante verificar si los enfoques de género y de interculturalidad están como ejes estructurales o se han considerado en la implementación del proyecto.

También, la valoración que los cuidadores tienen con respecto a las sesiones desde su mirada, y posterior a ello reconocer a los gerentes del proyecto para que identifiquen que logros ellos resaltan o consideran de la intervención, de igual manera desde el punto de vista de los que reciben el servicio, los cuidadores (as).

Asimismo, tener en cuenta que para elaborar esta presentación investigación se tiene acceso total a la información del proyecto de la ONG Socios En Salud, por lo tanto, se reafirma la viabilidad de la investigación.

1.4. Ámbito de la investigación

La presente investigación contemplará al “Proyecto Acompañamiento en Estimulación temprana y soporte social basado en la comunidad a niños de 6 a 24 meses en Carabaylo, Lima Perú.” (CASITA) en el año 2019.

Con respecto al alcance, la investigación tiene como unidades de análisis a los cuidadores (as), equipo facilitador, y gerentes del proyecto. El proyecto se va a enfatizar en la intervención programática (más adelante se hace mención que tiene dos estudios inmersos) y en la metodología de las sesiones educativas

CASITA, con el fin de contribuir a la mejora de la gestión del proyecto. Teniendo en cuenta que el proyecto está enmarcado en la política pública de Desarrollo Infantil temprano, con la mirada de contribuir al 3º Objetivo de Desarrollo Sostenible denominado Salud y bienestar, que busca *“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”* (PNUD P. d., s.f.)⁹.



⁹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). “Objetivo 3: Salud y bienestar.” Consulta: octubre 2018. <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1. Marco Contextual y Normativo

2.2.1. Diagnóstico general

En el Perú, aún la situación de los niños y niñas no es la óptima, según cifras del 2015 el 32.6% de niños y niñas menores de 5 años tiene anemia y el 14.4% es desnutrido crónico (Engle, 2011)¹⁰. Asimismo en el 2012, sólo el 4.7% de niños y niñas menores de 2 años accedió a servicios de educación inicial (Hanson, Chandra, Wolfe, & Pollak, 2011)¹¹, mientras que la cobertura de agua y desagüe fue de 75% y 61.9% respectivamente (Udani, 1992)¹². En el distrito de Carabayllo, los niveles de anemia (43%) y desnutrición crónica (7.8%) en los niños menores de 5 años no distan mucho de los valores nacionales (Fernald, 2009)¹³.

Para la mejora de esta situación Socios En Salud desarrolla el proyecto CASITA en la jurisdicción de la Microred Carabayllo, ubicada dentro del distrito de Carabayllo, provincial y departamento de Lima; y que es el distrito más grande y antiguo de Lima, ocupa el 5to lugar como distrito más poblado de Lima Norte, se encuentra en pleno proceso de expansión urbana. El área urbana comprende 64.48km² que equivale al 15.10% del territorio, el área agrícola 27,24km² (6.38%) y un área rural que equivale a 335.43km² (78%) del territorio. Para el año 2014, la población total estimada (INEI) del distrito de Carabayllo fue 290,311 habitantes, de quienes el 26% vive en pobreza y aproximadamente 6500 son menores de tres años de edad. En ella, la población correspondiente a la Etapa de vida Niño (0 a 11 años, 11 meses y 29 días), estimada para el año 2014 fue de 57,661 niños. La población más vulnerable dentro de esta etapa de vida es la Población menor de 5 años, con 23,829 niños, y los menores de 2 años equivalen al 3.97% (9,925 niños y niñas) de la población total, es decir de cada 100 habitantes 4 son niños menores de 2 años.

¹⁰ Engle, P. (2011) "Strategies for Reducing Inequalities and Improving Developmental Outcomes for Young Children in Low and Middle Income Countries". The Lancet.

¹¹ Hanson JL, Chandra A, Wolfe BL, Pollak SD. (2011). "Association between income and the hippocampus". PLoS One.

¹² Udani, P.M. (1992). "Protein energy malnutrition (PEM), brain and various facets of child development". Indian J Pediatr. pp. 165-186.

¹³ Fernald, L., (2009). "Examining Early Child Development in Low-Income Countries: A Toolkit for the Assessment of Children in the First Five Years of Life". The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank

Carabayllo se extiende en dos ejes, uno de ellos por el noreste a todo largo de la Cuenca del río Chillón hasta el Km. 40 de la carretera a Canta, y el otro por el Noroeste, hasta el Km. 43 de la Carretera Panamericana, se caracteriza por ser una zona urbana emergente y heterogénea que consta de 2 zonas urbana y rural.

Los Límites del distrito son:

- Norte y Noreste: con el distrito de Santa Rosa de Quives, provincia de Canta.
- Sur: con el distrito de Comas.
- Este: con el distrito de San Juan de Lurigancho.
- Oeste: con el distrito de Puente Piedra y el distrito de Ancón.

La Microred Carabayllo – Red de Salud Túpac Amaru, es la jurisdicción de salud donde el proyecto ejecuta la intervención, los establecimientos de la Microred Carabayllo son los siguientes: C.S. Progreso, P.S. Luis Enrique, P.S. Hirohito, C.S. Raúl Porras Barnechea, P.S. Jorge Lingan, C.S. La Flor, C.S. Villa Esperanza, P.S Chocas y P.S Punchauca.

2.2.2 Marco Normativo

Es importante tener presente en consideración la información que respecta a las normas relacionadas a la primera infancia, de las cuales algunos son lineamientos de las normas de organizaciones internacionales donde brindar las pautas para una política pública de infancia en nuestro país, y también las normas nacionales impulsadas a favor del Desarrollo Infantil Temprano.

En 1990, en Perú se firma la Convención sobre los Derechos de Niño, Niña y Adolescente donde enfatiza que hay compromiso por respetar los derechos de los niños y niñas, el país debe ser el más interesado es tener como prioridad a la infancia, garantizando su desarrollo, y asistir técnicamente a los padres o cuidadores sobre la crianza, y que se implemente instituciones y servicios para el cuidado de los niños. En relación a esta Convención se están llevando a cabo conferencias para ver el avance del cumplimiento de las políticas públicas en protección de los derechos de los niños y niñas, en el componente de educación aprendizaje, la atención en todos los niveles, y la importancia de la inversión en la infancia, todos estos puntos son cruciales para que el Estado pueda tomar decisiones relacionadas al Desarrollo Infantil Temprano.

La Constitución Política del Perú (1993), puesto que es la norma con mayor categoría del país que otorga protección a la familia, teniendo mayor consideración al niño o niña. El Estado es quien tiene que brindar protección de salud a todos ciudadanos, y asegurar que tengan acceso a la educación, y es obligatorio el nivel inicial, considerando que el desarrollo integral es el objetivo principal de la educación.

El Acuerdo Nacional firmado entre el Estado, las organizaciones de la sociedad civil y diferentes grupos o asociaciones políticas, en este acuerdo decidieron cumplir objetivos y uno de ellos mencionar que las políticas deben es pertinente mencionar la importancia del acceso universal a la educación y salud integral, acceso a condiciones básica para un desarrollo saludable.

En las últimas décadas se han firmado diversas leyes generales y específicas en diferentes gobiernos a favor de la población y la primera infancia. En el gobierno de Fujimori (1997), se firmó la Ley N° 26842, Ley General de Salud, donde enfatiza la salud como condición indispensable para lograr el bienestar personal y grupal, y es de interés público es decir para toda la población.

Por otro lado, en el gobierno de Toledo (2003) se dio la Ley N° 28123, Ley General de Educación, donde se afirma que el Estado debe garantizar el derecho a una educación de calidad integral y que toda la población debe tener acceso a la educación básica (universalización), la misma Ley se modificó en el año 2003, y considera que la educación inicial es el primer nivel de la Educación Básica Regular, que engloba a los niños y niñas menores de 6 años. Y resalta que el Estado debe encargarse de las necesidades de salud y nutrición considerando a todos los sectores del gobierno, sin embargo, señala que la Educación Inicial, se encarga de los servicios educativos dirigidos a los niños y niñas de 0 a 2 años, y que las familias se encargan a partir de los 3 años para que los niños puedan ser incluidos en diversos programas de educación.

Con respecto al tema de la niñez y adolescencia, en el gobierno de Humala (2015), mediante la Ley el Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, y asigna recursos del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PNAIA 2012-2021, resaltando el interés de que Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables sea el responsable de la vigilancia y seguimiento del logros de las

metas propuestas en el plan en el Sistema Nacional de Atención Integral al niño y al adolescente, teniendo en cuenta al implementador del plan a la Comisión Multisectorial. El objetivo trascendental del Plan es garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niños y niñas desde que nace hasta los primeros 5 años de vida (PNAIA, 2016)¹⁴.

Asimismo, en el año 2012 en el gobierno de Humala se crea el Programa Nacional Cuna Más (Decreto Supremo N° 003-2012-MIDIS), *“es un programa social focalizado cuyo objetivo es mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 3 años de edad en zonas de pobreza y pobreza extrema, para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional”* (MIDIS, 2018)¹⁵. En contribución a la política pública se firmó el Decreto Supremo N° 0102016-MIDIS donde se establecen lineamientos “Primero la Infancia”, bajo la Política de Desarrollo e Inclusión Social.

En conclusión, es importante tener en cuenta que hay un amplio marco normativo que da soporte a la primera infancia, a nivel internacional la Convención de los Derechos del Niño y las reuniones, conferencias y encuentros mundiales resaltan y tienen el interés de dar prioridad a la primera infancia. En el país hay leyes generales para la atención de derechos universales como la educación y salud, también se encuentran las leyes específicas dirigidas a los niños y niñas y también a los adolescentes como la Ley PNAIA, la Ley del Interés Superior del Niño y Decretos Supremos referidos al Desarrollo Infantil Temprano y a los servicios dirigidos a la primera infancia. Es relevante recalcar que se debe plantear una relación entre el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia, ahora convertido en Ley, y el Decreto Supremo dirigido al Desarrollo Infantil Temprano puesto que ambas normas tienen la misma población objetivo y buscan los mismos objetivos. Algunos gobiernos han demostrado tener el interés de considerar como política pública en el país la priorización de la primera infancia donde asegure el desarrollo óptimo mediante el trabajo articulado entre todos los sectores del Estado y los niveles de gobierno.

¹⁴ Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia. 2016. “Cuarto Informe Anual de Avances del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (Ley N°27666) 2015.”

¹⁵ MIDIS. Programa Cuna Más. Consulta: 2018 <http://www.cunamas.gob.pe/>

2.2.3. Síntesis de investigaciones realizadas sobre el tema en el país o en el extranjero

a. La infancia en el Perú

Los avances logrados por el Perú en la infancia se notan en las mejoras de los derechos de la niñez y la adolescencia, esto se muestra a través de las diferentes políticas públicas desarrolladas. Los resultados fueron evidenciados en un estudio realizado por UNICEF e INEI el 2010 sobre la situación de la niñez indígena, los niños, niñas y adolescentes de las zonas rurales. Dicho estudio se basó en la información recogida por el Censo Nacional XI de población y VI de vivienda 2007, la Encuesta Nacional de Hogares 2008 y 2009 Y LAS Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009 realizado por el INEI y el Censo escolar 2008 y la Evaluación Censal de Estudiantes del 2009 del Ministerio de Educación.

Según el estudio, en el Perú se cuenta con cerca de 30 millones de personas, de las cuales el 36% de esta población está conformada por niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años. Y cerca del 45 % de ellos y ellas se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema (INEI, 2017)¹⁶.

Esta condición de pobreza afecta en el desarrollo del niño de primera infancia, es decir en los niños y niñas menores de 5 años. Para ellos se ha tomado el índice de Desarrollo del Niño (IDN) que muestran a los departamentos de Huánuco, Cajamarca, Amazonas, Huancavelica, Loreto y Ayacucho que son los departamentos con mayor pobreza según la ENAHO. Estos departamentos muestran valores de su IDN menor al 1% lo que manifiesta la relación de la pobreza y el nivel de desarrollo infantil.

En cuanto a la condición de salud y nutrición en la primera infancia se ha mostrado que las mujeres gestantes de las zonas rurales que reciben suplementos solo representan un 51% en comparación a las mujeres estantes de las zonas urbanas, pues un 80% de ellas reciben los suplementos de hierro (INEI, Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2009)¹⁷, esto contribuye

¹⁶ INEI. Compendio Estadístico 2017 – Provincia de Lima. 2017. Consulta: 2018
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1477/libro.pdf

¹⁷ INEI. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2009. Consulta: 2018.
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR242/FR242.pdf>

a la mejora de la calidad de las madres y los neonatos. También se ha podido notar la mejora en el parto ha reducido la mortalidad materna de 265 a 103 por cada 100 mil nacimientos según la ENDES 1996 y 2009. Además, la mortalidad neonatal se ha reducido en los últimos 15 años de 24 a 11 muertes por cada mil nacidos. Mostrando una reducción importante en las zonas urbanas, de 17 a 10 y en las zonas rurales de 34 a 13 por cada mil nacidos vivos (INEI, Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2009)¹⁸.

En la condición de educación y aprendizaje de la primera infancia se ha podido evidenciar incrementos significativos en la asistencia de los niños y niñas de 3 a 5 años en la educación inicial con un 66% a nivel nacional, pero con una mayor representatividad en las zonas urbanas con un 75% en comparación de las zonas rurales de 55% durante el 2009.

En cuanto al aprendizaje se evidenció en los años 2008 y 2009 mejoras en las áreas de comunicación integral y matemáticas, estos resultados fueron más notorios en las zonas urbanas que en las zonas rurales. Estos resultados están acordes con la reducción de la desnutrición crónica la cual es una política de estado.

Como se ha podido notar la situación de la infancia en el Perú están teniendo resultados importantes, sin embargo aún es necesario tener más acciones y desarrollo de políticas sociales que permitan reducir las brechas del desarrollo infantil, sobre todo en las zonas rurales.

b. Desarrollo Infantil en el Perú y Latinoamérica.

El desarrollo de los niños se da en los primeros meses de gestación hasta los tres primeros años de vida. En términos de crecimiento de un niño/a hace referencia al incremento de peso y la talla y en cuanto al desarrollo del niño/a nos refiere a la maduración de las funciones del cerebro y otros órganos vitales.

Este desarrollo infantil se ve condicionado negativamente a factores como la pobreza, inadecuadas políticas educativas sexuales y factores de culturales entre otros. Estos factores y en específico la pobreza ha generado en América

¹⁸ INEI. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2009. Consulta: 2018.
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR242/FR242.pdf>

Latina y en especial en el Perú una gran brecha del desarrollo infantil temprano. Lo cual genera factores de riesgo en el desarrollo de los infantes para obtener capacidades y lograr oportunidades de desarrollo humano como gozar de buena, salud, adquirir niveles académicos adecuados, lograr ser parte de los aparatos económicos productivos.

Sin embargo, se ha documentado la existencia de factores protectores que median para mitigar los efectos de la adversidad en el desarrollo infantil; entre ellos, la lactancia, la educación materna, así como la exposición a interacciones de mayor calidad y a entornos de aprendizaje estimulantes y ricos en vocabulario (Caridad, Dormal, Lazarte, Oré, & Rubio-Codina, 2019)¹⁹.

Por ello es necesario realizar acciones a favor del desarrollo infantil, las cuales deben estar idóneamente focalizadas y destinadas en mayor envergadura para las poblaciones vulnerables. Así desde el estado peruano dado que es un interés Nacional y Latinoamericano se han lanzado políticas y programas teniendo un gasto del Producto Bruto Interno PBI del 0.4% para los menores de 5 años, dichas políticas están bajo la responsabilidad interinstitucional o multisectorial de los ministerios como son Ministerio de Salud, Ministerio de educación, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social por mencionar algunos.

De este modo el Perú ha experimentado ha mostrado resultado y mejoras en los indicadores de salud y bienestar de la primera infancia. Así se tiene que la mortalidad infantil ha descendido de 55 por cada 1000 nacidos en 1990 a 17 por cada 1000 nacidos en 2014, también se muestra que la desnutrición crónica en infantes se redujo del 37% al 18% entre 1991 al 2012. Destaca además el hecho de que estas reducciones fueron especialmente pronunciadas entre los grupos de peor estatus socioeconómico (Berlinski & Schady, 2015)²⁰.

Cabe mencionar que estos logros solo han evidenciado aún más la necesidad de realizar mayores acciones tanto del Estado como de las instituciones civiles

¹⁹ Caridad, M; Dormal, M; Lazarte, F; Oré, B; Rubio-Codina, M. 2019. "Adaptación, validación y propiedades psicométricas del A SQ-3 y del Bayley-III en niños menores de 42 meses de zonas rurales de Perú." Banco Interamericano de Desarrollo BID.

https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Adaptaci%C3%B3n_validaci%C3%B3n_y_propiedades_psi.com%C3%A9tricas_del_ASQ-3_y_del_Bayley-III_en_ni%C3%B1os_menores_de_42_meses_de_zonas_rurales_de_Per%C3%BA_es_es.pdf

²⁰ Berlinski, S y Schady, N. 2015. "Los primeros años: El bienestar infantil y el papel de las políticas públicas." https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Los_primeros_a%C3%B1os_El_bienestar_infantil_y_el_papel_de_las_pol%C3%ADticas_p%C3%BAblicas.pdf

y privadas para superar los desafíos que presenta el país para mejorar los niveles de desarrollo infantil. Pues comparados con otros países de Latinoamérica el nivel de educación en las zonas pobres y rurales del país se encuentran por debajo de países como Colombia, Ecuador o Bolivia.

c. Programa Nacional Cuna Más

El estado peruano el 2012 crea el Programa Nacional Cuna Más (PNCM) que se encuentra adscrito al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social que promueve el desarrollo infantil. Este programa cuenta con dos modalidades de intervención. Servicio de Cuidado Diurno para el ámbito urbano y el Servicio de Acompañamiento a Familias.

- i. **Servicio de Cuidado Diurno.-** Como modalidad del PNCM brinda la atención integral a los niños y niñas entre 6 y 36 meses de edad, los cuales viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema por lo que requieren de atenciones básicas en salud, nutrición, seguridad, protección, aprendizaje y desarrollo de habilidad físicas y cognitivas (PNCM, Servicio de Cuidado Diurno, 2018)²¹.
- ii. **Servicio de Acompañamiento a Familias.-** Como modalidad del PNCM se encarga de realizar visitas a hogares rúales en condiciones de pobreza y extrema pobreza, además desarrollo sesiones de socialización e inter aprendizaje teniendo como finalidad la promoción del desarrollo y fortalecimiento de capacidades y prácticas de cuidado de las familias (madre- padre- cuidado) buscando así mejorar el desarrollo infantil de los niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito rural (PNCM, 2018)²².

De estas modalidades, el gobierno realizo una evaluación de impacto a la modalidad de Servicio de Acompañamiento a Familias SAF. Los resultados de la evaluación dicha modalidad del PNCM mostraron impactos significativos sobre el desarrollo de los infantes en las áreas cognitivas, de comunicación de motricidad fina y personal – social. Además de ello se mostró que los niños y niñas tenían mayor disposición a los juegos caseros, se incrementaron las tasas de matrículas en la educación inicial de los niños intervenidos y se cuenta con

²¹ PNCM. Servicio de Cuidado Diurno. Consulta: 2018. http://www.cunamas.gob.pe/?page_id=55

²² PNCM. Servicio de Acompañamiento de Familias. Consulta: 2018. http://www.cunamas.gob.pe/?page_id=57

mayores condiciones de disciplina, y por último se rescata el papel que cumplen la calidad de visita a los hogares, pues el resultado muestra que es un elemento importante para la trayectoria del desarrollo infantil, en tal sentido se recomienda una mejora en las capacitaciones a las facilitadoras lo cual permitan un mayor involucramiento entre las madres y el niño en las visitas (MEF, 2015)²³.

Como se puede apreciar el Estado a través del PNCM ha logrado intensificar las acciones para la mejora del desarrollo infantil en las zonas vulnerables según las modalidades. De las cuales la modalidad del SAF ha mostrado resultados interesantes en su evaluación de impacto sobre todo colando como relevante el papel que cumplen en el servicio los facilitadores o cuidadores de niños y niñas.

2.2.4. Descripción del Proyecto CASITA

El proyecto se denomina “Acompañamiento en Estimulación temprana y soporte social basado en la comunidad a niños de 6 a 24 meses en Carabayllo, Lima Perú (CASITA)”, tiene como escenario y población involucrada la jurisdicción de la Microred Carabayllo - Red de Salud Túpac Amaru, ubicada en el distrito de Carabayllo.

El objetivo principal del proyecto CASITA es mejorar el desarrollo infantil de niños entre 6 a 24 meses que viven en zonas de escasos recursos e identificados con riesgo o retraso en el desarrollo motor, psicosocial y/o lenguaje a través de una intervención basada en la comunidad en el distrito de Carabayllo, Lima, Perú.

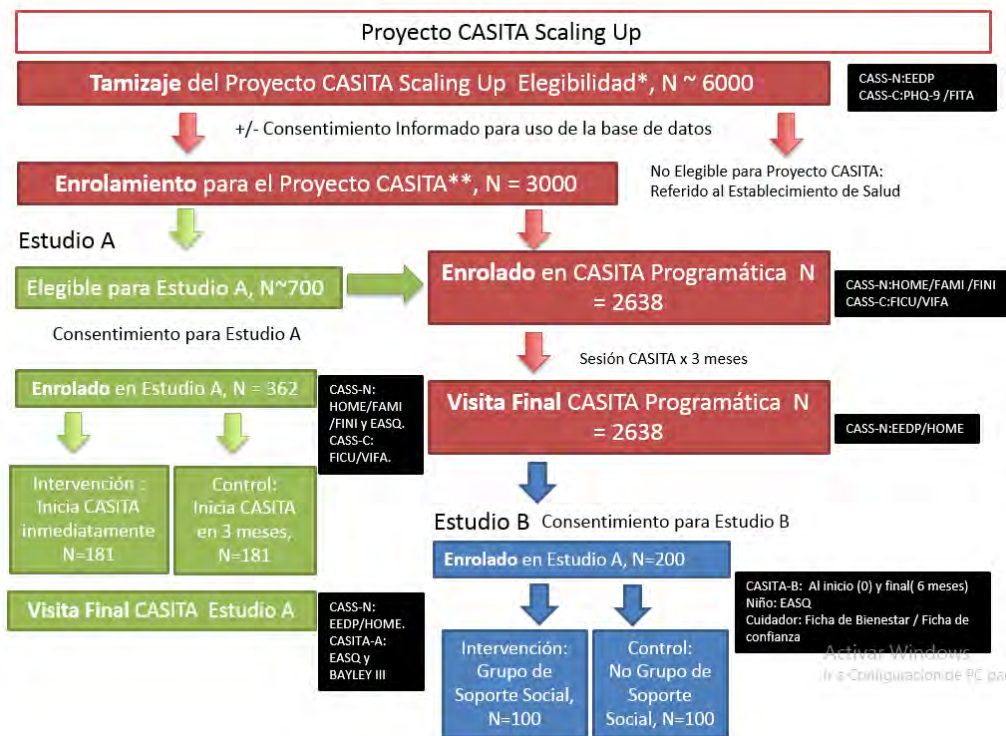
A manera de conocimiento, puesto en el ámbito de intervención se hace acotación del proyecto que la presente investigación se enfocará analizar la intervención programática del proyecto CASITA, sin embargo es importante mencionar que dentro del proyecto están presentes 2 estudios, que es el Estudio A donde el objetivo principal de este estudio es comprender si una intervención temprana basada en la comunidad (CASITA) es más eficaz que el estándar de cuidado en Perú para los niños pequeños con riesgo o retraso en desarrollo infantil. Nuestra hipótesis es que los niños que reciben CASITA experimentarán

²³ MEF. 2015. Resultados de la evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más. Consulta: 2018.

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/eval_indep/informe_resultados_cuna_mas.pdf

mayores cambios en el riesgo o retraso en desarrollo infantil (medidos por el cuestionario de Edades y Etapas Cuestionario extendidas (EASQ) a los 3 meses en comparación con la línea base) y en comparación con los cambios entre los niños del grupo de control. Como objetivo secundario compararemos los puntos finales de 3 meses en el ámbito doméstico según el Instrumento HOME, incluyendo comportamiento de los padres, así como entre las puntuaciones de Bayley intervención versus control de los niños de entre 12 y 18 meses. Y el Estudio B que busca comprender si las madres que participan en CASITA y en los Grupo de Apoyo Social alcanzarán un mejor bienestar psicosocial, en comparación con las madres que reciben solamente CASITA (Ver gráfico N° 2.1). Nuestra hipótesis es que los cuidadores que participan en CASITA seguidos por su participación en grupos de apoyo social demostrarán un comportamiento mejorado a comparación de los cuidadores del grupo control. Como objetivo secundario, vamos a comparar los cambios en el sentido de crianza de competencia, bienestar, síntomas depresivos, así como las puntuaciones del EASQ en el grupo de intervención frente al grupo control.

Gráfico N° 2.1 Esquema del proyecto CASITA



Fuente: Protocolo del Proyecto CASITA

La intervención programática del proyecto será brindada a 3000 diadas que constarán de niños de 6 a 24 meses de edad que tienen riesgo o retraso en el desarrollo infantil, y sus cuidadores. Todos los niños y sus cuidadores serán identificados en un tamizaje para luego ser enrolados en el proyecto CASITA donde recibirán una metodología basada en la comunidad por tres meses para disminuir el retraso del desarrollo.

Se han establecidos hitos en el proyecto, para que se puedan seguir con el fin de desarrollar las sesiones educativas:

Reclutamiento y enrolamiento: El personal de nuestro equipo técnico previamente capacitado visita de manera frecuente los Establecimientos de Salud y con el apoyo del personal de salud de enfermería que atiende en los servicios de evaluación de crecimiento y desarrollo identifica a todos los participantes potenciales, esta búsqueda es a través de la revisión de los libros de registros de los niños identificados con riesgo o retraso en el desarrollo motor, social o lenguaje a partir del instrumento que aplica el establecimiento de salud.

A la par, el agente comunitario, acompañado por el personal del equipo técnico realiza la búsqueda de participantes potenciales en las comunidades de la jurisdicción de los 09 establecimientos de salud de la Micro Red, por lo que se realizan diversas estrategias que involucran a actores principales en la comunidad, juntas directivas, organizaciones sociales de base y redes comunitarias para la identificación de niños que cumplen con los criterios de inclusión, además se realiza la visita “puerta a puerta” y la estrategia “bola de nieve” para lograr la completa cobertura de la población.

Es necesario mencionar que el personal que tiene el primer contacto con el cuidador del participante potencial sea personal de salud, equipo técnico del proyecto y/o agente comunitario, le explique de manera breve y general el proyecto. El personal de salud que apoya en este proceso no recibirá ningún tipo de compensación o apoyo económico por parte del estudio, en el caso del agente comunitario recibe la devolución de los gastos por su movilidad.

Cuando se identifica a un participante potencial, se solicita que el personal de salud o agente comunitario de salud, informe al cuidador del potencial participante que puede ser elegible para participar en un proyecto y le pregunta si estaría interesado/a en tener más información sobre la intervención. Si la respuesta por parte del cuidador es afirmativa, se notifica al personal del equipo técnico, ya sea en persona o por teléfono acerca de la respuesta del cuidador del potencial participante.

El investigador del proyecto es el responsable de presentar una descripción completa del proyecto programático, incluyendo los riesgos/beneficios a los cuidadores de los participantes potenciales. Este tiempo permite que el potencial participante tenga la oportunidad de discutir su participación con otros y/o pensar en ello antes de dar su aceptación para participar verbalmente. Además, se pide a los cuidadores que provean el consentimiento verbal para dejar que sus datos de tamizaje, sin datos de identificación, se puedan utilizar en investigación observacional. La negación de proveer este consentimiento no tendrá ningún efecto en su tamizaje, ni en su participación en CASITA.

A través de este primer consentimiento informado verbal, solicitaremos autorización al cuidador para aplicar el test de Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), un instrumento clínico que se utiliza el MINSA para identificar los niños que tienen riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor al niño de 6 y 24 meses a su cuidado, esta primera cohorte nos permitirá identificar si el riesgo es diferente entre los niños reclutados en los establecimientos de salud y los niños reclutados en la comunidad.

Las diadas son elegibles para participar en CASITA si cumplen con el siguiente:

- Niño o niña que se encuentra entre 6 a 24 meses de edad.
- Niño o niña que presenta riesgo o retraso en el desarrollo infantil post evaluación del EEDP.
- Niño o niña que no presenta condición médica que limite su respuesta a la intervención.
- Cuidador aparentemente sano, sin condición médica que limite su respuesta a la intervención.

- Niño y cuidador que vive dentro de la zona de intervención.
- Niño y cuidador que permanece en la zona de intervención mínimo por 6 meses a partir de dar el consentimiento verbal.

Desarrollo de la Intervención: La intervención CASITA mantiene los elementos centrales y los pasos secuenciales del enfoque que actualmente utiliza el Centro SPARK en Boston (USA) basado en evidencias para intervención temprana y que tiene como elementos centrales:

- a. La capacitación y el apoyo al cuidador en la estimulación para mejorar el desarrollo de sus hijos y;
- b. El apoyo social al cuidador, con el objetivo de empoderarlo para que brinde un mejor estímulo a su niño(a) y también motivarlo en su vida personal.

Cada sesión educativa de CASITA incluye 4 pasos secuenciales:

1. Observación al niño e intercambio de conocimientos sobre el desarrollo general del niño;
2. Demostración e iniciación de una interacción recíproca (“dar y responder”) a través de sesiones dirigidas a las díadas y actividades de integración social dirigidas al desarrollo del niño;
3. Apoyo a los padres sobre su comportamiento como padres e interacciones del desarrollo; y
4. Soporte social a los padres mediante asistencia evaluada, confirmación y validación de las preocupaciones de los padres.

CASITA está diseñada para ser entregado por un agente comunitario durante 12 sesiones semanales que duran 3 meses y consisten en grupos de 6-10 díadas (cuidador-niño(a)). Tanto la edad y el nivel/área de desarrollo del niño(a) varían dentro de cada grupo. El agente comunitario lidera 2 grupos de díadas (12-20 díadas) cada 3 meses. Las sesiones educativas son ejecutadas en espacios de los establecimientos de salud, espacios comunales (Iglesia, Local Comunal) y “Casas de la salud”, ambientes de la Municipalidad de Carabayllo (Centro Cultural, Sedes del Programa CASA AMIGA), además se considera la intervención individual a través de visitas domiciliarias a las díadas que no

asisten a las 2 primeras sesiones educativas con el fin de generar confianza e incrementar el vínculo del agente comunitario con el cuidador.

Competencia y evaluación de la fidelidad: Los agentes comunitarios son capacitados en la aplicación de la intervención CASITA a través de sesiones de entrenamiento estilo taller (10 días: Desarrollo Infantil temprano, Liderazgo, Intervención grupal e individual CASITA). Al inicio de cada taller se realiza presentaciones y juego de roles. Los días que se realizan los talleres en la intervención CASITA, los agentes comunitarios trabajan en parejas para dramatizar la entrega de la intervención, mientras son observados por el personal del equipo técnico quien utiliza un formulario de evaluación de la fidelidad, para después proporcionar retroalimentación. Se muestran videos como ejemplo de la intervención piloto CASITA y/o los videos de las dramatizaciones que realizan durante la capacitación. Además, los videos son revisados como un grupo para proporcionar retroalimentación como equipo.

Se ha utilizado estos métodos para entrenar a los agentes comunitarios del piloto CASITA por lo tanto el equipo está familiarizado con este enfoque de formación. Al finalizar el taller, el personal del equipo técnico determina una evaluación de la competencia de cada agente comunitario mediante la revisión de una sesión educativa grabada en vídeo, realizada a una familia voluntaria (o grupo de familias), utilizando el formulario de evaluación de la fidelidad. Los agentes comunitarios que no demuestren competencia reciben entrenamiento y retroalimentación, más juego de roles en campo hasta que se establezca la competencia.

La evaluación de la fidelidad tanto en el grupo de intervención grupal y el grupo de intervención individual se produce durante los 3 meses de la entrega de la intervención, siendo el personal del equipo técnico responsable de realizar la observación en vivo al menos al 50% de las sesiones educativas. En los talleres de "perfeccionamiento" dos veces al mes, el supervisor de campo y CHW-facilitador revisan al menos una sesión grabada en video para cada agente comunitario (o equipo CHW-facilitador) para proporcionar retroalimentación constructiva, de colaboración y de apoyo. Los formularios de fidelidad se utilizan

para la evaluación del vídeo y para evaluaciones en persona con información individualizada.

Colección y Manejo de Datos: Entre las diadas que proveen consentimiento escrito para dejar que la información del tamizaje se utiliza por razones observacionales, se colecciona las siguientes variables a la línea de base, sin información de identidad:

- Niño: edad, EEDP score, salud infantil, anemia, APGAR (escala de puntuación utilizado por los neonatólogos para comprobar el estado de salud del recién nacido), lactancia materna, estado nutricional, antecedentes del embarazo, síntomas de tuberculosis (TB) (De presentar la sintomatología es referido para descarte de diagnóstico de TB por SES/EE.SS); antecedentes de VIH (De presentar la sintomatología es referido para descarte de diagnóstico de VIH por SES/EESS: prueba de anticuerpos de VIH con inmunofluorescencia (o si tienen menos de 12 meses, prueba de VIH de ARN), se recogerá información sobre el nivel de hemoglobina y resultados de parasitosis (En caso que no disponga de esta información es referido al EE.SS).
- Cuidador: edad, sexo, salud del cuidador, respuestas a los cuestionarios de violencia doméstica, síntomas de TB y antecedentes de VIH (en ambos casos, en caso de presentar la sintomatología es referido para descarte de diagnóstico para TB y VIH por SES/EESS), cuestionario de salud mental y depresión (En caso de presentar depresión y/o violencia doméstica, será referido en un lapso de 24 horas al Programa de Salud Mental), antecedentes de diabetes.

Otro equipo entrenado de colectores de datos colecciona los datos que se describe arriba. Las fuentes de los datos incluyen entrevistas e historial clínico, según como sean necesarios. Las entrevistas se realizarán en los hogares, o en otros lugares, según las preferencias de los participantes. Los participantes recibirán un vale de alimentos como compensación por la entrevista. El historial clínico solicitado a los establecimientos de salud se revisará para encontrar datos clínicos relevantes.

Plan de Análisis: Se utiliza los datos de la línea de base para proveer información descriptiva sobre la prevalencia de retraso y riesgo en desarrollo en la región, en conjunto y estratificado geográficamente. En los cuidadores y los

niños, se explora las características asociadas con riesgo y retraso de desarrollo, utilizando análisis bivariado con los variables descritos arriba y finalmente se compara la tasa de enfermedades co-ocurrentes como tuberculosis, anemia, VIH, etc. entre los niños con y sin riesgo/retraso en desarrollo.

2.2.6. Marco Teórico

a. Enfoques de investigación

Es necesario considerar que las políticas públicas, programas y proyectos tienen diferentes enfoques que los constituyen. De la diversidad de enfoques, se ha tomado el enfoque de género e interculturalidad para la presente investigación. Ahora bien como mencionan los autores en base a la relación de desarrollo con la sociedad civil es importante revisar sus reflexiones que enfatizan el contexto donde se puede diseñar una política e implementar un proyecto transformador o de desarrollo, teniendo en cuenta la situación donde se va a intervenir y la población objetivo con la que ejecutará la intervención de manera articulada (Oszlak & O'Donnell, 1981)²⁴.

i. Enfoque de Género

En primer lugar, Moser considera que la planificación de género tiene como meta a largo plazo determinar la emancipación de las mujeres teniendo una base conceptual la diferencia de roles y de necesidades, de esta manera se busca para el desarrollo de la planificación sea necesario desagregar familias en base al género, lo cual permitirá reconocer sus diferentes características y necesidades.

Moser menciona el triple rol de la mujer, con respecto al trabajo de la mujer está el rol reproductivo (crianza, educación de los hijos y tareas domésticas), productivo (proveedora secundaria en el sector informal) y de gestión comunal (extensión de su rol productivo a nivel de comunidad) y política comunal (los hombres están involucrados en esta acción por jerarquía y poder). Se puede rescatar de la autora que el poder y la opresión articulados en relaciones de

²⁴ Oszlak, O. y O'Donnell, G. 1981. "Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación". Buenos Aires. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

género en términos de subordinación de la mujer al hombre es una problemática central en muchos países de bajos ingresos.

Es importante reconocer que en los últimos años las mujeres, debido a la composición de las familias que son extensas, muchas veces asumen el rol de “jefe de hogar”, su rol productivo pasa de ser secundario, pues ella se convierte en la principal proveedora para sus hijos ya que asume las necesidades económicas que según su contexto nacional se encuentra en situaciones de pobreza o pobreza extrema.

Esto se ha vuelto visible y ha originado una búsqueda para que las comunidades o sociedades cambien actitudes frente a eso y que se extienda la necesidad de que los hacedores de planes, políticas públicas y los ejecutores de la implementación de los proyectos no ignoren a las mujeres jefes de hogar si están preocupados en obtener resultados y cambios transformadores por su intervención. Para ello se debe tener en consideración las necesidades de incluir el enfoque de género y se deben diferenciar tanto de hombres como de mujeres, y estos se pueden satisfacer en virtud de su posición social, en la cual el Estado debe intervenir en los tres niveles de organización social, económica y política, tanto en las esferas de la sociedad civil y de las familias (Moser, 1995)²⁵.

ii. Enfoque Intercultural

Según el gobierno Vasco, que tiene al departamento de Vivienda y Asuntos Sociales, muestra en su manual para construir proyectos transformadores, enfatiza las acciones de las intervenciones de los proyectos en las capacidades, participación, equidad de género, enfoque de derechos, enfoque de derechos y la sostenibilidad ecológica para remarcar que una política integradora con enfoque de género e interculturalidad, se implementan proyectos con grupos de mujeres y hombres que han decidido convertirse en sujetos de transformación de su realidad, porque determinan sus objetivos y construir su proceso. Los proyectos son transformadores porque se acompaña en los procesos basados en la equidad, la justicia, y la

²⁵ Moser, C. 1995. “Planificación de género y Desarrollo. Teoría, práctica y capacitación.” Lima. Red Entre Mujeres/ Flora Tristán.

sostenibilidad donde la población participa activamente desde la planificación e implementación, siendo ellos sujetos de su transformación (Gobierno Vasco)²⁶.

De otro lado, como segunda referencia, la PNUD enfatiza también se debe tener en cuenta el contexto de las relaciones económicas y políticas que marcan o definen el género y las condiciones de poder condicionan el dinamismo de la cultura. Por dicho motivo, es relevante el diseño de las políticas públicas con enfoque de género, derechos e interculturalidad donde articulen, pues se debe cuestionar las relaciones de poder interculturales donde emergen sin cuestión las relaciones de género (PNUD P. d., 2013)²⁷.

Aunque muchas veces prima la cultura o las costumbres que denigran o minimizan a la mujer y al hombre se le enaltece. Esta mira se puede cambiar y transformar considerando la igualdad de género con perspectiva intercultural transversaliza en otras desigualdades entre hombres y mujeres, enfrentando así la injusticia socioeconómica y cultural vivida con los tipos de políticas al mismo tiempo; políticas de reconocimiento cultural y políticas de redistribución económica.

En conclusión los enfoques de género e interculturalidad deben estar presentes desde la planificación, ejecución, supervisión, monitoreo del proyecto transformador hasta la evaluación de resultados y de impactos en la población sujeto de derechos, donde se pueda diferenciar los efectos y los cambios sociales por grupos de sexos, como también por grupo etario, étnico y grupo vulnerable, y a la vez de identificar las necesidades se debe desagregar por sexo sobre la situación y posición de hombres y mujeres, y conocer sus roles, sus necesidades prácticas e intereses estratégicos, no solo se deben satisfacer las necesidades sino también el fortalecimiento de las capacidades de la población para gestionar la atención de sus necesidades.

²⁶ Gobierno Vasco-Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. S/F. "Manual para construir proyectos transformadores de cooperación para el desarrollo. A través del fortalecimiento de las capacidades, la participación, la equidad de género, el enfoque de derechos y la sostenibilidad ecológica." Vitoria. pp. 43 – 59, 136 – 142, 148 – 164, 165 – 178. Consulta: noviembre.

http://www.elankidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_memorias/es_pubmem/adjuntos/MANUAL_PROYECTOS_TRANSFORMADORES.pdf

²⁷ PNUD. 2013. "Igualdad de Género e Interculturalidad: Enfoques y estrategias para avanzar en el debate." Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Consulta: noviembre.
http://iknowpolitics.org/sites/default/files/atando_cabos_may30.pdf

b. Conceptos claves:

- **Desarrollo Infantil Temprano**

El Desarrollo Infantil Temprano (DIT) se evidencian a través de los avances de la Neurociencia, pues se considera los avances claramente indican que la gestación y los primeros 3 años de vida son fundamentales para establecer la base del desarrollo humano en forma secuencial, donde nuevas habilidades adquiridas se construyen sobre habilidades solidificadas anteriormente. Por ello, se debe invertir sustancialmente en mejorar el DIT de los niños desde que son concebidos.

Aunque la ciencia también ha indicado que las inversiones después de los primeros 3 años de vida pueden restaurar parcialmente la pérdida en el desarrollo debido a falta de un cuidado sensible y cariñoso durante la infancia temprana, la evidencia claramente muestra que entre más temprano se empiece ofreciendo oportunidades a los niños, mejores resultados se van a obtener a largo plazo.

El Banco Mundial organizó en el año 1996, en Atlanta una conferencia, sobre “Desarrollo Infantil: Inversión en el Futuro”. Muchos representantes de países afirmaron la importancia de promover y se comprometieron con los derechos de los niños y de responder a las necesidades del desarrollo de ellos. Es así, como el tema de Desarrollo Infantil empieza a tener la relevancia en las agendas de los países a nivel mundial (BM, Desarrollo Infantil Temprano-Desarrollo Saludable, s.f.)²⁸.

La Organización de Estados Americanos define el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) como el periodo de vida más acelerado en las personas. Y menciona que los niños y niñas cambian y desarrollan físicamente, cognitivamente y en la parte emocional, puesto que pasan por etapas de cambio en sus vidas. Y como enfoque, postulan que los niños y niñas en corta edad (pequeños) responden más a una reacción cuando las personas que cuidan de ellos utilizan técnicas diseñadas para la lograr, fomentar y estimular el paso de etapa en su nivel de desarrollo. Considera que cada niño y niña tiene un estilo de aprendizaje, familia

²⁸ BM. Desarrollo Infantil Temprano-Desarrollo Saludable. Consulta: noviembre. <http://www.oas.org/udse/dit2/ques/desarrollo.aspx>

de origen, tiempo de crecimiento, y sus propias características, sin embargo, menciona que hay etapas y/o secuencias universales y predecibles en el desarrollo en los primeros 9 años de vida. Es importante enfatizar que para la OEA los niños y niñas en la etapa del desarrollo necesitan diferentes estímulos para interactuar con el fin de lograr que sus habilidades se puedan desarrollar y generar nuevas, y es esencial tener en cuenta las necesidades básicas de salud y nutrición (BM, Desarrollo Infantil Temprano, s.f.)²⁹.

La UNICEF en su publicación *The Lancet*, en su serie especial sobre Desarrollo Infantil, menciona que el *“desarrollo infantil es un proceso de maduración que depende de la interacción del niño con otras personas y que resulta en una evolución ordenada de habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas, socioemocionales y de autorregulación”*. Se considera que el desarrollo infantil es el proceso donde al pasar a la siguiente etapa del desarrollo va a depender de la interacción del niño con otras personas y que genera habilidades (perceptivas, cognitivas, lingüísticas, socioemocionales y de autorregulación) en las que se desarrollan en cada periodo de la vida, pero adquiridas en la primera infancia.

La UNICEF menciona que *“hay varios factores que influyen en la adquisición de competencias y habilidades: la salud, la nutrición, la seguridad y la protección, la atención que responde a las necesidades del niño y el inicio del aprendizaje a una edad temprana. Todos ellos son necesarios para proporcionar al niño un cuidado cariñoso y sensible. Estos cuidados reducen los efectos perjudiciales de las desventajas para el niño causadas por deficiencias en la estructura y las funciones cerebrales, con lo cual, a su vez, mejora su salud, su desarrollo y su crecimiento.”* (UNICEF, 2016)³⁰

Ante esto, la UNICEF enfatiza que el cerebro humano se desarrolla de manera extraordinaria y con una velocidad que no se repite en ninguna etapa de la vida, sino solo en los tres primeros años de la persona. En dicha etapa hay un desarrollo cognitivo, físico, emocional y social, donde el entorno adecuado es un

²⁹ BM. Desarrollo Infantil Temprano. Consulta: noviembre. <http://www.oas.org/udse/dit2/>

³⁰ UNICEF. 2016. “Apoyando el desarrollo en la primera infancia: de la ciencia a la aplicación a gran escala.” Consulta: noviembre. <https://www.scribd.com/document/363033249/Unicef-Apoyando-Desarrollo-en-Primera-Infancia-de-La-Ciencia-a-Aplicacion-a-Gran-Escala>

factor influyente favoreciendo el desarrollo de los niños y niñas. Para que la persona pueda alcanzar el desarrollo máximo de sus potencialidades son imprescindibles la nutrición, el aprendizaje, protección y un cuidado sensible y cariñoso de la persona que interactúa con el niño o niña.

Molina y Torres, ellas agregan a los conceptos de desarrollo infantil temprano, es relevante considerar los hitos del desarrollo y las condicionantes. Las autoras sugieren que este periodo se genera cambios físicos, cognitivos y socioemocionales que tienen gran influencia por el entorno familiar, por las características de los miembros de la familia y del entorno social y ambiental. Hacen mención que es la etapa de vida donde las personas aprendemos más rápido (Molina & Torres, 2013)³¹.

Shonkoff recalca que los años de la vida más relevantes son los primeros años de vida para que el individuo pueda desarrollar la parte cognitiva, biológica y social, y enfatiza que un país en desarrollo significa que las condiciones de mejora se dieron en los primeros años de vida de los niños y niñas de un país. Es importante esta de los primeros años puesto que se consolidan las bases para que los niños y niñas puedan generar, fortalecer y desarrollar sus capacidades sociales y productivas y que logre ser un ciudadano responsable según las características del país lo define (Shonkoff & Phillips, 2000)³².

En la línea que plantea Shonkoff en relación a los efectos en la vida adulta del niño o niña, es relevante tener en cuenta el contexto en el que se desarrollan estos ciudadanos, es un tema que corresponde a agente que toma decisiones con respeto a la política pública debe considerar. Haciendo mención, como postula Diether la etapa de infancia es afectada por el entorno, por las condiciones externas al niño o niña y por las experiencias que acumula desde que antes que naciera, es decir en contacto con su madre hasta los primeros años de vida del niño o niña. Se debe tener en cuenta que en la etapa de la infancia, el niño o niña es más vulnerable y puede ser afectado y por consiguiente

³¹ Molina, H. y Torres, A. 2013. "Gestión de políticas y programas de Desarrollo Infantil Temprano curso virtual para formuladores de políticas y gestores de programas y proyectos." Banco Interamericano de Desarrollo. Consulta: noviembre.

https://www.academia.edu/28109272/GESTI%C3%93N_DE_POL%C3%8DTICAS_Y_PROGRAMAS_DE_DESARROLLO_INFANTIL_TEMPRANO_Curso_virtual_para_formuladores_de_pol%C3%ADticas_y_gestores_de_programas_y_proyectos

³² Shonkoff, J. y Phillips, D. 2000. "From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development."

tenga un efecto en el desarrollo, causando un retraso en el desarrollo de sus capacidades, y pueden ser irreversibles, y que originan efectos negativos en su vida adulta, y también afectará al país puesto que no tendrá una población capaz o competente (Diether & Sánchez, 2010)³³.

De acuerdo a las definiciones antes mencionadas de los autores citados, sostienen la relevancia de la etapa de primera infancia que tiene en un país, enfocándose en los primeros años de vida y considerando los posibles efectos en la vida adulta del ciudadano. Se puede determinar que el Desarrollo Infantil Temprano es un concepto integrador que surge de procesos internos del individuo causando cambios acelerados que se manifiestan en su desarrollo biológico, cognitivo, emocional y social del niño o niña, sin embargo, es importante considerar la influencia del entorno familiar y social donde el niño y niña crece, aprende, construye pensamientos, conocimientos, sentimientos, se relaciona con otros con quienes interactúa, se desenvuelve y aprende estímulos de su ambiente biofísico y social. Y esto se debe considerar en la formulación, planificación y promoción de políticas públicas, programas y proyectos de desarrollo, a favor de la primera infancia. Este es la definición que guiará la presente investigación.

- **Neurociencia en el Desarrollo Infantil Temprano**

La neurociencia se define como es estudio científico del sistema nervioso (específicamente del cerebro) y sus funciones. Estudia las complejas funciones e interacciones de las neuronas o células nerviosas. La neurociencia está empezando a detallar y a explicar cómo funcionan nuestros pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamiento; y como todo esto influye y es influenciada por las experiencias, las relaciones sociales, la alimentación y las situaciones en las que estamos (Caribe, 2017)³⁴.

“El desarrollo infantil está influenciado tanto por factores genéticos en el desarrollo, en lo que se heredará de los padres (como los rasgos físicos, rasgos

³³ Diether, B. y Sánchez, A. 2010. “Los efectos de choques transitorios en resultados de largo plazo: efectos adversos del clima en la acumulación de capital humano en los Andes Peruanos.” Lima. CIES Consorcio de investigación económica social.

³⁴ Red de Docentes de América Latina y del Caribe. 2017. “Los aportes de la neurociencia a la atención y educación de la primera infancia.” Consulta: diciembre. <https://reddolac.org/profiles/blogs/los-aportes-de-la-neurociencia-a-la-atencion-y-educacion-en#:~:text=Un%20aporte%20fundamental%20de%20la,el%20fin%20de%20ofrecer%20y>

de temperamento, la forma de interacción con el ambiente y con las demás personas, o incluso el comportamiento), como por factores ambientales que influirán en el comportamiento, en el aprendizaje y desarrollo de habilidades y en un número muy alto de factores claves para el desarrollo infantil, entre ellos, en la forma en que se expresarán los genes o interrelacionará los circuitos neurales. La interacción dinámica y continua entre la biología y la experiencia va permitiendo que el sistema nervioso y el cerebro se dejen modular por los estímulos del ambiente, los cuales están inmersos en las experiencias que viven los niños y niñas desde temprana edad (Moreno, 1995)³⁵.”

“Las experiencias que viven los niños y niñas durante su crecimiento y desarrollo jugarán un rol crucial en las etapas posteriores de sus vidas, ya que serán la plataforma de despegue para todo lo que va a venir en las siguientes etapas. La interacción temprana con los miembros de la familia y la comunidad, el acceso a los insumos básicos para el crecimiento y el desarrollo, una buena salud, un ambiente estimulante y seguro son algunos de los factores que influenciarán directamente en el desarrollo del cerebro en la infancia, y en algunos casos, podrán marcar cómo éste responderá algunas de estas experiencias en diferentes momentos de la vida. (UNICEF, La primera infancia importa para cada niño, 2017)³⁶”

Es importante mencionar que la Neurociencia tiene una rama que relaciona entre el funcionamiento y el desarrollo del cerebro, se le denomina Neurodesarrollo (Sistema Nervioso Humano). “El neurodesarrollo infantil óptimo constituye una situación necesaria para que el ser humano alcance su plena capacidad cuando sean adultos. Estudios anteriores han demostrado que un desarrollo cerebral deficiente en los primeros años de vida les ocasionaría problemas de salud, rendimiento escolar y de comportamiento.” (Norrie & Frase , 2002)³⁷

Según Kolb, Teskey y Gibb (2010), “la plasticidad cerebral puede definirse como la habilidad que tiene el sistema nervioso para generar cambios y adaptarse

³⁵ Moreno, M. 1995. “La determinación genética del comportamiento humano. Una revisión crítica desde la filosofía y la genética de la conducta”. Revista Gazeta de Antropología. Consulta: noviembre.

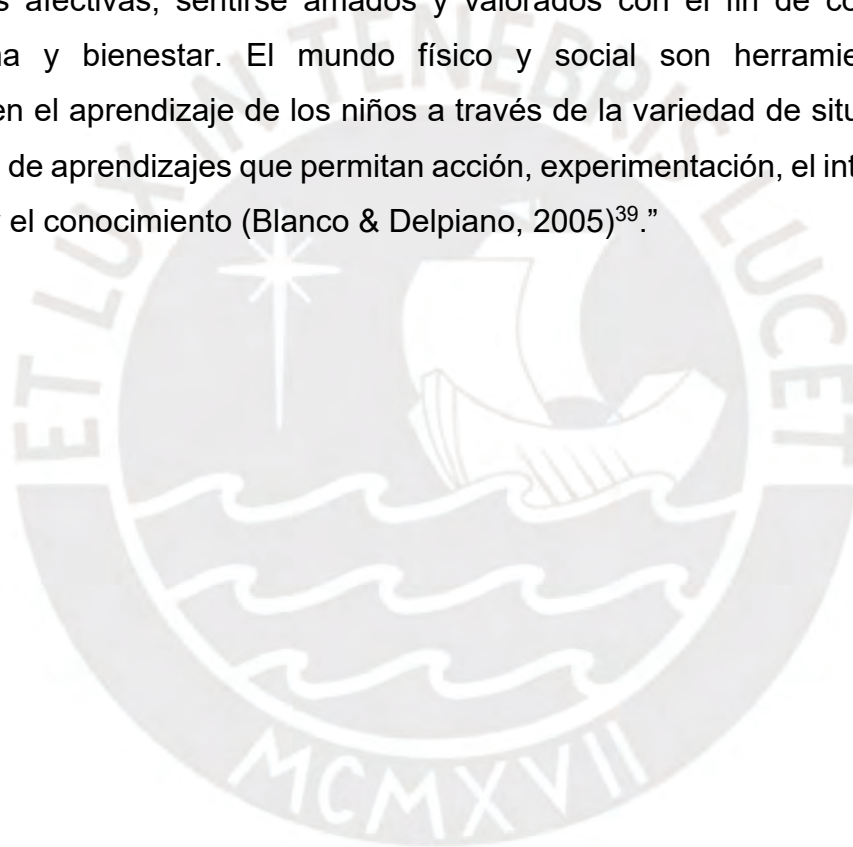
https://www.ugr.es/~pwlac/G11_06Miguel_Moreno_Munoz.html

³⁶ UNICEF. 2017. “La primera infancia importa para cada niño”. Consulta: noviembre. https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2019-01/La_primera_infancia_importa_para_cada_nino_UNICEF.pdf

³⁷ Norrie, M. y Frase, J. 2002. The early years study three years later: From early child development to human development: Enabling communities. Canadá. Founders' Network of the Canadian Institute for Advanced Research.

tanto estructuralmente como en su funcionamiento en el transcurso de la vida, como respuesta a la variedad del entorno. Por dicho motivo, los primeros años son importante para consolidar tanto la base biológica como la cultural necesaria para el adecuado desarrollo de los niños y niñas en esa etapa”. (Kolb, Teskey, & Gibb, 2010)³⁸

En relación al entorno también se observa muchas posibilidades de desarrollo y bienestar del niño (a). Según Blanco y Delpiano (2005), “es indispensable la creación de un ambiente afectivo y seguro emocionalmente para que los niños se puedan desarrollar, y logren el aprendizaje. Los niños deben ser parte de relaciones afectivas, sentirse amados y valorados con el fin de construir su autoestima y bienestar. El mundo físico y social son herramientas que promueven el aprendizaje de los niños a través de la variedad de situaciones y contextos de aprendizajes que permitan acción, experimentación, el intercambio, el juego y el conocimiento (Blanco & Delpiano, 2005)³⁹.”



³⁸ Kolb, B. Teskey, G. y Gibb, R. 2010. Factors Influencing Cerebral Plasticity in the Normal and Injured Brain. Canadá. *Frontiers in Human Neuroscience*. Consulta: noviembre. <http://doi.org/10.3389/fnhum.2010.00204>

³⁹ Blanco, G. y Delpiano, E. 2005. Educación de calidad para dos empieza en la primera infancia. Consideraciones para el desarrollo de las políticas públicas. *Revista Enfoques Educativos*.

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Estrategia metodológica

La estrategia metodológica de la presente investigación corresponde a un estudio mixto (cualitativo y cuantitativo). Siendo estas estrategias las más pertinentes, la metodología cualitativa es la más adecuada para identificar los factores que limitan o aumentan el grado de la implementación de las sesiones educativas a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano (motor, psicosocial y/o lenguaje), para ello se necesita profundizar, examinar diversas dimensiones para comprender el proyecto. Asimismo, la metodología cuantitativa es necesaria y útil para la investigación puesto que se va a medir y cuantificar las variables estudiadas. Por dicho motivo, la estrategia metodológica empleada es mixta.

3.2. Diseño muestral

3.2.1 Población objetivo o universo

Se ha identificado diferentes poblaciones/universo, como se visualiza en la siguiente tabla, tales son como cuidadores (as), Agentes Comunitarios y profesionales que conforman la Dirección General que son responsables del Proyecto CASITA.

Cuadro Nº 2.1 Población de la investigación

Población/Universo	Cantidad
Cuidadores	226
Agentes comunitarios	11
Profesionales de la Dirección General	4

Fuente: Elaboración propia

3.2.2 Método de muestreo

- **Estrategia metodológica cualitativa:** El tipo de muestra es significativa puesto que más que la cantidad interesan las características de los elementos de la muestra, el método de muestreo es no probabilístico puesto es necesario la significancia y la relevancia. Para la presente investigación se usará 3 técnicas cualitativas: grupos focales, entrevistas semiestructuradas y guías de observación.

- **Estrategia metodológica cuantitativa:** El tipo de muestra es representativo, puesto que es por excelencia es el mejor criterio para investigaciones cuantitativas, el método de muestreo es probabilístico puesto que permite tener rigurosidad que hace posible la generalización de los resultados. La única técnica cuantitativa que se empleará es la encuesta.

Cuadro N° 2.2 Estrategias Metodológicas

Técnicas	Estrategia Metodológica	Tipo de Muestra	Método de Muestreo
Grupos focales	Cualitativa	Significativa	No probabilístico
Entrevista abierta			
Entrevistas semiestructuradas			
Guías de Observación			
Encuestas	Cuantitativa	Representativa	Probabilístico

Fuente: Elaboración propia

Determinación de la muestra

Para determinar la muestra de la estrategia metodológica cuantitativa, se empleará el método probabilístico, y la fórmula de muestra aleatoria:

$$n = \frac{(1-p) * p * (1.96)^2 * N}{(1.96)^2 * p * (1-p) + e^2 * N}$$

Donde:

N: Tamaño de la población o universo

P: Es la proporción de comuneros que están de acuerdo con la encuesta. como no se conoce esta proporción, se asume la máxima varianza, para lo cual **P=0,5**

Z - NIVEL DE CONFIANZA: Al 95% por lo que se representa con el valor de **1,96**

NIVEL DE ERROR: 0,05 o 5%

n: Tamaño de muestra

La muestra obtenida es 169, es decir se va a encuestar a cuidadores.

Con respecto a la muestra cualitativa, se detalla en la siguiente tabla, donde se realizará dos grupos focales, una entrevista abierta, cinco entrevistas semiestructuradas, 4 guías de observación.

Cuadro N° 2.3 Técnicas y métodos

Técnicas	Estrategia Metodológica	Tipo de Muestra	Muestra	Método de Muestreo
Grupos focales	Cualitativa	Significativa	2 grupos focales	No probabilístico
Entrevista abierta			1 entrevista abierta	
Entrevistas semiestructuradas			5 entrevistas semiestructuradas	
Guías de Observación			4 guías de observación	
Encuestas	Cuantitativa	Representativa	169 encuestas*	Probabilístico

*Se suma la aplicación de encuestas al 100% de agentes comunitarios, por lo tanto, no se empleó ninguna fórmula, es decir a los 11 agentes comunitarios,

Fuente: Elaboración propia

3.2.3 Método de selección de la muestra

En la siguiente tabla, se detalla cada técnica a emplearse, las fuentes de información, la especificidad de los mismos, los números de aplicaciones y el método de selección de la muestra, si es cualitativo la muestra ha sido seleccionada por juicio y por conveniencia, y en lo cuantitativo se desarrolló la fórmula anterior, que es probabilístico. Cabe mencionar que en las encuestas a agentes comunitarios se les aplicará la técnica de encuestas y se realizará al 100% puesto que el universo es 11.

Cuadro N° 2.4 Técnicas y método de selección de la muestra

N°	Técnicas	Fuentes de Información	Especificidad	Números de aplicaciones	Método de selección de la muestra
1	Grupo focal	Agentes Comunitarios	Agentes Comunitarios que brindan las sesiones (enfoque de género)	1	Por juicio o conveniencia
2	Grupo focal	Agentes Comunitarios	Agentes Comunitarios que brindan las sesiones (enfoque de interculturalidad)	1	Por juicio o conveniencia
3	Entrevista abierta	Coordinador del proyecto	Coordinador del proyecto (enfoque de género)	1	Por juicio o conveniencia
4	Análisis documentaria	Documentos del proyecto: *Protocolo *Informes *Plan Operativo Anual *RMAF *Otros	Matriz de análisis documental (enfoque de género)		
5	Observación	Agentes Comunitarios	Guía de Observación para la calidad. (criterios o estándares)	4	Por juicio o conveniencia
6	Análisis documentaria	Instrumento de EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor)	Matriz de análisis documental (EEDP)		
7	Entrevista semi estructurada	Dirección General del Proyecto	Profesionales e investigadores de la delegación del proyecto (percepción de logros)	4	Por juicio o conveniencia
8	Entrevista semi estructurada	Cuidadores (as)	Cuidadores que reciben las sesiones (percepción de logros)	1	Por juicio o conveniencia
9	Encuesta	Cuidadores (as)	Cuidadores que reciben las sesiones (valoración)	169	Probabilístico
10	Encuesta	Agentes Comunitarios	Agentes Comunitarios que brindan las sesiones (valoración)	11*	Probabilístico

Fuente: Elaboración propia: *Se aplicará encuestas al 100% de agentes comunitarios, por lo tanto, no se empleó ninguna fórmula.

3.2.4 Variables y su definición operacional e indicadores

Estrategias y procesos de implementación del enfoque de género: Se define por las sesiones con enfoque de género que desarrolla CASITA teniendo en cuenta las necesidades prácticas de género e intereses estratégicos de género, según lo establecido en la Estrategia de Igualdad de Género (GES) PNUD. Se operacionaliza mediante los siguientes indicadores: Número de sesiones o actividades con enfoque de género implementadas, y número de prácticas de género e intereses estratégicos de PNUD implementadas.

Herramientas de implementación del enfoque de género: Se define como las líneas de acción que se deben cumplir para lograr la Transversalización del Enfoque de Género, como incorporar en el Plan Operativo Anual (POA) el enfoque de género, el presupuesto refleja el compromiso por la reducción de brechas de género, el personal contratado guarda un equilibrio de género y es competente en el manejo de este enfoque, utilización de indicadores de género, y los informes de seguimiento se hacen con enfoque de género. Los indicadores que la operacionalizan son: Actividades incorporadas en el POA, monto de presupuesto asignado a reducir brecha de género, equilibrio de género del personal contratado, nivel de competencias del personal en manejo de género, indicadores de enfoque de género incorporados en el POA, y seguimiento de indicadores en el POA.

Herramientas de implementación del enfoque cultural: Se define como las sesiones CASITA que consideran las diferencias de condiciones geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias tradicionales). Se operacionalizan en los siguientes indicadores: Porcentaje de sesiones CASITA que consideran las diferencias de condiciones geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias tradicionales) y las herramientas de implementación de enfoque intercultural aplicadas.

Criterios de calidad de desarrollo infantil aplicados: Se define como la validez (herramientas de evaluación), fiabilidad (grado de reproducibilidad de los resultados para los mismos casos) y apropiado (indicadores útiles). El

indicador que operacionaliza es el porcentaje de sesiones que cumplen con criterios de calidad como validez (herramientas de evaluación), fiabilidad (grado de reproducibilidad de los resultados para los mismos casos) y apropiado (indicadores útiles).

Criterios o estándares de calidad de desarrollo infantil aplicados: Se define como la formulación explícita de expectativas acerca de lo que los niños deben “saber y saber hacer” como fruto de su aprendizaje y desarrollo en diversos dominios: físico motor, cognitivo, socio-emocional, del lenguaje y alfabetización y actitudes hacia el aprendizaje. El indicador que operacionaliza es el porcentaje de sesiones con estándares calidad en desarrollo infantil temprano.

Pertinencia de las sesiones CASITA implementadas: Se define como la metodología desarrollada en el proyecto es pertinente para mejorar el desarrollo infantil temprano. Se operacionaliza con el siguiente indicador: Porcentaje de niños que mejoran el coeficiente de desarrollo infantil temprano.

Valoración de cuidadores (as) por las sesiones CASITA: Se define como la apreciación que expresan los cuidadores con respecto a las sesiones CASITA. El indicador que operacionaliza es el % de valoración de los cuidadores respecto a las sesiones de CASITA.

Valoración de agentes comunitarias por las sesiones CASITA: Se define como la apreciación que expresan las agentes comunitarias con respecto a las sesiones CASITA. El indicador que operacionaliza es el % de valoración de las agentes comunitarias con respecto a las sesiones de CASITA.

Logros reconocidos por cuidadores (as): Se define como la satisfacción sobre las metas cumplidas y/o resultados considerados por cuidadores (as). Se operacionaliza con el siguiente indicador: Porcentaje de valoración de las agentes comunitarias (personal) que brindan las sesiones CASITA.

Logros reconocidos por cuidadores (as): Se define como la satisfacción sobre las metas cumplidas y/o resultados considerados por cuidadores (as).

Se operacionaliza con el siguiente indicador: Porcentaje de valoración de las agentes comunitarias (personal) que brindan las sesiones CASITA.

La matriz de las variables e indicadores por cada una de las preguntas de investigación que responden a los objetivos específicos, se presentan en el Anexo 01.

a. Fuentes de información

En la presente investigación se van a utilizar fuentes primarias y secundarias con la finalidad de obtener información de la mayoría de los actores involucrados para enriquecer la investigación.

A continuación, se detallan las fuentes de información:

Fuentes primarias

- El personal que brinda las sesiones, que son las Agentes Comunitarias.
- Los (as) cuidadoras (es) que reciben las sesiones CASITA.
- Los profesionales e investigadores que forman parte de la Dirección General del proyecto.
- Documentación oficial del proyecto: Incluye material como el protocolo autorizado por entidades competentes, Plan Operativo Anual, RMAF (Marco lógico según modelo del financista), artículos y formatos implementados por el proyecto.

Fuentes secundarias

Estas incluyen la documentación elaborada por terceros:

- Reportes, informes, registros fotográficos, y audiovisuales (prensa).
- Reportes, informes, investigaciones que aluden a la temática.

b. Técnicas e instrumentos de investigación alineadas a las fuentes

Con relación a los instrumentos utilizados, se aplicaron entrevistas, encuestas, guía de observación y ficha de análisis documental.

Se seleccionaron cuatro técnicas cualitativas para la recolección de información: el grupo focal, la entrevista semiestructurada, el análisis documental y la observación. Las técnicas se aplican en relación con las características propias de los actores involucrados en el proyecto.

Grupo focal

Se realizará un primer grupo focal con siete agentes comunitarias representantes que brindan sesiones CASITA. Los criterios de selección serán: 1) tener más de 6 meses en el proyecto brindando sesiones, y 2) haber participado en la capacitación de las sesiones CASITA.

Con la finalidad de recopilar información a las prácticas de género que incorporan cuando desarrollan las sesiones que brindan a cuidadores (as).

Un segundo grupo focal se llevará a cabo con siete agentes comunitarias, distintas a la del primer grupo. Los criterios de selección serán: 1) tener más de 6 meses en el proyecto brindando sesiones, y 2) haber participado en la capacitación de las sesiones CASITA.

Con el objetivo de conocer si consideran para las sesiones que brindan a los cuidadores (as), las diferencias de las condiciones geográficas, socioeconómicas, lingüísticas y culturales de los mismos.

Entrevista abierta

Es una técnica cualitativa en la cual se concederá un espacio o tiempo al entrevistado en este caso al coordinador del proyecto para que exprese sus puntos de vista sobre las prácticas de género e intereses estratégicos de la PNUD son implementadas en la intervención del proyecto Casita.

Entrevista semiestructurada

Se seleccionó esta herramienta con la finalidad de profundizar las variables y los indicadores planteados, con el apoyo de guías de entrevistas, en relación a los logros obtenidos por el proyecto, con la finalidad de para identificar los logros del proyecto que consideran importantes según su percepción, se recopilará la apreciación que considera que tienen con respecto a los logros del proyecto. Se desarrollarán 2 entrevistas en total: una a los (as) cuidadores (as) que reciben las sesiones CASITA, y uno a los

profesionales e investigadores que forman parte del staff del proyecto. Cada una de las entrevistas tendrá una duración promedio de 40 minutos.

Análisis documental

Para el desarrollo del análisis documental, se elaborará 2 matrices de análisis que señalará las variables y las preguntas del estudio de la investigación, las dos serán con respecto a los enfoques de género. En primera instancia, una matriz recopilará la revisión de fuentes primarias, es decir, de la información referida al proyecto como protocolo, herramientas de planificación (Plan Operativo Anual presupuesto y RMAF), informes, documentos técnicos y registros de gestión, así como la información teórica y conceptual relevante al tema de investigación de fuentes secundarias. Posteriormente, se revisará material fotográfico y audiovisual relacionado con el proyecto o el tema desarrollo infantil temprano. La segunda matriz buscará revisar documentos, básicamente informes técnicos en relación a la cantidad de niños que han mejorado su coeficiente de desarrollo infantil temprano, cumpliendo con el objetivo del proyecto. Toda esta información se procesará, clasificará y sistematizará en la matriz de análisis sobre la base de las dimensiones y variables del estudio.

Observación

Se aplicarán guías de observación, a 4 espacios CASITA, donde se llevan a cabo las sesiones por las agentes comunitarias. Las dos primeras guías de observación son buscarán recopilar información sobre el cumplimiento de criterios de calidad de las sesiones (metodología), y las otras dos guías con la finalidad de identificar los estándares de calidad que cumplen las sesiones (metodología) para el desarrollo infantil temprano.

Encuesta

Las encuestas, se realizará mediante un cuestionario, se van a dirigir a los beneficiarios del proyecto es decir a cuidadores (as) y a las agentes comunitarias, a fin de conocer de ambas unidades de análisis su apreciación o valoración acerca del servicio que el proyecto brinda, que son las sesiones CASITA.

La información recogida en cada instrumento será contrastada y complementada con los aportes de los otros instrumentos. Es así que, por ejemplo, con la revisión documentaria y la aplicación de entrevistas, se logrará analizar las dimensiones del proyecto y conocer los factores que determinan el desarrollo o la implementación del proyecto.

3.2.5 Procedimiento de información

- **Procedimiento de levantamiento de datos**

Para tener acceso a la información del Proyecto Casita, se solicitó permiso al director de la organización de Socios En Salud. La aceptación de la solicitud fue rápida porque previamente se realizaron reuniones con la coordinadora y la investigadora principal internacional en la cual se solicitó un permiso verbal y también fue aceptado.

En todo el levantamiento de información, la coordinadora dio mucha facilidad para poder acceder a la información y poder comunicarme con el equipo, Agentes Comunitarios de Salud e información de cuidadores que han participado en el proyecto.

El proyecto se lleva a cabo en la última etapa en el distrito de Carabayllo, la ventaja de la cercanía de ser en Lima, ayudó mucho al recojo de información, y también el acceso a la información del proyecto fue bueno puesto que se trabaja en la organización y hay disponibilidad en brindar todo lo necesario para el trabajo.

Realización de grupos focales

En esta etapa se llevó a cabo los grupos focales, ambos grupos focales se realizaron en comunicación con la coordinadora. Uno de ellos, fue sobre el enfoque de género. El grupo focal se realizó en el local comunal de la Comunidad de El Polvorín en el distrito de Carabayllo, en ese local se llevaban a cabo las sesiones del proyecto, el día 07 de junio del 2019, empezó a las 3:30pm, estaban presentes 7 personas. Ese día, estaba presente mi persona como moderadora del grupo focal, con los Agentes Comunitarios, a puertas cerradas y empezó la grabación con el celular y un cuaderno de notas.

La dificultad que se tuvo en el lugar fue que los Agentes Comunitarios de Salud llegaban tarde, y cuando se abría la puerta, distraían un poco a los demás participantes, y particularmente una Agente Comunitaria llevó a su bebé y de vez en cuando hacía un poco de bulla. Y también que el espacio solo contaba con algunas sillas, por lo que nos sentamos (Agentes Comunitarios de Salud y yo) en las colchonetas que se usan en las sesiones. El grupo focal duró alrededor de 50 minutos. Se cumplió con lo programado.

El otro grupo focal, fue sobre el enfoque de interculturalidad. En primera instancia, el mismo día que se había programado el grupo focal del tema de enfoque de género, sin embargo, no se realizó puesto que el equipo del proyecto tenía una reunión posterior, y el tiempo no dio para este tema, por ello que en el audio se menciona el enfoque de interculturalidad, pero no se desarrolló en ese instante.

Se reprogramó la fecha del grupo focal, y se lleva a cabo el día 21 de junio del 2019, en el local comunal del Polvorín en Carabayllo, se les cita a las 3:00 pm, pero a esa hora solo había 3 personas, entonces se esperó que haya un mínimo de 7 Agentes Comunitarios de Salud. Alrededor de las 3:40 pm se empezó con el grupo focal con 7 personas, en forma circular las sillas, se inició con la grabación con el celular de la moderadora (mi persona) y el cuaderno de notas. El grupo focal duró aproximadamente 40 minutos. Se recogió la información y se cumplió con lo programado.

Realización de entrevistas

Se coordinaron entrevistas previamente con las personas, agendando fecha y lugar.

En primer lugar, se realizaron a los cuidadores (as), este instrumento tuvo el propósito de recoger información sobre la percepción de los logros y/o avances del proyecto Casita. Con respecto a la entrevista a las cuidadoras, se coordinó con un personal del proyecto para que pueda brindar toda la información requerida para ubicar a los cuidadores, se las llamó a cada una para que el día 07 de julio del 2019 me dieran unos minutos de su tiempo.

El día sábado, se fue a ubicar a los cuidadores, todos los que me accedieron a poder brindarles una entrevista eran mujeres, los varones no contaban con tiempo para dicha actividad, por lo tanto, se consideró a mujeres para este instrumento.

Se empezó por la Urbanización de Santa Isabel, y llegando a entrevistar las primeras programadas, 2 rehusaron la confirmación y se tuvo que conseguir a otras cuidadoras que puedan suplir, todas me recibieron en la sala de sus viviendas, y todas tenían a sus niños o niñas en brazos, lo que en algunas dificultó la concentración de la entrevista, sin embargo, se llegó a completar las que se tenían planificadas.

La mayoría de las entrevistas duraron aproximadamente 20 minutos, muchas de ellas no se explayaban en las preguntas, por dicho motivo es que les realizaba las repreguntas para que puedan ahondar en el tema. Y se cumplió con lo planificado de la cantidad de los instrumentos aplicados.

En segundo lugar, se entrevistó a profesionales o equipo técnico. Con la finalidad de lograr el objetivo de recoger la percepción de logros o avances de los resultados del proyecto, de los profesionales que forman parte del staff del equipo del proyecto de Casita. Las entrevistas se realizaron en diferentes días, puesto que cada persona tenía sus actividades propias del proyecto que era muy difícil consensuar, sin embargo, se llevó a cabo la aplicación de las entrevistas, en una oficina del trabajo donde laboramos, el ambiente era tranquilo. En un caso de una profesional que el ambiente no lo fue, y hubo mucha interrupción.

Las entrevistas duraron aproximadamente 40 minutos. Cada una de ella tenía relación con las sesiones que se brindaban en el proyecto, sus profesiones o carreras eran distintas: Educadora, Antropóloga, Psicólogos y Enfermera. Se cumplió lo programado.

Y, en tercer lugar, y con la finalidad de recopilar información sobre el enfoque de género, se entrevistó a la coordinadora del proyecto. La entrevista se realizó en el lugar de trabajo en Cercado de Lima, en una sala de reuniones, no hubo distracciones externas, la duración de la

entrevista fue de aproximadamente 50 minutos. No hubo dificultades en el desarrollo de la entrevista a la coordinadora.

Aplicación de encuestas

En primer lugar, se encuestó a los Agentes Comunitarios de Salud, también se realizó una encuesta de valoración en relación a las sesiones del proyecto Casita. Se contrató a una persona para la aplicación, explicándole el sentido de mi investigación, y el desarrollo de cada pregunta y la escala de valoración que se expresa en la encuesta.

Se coordinó para que un día de la semana se ejecute la aplicación de la encuesta a los Agentes Comunitarios de Salud, y se aprovechó una reunión que tenía el equipo del proyecto con los agentes, se solicitó permiso para la realización de las encuestas al finalizar la reunión. La actividad se llevó a cabo en el local comunal de El Polvorín, a las 5pm aproximadamente, se les dio las instrucciones para el desarrollo de las encuestas, y la aplicación duró aproximadamente 20 minutos por persona, y en el lugar solo se congregaron 11 agentes, y se concluyeron con las encuestas.

Y, en segundo lugar, se aplicaron encuestas a cuidadores. La presente la encuesta se realizó con la finalidad de recopilar información sobre la valoración que tienen los cuidadores con respecto a las sesiones, en el distrito de Carabayllo.

Para llevar a cabo la aplicación se contrató a 1 persona para esta actividad, no el 100% de los aplicados puesto que yo realicé un 18% de encuestas, por motivos de tiempo y de actividades laborales no pude aplicar el instrumento a los cuidadores. Se le capacitó (duró aproximadamente 3 horas) a la persona en los objetivos de la investigación y de qué trata cada pregunta y el sentido de las alternativas de respuestas, puesto que se utiliza la escala de Likert para la valoración de los cuidadores. La capacitación llevó aproximadamente 3 horas para explicarle la manera de preguntar y expresarse ante la persona.

La dificultad que se tuvo para encuestar fue que se iba a la vivienda y muchas veces no se encontraba al cuidador, sin embargo, se ha cumplido con lo programado.

Aplicación de Ficha de Observación: Sesión Casita

Con la finalidad de recopilar información en relación a la calidad de las sesiones del proyecto. Se aplicaron unas fichas de observación a los agentes comunitarios. Se llevaron a cabo las visitas en las últimas sesiones desde la 8 al número 12. Las sesiones tienen una duración de 2 horas aproximadamente.

No hubo contratiempos en relación a las visitas, el agente comunitario no se sorprendió puesto que en una reunión se avisó que iba a asistir a la sesión inopinadamente para observar la sesión.

- **Procedimiento de procesamiento de datos**

Revisión documentaria

En lo que corresponde a la revisión documentaria, que es la lectura y análisis de los documentos físicos en relación al proyecto Casita, las cuales eran los siguientes documentos: Instrumento de EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor), Documentos del proyecto: *Protocolo *Informes *Plan Operativo Anual *RMAF *Otros, bajo el enfoque de género. Por ello, se diseñó unas marices para cada uno de lo anterior planteado y estén especificados, esta revisión de documentos se direccionó para encontrar información que responda a las variables importantes en la presente investigación.

Encuestas

Las encuestas se diseñaron según la población objetivo, como cuidadores y agentes comunitarios de salud. Se elaboró la encuesta en base a una escala de Likert, toda la información recogida en campo fue procesada en SPSS Statistics.

Se identificaron respuestas en base a la escala de Likert, de acuerdo a los encuestados. Posterior a ello, se calculó la información en porcentajes para un mejor análisis.

Entrevistas

Las entrevistas se realizaron al equipo técnico, cuidadoras y a la coordinación, fueron desgrabadas los audios por una persona que se contrató, toda la información se procesó en ATLAS.ti en la cual se resaltaron las ideas principales de cada entrevistado, en la cual se logró obtener los resultados. Toda la información procesada se plasmó bajo las variables e indicadores planteados en la investigación.

- **Procedimiento de análisis de información**

La presente investigación está dirigida para identificar factores que influyen en el límite o en el aumento la implementación de los enfoques intercultural y de género en el proyecto, además de proponer una propuesta para la implementación de género e interculturalidad en las sesiones.

Se analiza cada una de las variables en el proyecto, teniendo en cuenta cada los enfoques de género y de interculturalidad, considerando el análisis de las estrategias, procesos y herramientas de implementación de las sesiones educativas, asimismo conociendo los criterios o estándares de calidad, y como los cuidadores y la dirección general y/o coordinación reconocen los logros del proyecto. Teniendo en cuenta dicha información se elabora una propuesta con la finalidad de mejorar la implementación del Proyecto Casita en el distrito de Carabayllo.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presentarán y expondrán los principales resultados y hallazgos obtenidos en la presente investigación correspondiente a cada objetivo planteado y presentado inicialmente, así como el análisis del trabajo de campo relacionado con los enfoques intercultural y de género en las sesiones bajo los estándares de calidad y logros del proyecto enmarcadas en la valoración del equipo facilitador como de los beneficiarios.

4.1 Valoración de los cuidadores (as) y el equipo facilitador con respecto a las sesiones del proyecto CASITA

En todo proyecto es relevante conocer la percepción, valor o concepción que tienen el facilitador del proyecto y también los beneficiarios, y es porque de ellos dependen la implementación del proyecto, tal y como lo enfatiza la Organización Panamericana de la Salud en relación al desarrollo infantil.

Dicha valoración expresa el interés de las cuidadoras y de los facilitadores y la percepción que tienen ambos grupos desde sus roles y funciones hacia el desarrollo del proyecto. En este caso, se pretende identificar la valoración de los cuidadores (as) que son parte de la población objetivo del proyecto, que son las personas que asisten a las sesiones con los niños, llamados “cuidadores (as)”, en las cuales se desarrollan temas para el niño o niña entre el o la cuidadora para el cumplimiento del objetivo general del proyecto. Así mismo, se quiere identificar la valoración de los agentes comunitarios o facilitadores del proyecto, quienes son los que brindan las sesiones.

El desarrollo infantil temprano de manera oportuna se da en la primera etapa de vida, con la mirada de formar a un niño para ser un ciudadano competente y de valor para la sociedad. Sin embargo, el contexto y la dinámica social y económica los vuelve vulnerables puesto que están en situación de pobreza, inmigrantes, minorías, entre otros.

La Organización Panamericana de la Salud utiliza una metodología de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalente de la Infancia – AIEPI, la cual marca

los términos para el diagnóstico y tratamiento y considera además la promoción y prevención, teniendo énfasis en la vigilancia del desarrollo infantil. El “Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil (0-6 años) en el contexto AIEPI”, dirigido a los profesionales de salud, contiene conocimientos e información básica sobre el desarrollo durante los primeros años del niño, precisa lo importante que es la vigilancia del desarrollo del niño, tanto del profesional de salud, como también de la familia y la comunidad.

En relación a lo anterior, es importante recalcar que existen condiciones internas y externas que contribuyen a un mejor desarrollo infantil. En lo primero la personalidad o aspectos relacionados directamente con características del carácter del niño (a); también puede ser desde la familia, la madre o padre u otra persona. En términos del proyecto CASITA sería el “cuidador”, e incluso la comunidad (Organización Panamericana de la Salud, 2011), quien acompañe al niño en estos primeros años de vida.

4.1.1 Valoración de los cuidadores (as) en relación a las sesiones CASITA.

La Organización Panamericana de la Salud, enfatiza, que el niño debe ser amado y comprendido por su familia, y que esta pueda satisfacer sus necesidades. El niño debe tener un entorno con condiciones que puedan incrementar su potencialidad, pero para ello se debe promover de manera positiva la interacción en la familia en casa. Menciona también características familiares de lo que se debe hacer, partiendo de un interés de la familia por el desarrollo del niño, la Organización Panamericana de la Salud enfatiza características individuales con respecto a la mamá o papá u otro integrante de la familia, es decir un cuidador. Esta persona debe fomentar y valorar el “dejar al niño que exprese su voluntad y deseos, respetarlos, darle la oportunidad de hacer cosas solo, dar ambientes alegres festivos, realizar actividades con placer y alegría, y también en la cual el niño cree y juegue libremente, y le ofrezcan materiales (seguros) para que se desenvuelva jugando” (Organización Panamericana de la Salud, 2011). A su vez, con respecto a las características familiares, recalca que “la familia debe valorizar un ambiente armonioso y de

confianza, y a la vez que la familia pueda escuchar al niño y priorizar su bienestar” (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

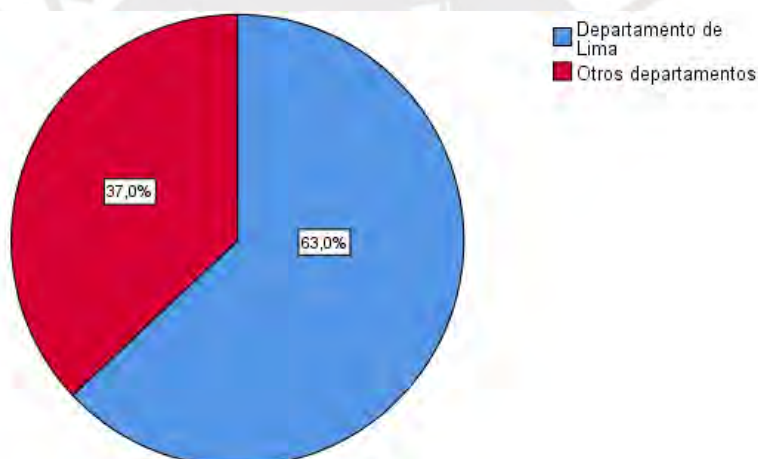
Las cuidadoras encuestadas fueron 173, el 100% fue de sexo femenino; con respecto al lugar de procedencia, el 63% proviene de Lima, y el 37% de otras regiones como Cajamarca, Ancash, Amazonas, Junín, Huánuco, Huancavelica entre otros (Ver Tabla N° 4.1).

Tabla N°4.1: Lugar de procedencia (departamento) de los cuidadores

	Cantidad	Porcentaje
Departamento de Lima	109	63.0
Otros departamentos	64	37.0
Total	173	100.0

Fuente: Encuestas de trabajo de campo. Elaboración propia.

Gráfico N°4.1: Lugar de procedencia (departamento)



Fuente: Encuestas de trabajo de campo.

En lo que corresponde al rango de edad de las encuestadas primaron dos grupos, los que están entre los 25 a 35 años que representan el 56.1%, seguidos por los de 36 a 45 años que son el 20.2%.

Para analizar la valoración de los cuidadores por las sesiones del proyecto, se identificó cinco categorías: Percepción de las sesiones por los cuidadores, participación de los cuidadores en las sesiones, alineamiento de los objetivos del proyecto con los contenidos de la sesión, satisfacción con el desempeño de los facilitadores del proyecto y resultados del proyecto.

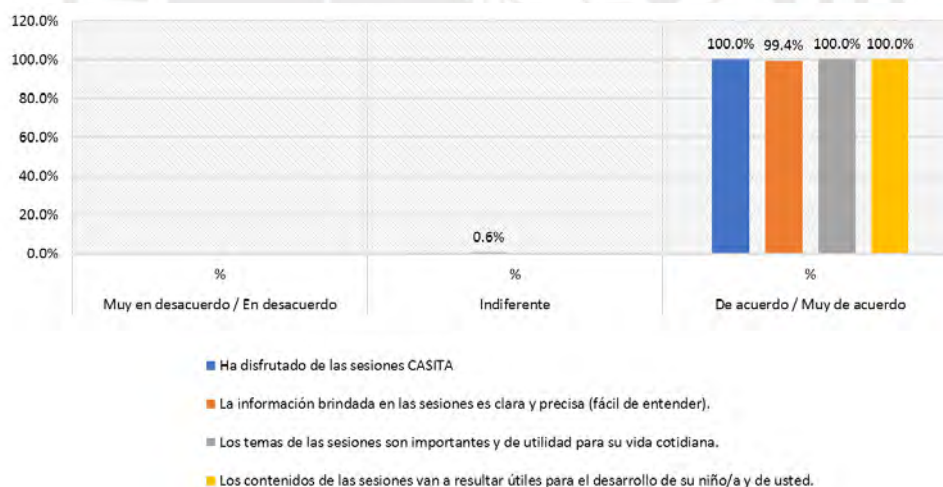
En cuanto a la primera de las categorías percepción de las sesiones, el 100% expresa su acuerdo con haber disfrutado las sesiones; el 100% de las encuestadas declaran que los temas de las sesiones han sido importantes y consideran que son de utilidad para su vida cotidiana y a su vez que van a ser útiles en el desarrollo del niño/a y de ella misma (Ver Tabla N° 4.2).

Tabla N°4.2: Percepción de las sesiones por los cuidadores

Categoría	Preguntas	Muy en desacuerdo / En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo / Muy de acuerdo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Percepción de las sesiones	Ha disfrutado de las sesiones CASITA	0	0.0%	0	0.0%	173	100.0%	173	100%
	La información brindada en las sesiones es clara y precisa (fácil de entender).	0	0.0%	1	0.6%	172	99.4%	173	100%
	Los temas de las sesiones son importantes y de utilidad para su vida cotidiana.	0	0.0%	0	0.0%	173	100.0%	173	100%
	Los contenidos de las sesiones van a resultar útiles para el desarrollo de su niño/a y de usted.	0	0.0%	0	0.0%	173	100.0%	173	100%

Fuente: Encuestas de trabajo de campo. Elaboración propia.

Gráfico N°4.2: Percepción de las sesiones por los cuidadores



Fuente: Encuestas de trabajo de campo.

Es importante la valoración que otorgan los cuidadores a las sesiones ofrecidas por el proyecto. Como mínimo, expresa que los contenidos de las sesiones han impactado positivamente en cada uno de ellos y serán de fácil aprendizaje para su aplicación en el proceso de cuidado de los niños puestos a su custodia.

En lo que corresponde a la participación en las sesiones, las cuidadoras consideran en un 100% que su participación ha sido valorada por los

facilitadores; también ellas aseguran (100%) que los materiales utilizados por los facilitadores en las sesiones CASITA, les animó a seguir participando en el proyecto; sin embargo, no el 100% considera que el ambiente fue adecuado y le motivó a seguir participando, el 97% si está de acuerdo con el ambiente donde se llevó a cabo las sesiones; se planteó si los facilitadores promovían la participación en las sesiones y el 100% de las encuestadas afirmaban ello (Ver Tabla N° 4.3).

Tabla N°4.3: Participación de los cuidadores en las sesiones

Categoría	Preguntas	Muy en desacuerdo / En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo / Muy de acuerdo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
		Participación en las sesiones	Considera que su participación ha sido valorada por los facilitadores de las sesiones CASITA.	0	0.0%	0	0.0%	173	100.0%
Considera que los materiales utilizados por los facilitadores, en las sesiones CASITA, le animó a seguir participando en el proyecto.	0		0.0%	0	0.0%	173	100.0%	173	100%
El ambiente fue adecuado y le motivó para seguir participando en las sesiones CASITA.	2		1.2%	4	2.3%	167	96.5%	173	100%
Considera que el proyecto debe llegar a más personas.	0		0.0%	0	0.0%	173	100.0%	173	100%

Fuente: Encuestas de trabajo de campo. Elaboración propia.

Gráfico 4.3: Participación de los cuidadores en las sesiones



Fuente: Encuestas de trabajo de campo.

Sólo 6 participantes difieren en su apreciación respecto al ambiente. 2 están en total desacuerdo y 4 (2.3%) expresan que para ellos ha sido indiferente. Si bien no es una proporción significativa, comparado con el resto de participantes, sería

importante conocer los detalles en relación con la valoración que esta condición tiene para el proyecto.

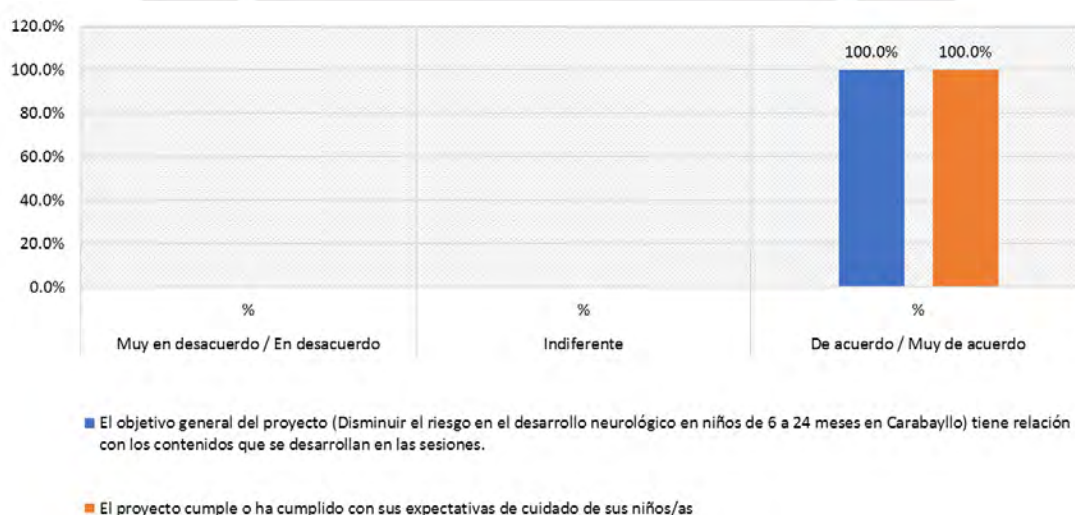
Por otro lado, el objetivo del proyecto es importante conocer el valor que le dan. El 100% de las encuestadas afirma que el objetivo general del proyecto la cual es “Disminuir el riesgo en el desarrollo neurológico en niños de 6 a 24 meses en Carabayllo” tiene relación con los contenidos que se desarrollan en las sesiones; y también consideran que el proyecto ha cumplido con sus expectativas de cuidado de sus niños/as. (Ver Tabla N° 4.4)

Tabla N°4.4: Objetivo del proyecto

Categoría	Preguntas	Muy en desacuerdo / En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo / Muy de acuerdo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
		Objetivo del proyecto	El objetivo general del proyecto (Disminuir el riesgo en el desarrollo neurológico en niños de 6 a 24 meses en Carabayllo) tiene relación con los contenidos que se desarrollan en las sesiones.	0	0.0%	0	0.0%	173	100.0%
El proyecto cumple o ha cumplido con sus expectativas de cuidado de sus niños/as	0		0.0%	0	0.0%	173	100.0%	173	100%

Fuente: Encuestas de trabajo de campo. Elaboración propia.

Gráfico N°4.4: Objetivo del proyecto



Fuente: Encuestas de trabajo de campo.

Acerca del desempeño de los agentes comunitarios, el 100% está satisfecho con el desempeño que han realizado los Agentes Comunitarios de Salud en el

desarrollo de las sesiones; y a su vez consideran que el papel o rol que cumple o ejerce en el proyecto es importante.

Tabla N°4.5: Desempeño de los agentes comunitarios

Categoría	Preguntas	Muy en desacuerdo / En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo / Muy de acuerdo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Desempeño de los agentes comunitarios (facilitadores)	Estoy satisfecho con el desempeño de los agentes comunitarios (facilitadores)	0	0.0%	0	0.0%	173	100.0%	173	100%
	Considero que el papel que desempeñan los agentes comunitarios (facilitadores) es importante para el proyecto.	0	0.0%	0	0.0%	173	100.0%	173	100%

Fuente: Encuestas de trabajo de campo. Elaboración propia.

Gráfico N°4.5: Desempeño de los agentes comunitarios



Fuente: Encuestas de trabajo de campo.

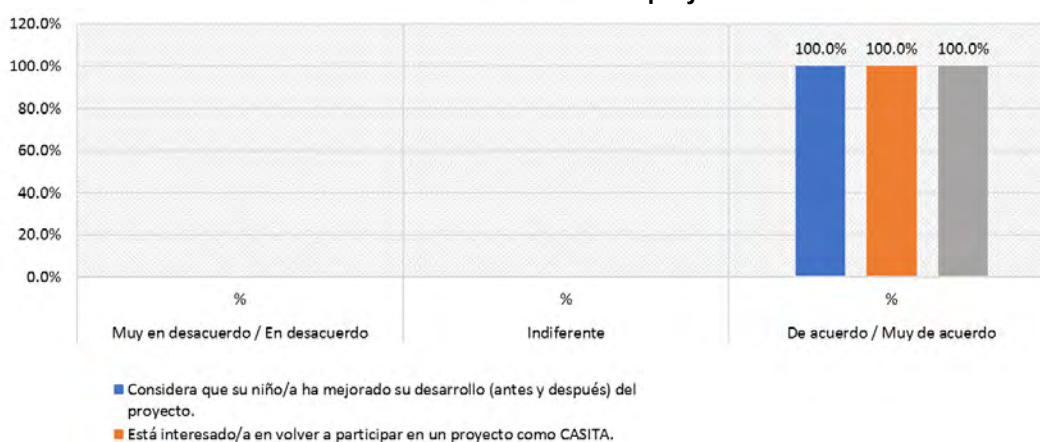
Por último, sobre los resultados del proyecto, el 100% de las cuidadoras encuestadas consideran que su niño o niña ha mejorado su desarrollo con su participación en el proyecto; asimismo por ello están todas ellas interesadas en volver a participar en un proyecto con el mismo objetivo que CASITA; y a su vez ellas recomendarían el proyecto a otras personas porque han notado mejora en sus niños o niñas.

Tabla N°4.6: Resultados del proyecto

Categoría	Preguntas	Muy en desacuerdo / En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo / Muy de acuerdo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
		Resultados del proyecto	Considera que su niño/a ha mejorado su desarrollo (antes y después) del proyecto.	0	0.0%	0	0.0%	173	100.0%
Está interesado/a en volver a participar en un proyecto como CASITA.	0		0.0%	0	0.0%	173	100.0%	173	100%
Recomienda el proyecto a otras personas.	0		0.0%	0	0.0%	173	100.0%	173	100%

Fuente: Encuestas de trabajo de campo. Elaboración propia.

Gráfico N°4.6: Resultados del proyecto



Fuente: Encuestas de trabajo de campo.

Para desarrollar el indicador de porcentaje de valoración de los cuidadores respecto a las sesiones de CASITA, se toma en cuenta las cinco categorías consideradas en la encuesta, en 3 de ellas hay un 100% de cuidadoras que están de acuerdo con el objetivo del proyecto, que como en la parte superior se detalla las sesiones tienen relación con el objetivo general del proyecto y a su vez que las cuidadoras han cumplido con sus expectativas con respecto al desarrollo del proyecto; a su vez el 100% considera que el desempeño de los facilitadores es importante para el desarrollo de las sesiones del proyecto; y los resultados del proyecto, el 100% considera que sus niños han mejorado su desarrollo en comparación de como iniciaron en proyecto. En lo que respecta al porcentaje menos de 100%, está a la categoría de percepción de las sesiones, las cuales han disfrutado todas las encuestadas, sin embargo, en uno de los casos la información brindada en las sesiones no fue clara y precisa, pero la importancia y la utilidad de los temas de las sesiones y los contenidos de las mismas son

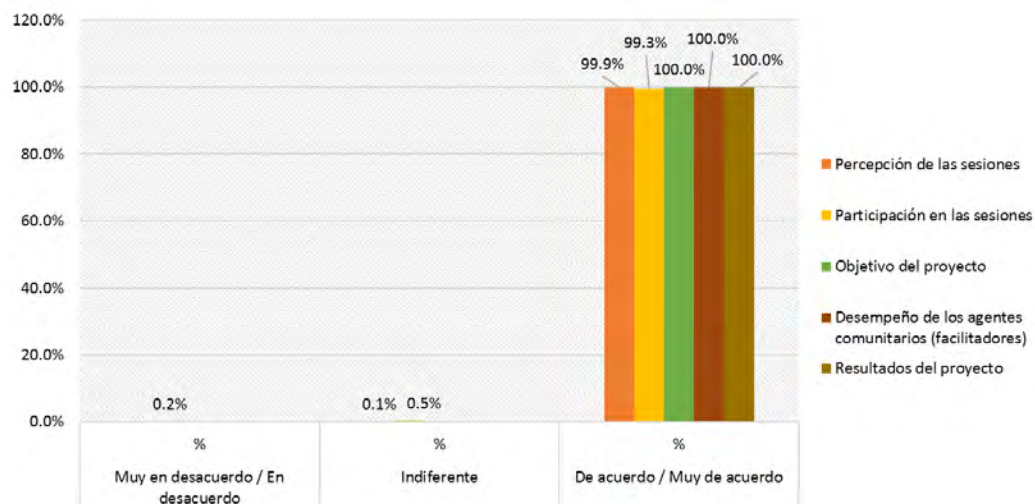
resaltadas por las encuestadas; y la participación en las sesiones se debieron que consideran que los facilitadores valoraban su participación en las sesiones, los materiales también era un motivo por el cual participaban, sin embargo el ambiente no fue adecuado y no le motivó a participaren las sesiones del proyecto. Según las encuestas aplicadas, se considera que hay una alta valoración de las cuidadoras con respecto a las sesiones del proyecto CASITA (Ver Tabla N° 4.7)

Tabla N° 4.7: Valoración de los cuidadores

Categorías	Muy en desacuerdo / En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo / Muy de acuerdo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Percepción de las sesiones	0	0.0%	0.3	0.1%	172.8	99.9%	173	100%
Participación en las sesiones	0.4	0.2%	0.8	0.5%	171.8	99.3%	173	100%
Objetivo del proyecto	0.0	0.0%	0.0	0.0%	173.0	100.0%	173	100%
Desempeño de los agentes comunitarios (facilitadores)	0.0	0.0%	0.0	0.0%	173.0	100.0%	173	100%
Resultados del proyecto	0.0	0.0%	0.0	0.0%	173.0	100.0%	173	100%

Fuente: Encuestas de trabajo de campo. Elaboración propia.

Gráfico N° 4.7: Valoración de los cuidadores



Fuente: Encuestas de trabajo de campo.

Es sumamente importante lo que los cuidadores evidencian, una alta valoración con respecto a las sesiones que se brindan en el proyecto CASITA, empezando por el objetivo del proyecto que consideran importante el desarrollo infantil temprano en sus niños, y desean vigilar la salud de ellos. La participación de

parte de la diada (niño y cuidador) en las sesiones es crucial para el niño mejore su desarrollo, el interés que tiene el cuidador en su niño, como lo postula Organización Panamericana de Salud, la cual el cuidador y la familia debe valorar un lugar donde les permitan interactuar niño y cuidador, que el niño se desenvuelva libremente, que no le prohíban o limiten. Es esencial la presencia del facilitador en estas sesiones, puesto que ellos brindan toda la información sobre el cuidado, atención, interacción con el niño, y eso lo considera el cuidador cuando se desarrolla la sesión.

Con respecto a las sesiones, los cuidadores expresan que han disfrutado estar con los niños, además que consideran que los temas brindados en las sesiones son útiles para ellos y para los niños. Y por última la percepción de los resultados, los cuidadores lo han considerado alto porque han notado que las sesiones han logrado cambio y mejora en el desarrollo infantil.

4.1.2 Valoración de los agentes comunitarios en relación a las sesiones

CASITA.

Los agentes comunitarios son las personas que están a cargo de dar las sesiones a las diadas, es decir a las cuidadoras y niños/as, que participan en el proyecto. El equipo de facilitadores (agentes comunitarios) son personas de las zonas de intervención, es decir son parte de la comunidad, las cuales cumplen requisitos básicos para desarrollar y dirigir las sesiones.

Se recalca la importancia de la vigilancia del desarrollo infantil, como lo hace la Organización Panamericana de la Salud, desde el cuidador (a), la familia e incluso la comunidad.

En la variable se resalta la relación o interacción con el cuidador, madre o padre, y en esta por las condiciones externas, que la Organización Panamericana de la Salud, lo menciona en el Manual de Vigilancia de Desarrollo Infantil (0-6 años) en el contexto AIEPI: “Lo que hay que hacer es dar importancia a rescatar y valorizar la cultura local y además a los gestores y comunidades con intereses

por el niño, y lo que se debe evitar es la falta de espacios para jugar y descansos del niño, y la falta de conexión y solidaridad en la comunidad” (p.51).

En el documento anterior, se hace énfasis en la información que el profesional de salud primario debe conocer y transmitir a los padres como orientación sobre la promoción del desarrollo de sus hijos, en el proyecto no se cuenta para la ejecución de las sesiones a profesionales de la salud, sino son agentes comunitarios quienes son de la comunidad y tiene la intención de ayudar a su comunidad en diferentes actividades, en el caso en el proyecto CASITA, estas personas son las que primero fueron capacitados y evaluados en la fidelidad de las sesiones CASITA por el equipo técnico del proyecto, las cuales son un equipo multidisciplinario que incluye a profesionales de salud.

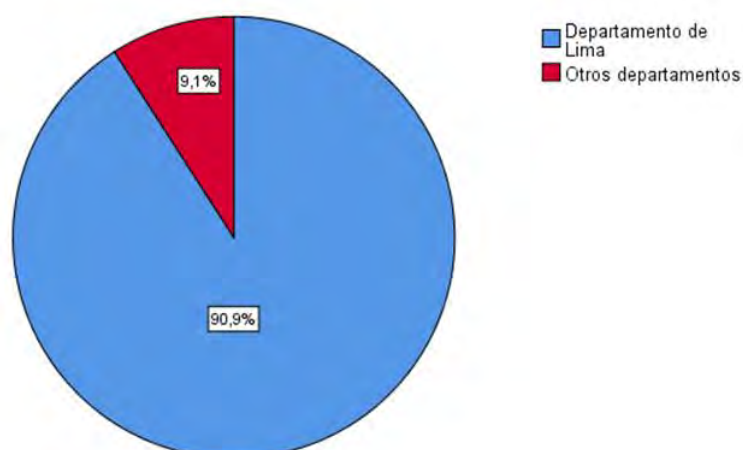
Los agentes comunitarios (facilitadores) encuestados fueron 11, el 90.9% de sexo femenino, y solo 1 persona del sexo masculino. Con respecto al lugar de procedencia, el 90.9% tiene como lugar de procedencia la región de Lima, y solo el 9.1%, es decir una persona es de Amazonas. En lo que corresponde al rango de edad de los encuestados primaron dos grupos, los que están entre los 25 a 35 años que representan el 36.4%, seguidos por los de 46 a 55 años que son el 27.3%, y 18.2% de 36 a 45 años y lo mismo de 56 a 65 años. (Ver Tabla N° 4.8)

Tabla N°4.8: Lugar de procedencia de los agentes comunitarios (departamento)

	Cantidad	Porcentaje
Departamento de Lima	10	90.9
Otros departamentos	1	9.1
Total	11	100.0

Fuente: Encuestas de trabajo de campo. Elaboración propia.

Gráfico N°4.8: Lugar de procedencia de los agentes comunitarios (departamento)



Fuente: Encuestas de trabajo de campo.

Para analizar la valoración de los agentes comunitarios (facilitadores) por las sesiones del proyecto, se identificó cinco categorías para determinar la misma.

La primera de las categorías es la percepción del proyecto, en la encuesta realizada, la cual se desarrollan a través de diferentes preguntas: Con respecto a los temas de las sesiones han sido importantes y consideran que son de utilidad para su vida cotidiana y a su vez que van a ser útiles en el desarrollo del niño/a y de las cuidadoras, es en la totalidad; y lo que respecta al desempeño, todos los encuestados consideran que su desempeño es muy bueno. (Ver Tabla N° 4.9)

Tabla N° 4.9: Percepción del proyecto

Categoría	Preguntas	Muy en desacuerdo / En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo / Muy de acuerdo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Percepción del proyecto	Considero que los contenidos de las sesiones resultan útiles para el desarrollo del niño/a y cuidador.	0	0.0%	0	0.0%	11	100.0%	11	100%
	Califico mi desempeño "muy bueno" en el desarrollo de las sesiones.	0	0.0%	0	0.0%	11	100.0%	11	100%

Fuente: Encuestas de trabajo de campo. Elaboración propia.

En lo que corresponde al objetivo de las sesiones, los agentes comunitarios consideran en un 100% afirma que el objetivo general del proyecto la cual es "Disminuir el riesgo en el desarrollo neurológico en niños de 6 a 24 meses en Carabayllo" tiene relación con los contenidos que se desarrollan en las sesiones;

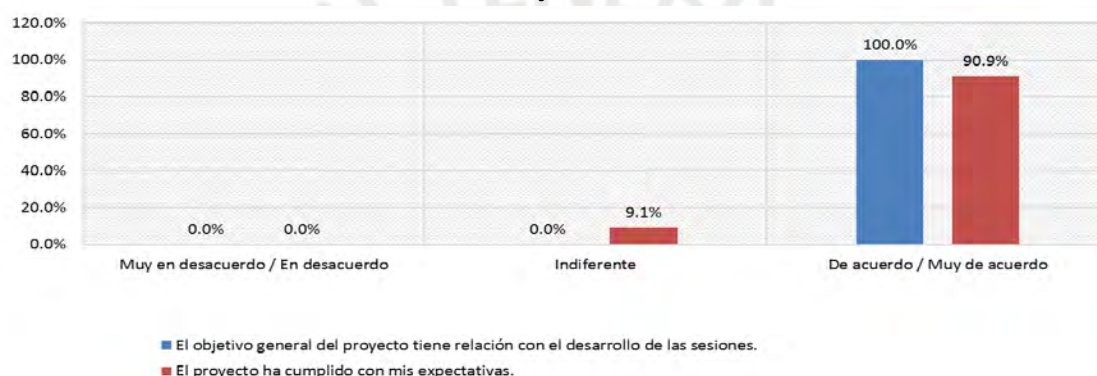
y también consideran que el proyecto ha cumplido con sus expectativas personales en un 90.9%. (Ver Tabla N° 4.10)

Tabla N° 4.10: Objetivo de las sesiones

Categoría	Preguntas	Muy en desacuerdo / En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo / Muy de acuerdo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Objetivo de las sesiones	El objetivo general del proyecto tiene relación con el desarrollo de las sesiones.	0	0.0%	0	0.0%	11	100.0%	11	100%
	El proyecto ha cumplido con mis expectativas.	0	0.0%	1	9.1%	10	90.9%	11	100%

Fuente: Encuestas de trabajo de campo. Elaboración propia.

Gráfico N° 4.10: Objetivo de las sesiones



Fuente: Encuestas de trabajo de campo.

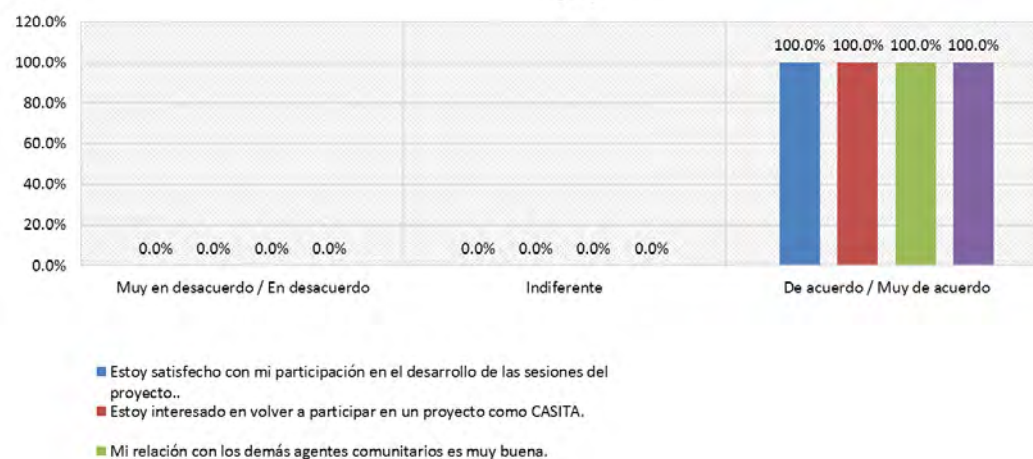
Por otro lado, la satisfacción del proyecto es importante conocer el valor que le dan. El 100% de los encuestados está satisfecho con su participación en las sesiones, por ello están interesados en volver a participar en un proyecto como CASITA, a su vez ellos recomendarían el proyecto para que otras personas puedan participar como agentes comunitarios en el desarrollo de las sesiones. Todo el equipo de facilitadores tiene una relación muy buena, el 100% aseguran ello. (Ver Tabla N° 4.11)

Tabla N° 4.11: Satisfacción del proyecto

Categoría	Preguntas	Muy en desacuerdo / En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo / Muy de acuerdo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
		Satisfacción del proyecto	Estoy satisfecho con mi participación en el desarrollo de las sesiones del proyecto.	0	0.0%	0	0.0%	11	100.0%
Estoy interesado en volver a participar en un proyecto como CASITA.	0		0.0%	0	0.0%	11	100.0%	11	100%
Mi relación con los demás agentes comunitarios es muy buena.	0		0.0%	0	0.0%	11	100.0%	11	100%
Recomiendo el proyecto a otras personas para que sean agentes comunitarios.	0		0.0%	0	0.0%	11	100.0%	11	100%

Fuente: Encuestas de trabajo de campo. Elaboración propia.

Gráfico N° 4.11: Satisfacción del proyecto



Fuente: Encuestas de trabajo de campo.

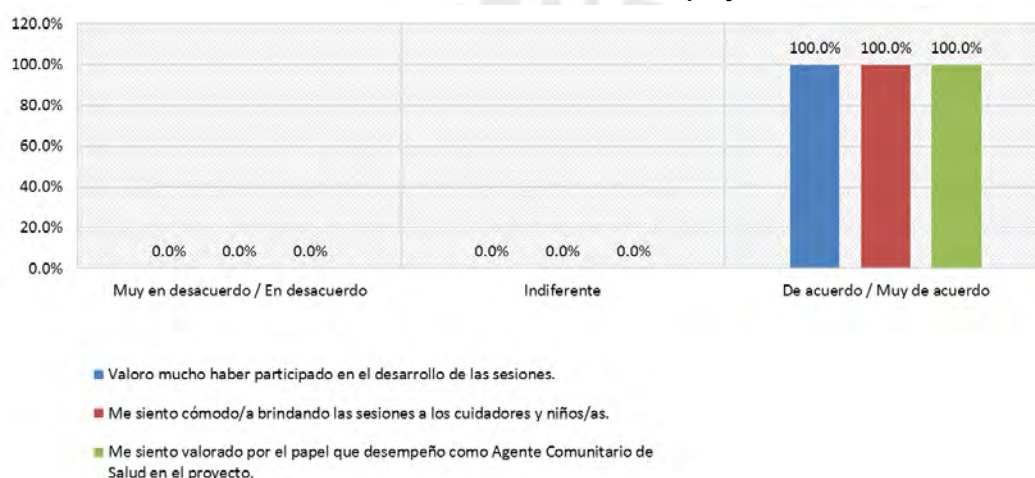
Por último, sobre la valoración del proyecto, el 100% de los agentes valoran su participación en el proyecto CASITA, también se han sentido cómodos brindando las sesiones, y a su vez se siente valorado por el rol que ha estado desempeñando en las sesiones. (Ver Tabla N° 4.12)

Tabla N° 4.12: Valoración del proyecto

Categoría	Preguntas	Muy en desacuerdo / En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo / Muy de acuerdo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Valoración	Valoro mucho haber participado en el desarrollo de las sesiones.	0	0.0%	0	0.0%	11	100.0%	11	100%
	Me siento cómodo/a brindando las sesiones a los cuidadores y niños/as.	0	0.0%	0	0.0%	11	100.0%	11	100%
	Me siento valorado por el papel que desempeñó como agente comunitario en el proyecto.	0	0.0%	0	0.0%	11	100.0%	11	100%

Fuente: Encuestas de trabajo de campo. Elaboración propia.

Gráfico N° 4.12: Valoración del proyecto



Fuente: Encuestas de trabajo de campo.

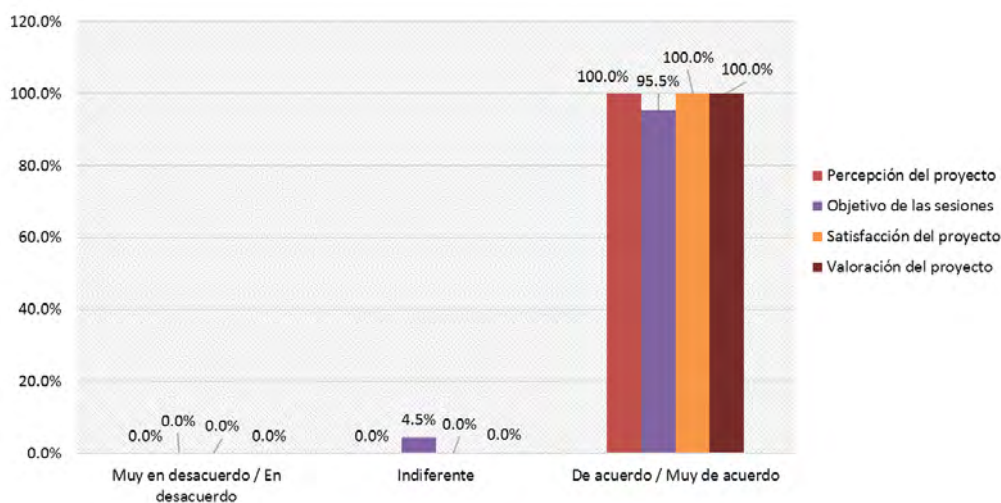
Para medir el indicador de porcentaje de valoración de los agentes comunitarios respecto a las sesiones de CASITA, se consideran las cuatro categorías mencionadas anteriormente y expuestas en la encuesta, el 100% han concluido que su percepción del proyecto es alta. Con respecto al objetivo de las sesiones el 95.5% está de acuerdo porque cumple con los contenidos y con las expectativas, solo de 1 agente el proyecto es indiferente ante esto. En lo que corresponde a la satisfacción de los agentes hacia el proyecto o las sesiones CASITA, todos los encuestados están satisfechos. De igual manera el 100% de los agentes valoran el proyecto y las sesiones. (Ver Tabla N° 4.13)

Tabla N° 4.13: Valoración de los agentes comunitarios

Categorías	Muy en desacuerdo / En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo / Muy de acuerdo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Percepción del proyecto	0	0.0%	0	0.0%	11.0	100.0%	11	100.0%
Objetivo de las sesiones	0.0	0.0%	0.5	4.5%	10.5	95.5%	11	100.0%
Satisfacción del proyecto	0.0	0.0%	0.0	0.0%	11.0	100.0%	11	100.0%
Valoración del proyecto	0.0	0.0%	0.0	0.0%	11.0	100.0%	11	100.0%

Fuente: Encuestas de trabajo de campo. Elaboración propia.

Gráfico N°4.13: Valoración de los agentes comunitarios



Fuente: Encuestas de trabajo de campo.

Los resultados de las encuestas, como evidencia demuestran que los agentes comunitarios o facilitadores que brindan las sesiones del proyecto CASITA, en un 100% valoran participar en él. Desde que tienen una satisfacción alta por parte del equipo de facilitadores, puesto que están muy interesados en volver a participar en un proyecto de la misma naturaleza o que este enfocado en el mismo tema de desarrollo infantil, e incluso recomendarían a otros para unirse al proyecto participen en las sesiones. Toda esta participación es importante, puesto como lo menciona la Organización Panamericana de la Salud, que no solo las condiciones internas (del niño), determinarán el desarrollo infantil, sino que también las externas que son las características familiares y de la comunidad, que los gestores que personas del entornos tengan interés y contribuyan, así como los agentes comunitarios del proyecto CASITA.

4.2 Logros del proyecto reconocidos por los cuidadores y la Dirección General del Proyecto Casita.

En este punto, es importante los logros que son reconocidos por los cuidadores y la Dirección General o profesionales del proyecto, porque según el Informe de Evaluación Final de Cuna Más, son reconocidos los logros por el entusiasmo y convicción de los cuidadores, y lo resaltante es el vínculo de afecto niño (a) y madre o padre. (Anderson, 2016)

Las unidades de análisis, como lo expresa explícitamente el objetivo específico antes mencionado. Con respecto a la primera unidad, se pretende identificar los logros reconocidos por los (as) cuidadores (as), es decir los beneficiarios del proyecto, van a identificar los resultados percibidos por ellos al estar concluyendo las sesiones CASITA. De igual manera con la segunda unidad de análisis, se quiere identificar los resultados percibidos por la Dirección General del proyecto, es decir a los profesionales que desarrollan o ejecutan las actividades del proyecto, es importante resaltar que resultados ellos perciben o han percibido en la ejecución de las sesiones y aún más con el proyecto en general.

4.2.1 Logros reconocidos por los cuidadores del proyecto CASITA

En relación al objetivo específico planteado, se centra su desarrollo en dos poblaciones o unidades de análisis: los cuidadores (as) y la Dirección General (profesionales).

En esta variable solo se detallará con respecto a la unidad de medida de los cuidadores (as), las cuales son los que asisten a las sesiones y participan en las actividades con los niños o niñas a cargo, y es la población objetiva del proyecto, por ello es importante conocer los resultados que ellos han percibido de las sesiones y del proyecto, si ellos o ellas han notado mejora en los niños (as) en relación con el desarrollo de las sesiones, se demostrará el interés que tiene el (la) cuidadora con el desarrollo de su niño o niña. Es importante resaltar que es lo que percibe, lo que observa, lo que considera el (la) cuidadora con respecto a su niño (a) enmarcados en las sesiones del proyecto CASITA.

La Atención Temprana es en la actualidad una intervención necesaria hasta indispensable para que el niño o niña pueda mejorar su desarrollo, y se promueva el desarrollo infantil temprano en las familias y en la comunidad.

Hay muchas intervenciones y estudios de diferentes países que han analizado la percepción de los Centros de Atención Temprano, en relación a su calidad desde la mirada de los usuarios. Este interés aumenta en todos los rubros como sanitario, social y educativo, los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana como lo denominan en España, estos servicios son interdisciplinarios. Los resultados obtenidos fueron que las familias aprecian positivamente las dimensiones intangibles, como información técnica recibida por parte del equipo, atención a los niños y niñas y los profesionales capacitados. (Romero-Galisteo, 2015).

Se entrevistaron a 6 cuidadores que participaron en las sesiones del proyecto, el 100% son mujeres. El objetivo de la entrevista es conocer la información que tiene el cuidador y el nivel de percepción de los resultados o metas de participar en las sesiones CASITA.

En el procesamiento de las entrevistas se identificaron varias categorías como resultados, como: Aprendizaje del cuidador, las cuidadoras consideran que han aprendido muchas cosas en las sesiones con respecto a sus niños y con respecto a ella en interacción con ellos, sobre la anemia, enfermedades infantiles, juegos de habilidad motora, la alimentación en niños, por ejemplo, una de las entrevistadas menciona *“Yo no sabía que los niños tienen que tomar la leche materna hasta los 2 años; yo decía que hasta el año no más, le quito y le doy biberón, pero me dicen que hasta los 2 años porque eso le alimenta al niño”* (Cuidadora1, 2019). Otro entrevistada comentaba *“... nos explicaron varias cosas, por ejemplo, sus alimentos, las enfermedades, qué hay que darle a la hora del almuerzo y qué no hay que darle, todo eso; nos han explicado muchas cosas”* (Cuidadora2, 2019).

Con respecto, al beneficio del proyecto a la comunidad, las cuidadoras dan muestras de que el proyecto verdaderamente apoya a los niños en relación a la

recreación, aumentar conocimientos de los (as) cuidadores (as) sobre los cuidados y atención del niño, sobre estimulación temprano en los niños en la adquisición de conocimientos y también en la facilidad de acceso por el tema económico, por ejemplo, una entrevistada recalzó *“Las personas que no tenemos los recursos para llevarlos a una estimulación el cual cobran, nos ha venido bien, nos ha ayudado bastante a que podamos enseñarle en casa todo; cómo cuidar a nuestros hijos”* (Cuidadora4, 2019). La siguiente entrevista enfatiza que el beneficio es el conocimiento, que en las sesiones le enseñaron a cuidar a sus niños, *“El logro de mi bebé creo que sí es bueno para la comunidad porque hay muchas mamis que no sabemos qué hacer con nuestros bebés, en cambio ahí nos enseñaron qué hacer para que ellos logren”* (Cuidadora2, 2019).

En lo que corresponde a cambio en el niño (a), las cuidadoras han identificado cambios en sus niños (as) en comparación de cómo inició y finalizó las sesiones CASITA, es el sentido de la categoría, según los resultados, la mayoría de las entrevistadas han notado cambios con respecto en la socialización de su niño (a) con otros pares, por ejemplo, una de ellas menciona *“Le vi mejor, con los otros niños jugaba porque cuando empezó a ir lloraba, se dormía en las sesiones, de ahí ya no; la tercera vez que fue, ya no se dormía, jugaba con los niños”* (Cuidadora1, 2019). Otra de las cuidadoras, narra *“Que el aprenda a compartir con los demás niños porque como él es solo no quería. Ha logrado muchas cosas, jugaba con los amiguitos, se prestaban. Sí me ha gustado el logro que ha tenido mi bebé”* (Cuidadora2, 2019). También han notado mejora en habilidad motora, como menciona una cuidadora *“Ella sí ha mejorado bastante, le falta pararse, ahí aprendió a pararse, lo que le falta es aprender a gatear; también aprendió a agarrar las cositas pequeñas, aprendió a perder el miedo de ver a otras personas. Sí le ha ayudado bastante, yo me siento bien, quisiera que sigan porque solo es una vez a la semana”* (Cuidadora2, 2019). Y una cuidadora considera que su niño *“Sí ha aprendido, ya dice "mamá", "papá", antes no decía nada; sabe lo que es un perro, nosotros le preguntamos cómo hace un perro y sabe”* (Cuidadora2, 2019).

Las cuidadoras mostraron que tenían conocimiento del objetivo del proyecto, en la totalidad de los casos se entendió la idea principal del objetivo, por ejemplo,

una cuidadora narró que *“... Un chico me dijo que van a estimular a mi niño, y le iban a enseñar cositas para que pueda estimular sus piernas, sus manos; para que camine más, para que gatee porque mi hijito no gatea”* (Cuidadora1, 2019). Así como otra cuidadora, también captó sobre la estimulación temprana en su niño (a), que eso era el objetivo, la cuidadora dijo *“Estimular a los niños, ayudar a los niños que a veces necesitan porque en una posta sí le ven, pero no estimulan a los niños. Hicieron una estimulación bonita, yo me siento bien”* (Cuidadora3, 2019). También estaba relacionada con la socialización con los demás niños, y eso fue lo que le interesó, mencionó *“El objetivo era que ellos aprendan, por ejemplo, a ser sociables porque hay muchos niños que no los son, no quieren”* (Cuidadora2, 2019). Y, por último, tocó el tema de la interacción y mejora del niño, y en sus palabras fueron *“Que la bebe evolucione, que aprenda, que vaya avanzando, que conozca los objetos a través de nosotras”* (Cuidadora4, 2019).

También las cuidadoras, han dado un valor al proyecto CASITA, de las 6 personas entrevistadas, el 83.3% (5 personas) le da un valor de 5 a las sesiones, porque el agente comunitario se interesaba en el estado de las cuidadoras, porque han disfrutado las sesiones, una de ellas menciona *“Porque yo me siento bien, satisfecha, no tengo problemas, me ha gustado. Yo paro en mi casa, y es un relajo para mí, salir, llevarle a mi bebe, estar ahí, compartir con las mamás junto con los bebés, es bonito”* (Cuidadora3, 2019). Otra persona recalca que *“No sabía cómo llegar a ella, la señorita nos ha enseñado cómo llegar a los niños; qué parte estimular para hablar, para que agarre, para que aprenda los colores, muchas cosas”* (Cuidadora4, 2019). También, le dan un valor alto porque en las sesiones los agentes comunitarios se enfocaban en cada niño, como la entrevistada lo menciona *“Porque me parece que las clases eran de acorde a la edad, se especificaban en cada niño. Entonces me parece bien, hay algunos que lo hacen en general, pero ellos repartían en grupos y hacían su actividad; eso me parece bien porque se centran en cada uno”* (Cuidadora5, 2019). Sin embargo, el 16.4% (1 persona), considera un valor 4 para las sesiones, debido a la tardanza de las demás cuidadoras y por ende no se empezaba a tiempo las sesiones, como ella lo enfatiza *“De repente que haya más coordinación con las mamás para comenzaron todas juntas y no llegar una más tarde y otra más*

temprano, y cumplir con los temas de las asignaturas por días” (Cuidadora6, 2019).

Con respecto, a la valoración de la mejora del niño (a), las cuidadoras en un 83.3% le dan el valor de 4, debido a que la mejora está en progreso, como, por ejemplo, una cuidadora menciona que *“Le falta un poco más que progrese... mi hijo todavía no camina, da pasitos, pero él ya debería estar caminando, va a cumplir un año”*. (Cuidadora1, 2019). Asimismo, los demás porque no han logrado aprender a caminar. Otro punto que resalta es el lenguaje, no solo el aspecto motor, como lo expresa la entrevistada *“Creo que más depende de ella que se suelte un poco más. Creo que un poco tendrían que enfocarse en el lenguaje cuando son un poco mayores porque también es importante que aprendan a hablar”* (Cuidadora5, 2019). Y un 16.4% con un puntaje de 5, la cual la cuidadora demuestra satisfacción por el avance de su hija.

Por último, volver a participar en el proyecto CASITA, la mayoría de las cuidadoras, expresaron que sí, porque seguirían aprendiendo, como, por ejemplo, algunas entrevistas mencionan *“Sí, ellos creo que se dedican a enseñar; a veces las mamás no tenemos tiempo o no sabemos, al menos ahí nos orientan; nos dicen cómo atenderlos, cómo ayudarlos a que desarrollen, a que aprendan. Sí, ayuda bastante”* (Cuidadora4, 2019). Otra cuidadora dijo *“Sí, yo quisiera que siga, pero lamentablemente ya terminamos”* (Cuidadora3, 2019)

En el desarrollo del indicador del nivel de percepción de los resultados obtenidos reconocidos por cuidadores (as), en la parte superior se describen, en las cuales las cuidadoras reconocen lo que han aprendido sobre el cuidado y atención del niño o niñas, en relación a la alimentación, nutrición, juegos motrices y enfermedades infantiles. Con respecto a los beneficios a la comunidad, el tema priorizado es la accesibilidad económica y la oportunidad de aprender. Las cuidadoras entrevistadas muestran satisfacción con los cambios observados en sus niños (as), sobre todo en la socialización, la habilidad motora y el lenguaje. El valor otorgado al proyecto (sesiones) por las entrevistadas es de 5 el 83.3%, están satisfechas con la información brindada y la atención de los agentes por sus niños o niñas como lo expresa en el estudio de “Percepción de la calidad en

Centros de Atención Temprana: Resultados de un análisis comparativo” antes mencionado, donde también resaltan estos puntos de importancia para los usuarios de los centros.

Con respecto a la valoración de la mejora de su niño (a), el valor que le dan es 4 de 5 (83.3% de las entrevistadas), y los motivos son porque han no caminan y el lenguaje. Y debido a la satisfacción ellas expresan que volverían a participar en el proyecto.

4.2.2 Logros reconocidos por la Dirección General del proyecto CASITA.

En este caso, según el objetivo específico, se centra su desarrollo en la Dirección General del proyecto, que vienen a ser los profesionales que forman parte del equipo técnico del proyecto.

La unidad de medida en la variable de percepción, son los profesionales. Son las personas que ejecutan las actividades del proyecto como la de monitoreo, seguimiento a los cuidadores, capacitación y acompañamiento a los agentes comunitarios. Es importante considerar la mirada interna del equipo ejecutor y supervisor de las sesiones en el proyecto. Por ello, se identificará la percepción de los resultados o logros que ellos tienen con respecto al proyecto.

Se realizaron 4 entrevistas a los profesionales que forman parte del proyecto.

Con respecto a los atributos del equipo técnico CASITA, que contribuyen a lograr el objetivo del proyecto, se resaltan varios como la multidisciplinariedad, es decir profesional con diferentes especializaciones, capacitados, la comunicación, por ejemplo una cuidadora menciona *“El hecho que sea un personal capacitado maneja bastante bien las fichas, ellos han pasado por todo un proceso de capacitación, han pasado por fidelidad, por eficiencia, han recibido un acompañamiento en campo; el compromiso, la sensibilidad que ellos tienen con su trabajo en la comunidad y el nivel de comunicación que hemos llegado porque cualquier contingencia que se presente en campo o alguna dificultad que se presente acá, igual lo abordamos, lo comunicamos”* (Profesional1, 2019). Otros atributos son compromiso, como lo expresa la siguiente cuidadora *“Resalto*

mucho de "Casita" el compromiso, la comunicación y el hecho de apoyarse porque acá se ha dado mucho eso, no es que tú trabajas sola, trabajas con los pares, trabajas con los grupos, todos te dan sus aportes; entonces eso suma al trabajo que realizamos todos nosotros" (Profesional2, 2019).

Sobre la continuidad del proyecto, todos los entrevistados precisaron que el proyecto siguiera sería muy beneficioso para la comunidad, puesto que muchas familias podrían ayudar a mejorar el desarrollo infantil de sus hijos, como lo menciona un profesional *"Es beneficioso en la medida de que si los objetivos se cumplen, estamos hablando de algo que es importante y que no es tan relevante en la sociedad; si bien es cierto cada vez se escucha más que es básico que los niños de 0 a 5 años desarrollen a nivel cognitivo, en la práctica ingresan al jardín a los 4 o 5 años; entonces estamos hablando de unos primeros años en donde no sabemos realmente si se da este aprendizaje, este crecimiento del cerebritito de los niños"* (Profesional1, 2019). Los entrevistados están convencidos que quieren que el proyecto continúe, puesto que la cobertura se ampliaría, como menciona uno de ellos, *"... La continuidad del proyecto, es cómo se puede dar la continuidad desde las familias, y aparte de eso es cómo tú vas haciendo cadenas, o sea favoreces a una comunidad, conoces de la experiencia y puede respaldar lo que viene realizando mediante la experiencia que puede haber tenido con las actividades realizadas del proyecto"* (Profesional3, 2019).

En lo que responde a la contribución del profesional al proyecto, resaltan mucho el trabajo en equipo, involucramiento, aportar con conocimientos, compromiso, como, por ejemplo, un entrevistado menciona *"La mayoría son personales de salud, creo que eso puede ser un valor dentro del equipo, pero también es que se han incluido bastantes psicólogos, yo soy antropóloga, pero también hay psicólogos dentro del equipo que le dan otro enfoque porque al inicio era una educadora, yo que me incorporé como antropóloga, pero todos los demás eran técnicos en enfermería; pero ahora han agregado nutricionistas, psicólogos y eso ya nos permite abordar "Casita" de una manera más integral y eso creo que es bastante enriquecedor para el proyecto"* (Profesional4, 2019). Hay profesionales que aportaron a la metodología CASITA, es decir en la estructura de las sesiones, como menciona la entrevistada *"... Aportar en la metodología del*

proyecto, ir construyendo esta metodología para poder ayudar a los niños” (Profesional3, 2019).

En relación a los hallazgos en el proyecto, por los profesionales hay diferentes hallazgos que han sido identificados, como el tema de la anemia, la cual no era una arista que lo iba a considerar el proyecto, sin embargo, habían muchos datos perdidos cuando se recogía la información, la cual era importante puesto un factor importante que contribuye al desarrollo infantil, por ello han incluido apoyo en descarte de anemia severa y moderada, como lo expresa un profesional *“El primero, “Casita” ha permitido identificar casos de anemia severa, moderada y anemia desde condiciones orgánicas que hasta son intratables, hemos identificado niños sin trámites documentarios como el DNI, partidas de nacimiento, familias que no están involucradas en el tema de la crianza y en el tema del desarrollo infantil”* (Profesional2, 2019). Asimismo, que hayan identificado a los cuidadores con algún problema mental, como depresión o violencia, como lo expresa el profesional *“Papás o mamás con algún problema de salud mental que sabemos que tienen un efecto bastante tóxico en el desarrollo infantil. También se ha podido identificar casos de violencia y poder realizar una intervención mayor”* (Profesional2, 2019), y otro entrevistado apoya lo anterior, *“... El tema de violencia contra la mujer; también el tema de la depresión, en realidad no pensamos encontrar tantos casos, no es que se haya encontrado muchísimos casos, pero sí hay mujeres con depresión”* (Profesional3, 2019). Por otro lado, se rescata la interacción directa entre el niño y el cuidador en los juegos, ejercicios y otros espacio como lo detalla a continuación, *“... El tema de que las mamás no conocían el tema de dar y responder que creo que es lo principal; si bien es cierto ellas las criaba, estaban con los niños, pero no había esa interacción directa, no había esa respuesta inmediata por parte de la cuidadora porque ellos siempre dicen que se quedan con sus niños a cuidarlos; pero no hay interacción de que están con ellos jugando, compartiendo, sino solamente es una compañía, es un estar presenta, pero no es una interacción mayor; entonces yo considero que eso es el principal hallazgo que hemos identificado”* (Profesional2, 2019).

Con respecto al conocimiento del objetivo del proyecto, es importante que el equipo técnico conozca la razón y la visión del proyecto, algunos de ellos decían el objetivo de manera parcial, como, por ejemplo, un entrevistado *“El objetivo es disminuir el retraso cognitivo de los niños menores de 2 años... A partir de las sesiones se generan otros objetivos que es mejorar el tema de las relaciones entre mamá y niño”* (Profesional1, 2019). Sin embargo, otros si conocen el objetivo como un profesional que menciona *“El proyecto tiene que ver con disminuir el riesgo en el desarrollo en niños de 6 a 24 meses en la jurisdicción de Carabaylo”* (Profesional2, 2019), también profesionales que conocen a detalle el objetivo hasta la metodología y estrategia del proyecto, como el siguiente entrevistado *“El objetivo del proyecto es básicamente el superar el riesgo en el desarrollo del niño bajo un modelo comunitario, es decir un agente comunitario que lidera las sesiones, se encarga de brindar la metodología de intervención; como consecuencia a los próximos 3 meses el niño debería superar el riesgo en su desarrollo”* (Profesional4, 2019).

Las razones del cumplimiento del objetivo, al avance y cumplimiento se debe por muchas razones, los profesionales expresaron los motivos, uno de ellos fue la capacitación, el involucramiento y habilidades de los agentes comunitarios, como lo menciona *“Las agentes están bien capacitadas, el equipo técnico ahora conoce un poco más del proyecto y está involucrado al 100% en garantizar que se cumpla con la metodología del dar y responder, considero que eso es lo primordial”* (Profesional2, 2019). También debido al trabajo multidisciplinario de los profesionales con el proyecto, y lo otro es el conocimiento de las cuidadoras sobre el objetivo del proyecto, como lo detalla *“El trabajo interdisciplinario, el proyecto cuenta con psicólogos, con nutricionistas, con médicos; entonces es un trabajo articulado que realizamos con todas las áreas. También puedes ser el hecho de que las cuidadoras conocen el proyecto, entonces saben cuál es el objetivo, conocen cómo trabajamos y hay un mayor involucramiento, incluso eso se evidencia cuando no quieren que terminen las sesiones”* (Profesional4, 2019). Otra razón plasmada, es el compromiso del cuidador o cuidadora en participar en las sesiones, puesto que hay muchos que desertan y no cumplen con todas las sesiones no llegan a aprender, como por ejemplo lo expresa *“El compromiso del cuidador, en participar; porque si bien es cierto nosotros enrolamos muchos*

niños, pero también hay muchos cuidadores que no están interesados, tal vez por algún factor externo que pueda ocurrir a nivel familiar, al final desertan de las sesiones (Profesional3, 2019).

Por último, los resultados del proyecto, los que son percibidos por el equipo técnico. El 100% de los entrevistados, afirmaron valorar los resultados percibidos en relación al objetivo del proyecto, fue 4 el valor de los 4 entrevistados. Las razones que son la mayoría condicionantes externos, las cuales el proyecto no tiene control, porque hay condiciones externas que pueden influenciar en su mejora o retraso en el desarrollo del niño (a), por ejemplo un entrevistado menciona “... Me parece que si bien es cierto las sesiones de "CASITA" van a hacer que este desarrollo mejore, también creo que hay una parte del mismo niño que se va a dar de manera natural, yo soy psicólogo; entonces no creo que yo pueda afirmar que el cambio de una persona se deba únicamente a esto, también tiene que haber una parte biológica, social, por ejemplo, en el área de lenguaje, un niño puede mejorar como puede estancarse, pero se puede deber a un tema también fisiológico, que tenga el paladar con frenillo o que tenga un problema más grande de lenguaje; entonces podemos decir que el niño sí aprendió por los talleres de "Casita", pero si no aprendió no necesariamente son porque los talleres no sirvieron, sino porque puede haber otra cosa detrás; entonces yo le daría un 4” (Profesional1, 2019). Otro recalca que, porque los agentes comunitarios dificultan el trabajo y por las deserciones a pesar de los seguimientos que se dan a los cuidadores, como lo enfatiza un profesional “Yo creo que sí se está mejorando, te diría un 4, no te diría un 5 porque dentro de ese 5 tenemos niños en deserción, entonces no puedo decir que estamos en 5 porque no tenemos un 100% de los enrolados asistiendo a sesiones; entonces eso digamos que es la molestia porque de todas maneras nosotros quisiéramos llegar a un 100%, pero hay factores que escapan de nuestras manos, pero por lo demás tenemos una planificación de actividades que sí se ejecutan, tenemos una programación de 12 sesiones, los niños que asisten reciben las 12 sesiones, reciben la metodología del proyecto, reciben todos los beneficios a lo que nos comprometimos y estamos cumpliendo con eso” (Profesional3, 2019), lo que corresponde a la deserción, otras personas proponen trabajar más en la sensibilización nuevas estrategias con el cuidador (a).

En relación al indicador del nivel de percepción de los resultados reconocidos por la Dirección General del proyecto (profesionales del equipo técnico). El análisis de las entrevistas muestra resultados, como los atributos que son más considerados por los profesionales son la comunicación, la multidisciplinariedad, profesionales capacitados y el compromiso. Todos los de los profesionales consideran que es beneficioso para a la comunidad la continuidad del proyecto y ampliar la cobertura de los beneficiarios.

Con respecto a la contribución del proyecto, resaltan el trabajo en equipo, involucramiento, compromiso y aportar con conocimientos a las sesiones del proyecto. A su vez, ellos han identificados hallazgos, la identificación de casos de anemia severa y moderada, también en la salud mental, cuidadoras con depresión y víctimas de violencia.

Las razones principales por lo que consideran el cumplimiento del objetivo del proyecto es el involucramiento y capacitación de los agentes comunitarios que ellos han estado comprometidos con las sesiones, y a su vez el interés de las cuidadoras por asistir a las sesiones.

Y lo que corresponde a los resultados del proyecto, que los profesionales perciben. El 100% de los entrevistados le otorga el 4 de un puntaje de 5 porque hay deserción por parte de los cuidadores o cuidadoras por diversos motivos, básicamente por factores externos al proyecto, sin embargo, dan propuestas de sensibilización y de estrategias para trabajar en ello.

4.3 Procesos y herramientas de implementación de los enfoques intercultural y de género en las sesiones CASITA

El objetivo específico planteado la cual responde lo desarrollado a continuación, es “Conocer y analizar las estrategias, procesos y herramientas de implementación de los enfoques intercultural y de género en las sesiones CASITA que se brindan a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto CASITA”, con este objetivo se determinarán las estrategias, procesos y herramientas de la implementación del enfoque de género, a su vez del enfoque interculturalidad.

Las unidades de análisis, como lo expresa explícitamente el objetivo específico antes mencionado, son los agentes comunitarios, la coordinadora del proyecto, y documentos del proyecto. Con dichas unidades se identificarán si están plasmados el enfoque de género y de interculturalidad.

4.3.1 Estrategias y procesos de implementación del enfoque de género

En relación al objetivo específico planteado, se centra su desarrollo en unidades de análisis: los agentes comunitarios, la coordinadora y los documentos.

En esta variable se detallará con respecto a la unidad de medida de los agentes comunitarios, en primer lugar, de allí se irá desarrollando las siguientes unidades de medidas. Es importante que los agentes comunitarios expresen sus conocimientos sobre estrategias o procesos con respecto al enfoque de género implementado en el proyecto CASITA.

La investigación ha podido recoger información sobre el enfoque de género que desarrolla el proyecto Casita. Para lograrlo se realizó un grupo focal donde participaron 8 agentes comunitarios.

Una primera entrada al enfoque de género fue conocer la cantidad de varones y mujeres que eran parte de los talleres que eran estructurados por las agentes comunitarias. Al respecto, las agentes comunitarias manifestaron que la mayor participación de beneficiarios/as eran mujeres sobre todo de las madres, abuelas u otra figura femenina. *“La gran mayoría son mamás, los papás también van, pero un grupo reducido”* (Agente comunitario4, 2019).

En el caso de los padres rescatan que su participación no se da porque cumplen un rol de generadores de ingresos o trabajadores *“Son pocos los papás, quizás por la labor que desempeñan; ellos trabajan y la mamá está más con el niño en casa y si es que trabaja le manda al niño con otra persona”*. (Agente comunitario6, 2019). Por otro lado, las mujeres ellas cumplen el rol de cuidado y atención a sus hijos. Es por ello que tienden a participar más, y si se da el caso de la madre tenga el rol de generar ingresos o trabaje, ellas envían a los niños con otra persona *“Puede ser la mamá o la persona encargada que se queda a cuidar al niño, por ejemplo, muchas veces la mamá trabaja y el niño se queda*

con la abuela, es con la abuela con quien tiene que trabajar” (Agente comunitaria2, 2019).

En consecuencia, se reconoce que la participación masculina dentro de los talleres es reducida porque el rol de varón de trabajador y el rol de la mujer ama de casa, hace que las mujeres tengan mayor participación debido a que se reconoce su disponibilidad de tiempo. En ese sentido, CASITA debe replantear sus capacidades para involucrar la participación de los varones, promoviendo tal vez un espacio en conjunto. Pues hay casos donde los papás se desenvuelven e involucran en el proceso.

“Yo he tenido un papá en la sesión donde él participaba en todos los temas, hablaba de planificación e incluso él como varón siempre les hablaba a las mamás sobre el derecho que tienen de cuidarse” (Agente comunitario8, 2019).

“Yo he tenido una mamá que tiene esquizofrenia, el papá iba a las sesiones y con él hemos trabajado muy bien. Entonces viendo ese ejemplo, las otras mamás también pueden traer a sus esposos” (Agente comunitario3, 2019).

La investigación también muestra cómo se han formado las capacidades en el enfoque de género de las/los agentes comunitarios. Así se ha podido hallar que el total de agentes llevaron talleres de enfoque de género de este taller lograron aprender y practicar los conocimientos sobre el enfoque de género.

“Lo que yo he rescatado de la capacitación es que igualdad y equidad no es lo mismo. Como seres humanos somos iguales en derechos, pero somos diferentes porque somos hombres y mujeres. La equidad es que hombres y mujeres merecemos tener las mismas oportunidades, ya sea en lo laboral y en otras situaciones que se puedan presentar, yo rescaté eso en la capacitación. También digo eso en las sesiones a las mamás, a los papás. Es un tema amplio para debatir”. (Agente comunitario5, 2019).

Así las agentes comunitarias emplean sus conocimientos para orientar a las madres o cuidadoras/es. *“A la mamá yo le digo que el color no define el sexo de*

tu niño o niña, por experiencia les digo que yo he jugado los juegos de mis hermanos varones y no por eso me he vuelto una "machona" como se dice ahora. Le digo que jugar los juegos de un varón no te va a cambiar de sexo o que yo le dé el juguete rosado a tu niño no va a cambiar de sexo. Los niños juegan sin interesarles los colores, lo que pasa es que los padres están con esa mentalidad de los colores porque así fueron criados, todavía no quieren romper ese eslabón de la cadena" (Agente comunitario7, 2019).

Esto muestra que las/los agentes comunitarios hacen uso de sus conocimientos en enfoque de género para atender a las/los beneficiarios del proyecto, además de que generan conciencia en las /los cuidadores lo cual influye positivamente en los niños/as para identificar y generar ambientes de equidad e igualdad de género. *"Lo que yo rescataría de toda la conversación y decir a cada una de las compañeras, que todas estamos ahora preparadas para poder absolver algún tipo de dudas o un consejo a las mamás con respecto a la identidad de género. Anteriormente se daba, pero nosotros por inercia contestábamos, pero ahora con más seguridad podemos aconsejar. Creo que cada una de nosotras hemos estado en la capacitación y podemos hacerlo" (Agente comunitario3, 2019).*

Por último, un hallazgo relevante de enfoque de género fue identificar casos de violencia física y psicológica que sufrían algunas madres por parte de sus esposos o conviviente.

"En la tercera sesión, una mamá me comentó; estábamos casi al final y me pregunta si puede conversar conmigo, le dije que sí, que esperemos que todas las compañeras firmen y salgan; ahí es donde me dice que tiene problemas con su pareja, incluso que le tiene miedo, que era muy agresivo y la trataba muy mal" (Agente comunitario1, 2019).

"Cuando recién empezamos CASITA tuve una mamá que se acercó a mí de forma desesperada, yo sentí que ella buscaba en mí una solución; llegó apresurada, todavía no había nadie, y me dijo que quería conversar conmigo y temblaba, le dije que me cuente, miraba a todos lados y se sentó, me contaba que había tenido problemas con su esposo y él le había pegado, que no sabía

cómo actuar, no sabía qué hacer, que ella sospechaba que estaba con otra mujer y cosas así”. (Agente comunitario6, 2019).

Al respecto, muchas de ellas habían desarrollado algunas capacidades y habilidades para poder manejar esta situación, sin embargo, se considera necesario desarrollar talleres que refuercen su conocimiento en otros temas relacionados y vinculados con el enfoque de género, planificación familiar, sexualidad u otro.

En ese sentido, el enfoque de género ha permitido obtener mejores resultados dentro de la implementación del proyecto, por lo cual se hace evidente que las capacidades de los agentes comunitarios en esta temática han podido mejorar su desempeño al momento de desarrollar su trabajo con las/los cuidadores y cuidadores. Es necesario, además, completar dichas capacidades con otros tipos de talleres como el de planificación familiar o enfoques de derechos. Para continuar con la línea de CASITA y que esta continúe obteniendo los resultados esperados y no esperados como es el cambio de comportamiento de las madres y de los niños en equidad e igualdad de género.

La investigación ha podido recoger información sobre el enfoque de género que desarrolla el proyecto. Por lo que se le realizó una entrevista a la coordinadora del proyecto para que exprese sus conocimientos sobre estrategias o procesos con respecto al enfoque de género implementado en el proyecto CASITA.

Al inicio del proyecto no se consideró el enfoque de género, a pesar que era un tema que era solicitado por los financiadores, solo se consideró indicadores de enfoque de género basados en cantidad de trabajadoras y cantidad de niñas y niños enrolados, pero no había indicadores sobre el rol de los varones y mujeres. En el campo las cosas se expresaron de otro modo. Es así que ver el enfoque de género con mayor amplitud, permitió reconocer que había otros factores de género que debían tomarse en consideración para su medición, un ejemplo de ello fue el rol del varón. *“Creo que se le dio más importancia cuando incrementamos el rol del varón, y vimos ahí el efecto porque tenemos mucho temor de incluir al varón, cuando se dijo que el involucrado quería participar,*

tuvimos el temor de cómo va a responder, pero, así como es la intervención vamos a ver cómo funciona". (Coordinadora, 2019).

Se rescata, también casos de participación de la figura masculina en el proyecto, por ejemplo, el caso de uno de los hijos de la cuidadora, conocido como Franklin, quién decidió participar del proyecto, pues le interesó los trabajos desarrollados por el proyecto, al cual terminó sumando esfuerzos. *"Franklin, es profesor, le gustó el trabajo que estaba haciendo su mamá, eso le gustó mucho y preguntó si podía participar, la señora Juanita habló con el equipo, y si está motivado y quiere participar no le vamos a negar la oportunidad, además es profesor, creo que eso es un plus; no solamente es un varón de la comunidad, sino que tiene cierto grado de formación profesional". (Coordinadora, 2019).*

Ahora bien, la prevalencia de la figura femenina como cuidadora es mayor a la de la figura masculina pues las que *"han asistido por porcentaje son las mismas mamás. El cuidador prevalente es la mamá y la abuela"* (Coordinadora, 2019). Solo se dan casos excepcionales donde la figura masculina es parte del equipo de cuidadores.

Uno de los factores que explica esta mayoría es el tiempo que dedican los varones y las mujeres al cuidado del niño. Así se reconoce que quién permanece más tiempo con el niño/niña es la mujer y esto se tomó como un criterio para si el cuidador era una figura masculina o una figura femenina. *"Cuando nosotros llegamos a la casa nuestra pregunta era quién es el cuidador principal, entonces ellos nos decían el tiempo que estaban con su niño, entonces preguntábamos quién paraba más tiempo, y la propia mamá decía que ella, entonces le decíamos que es la cuidadora principal; pero si la mamá nos decía que el esposo lo cuida, entonces el esposo es el cuidador, pero ellas siempre reconocían que eran ellas". (Coordinadora, 2019).*

De otro lado, se ha hallado una relación sobre los patrones culturales y la propuesta del manejo de los riesgos a través de la afectividad. Por un lado, los patrones culturales reflejaban que en el proceso de alimentación se les daba mayor atención a los niños que a las niñas, un claro ejemplo era que se les daba más carne a los niños que a las niñas. En el factor de riesgo, se consideraba

darle cuidado y se rescataba que las niñas recibían mayores cuidado y cariños que el varón, pero eso no significaba que la niña a la hora recibir sus alimentos tengan la misma ración o mayor ración que al varón. Esto relación entre los patrones culturales y la reducción de riesgos no fueron reconocidos en el diseño del proyecto, sino en la misma implementación. *“A veces uno dice que la diferencia en la sierra que le das más o menos. Tal vez el tema de alimentación en casa no lo tocábamos tanto, más nos enfocábamos en riesgo y nutrición, y riesgo en el desarrollo no necesariamente tienen los mismos factores; tú puedes darle besos a un niño o a una niña; en cambio en la alimentación, tú prefieres al varón, en la alimentación le das la presa más grande al varón; pero en el riesgo no importa eso, ahí importa a quién le das más besos, a quién le das más cariño y siempre la niña es la que recibe más cariño a diferencia del proceso de la alimentación”.* (Coordinadora, 2019)

Sobre el tiempo de uso del enfoque de género se ha reconocido que no ha sido realizado desde el ir las intervenciones, el enfoque de género se ha convertido en una política de la gestión de los proyectos promovida por la organización. Lo cual ha permitido construir planes de intervención basado en el enfoque de género, que ha permitido construir espacios dónde se promuevan la participación de los varones y mujeres considerando sus roles y funciones desde un enfoque de género. *“Definitivamente la intervención nos permite muchas lecciones aprendidas y eso creo que es rico para la intervención. En octubre del año pasado hubo un taller específicamente sobre equidad de género y nos dio a trabajar todo un plan para leerlo; entonces era un tema que ellos decían que para el próximo año CASITA tenía que establecer un plan de trabajo en equidad de género; entonces tuvimos que cumplir con los indicadores que nos dieron, pero esto fue una política que recién nació, no había nacido antes”.* (Coordinadora, 2019).

Una dificultad que se rescata sobre los resultados que tiene el proyecto sobre el enfoque de género, es no poder dilucidar la cantidad de cuidadores que sean varones o mujeres y el seguimiento que se podía realizar, dado que no se ha puesto en esta temática del enfoque de género al inicio. Pues, *“durante la anterior etapa de CASITA se podía hacer el acompañamiento de visitas domiciliarias al cuidador sea varón o mujer, al cuidador en general. Pero no tengo*

el dato si es que se le ha hecho el seguimiento a algún varón. En el último momento no se ha hecho ningún tipo de acompañamiento individual, solamente se ha hecho el acompañamiento grupal”. (Coordinadora, 2019).

Pero, en la actualidad se considera necesario contar con información referida a los roles de los varones y mujeres, para ello se están realizando esfuerzos que permitir formalizar y mostrar resultados sobre la participación de los padres, los agentes comunitarios y tomar en consideración variables como la percepción del machismo que es un tema, delicado en las comunidades y que tiene mucha influencia en la relación del cuidado de los niñas y niños. En ese sentido se están trabajando el proyecto viene diseñando instrumentos de recojo de información referida a enfoque de género.

“Justo estamos trabajando para ver qué información podemos sacar a través de la ficha y a partir de eso vamos a lograr una propuesta nueva. Todavía tengo que formalizarme más con los análisis de resultados, pero me gustaría saber si por ejemplo hubo mayores interacciones de dar y responder en relación con la participación de la mamá, si el agente comunitario mencionó este tema constantemente; básicamente aspectos que están en la ficha que no van a evaluar todo lo que uno desearía saber, está limitada la ficha, es la percepción que yo recibo ahorita, pero tal vez es difícil promover para ellos durante las sesiones, eso creo que es lo que puedo comentar. El machismo es un problema que siempre está, es un problema repetitivo”. (Coordinadora, 2019)

En ese sentido, el enfoque de género ha permitido tener un panorama más general de la situación del proyecto, el no limitarse a considerar solo indicadores cuantitativos sino también cualitativos que les permitan analizar la intervención integral desde este enfoque, por lo que la elaboración y mejora de instrumentos de recolección de información y considerar el enfoque de género en DIT son importantes.

4.3.2 Herramientas de implementación del enfoque de género

En relación al objetivo específico planteado, solo se detallará con respecto a la unidad de análisis que son los documentos principales del proyecto, como lo son el protocolo, marco lógico, plan operativo e informe final técnico. Estos

documentos han sido revisados de manera orientada a ciertos criterios que se deben tener en cuenta un proyecto bajo un enfoque de género.

La investigación ha podido recoger información sobre las herramientas de la Estrategia de Igual de Género (GES) de las Naciones Unidas (PNUD) que el proyecto CASITA implementa. En dicha estrategia se establecen lineamientos que cada proyecto o programa debe seguir para implementar la transversalidad de género, a su vez es un referente para las acciones en relación a género en toda América Latina y el Caribe. Según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, enfatiza que existen herramientas para la Transversalización del Enfoque de Género (TEG), a lo largo del ciclo del proyecto, las cuales algunas son: “El diagnóstico identifica los problemas y las soluciones de manera sensible al género, participación equitativa de hombres y mujeres, datos desagregados por sexo, acciones encaminadas a reducir las brechas de género... “. (PNUD, 2012)

Como se mencionó anteriormente, se revisaron la presencia de estas herramientas en los documentos del proyecto en las diferentes fases de vida del mismo.

En la fase de **identificación** del proyecto, el **diagnóstico no identifica los problemas y las soluciones de manera sensible al género**, es decir, no toma en cuenta las diferencias en las necesidades y la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, e incluso en el protocolo solo se desarrolla a nivel de jurisdicción y al tema de desarrollo infantil temprano en general. En lo que corresponde a la promoción de la **participación equitativa de hombres y mujeres** en el diagnóstico, esto no se presenta puesto que el diagnóstico se realizó con información secundaria y como base la data de un proyecto piloto. Con respecto a la utilización de **datos desagregados por sexo**, no lo expresan considerando esa desagregación, en el protocolo solo se refiere a “diadas” o a “niños” de manera general. Y por último en esta fase, en relación género a la inclusión de **acciones encaminadas a reducir las brechas de género existentes en la comunidad**, ni en el protocolo ni en el marco lógico en el análisis de los objetivos se hacen con enfoque de género, esto no se visualiza.

En la fase de **formulación** del proyecto, a lo largo de la **lógica de intervención del proyecto (objetivo general, específico, resultados y actividades)** no está integrado el enfoque de género, en el marco lógico donde se plasma los objetivos o la cadena de resultados no se han considerado, en un objetivo secundario menciona el tema de oportunidades de trabajo para agentes comunitarios o facilitadores, pero no especifican si son mujeres o varones. Con respecto al **análisis de pertinencia, factibilidad/viabilidad y sostenibilidad del proyecto**, no se tuvo en cuenta el enfoque género, solo se consideró como un todo “niños”, agentes comunitarios y cuidadores. Y por último en esta fase, no se tuvo en cuenta la **reducción de las brechas de género**, sin considerar acciones de transversalización del enfoque de género en todo el proyecto.

En la fase de **ejecución y seguimiento** del proyecto, en el **Plan Operativo Anual no se** incorpora el enfoque de género en sus diferentes componentes y objetivos, y no se han previsto acciones específicas de género. En el tema de **presupuesto**, este no refleja el compromiso con el enfoque de género puesto que no designa **rubros presupuestales para la reducción de las brechas de género**. Con lo que respecta al **personal contratado**, este fue capacitado en los últimos meses del proyecto en el tema de enfoque de género y el Desarrollo Infantil Temprano (DIT), además se capacitó a los agentes comunitarios o facilitadores del proyecto en los mismos temas, esto fue a solicitud del financiador. El proyecto en sus informes presentados considera **indicadores de género**, pero estos son muy básicos como solo desagregar por sexo, niños/niñas, cuidadores varones/mujeres y agentes comunitarios varones/mujeres. En relación a ello, están los **medios de verificación** que **facilitan la información desagregada por sexo**, por ello en los reportes puedes realizar la desagregación por sexo. Y, por último, los **informes de seguimiento** últimos (incluyendo el informe final técnico) se elaboraron considerando el enfoque de género y visibilizan las algunas acciones de inequidad de género que se estuviera produciendo en el marco del proyecto, esto en relación a la capacitación brindada al equipo técnico y facilitadores, ya que allí también se identificaron acciones de desigualdad de género, y también se expresaba que la

participación de los varones era mínima como facilitador, en el proyecto solo hubo uno.

No hubo **fase de evaluación** del proyecto.

En relación al indicador de las herramientas y actividades con enfoque de género implementadas por el proyecto. La revisión documentaria claramente muestra que de las 13 herramientas de la Transverzalización del Enfoque de Género que se deben implementar en un proyecto o programa solo 4 fueron se ejecutan en el proyecto CASITA. Esas 4 herramientas o acciones implementadas se encuentran en la fase de ejecución y seguimiento de proyecto, se tiene claro que no se ha considerado el enfoque de género en la fase de identificación y formulación del proyecto.

4.3.4 Herramientas de implementación del enfoque intercultural.

En este caso, según el objetivo específico, se centra su desarrollo del enfoque de interculturalidad, implementado con procesos o estrategias en la intervención de las sesiones del proyecto CASITA.

La investigación busca reconocer como se lleva a cabo el enfoque cultural por parte de los/las agentes comunitarias, para recopilar esta información se realizó un grupo focal, donde participaron 7 agentes comunitarios y los hallazgos sobre este enfoque, se ve reflejado en las costumbres adoptado por los ciudades/as los lugares de origen y sus creencias religiosas, las cuales son reforzadas por sus condiciones de género.

Con respecto al lugar de origen se reconoce que la mayor parte de los beneficiarios provienen de la sierra. *“Cuando me ha tocada una señora, ella no pronunciaba bien el castellano, era quechua hablante, eso sentía vergüenza porque no la entendía, pero como siempre hay personas que nos gusta marginar, entonces eso todavía está por trabajar bastante”*. (Agente comunitario3, 2019) Se reconoce que la mayoría de beneficiarios/as de CASITA presentan dificultades de comunicación y socialización debido a su lugar de proveniencia. Pues *“cuando recién vienen se sienten como si fueran menos personas porque*

las personas de la costa lo ven diferentes, pero todos estamos iguales, la cosa es saber tolerar o saber entender a las personas en su idioma, sus costumbres". (Agente comunitario1, 2019). Esto muestra que el lugar de proveniencia es un factor que invita a desarrollar capacidades interculturales en los agentes comunitarios, ya que son ellos que interactúan con las/los cuidadores.

"Cuando le preguntaba si es que me entiende, me decía que sí; incluso al principio me desesperaba porque pensaba que no me entendía, pero ella me decía que sí entiende; trabajaba normal con su nieto, siempre callada, a la niña le hablaba en quechua y ella la entendía, pero no tenía mayor problema en relacionarse, pero siempre se mantenía callada, no opinaba; las mamás ya la conocían y no había ningún problema con ella". (Agente comunitario2, 2019)

En cuanto a las creencias religiosas las interacciones de los agentes comunitarios con los/las cuidadoras se dan en un ambiente de respeto. *"Respetamos sus ideas, sus costumbres porque nada se impone, se escucha cualquier comentario que ellos pueden hacer. Nosotros respetamos, le damos la información necesaria a donde nosotros queremos llegar como proyecto y si ellos lo aceptan, bien, sino se les explica, por lo menos se van pensando, la información se da"* (Agente comunitario4, 2019). En este estado de respeto se han rescatado, algunos patrones culturales como el hecho de no recibir algún tratamiento de salud, *"Cuando se habla del tema de la anemia, se habla de que se tiene que consumir la sangrecita, hay personas que son de diferentes religiones, dicen que su religión no le permite comer sangre, entonces ellos no pueden consumir sangre"* (Agente comunitario6, 2019).

En el caso de la condición de género está el hecho de que las mujeres sean sumisas y arraigadas al cuidado de los hijos *"Yo tuve una mamá que me comentaba que el hombre es el que manda, es el que decide y la mujer solo calla, no debe opinar"* (Agente comunitario5, 2019). En otros casos, se puede reconocer que solo las mujeres asumían la responsabilidad de cuidarse para no tener hijos. Pues *"Piensan que cuidarse es solo por parte de la mujer, solo la mujer es la encargada de no embarazarse, el hombre no; eso me ha pasado en la mayoría. Cuando hablamos de planificación, yo les preguntaba qué dicen los esposos, y dicen que ellos no se cuidan, o sea dan a entender de que las únicas*

encargadas de cuidar y planificar era la mujer, no el varón” (Agente comunitario7, 2019).

En consecuencia, los patrones culturales identificados en esta investigación manifiestan la necesidad de desarrollar más el enfoque cultural para potenciar el desempeño del CASITA, para ello es necesario que se desarrollen capacidades entre ellas está generar capacidades comunicativas (aprendizaje del quechua u otra lengua originaria). También es importante enfatizar que el cambio de patrones culturales determinados por los patrones religiosos, invita a tomar nuestras estrategias de intervención. Y, por último, se reconoce que se debe profundizar en la identidad cultural tanto de los/las agentes comunitarias y de los /las cuidadoras (as) con el enfoque de género. Estos son las condiciones necesarias para potenciar los resultados esperados por CASITA.

4.4 Criterios de calidad de desarrollo infantil aplicados por el proyecto, y pertenencia de las sesiones CASITA implementadas.

El objetivo específico planteado la cual responde lo desarrollado a continuación, es “Conocer los criterios o estándares de calidad aplicados por el proyecto en la implementación de las sesiones CASITA que se brindan a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto CASITA”, con este objetivo se determinarán los criterios o estándares de calidad de desarrollo infantil aplicados por el proyecto y la pertenencia de las sesiones CASITA implementadas.

Las unidades de análisis, como lo expresa explícitamente el objetivo específico antes mencionado, son las sesiones de CASITA y los niños o niñas beneficiarios del proyecto.

4.4.1 Criterios de calidad de desarrollo infantil aplicados por el proyecto

En esta variable solo se detallará con respecto a la unidad de análisis de las sesiones CASITA, estas sesiones son brindadas por los agentes comunitarios o facilitadores del proyecto.

Para la investigación se ha recogido información de 4 sesiones en relación a la calidad de las mismas. Se aplicaron unas fichas de observación a los agentes comunitarios, en las últimas sesiones desde la 8 al número 12.

Con respecto a la presentación al inicio de las sesiones, todos los agentes comunitarios cumplen con un desenvolvimiento bueno y muy bueno, en los criterios como de presentación personas, coherencia entre lo que dice y hace, uso una voz adecuada para el ambiente y el desplazamiento en el espacio comunitario.

En relación a los contenidos de las sesiones, todos los agentes comunitarios cumplen con la fidelidad del contenido de la intervención, es decir que cumplen con la estructura planteada propia por el proyecto y por la que se denominan sesiones CASITA; ellos demuestran el dominio en el uso de los contenidos de la sesión; promueven aprendizajes partiendo de las necesidades, saberes y potencialidades de los cuidadores y niños (as); también recogen saberes y experiencias de los cuidadores/as; evalúan el aprendizaje de los cuidadores/as y niños/as; y utilizan diversos métodos técnicas y/o estrategias apropiadas para el aprendizaje, sin embargo en este último punto, el uso de materiales visuales no es muy bueno, puesto que les entrega unos módulos a los cuidadores/as, pero no les orienta a detalle lo que tienen que buscar, hacer o entender.

Con respecto a los cuidadores/as, todos los agentes comunitarios tienen un desenvolvimiento bueno y muy bueno, facilita el clima del diálogo; promueve la reflexión y que puedan fundamentar sus respuestas; el manejo de grupo; generan la interacción entre el cuidador/a y los niños/as logrando identificar el “dar y responder”, el agente comunitario incentiva que el niño (a) este frente del cuidador/a para que haya una conexión y relación. Sin embargo, en la parte del soporte emocional el agente trata de fomentar ese momento, pero en muchos casos por la distracción con sus niños (as) no se desarrolla esta sesión de manera adecuada. También fomenta la participación de los cuidadores/as, el respeto por sus pares, la responsabilidad en el cumplimiento de sus tareas con los niños, y el interés por el tema de desarrollo infantil temprano. En algunos espacios comunitarios, el tamaño es dificultad para el desarrollo pleno de las sesiones porque están apretados, los niños/as se distraen más.

En relación al indicador de porcentaje de sesiones que cumplen con los criterios de calidad de desarrollo infantil aplicados por el proyecto. La técnica de observación expresa que las 4 sesiones (cada una con una ficha de observación) cumplen con criterios de calidad resaltantes como el manejo de los contenidos de las sesiones según la estructura brindada por el proyecto, fomentan la metodología “dar y responder” puesto que todas las sesiones son desarrolladas cuando el cuidador/a está en frente del niño/a para interactuar de mejor manera, fomentan la participación del cuidador/a y del niño/a en todas las sesiones, sin embargo sola en una sesión se observó que no usaron adecuadamente los materiales visuales, como apoyo a la explicación de la sesión. Además, hay factores externos que dificultan que el agente comunitario pueda brindar las sesiones plenamente, puesto que los niños se distraen fácilmente con los juguetes y a su vez distraen a sus cuidadores, y por otro lado el limitado tamaño de algunos de los espacios comunitarios.

4.4.2 Pertenencia de las sesiones CASITA implementadas

En esta variable solo se expresará y detallará con respecto a la unidad de análisis de los niños/as que reciben las sesiones CASITA. En esta parte se revisó información documentaria para responder al indicador planteado, se priorizaron revisar el Plan Operativo y el informe técnico final que incluye un reporte con indicadores principales del proyecto para el financiador.

Es importante recalcar que el objetivo principal del proyecto es mejorar el desarrollo infantil de niños entre 6 a 24 meses que viven en zonas de escasos recursos e identificados con riesgo o retraso en el desarrollo motor, psicosocial y/o lenguaje a través de una intervención basada en la comunidad en el distrito de Carabayllo, Lima-Perú. Para el recojo de la información se emplearon instrumentos validados científicamente, en este caso para demostrar el cumplimiento del objetivo, se aplicó el instrumento Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP).

El Ministerio de Salud del Perú, expresa que la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) constituye el primer instrumento de medición del desarrollo de funciones psicológicas, estandarizados para niños de 0 a 24 meses, las áreas de desarrollo que se evalúan por este instrumento es el

lenguaje (L), social (S), coordinación (C) y motora (M), y la medición de la EEDP es mediante dos técnicas; Observación y Preguntas (se las hace a la madre o al acompañante). (MINSA, 1995)

En la tabla N° 4.14, se muestra la información recopilada de dos documentos importantes, el protocolo y el informe final técnico enviado al financiador proporcionado por la coordinación del proyecto. En la primera fase del proyecto en la identificación no lograron completar la meta, sin embargo, en el enrolamiento lo superaron con 3165 enrolados, puesto que identificaron más niños con riesgo en el desarrollo. En el seguimiento, un dato importante es la asistencia de niños/as a más de 3 sesiones, es decir de 4 a 12 sesiones, porque los que cuentan con esa característica, deben ser evaluados al final de las sesiones brindadas, por ello, 1857 niños/as fueron evaluados, y de las cuales 1323 han mejorado su desarrollo en relación con su evaluación inicial con el EEDP.

Tabla N° 4.14: Pertenencia de las sesiones CASITA

Fase del proyecto	Descripción	Meta*	Ejecutado**
Tamizaje	Son todos los niños/as a quienes se aplicaron el instrumento EEDP.	6000	5705
Enrolamiento	Son todos los niños/as que consienten para participar en el proyecto, su nivel de desarrollo es con riesgo o nivel bajo.	3000	3165
Seguimiento	Son los niños/as que han asistido a más 3 de sesiones.		2041 (69.1%)
Evaluación final	Son los niños/as que han sido evaluados en el proyecto.		1857 (91%)
	Son los niños que han mejorado su nivel de desarrollo.		1323 (82.9%)

Fuente: *Plan Operativo del proyecto. ** Informe final técnico (Reporte de EEDP). Elaboración propia.

En relación al indicador de porcentaje de niños/as que mejoran su desarrollo psicomotor. La revisión documentaria muestra que el 82.9% de los niños/as evaluados en la fase final del proyecto CASITA han mejorado su desarrollo, considerando las áreas de lenguaje, motor, coordinación y social. Con este dato demuestra que el proyecto ha logrado alcanzar el objetivo principal del proyecto.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

La presente investigación ha tenido como fin identificar los factores que limitan o aumentan la implementación de los enfoques intercultural y de género en las sesiones educativas a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano (motor, psicosocial y/o lenguaje) en el niño (a) de 6 a 24 meses, mediante el análisis de las estrategias, procesos y herramientas de implementación de las sesiones educativas, conociendo los criterios o estándares de calidad, la valoración y los logros que son reconocidos por los cuidadores y la Dirección General, con la finalidad de mejorar la implementación del Proyecto Casita en el distrito de Carabayllo.

Objetivo específico 1. Conocer y analizar las estrategias, procesos y herramientas de implementación de los enfoques intercultural y de género en las sesiones CASITA que se brindan a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita.

Y sobre este objetivo se ha podido identificar factores en relación al género en las sesiones CASITA, los factores negativos que se han hallado, son los siguientes:

1. El equipo del proyecto CASITA no incluyó el enfoque de género en el diagnóstico, ni en la formulación del proyecto, no consideraron las diferencias y similitudes entre las características culturales entre el hombre y la mujer en el desarrollo temprano del niño o niña.
2. Antes de la implementación del proyecto, el equipo no fue capacitado en la inducción sobre el enfoque de género, no se consideraba este tema en el proyecto, sino que en años posteriores del inicio de este.
3. El proyecto incluye al varón en el cuidado del niño (a), pero no realiza ninguna actividad de fomento o promoción de participación del varón, bajo un enfoque de género, en relación a los roles desempeñados en el cuidado del niño o niña.
4. Hasta el momento, se ha implementado un pequeño piloto en base a información recolectada, que constó de incluir el enfoque de género en la

metodología de “dar y responder” del proyecto CASITA, sin embargo, no se tiene claro en qué consiste este piloto, por ello aún no se tiene resultados preliminares para poder evaluar ello.

Con respecto a los factores positivos, son los siguientes:

5. El proyecto después que la organización financista solicitara que se incluyera en la intervención el enfoque de género, el equipo técnico de proyecto recién consideró importante este tema en las sesiones, y por ello recibieron una inducción de enfoque de género el equipo técnico y los agentes comunitarios (facilitadores).

Los factores identificados en relación a interculturalidad en las sesiones CASITA, lo positivo es lo siguiente:

6. El equipo de agentes comunitarias que brindan las sesiones expresan que hay respeto en las costumbres de los cuidadores en las sesiones, en relación al cuidado del niño, como por ejemplo en la alimentación.

En relación a los factores negativos, se pueden identificar los siguientes:

7. El equipo de agentes comunitarios (facilitadores) no maneja el concepto interculturalidad, solo lo relacionaban con raza y discriminación de estas. No cuentan con estos conocimientos.
8. En las sesiones los facilitadores presencia en las sesiones hay algunos cuidadores que hablan quechua y con los niños (as), porque hay migrantes de otras regiones del país, pero no participan en esa interacción porque algunos de ellos no conocen el idioma.

Objetivo específico 2. Conocer los criterios o estándares de calidad aplicados por el proyecto en la implementación de las sesiones CASITA que se brindan a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano en el niño (a) de 6 a 24 meses del proyecto CASITA.

En lo que corresponde a la calidad de las sesiones, se han identificado factores relevantes como:

9. Por parte de los que brindan las sesiones (facilitadores) muestran el manejo de los contenidos que se desarrollan las sesiones, y fomentan la

metodología “dar y responder” en las sesiones y el hecho de que el cuidador esté siempre frente al niño.

10. Por otro lado, los facilitadores no utilizan materiales de visualización para explicar sesiones a los cuidadores.
11. Es difícil que genere un espacio de diálogo entre el facilitador y cuidador, porque los niños juegan se mueven y a veces distraen a los cuidadores.
12. Los espacios comunitarios implementados algunos de ellos el tamaño es muy pequeño y es estrecho para realizar las actividades con comodidad.

Con respecto a la pertinencia de las sesiones CASITA implementadas, se han identificado puntos importantes:

13. El 91% (1857) de los niños/as que han asistido a más de 3 sesiones CASITA (2041), han sido evaluados en la fase final del proyecto.
14. 1323 niños/as que representa el 82.9% de los niños/as evaluados en la fase final del proyecto CASITA han mejorado su desarrollo, considerando las áreas de lenguaje, motor, coordinación y social.

Objetivo específico 3. Identificar la valoración que tienen los cuidadores (as) y el equipo facilitador (agentes comunitarios) acerca de las sesiones CASITA en el niño (a) de 6 a 24 meses del proyecto CASITA.

Con respecto a la valoración de los cuidadores y de los agentes comunitarios (facilitadores) del proyecto, y se han identificado los siguientes:

15. En base a las encuestas, se considera que hay una alta valoración de las cuidadoras con respecto a las sesiones del proyecto CASITA, de 100% con respecto al objetivo del proyecto, desempeño de los agentes comunitarios, resultados del proyecto, percepción en las sesiones, resultado y participación en las sesiones.
16. Los resultados de las encuestas, como evidencia demuestran que los agentes comunitarios o facilitadores que brindan las sesiones del proyecto CASITA, en un 100% valoran participar en él. Desde que tienen una satisfacción alta por parte del equipo de facilitadores, puesto que están muy interesados en volver a participar en un proyecto de la misma naturaleza o que este enfocado en el mismo tema de desarrollo infantil, e

incluso recomendarían a otros para unirse al proyecto participen en las sesiones.

Objetivo específico 4. Identificar los logros del proyecto reconocidos por los cuidadores (as) y la Dirección General del proyecto CASITA.

Los logros percibidos por los cuidadores y del equipo técnico (profesionales) del proyecto, son relevantes, y se han encontrado algunos hallazgos:

17. Las cuidadoras muestran interés en el proyecto, también están satisfechos con el trabajo de los agentes comunitarios. La valoración de la mejora del niño (a), es un 83.3% (entrevistadas) con valor 4 de 5, debido a que la mejora está en progreso, en el aspecto motor y lenguaje.
18. El 83.3% de las cuidadoras entrevistadas le da un valor de 5 a las sesiones CASITA, porque el agente comunitario se interesaba en el estado de las cuidadoras y porque han disfrutado las sesiones en el cuidado de los niños o niñas.
19. El 100% de los profesionales entrevistados, afirmaron valorar los resultados percibidos en relación al objetivo del proyecto, fue 4 el valor. Las razones que son la mayoría condicionantes externos, las cuales el proyecto no tiene control, es la deserción de los cuidadores por diferentes motivos.
20. El equipo técnico contribuyó con trabajo en equipo, involucramiento, compromiso y aportar con conocimientos a las sesiones del proyecto. A su vez, ellos han identificados hallazgos, la identificación de casos de anemia severa y moderada, también en la salud mental, cuidadoras con depresión y víctimas de violencia. La cual solo se contemplaban en el diagnóstico más no en el seguimiento o acompañamiento de estos temas.

CAPÍTULO VI
PROPUESTA DE SOLUCIÓN
PROGRAMA DE VISITAS A FAMILIAS (enfoque de género)

1. Problema:

Poco involucramiento del rol paterno en el desarrollo temprano del infante en las familias del distrito de Carabayllo.

2. Objetivo general:

Lograr que el padre se involucre en cuidado del desarrollo infantil temprano en las familias del distrito de Carabayllo.

3. Objetivos específicos:

- **Lograr el 80% en la participación del padre en las sesiones CASITA.**

Los proyectos actualmente consideran el enfoque de género más allá de solo asistencia de varones, porque esto no desarrolla género, sino la relación entre ambos, tanto la madre como el padre. (Segovia, 2016)

Sin embargo, en el proyecto, no hay mucha participación de padres, por lo que considero que se tiene que empezar por allí, de invitarlos, y difundir el rol del padre en el desarrollo de su niño o niña.

Siempre hay un balance tanto del padre y la madre en el niño o niña, en la cual el desarrollo del niño la madre se produce en la parte afectivo-emotivo (los padres trazan el límite), y posterior a ello, el padre se vuelve más consistente y en su realidad. (Quaglia & Castro, 2007). Por ello se debe sensibilizar sobre la participación de varones en el desarrollo infantil temprano.

- **Generar espacios de encuentro de diálogo madre-padre en temas de pareja como planificación familiar, depresión o violencia.**

Es importante la relación entre la familia, primordialmente la de los padres con los niños o niñas, porque ellos transmiten todo en la primera infancia. Según investigaciones de la Child Trauma Academy, demuestran que todas las experiencias no favorables durante los primeros años de vida, como la violencia familiar, el abuso, maltrato, y/o depresión de los padres influyen o pueden afectar de manera negativa al niño o niña, afectando a mediano plazo su vida de manera negativa y perjudicando su salud mental, y desde la neuroeducación provocar una contención en su cerebro. (Organización de Estados Americanos, 2010)

Por tal motivo, el papel importante como actores principales son los padres, no solo la madre, porque le darán toda la experiencia y recursos para que se pueda desarrollar. Es primordial que el entorno emocional, físico, social y cultural sea la base del desarrollo, dicha información contribuye crear más experiencias para que contribuye a la construcción de sus experiencias. En esos entornos, es importante que el adulto (cuidador), pueda preparar un entorno más adecuado, venciendo patrones y miedos, donde los niños puedan experimentar el asombro, ensayo, horror y creatividad. (Organización de Estados Americanos, 2010).

Se busca generar espacios de encuentro para diálogo, con madres, padres y familias, como lo hace el programa nacional Cuna Más del Ministerio de Desarrollo Social e Inclusión Social, en la cual fortalecen la práctica de cuidado y el aprendizaje en temas de salud y nutrición. (Gobierno del Perú, 2016).

En el caso de Cuna Más solo enfatiza los temas de salud y nutrición, sin embargo, como menciona la Organización de Estados Americanos en "Primera Infancia", es relevante la salud mental de los padres y madres de los niños, puesto que pueden influenciar, por ello, los espacios que se generarán en la propuesta son: Planificación familiar, en este espacio se explicará sobre los métodos anticonceptivos y educación sexual de pareja; el otro tema es Relaciones de pareja, donde se abordarán tópicos

como el estrés, depresión, estrategias comunicativas y ejercicios de relajación; y por último violencia familiar, los pasos de acceso a las instituciones públicas como el Centro de Emergencia Mujer - CEM entre otras para denunciar y recibir ayuda y asesoría legal, tanto para la madre y el padre. Y por último 1 espacio más para dialogar sobre temas de interés de la pareja o sobre el área que necesitan mejorar. Todas las sesiones de pareja se darían en las viviendas de las familias.

- **Desarrollar capacidades de interacción en los padres con sus hijos (as).**

Las capacidades para los padres y madres es conocer sobre la crianza infantil, tener una formación mínima en neuroeducación, dejar sus patrones de miedo que solo limitan la fluidez del desarrollo integral, empatía, y creatividad en el manejo del lenguaje. (Organización de Estados Americanos, 2010)

Las capacidades son más de conocimientos sobre crianza y desarrollo infantil temprano, y de actitud en aprender y mejorar para sus niños o niñas.

- **Sensibilizar a la madre y padre sobre el rol que tienen en la crianza y cuidado del niño o de la niña.**

Según literatura, enfatizan que el padre tiene un rol importante, sin embargo, en la sociedad se atribuye solo a la madre el cuidado de los hijos. Se resalta que hay 3 áreas importantes influenciadas por el padre en el comportamiento de los hijos: Mayor autonomía en el hijo, la separación con la madre la facilita; impulsar la diferenciación sexual en los hijos, y promover la adquisición de valores (desarrollo moral). (Quaglia & Castro, 2007).

También se resalta que los padres que interactúan con sus hijos o hijas a los 6 meses, ellos en el trabajo tienen mayor satisfacción; si la mujer trabaja, el padre puede pasar más tiempo con el niño; y algo importante que se hila con el otro objetivo, si el padre y madre tiene una buena

relación conyugal también tendrán buena interacción o relación con sus hijos. (Quaglia & Castro, 2007).

Con estos puntos se puede sensibilizar a la madre recalcando la importancia del papel del padre o una figura paterna en el desarrollo de sus niños o niñas.

4. Actividades por objetivos específicos:

Generar espacios de diálogo madre-padre en temas de pareja como planificación familiar, depresión o violencia.

- Fomentar la participación de más Agentes Comunitarios de Salud varones para que se puedan romper estereotipos como el solo la mujer se dedica al cuidado y desarrollo infantil.
- Implementar 4 sesiones: Planificación familiar, Relaciones de pareja, violencia familiar, y por último 1 espacio más para dialogar sobre otro tema de necesidad de la pareja.
- Brindar capacitación y entrega de herramientas metodológicas a los Agentes Comunitarios de Salud para estimular la importancia de incorporar la corresponsabilidad de hombres y mujeres en la crianza, cuidados de salud, desarrollo infantil y temas de familia.
- Realizar visitas a las familias para poder brindar las sesiones.

Recursos: Psicólogo de familia, módulos de herramientas sobre el cuidado del niño y familia, agentes comunitarios.

Desarrollar capacidades de interacción en los padres con sus hijos (as).

- Realizar una plataforma virtual con información importante sobre el desarrollo infantil temprano, el paso a paso o la ruta del cuidado de un niño con sus padres o cuidadores.
- Brindar conocimiento a través de mensajes sobre el cuidado de los niños y niñas, tips sobre la crianza de los niños y niñas, socializados mediante WhatsApp.

Recursos: Comunicador audiovisual, profesional en informática y programación, y especialista en los temas de desarrollo infantil temprano.

Promover la participación del padre en las sesiones CASITA.

- Incluir en la presentación de la intervención CASITA a toda la familia (no solo a la cuidadora) para brindar información a detalle de las sesiones y la finalidad de las mismas.
- Implementar una simulación de una sesión un día no laborable para que toda la familia (padres o cuidadores) pueda ir. También se debe incluir en la programación de las sesiones, los días no laborables como sábado o domingo para que brinden la oportunidad a que el padre o cuidador pueda asistir.
- Realizar campañas de sensibilización a las beneficiarias/os y a sus familias, mostrar el avance del desarrollo de su menor para la credibilidad de las sesiones CASITA.

Recursos: Comunicador, fotógrafo, voluntarios, y responsable de campañas.

Sensibilizar a la madre y padre sobre el rol que tienen en la crianza y cuidado del niño o de la niña.

- Implementar un taller introductorio a la intervención sobre enfoque de género para el equipo técnico (colaboradores y Agentes Comunitarias de Salud).
- Implementar una sesión especial sobre el tema de equidad de género, para los cuidadores, en la cual se pueda sensibilizar sobre las mismas oportunidades para los varones y mujeres, y los roles en la etapa de crianza y desarrollo del niño o niña, también enfatizar en romper patrones culturales sobre los juegos en los niños.
- Ejecutar campañas como “Entre padres e hijos”, la cual busca mostrar lo importante que es la presencia del padre en la vida de los niños o niñas, resaltando los beneficios.

Recursos: Especialista en género, materiales para los juegos didácticos, materiales de difusión y responsable de campañas.

ANEXO

Anexo 01: Matriz de variables e indicadores

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	OPERACIONALIZAR LAS VARIABLES	INDICADORES	UNIDADES DE ANÁLISIS	FUENTES DE INFORMACIÓN	TÉCNICAS
¿Las sesiones CASITA que se brindan a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita se implementan con un enfoque intercultural y de género?	Conocer y analizar las estrategias, procesos y herramientas de implementación de los enfoques intercultural y de género en las sesiones CASITA que se brindan a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita.	Estrategias y procesos de implementación del enfoque de género.	Se refiere que las sesiones CASITA tienen enfoque de género teniendo en cuenta las necesidades prácticas de género e intereses estratégicos de género, según lo establecido en la Estrategia de Igualdad de Género (GES) PNUD.	Número de sesiones o actividades con enfoque de género implementadas.	Agentes Comunitarios	Agentes Comunitarios	Grupo focal
				Número de prácticas de género e intereses estratégicos de PNUD implementadas.	Coordinador del Proyecto/Registros de gestión	Coordinador del Proyecto	Entrevista abierta
		Herramientas de implementación del enfoque de género.	Son las líneas de acción que se deben cumplir para lograr la Transversalización del Enfoque de Género, como incorporar en el Plan Operativo Anual el enfoque de género, el presupuesto refleja el compromiso por la reducción de brechas de género, el equipo facilitador (agentes comunitarios) guarda un equilibrio de género y es competente en el manejo de este enfoque, utilización de indicadores de género, y los informes de seguimiento se hacen con enfoque de género.	Actividades incorporadas en el POA, monto de presupuesto asignado a reducir brecha de género, equilibrio de género del equipo facilitador (agentes comunitarios), nivel de competencias del equipo facilitador (agentes comunitarios) en manejo de género, indicadores de enfoque de género incorporados en el POA, seguimiento de indicadores en el POA.	Documentos del proyecto	Documentos del proyecto: protocolo e informes.	Revisión documental

		Herramientas de implementación del enfoque intercultural.	Se refiere si la intervención, es decir las sesiones CASITA considera las diferencias de condiciones geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias tradicionales).	% de sesiones CASITA que consideran las diferencias de condiciones geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias tradicionales). Herramientas de implementación de enfoque intercultural aplicadas.	Agentes Comunitarios	Agentes Comunitarios	Grupo focal
¿Las sesiones CASITA que se brindan a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita son de calidad y pertinentes?	Conocer los criterios o estándares de calidad aplicados por el proyecto en la implementación de las sesiones CASITA que se brindan a cuidadores (as) sobre desarrollo infantil temprano en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita.	Criterios de calidad de desarrollo infantil aplicados por el proyecto.	Se refiere que las sesiones CASITA cumplen con criterios de calidad como validez (herramientas de evaluación), fiabilidad (grado de reproducibilidad de los resultados para los mismos casos) y apropiado (indicadores útiles).	% de sesiones que cumplen con criterios de calidad, como validez (herramientas de evaluación), fiabilidad (grado de reproducibilidad de los resultados para los mismos casos) y apropiado (indicadores útiles).	Sesiones de Casita	Agentes Comunitarios	Observación
		Pertinencia de las sesiones CASITA implementadas.	Se considera que la metodología desarrollada en las sesiones CASITA es pertinente para mejorar el desarrollo infantil temprano.	% de niños que mejoran el coeficiente de desarrollo infantil temprano	Niños	Instrumento de EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor) y Formato CASE (Caso de Seguimiento)	Revisión documental
¿Cuál es la valoración que tienen los cuidadores (as) que tienen los cuidadores (as) y el equipo facilitador	Identificar la valoración que tienen los cuidadores (as) y el equipo facilitador	Valoración de cuidadores (as) y el equipo facilitador (agentes comunitarios)	Se considera a la apreciación que expresan los cuidadores y el equipo facilitador (agentes	% de valoración de los cuidadores respecto a las sesiones de CASITA	Cuidadores (as)	Cuidadores (as)	Encuesta

y el equipo facilitador (agentes comunitarios) a cerca de las sesiones CASITA en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita?	(agentes comunitarios) acerca de las sesiones CASITA en el niño (a) de 6 a 24 meses del Proyecto Casita.	que brinda las sesiones CASITA con respecto a las mismas.	comunitarios) con respecto a las sesiones CASITA.	% de valoración del equipo facilitador (agentes comunitarios) que brindan las sesiones CASITA	Agentes Comunitarios	Agentes Comunitarios	Encuesta
¿Cuáles son los logros del proyecto reconocidos por los cuidadores (as) y la Dirección General del Proyecto Casita?	Identificar los logros del proyecto reconocidos por los cuidadores (as) y la Dirección General del Proyecto Casita.	Logros reconocidos por cuidadores (as) y por la Dirección General del proyecto.	Son las metas cumplidas y/o resultados considerados de satisfacción por cuidadores (as) y por la Dirección General.	Nivel de percepción de los resultados obtenidos reconocidos por la Dirección General del proyecto.	Dirección General	Responsables (staff de profesionales e investigadores) del proyecto	Entrevista semi estructurada
				Nivel de percepción de los resultados obtenidos reconocidos por cuidadores (as).	Cuidadores (as)	Cuidadores (as)	Entrevista semi estructurada

BIBLIOGRAFÍA

- Shonkoff, J., & Phillips, D. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*.
- Anderson, J. (2016). *Sistematización del Programa Nacional Cuna Más*.
- Berlinski, S., & Schady, N. (2015). *Los primeros años: El bienestar infantil y el papel de las políticas públicas*. Obtenido de https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Los_primeros_a%C3%B1os_El_bienestar_infantil_y_el_papel_de_las_pol%C3%ADticas_p%C3%ABlicas.pdf
- Blanco, G., & Delpiano, E. (2005). Educación de calidad para dos empieza en la primera infancia. Consideraciones para el desarrollo de las políticas públicas. *Enfoques Educativos*, 7.
- BM, B. M. (s.f.). *Desarrollo Infantil Temprano*. Obtenido de <http://www.oas.org/udse/dit2/>
- BM, B. M. (s.f.). *Desarrollo Infantil Temprano-Desarrollo Saludable*. Obtenido de <http://www.oas.org/udse/dit2/que-es/desarrollo.aspx>
- Caribe, R. d. (2017). *Los aportes de la neurociencia a la atención y educación en primera infancia*. Obtenido de <https://reddolac.org/profiles/blogs/los-aportes-de-la-neurociencia-a-la-atenci-n-y-educaci-n-en#:~:text=Un%20aporte%20fundamental%20de%20la,el%20fin%20de%20ofrecer%20y>
- Caridad, M., Dormal, M., Lazarte, F., Oré, B., & Rubio-Codina, M. (2019). *Adaptación, validación y propiedades psicométricas del A SQ-3 y del Bayley-III en niños menores de 42 meses de zonas rurales de Perú*. Obtenido de Banco Interamericano de Desarrollo BID: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Adaptaci%C3%B3n_validaci%C3%B3n_y_propiedades_psicom%C3%A9tricas_del_ASQ-3_y_del_Bayley-III_en_ni%C3%B1os_menores_de_42_meses_de_zonas_rurales_de_Per%C3%BA_es_es.pdf
- Coordinadora. (Julio de 2019). Estrategias y procesos de implementación del enfoque de género. (D. Vilca, Entrevistador)
- CPI, C. p. (2017). *Perú: Población 2017*. Obtenido de http://cpi.pe/images/upload/paginaweb/archivo/26/mr_poblacion_peru_2017.pdf
- Cuidadora1. (Julio de 2019). Logros reconocidos del proyecto por cuidadores. (D. Vilca, Entrevistador)
- Cuidadora2. (Julio de 2019). Logros reconocidos del proyecto por los cuidadores. (D. Vilca, Entrevistador)

- Cuidadora3. (Julio de 2019). Logros reconocidos del proyecto por los cuidadores. (D. Vilca, Entrevistador)
- Cuidadora4. (Julio de 2019). Logros reconocidos del proyecto por los cuidadores. (D. Vilca, Entrevistador)
- Cuidadora5. (Julio de 2019). Logros reconocidos del proyecto por los cuidadores. (D. Vilca, Entrevistador)
- Cuidadora6. (Julio de 2019). Logros reconocidos del proyecto por los cuidadores. (D. Vilca, Entrevistador)
- Diether, B., & Sánchez, A. (2010). *Los efectos de choques transitorios en resultados de largo plazo: efectos adversos del clima en la acumulación de capital humano en los Andes Peruanos*. Lima: CIES.
- Engle, P. (2011). "Strategies for Reducing Inequalities and Improving Developmental Outcomes for Young Children in Low and Middle Income Countries". *The Lancet*.
- Fernald, L. (2009). *Examining Early Child Development in Low-Income Countries: A Toolkit for the Assessment of Children in the First Five Years of Life*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Gobierno del Perú. (2016). *Resultados de la evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias del*.
- Gobierno Vasco, D. d. (s.f.). Manual para construir proyectos transformadores de cooperación para el desarrollo. A través del fortalecimiento de las capacidades, la participación, la equidad de género, el enfoque de derechos y la sostenibilidad ecológica. http://www.elankidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_memorias/es_pubmem/adjuntos/MANUAL_PROYECTOS_TRANSFORMADORES.pdf.
- Gorman, K., & Pollit, E. (1996). Does schooling buffer the effects of early risk? *Child Development*.
- Grantham-Mcgregor, S., & Bun Cheung, Y. (2007). Developmental Potential in the first 5 years for children in developing countries". *The Lancet*.
- Hanson, J., Chandra, A., Wolfe, B., & Pollak, S. (2011). Association between income and the hippocampus. *PLoS One*.
- INEI, I. N. (2009). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Obtenido de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR242/FR242.pdf>
- INEI, I. N. (2017). *Compendio Estadístico 2017 - Provincia de Lima*. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1477/libro.pdf

- Kolb, B., Teskey, G., & Gibb, R. (2010). Factors Influencing Cerebral Plasticity in the Normal and Injured Brain. *Frontiers in Human Neuroscience*.
- MEF, M. d. (2015). *Resultados de la evaluación de impacto del Servicio de Acompañamiento a Familias del PNCM*. Obtenido de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/ppr/eval_indep/informe_resultados_cuna_mas.pdf
- MIDIS, M. d. (2018). Obtenido de <http://www.cunamas.gob.pe/>
- MINSA. (1995). *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses*. Lima.
- Molina, H., & Torres, A. (2013). *Gestión de políticas y programas de Desarrollo Infantil Temprano curso virtual para formuladores de políticas y gestores de programas y proyectos*. Obtenido de https://www.academia.edu/28109272/GESTION_DE_POLITICAS_Y_PROYECTOS_DE_DESARROLLO_INFANTIL_TEMPRANO_Curso_virtual_para_formuladores_de_politicas_y_gestores_de_programas_y_proyectos
- Moreno, M. (1995). La determinación genética del comportamiento humano. Una revisión crítica desde la filosofía y la genética de la conducta. *Revista Gazeta de Antropología*.
- Moser, C. (1995). Planificación de género y Desarrollo. Teoría, práctica y capacitación. Lima: Red Entre Mujeres/ Flora Tristán.
- Norrie, M., & Frase, J. (2002). *The early years study three years later: From early child development to human development: Enabling communities*. Canadá: Founders' Network of the Canadian Institute for Advanced Research.
- Organización de Estados Americanos. (2010). *Primera infancia: Una mirada desde la neuroeducación*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI*. Recuperado el 14 de Diciembre de 2019, de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/manual-vigilancia-desarrollo-infantil-aiepi-2011.pdf>
- Oszlak, O., & O'Donnell, G. (1981). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- PNAIA, P. N. (2016). *Cuarto Informe Anual de Avances del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia (Ley N°27666) 2015*.
- PNM. (2018). *Servicio de Acompañamiento de Familias*. Obtenido de http://www.cunamas.gob.pe/?page_id=57

- PNCM. (2018). *Servicio de Cuidado Diurno*. Obtenido de http://www.cunamas.gob.pe/?page_id=55
- PNUD. (2012). *Estrategia de Igualdad de Género*. Perú.
- PNUD, P. d. (s.f.). Obtenido de <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
- PNUD, P. d. (2013). *Igualdad de Género e Interculturalidad: Enfoques y estrategias para avanzar en el debate*. http://iknowpolitics.org/sites/default/files/atando_cabos_may30.pdf.
- PNUD, P. d. (2013). *Igualdad de Género e Interculturalidad: Enfoques y estrategias para avanzar en el debate*. http://iknowpolitics.org/sites/default/files/atando_cabos_may30.pdf.
- Profesional1. (Julio de 2019). Logros reconocidos del proyecto por el equipo técnico. (D. Vilca, Entrevistador)
- Profesional2. (Julio de 2019). Logros reconocidos del proyecto por el equipo técnico. (D. Vilca, Entrevistador)
- Profesional3. (Julio de 2019). Logros reconocidos del proyecto por el equipo técnico. (D. Vilca, Entrevistador)
- Profesional4. (Julio de 2019). Logros reconocidos del proyecto por el equipo técnico. (D. Vilca, Entrevistador)
- Quaglia, R., & Castro, V. (2007). El papel del padre en el desarrollo del niño. *INFAD Revista de Psicología*.
- Romero-Galisteo, R. P.-R.-R. (2015). Percepción de la calidad en Centros de Atención Temprana: resultados de un análisis comparativo. *Escritos de Psicología [Internet]*, 6.
- Segovia, K. (2016). *Reconocimiento del género en la infancia*. Santiago de Chile.
- Udani, P. (1992). Protein energy malnutrition (PEM), brain and various facets of child development. *Indian J Pediatr*.
- UNICEF. (2016). *Apoyando el desarrollo en la primera infancia: de la ciencia a la aplicación a gran escala*. Obtenido de https://www.unicef.org/peru/spanish/Apoyando_desarrollo_en_primera_infancia.De_la_ciencia_a_aplicacion_a_gran_escal._Resumen_Ejecutivo_de_la_serie_The_Lancet.pdf
- UNICEF. (2017). *La primera infancia importa para cada niño*. Obtenido de https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2019-01/La_primera_infancia_importa_para_cada_nino_UNICEF.pdf