



NOTA METODOLÓGICA



Nota Metodológica para la Evaluación de Impacto del Piloto de Mejora de la Atención Integral en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

Dina Ercilla Boluarte Zegarra
Ministra

María Abigunda Tarazona Alvino
Viceministra de Políticas y Evaluación Social

José Enrique Velásquez Hurtado
Director General de Seguimiento y Evaluación

Elmer Lionel Guerrero Yupanqui
Director de Evaluación

Elaborado por:

Leslie Miranda (DGSE-Midis)
Juan José Cueto (DGSE-Midis)
Diego Rossinelli (DGSE-Midis)

Supervisado por:

Viviana Cruzado (DGSE-Midis)

Foto de carátula:

Midis

© Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2018
Av. Paseo de la República 3101, San Isidro
Teléfono: (01) 631-8000 / (01) 631-8030
Página web: www.gob.pe/midis

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en forma gratuita en:
<http://evidencia.midis.gob.pe/eval-piloto-cuidadodiurno>

Reservados algunos derechos:

Este documento ha sido elaborado por el equipo de profesionales de la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del MIDIS. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del Midis. El Midis no garantiza la veracidad de los datos que figuran en esta publicación. Nada de lo establecido en este documento constituirá o se considerará una limitación o renuncia a los privilegios del MIDIS, los cuales se reservan específicamente en su totalidad.

Citación:

Miranda Solano, L., Cueto Alava, J. & Rossinelli Delgado, D. (2018). *Nota Metodológica para la Evaluación de Impacto del Piloto de Mejora de la Atención Integral en el Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más*. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
<http://evidencia.midis.gob.pe/eval-piloto-cuidadodiurno-notametodologica/>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Viceministerio de Políticas y Evaluación Social

Dirección General de Seguimiento y Evaluación Social

**NOTA METODOLÓGICA PARA LA EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PILOTO DE
MEJORA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN EL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO
DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS¹**

Lima, 09 de setiembre de 2018

¹ Este documento ha sido elaborado por Leslie Miranda, Juan José Cueto y Diego Rossinelli de la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Se agradecen los aportes del equipo técnico del Programa Nacional Cuna Más.

Contenido

1. Introducción	3
2. Diseño de la evaluación.....	6
2.1. Cálculo del tamaño muestral	8
2.2. Metodología.....	13
3. Instrumentos.....	15
3.1. Procedimiento de aplicación	17
4. Ética	18
5. Línea de tiempo de la evaluación	18
6. Referencias bibliográficas	19

1. Introducción

El Programa Nacional Cuna Más es un programa social focalizado a cargo del MIDIS, 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. El Programa implementa dos servicios:

- Servicio de Cuidado Diurno (SCD): Brinda atención integral a las niñas y los niños menores de 3 años de edad en distritos pobres y pobres extremos y requieren de atención en sus necesidades básicas de salud, nutrición, seguridad, protección, afecto, descanso, juego, aprendizaje y desarrollo de habilidades.
- Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF): Se realiza a través de visitas a hogares y sesiones de socialización e inter aprendizaje en distritos rurales pobres y pobres extremos, con la finalidad de promover el desarrollo y fortalecimiento de conocimientos, capacidades y prácticas de cuidado y aprendizaje de las familias (madre/padre/cuidador principal) para mejorar el desarrollo infantil de los niños y niñas menores de 36 meses en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema.

Durante el año 2017, la Dirección General de Seguimiento y Evaluación (DGSE) del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social realizó un estudio para conocer el impacto del SCD sobre el nivel de desarrollo de los niños y niñas usuarios del servicio. La evaluación utilizó información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de los años 2015 y 2016, la cual recoge información sobre las características del hogar, fecundidad, salud materno-infantil, nutrición, violencia doméstica, acceso a programas sociales, entre otros, y además, a partir del año 2015, cuenta con un módulo de desarrollo infantil temprano (módulo DIT). Los resultados del estudio mostraron que existe un impacto positivo y significativo de la asistencia al SCD sobre el desarrollo infantil temprano, y el efecto estimado es bastante robusto a distintas especificaciones de los modelos econométricos utilizados. El efecto del SCD está entre 20% y 22% de una desviación estándar, el cual es similar al efecto de programas de primera infancia sobre las habilidades cognitivas de los niños y niñas en diversos países, incluyendo Latinoamérica. El estudio concluye que, si bien el efecto encontrado es moderado, hay aspectos del servicio que podrían mejorarse para incrementar los impactos, entre ellos:

- Mejorar la capacitación de las madres cuidadoras a cargo de la atención a los niños y niñas, poniendo énfasis en el desarrollo de habilidades de las madres cuidadoras para generar interacciones más cálidas con los niños y niñas usuarios del servicio.
- Diseñar estrategias para reducir la rotación de las madres cuidadoras, asegurando la continuidad del trabajo que se realiza en el servicio.
- Mejorar los sistemas de seguimiento y control de los recursos y materiales necesarios en los centros de cuidado diurno, tanto a nivel de los Comités de Gestión como del nivel central.

En el año 2015, la Contraloría General de la República realizó una auditoría de desempeño al SCD, a partir de la cual se generaron las siguientes recomendaciones:

- Definir claramente los roles y tareas que deben desempeñar los miembros de los equipos técnicos de las unidades territoriales, especialmente las acompañantes técnicas que se encuentran sobrecargadas por múltiples tareas. Tomando en cuenta estas definiciones, se debe aprobar un perfil de competencias para cada cargo y actualizar los instrumentos de gestión pertinentes de manera articulada.
- Definir los roles y tareas de la madre cuidadora, que guarde relación con los objetivos del servicio para el desarrollo integral del niño y sobre la base de éstos, aprobar el perfil de competencias que permita orientar las capacitaciones y hacer un seguimiento del desempeño de las cuidadoras.

A raíz de las recomendaciones derivadas de estos informes, el PNCM ha planteado implementar a manera de piloto una serie de mejoras en 655 locales de cuidado diurno ubicados en las 24 provincias y la provincia constitucional del Callao. La intervención piloto tendrá una duración de 8 meses.

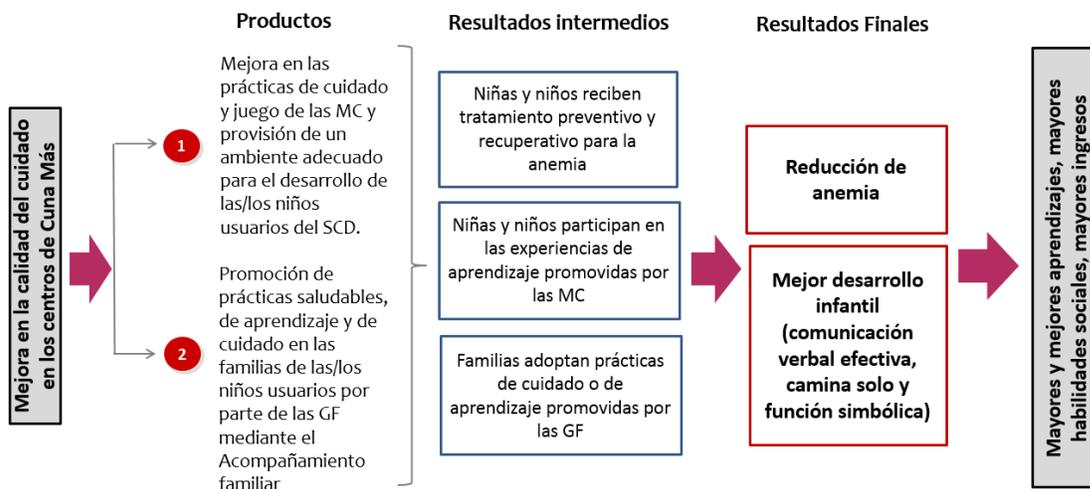
El objetivo general del piloto es fortalecer la atención integral de las niñas y niños en los momentos de cuidado y juego en el SCD a fin de potenciar su desarrollo infantil. Como objetivo específico, se busca implementar el Plan Piloto para la Mejora de Atención Integral del SCD del PNCM que incluye: a) la mejora de la capacitación del equipo técnico y de los actores comunales que brindan el servicio, b) la implementación de intervenciones efectivas con los y las niñas destinadas a favorecer el desarrollo integral de los usuarios y la disminución de los coeficientes de atención (proporción de niños/madre cuidadora) y c) la implementación del acompañamiento familiar dirigido a los cuidadores principales de los usuarios.

Adicionalmente, con la finalidad de responder a la demanda de los cuidadores, en algunos locales del piloto en el que se implementará la intervención con un coeficiente de atención mejorado, se ampliará el horario de atención.

El objetivo del presente documento es presentar la estrategia metodológica para medir el impacto del piloto sobre las mejoras en los siguientes resultados de la política de Desarrollo Infantil Temprano i) Estado nutricional saludable sin anemia, ii) Camina solo ii) Comunicación verbal efectiva, iii) Regulación de emociones y comportamiento y iv) Función simbólica, vinculado al desarrollo cognitivo de las niñas y niños usuarios del servicio en las zonas de intervención del piloto.

La teoría de cambio que se encuentra detrás de la intervención del SCD propone que los impactos sobre el desarrollo infantil operan, entre otras cosas, mediante más y mejores conocimientos, interacciones de calidad y prácticas de cuidado saludable a cargo de las madres cuidadoras en el centro, y mejores prácticas de crianza en las familias, los mismos que se reflejan en mayores oportunidades de juego y aprendizaje para los niños. El siguiente gráfico muestra la teoría del cambio propuesta para la evaluación:

Gráfico 1: Teoría del cambio para la evaluación de impacto del piloto de mejora del SCD



La Tabla 1 muestra los resultados que se medirán en la evaluación y los indicadores propuestos por nivel de objetivo. La evaluación de impacto analizará los indicadores de resultado final del Piloto, así como algunos de resultado intermedio (en negrita).

Tabla 1: Matriz de indicadores para la evaluación del piloto

INSUMO	ACTIVIDAD	PRODUCTO	RESULTADO INTERMEDIO	RESULTADO FINAL
<p>* N° de AT contratados * N° de EAI contratados * N° de MC en el SCD * N° de GF en el SCD * N° de niños con disponibilidad de sulfato ferroso en el Centro * N° de niños con disponibilidad de Micronutriente en el Centro * N° de Experiencias de Aprendizaje en comunicación verbal efectiva en niños por grupo etario * N° de Experiencias de Aprendizaje en desarrollo motor en niños por grupo etario * N° de Experiencias de Aprendizaje en regulación de emociones y comportamiento en niños por grupo etario * N° de Experiencias de Aprendizaje en desarrollo cognitivo en niños por grupo etario * N° de locales que cuentan con paquete básico para la intervención con niños * N° de niñas y niños registradas en CUNANET * N° de Cuidadores Principales registradas en CUNANET * N° de GF que cuentan con kit básico para su visita</p>	<p>*% de AT que han recibido el paquete de formación (1 taller inicial, mínimo 07 jornadas de formación continua y mínimo 6 sesiones de acompañamiento)</p>	<p>* % de MC que administran Micronutriente, jarabe o gotas a las niñas y niños sin anemia del SCD (preventivo) * % de MC que administran Sulfato Ferroso, a las niñas y niños con anemia del SCD * % de MC que realizan experiencias de aprendizaje que promueven la comunicación verbal en las niñas y niños en los momentos de cuidado y juego de acuerdo a la metodología y programación establecida por el programa * % de MC que realizan experiencias de aprendizaje que promueven el desarrollo motor grueso en las niñas y niños en los momentos de cuidado y juego de acuerdo a la metodología y programación establecida por el programa * % de MC que realizan actividades que promueven la regulación de emociones y comportamientos según metodología y programación establecida por el programa</p>	<p>* % de niñas y niños que consumen Micronutriente, jarabe o gotas (preventivo) * % de niñas y niños con diagnóstico de anemia que consumen Sulfato Ferroso * % de niños y niñas que participan en experiencias de aprendizaje que promueven la comunicación verbal en los momentos de juego de acuerdo a la metodología y programación establecida por el programa * % de niños y niñas que participan en experiencias de aprendizaje que promueven el desarrollo motor grueso en los momentos de juego de acuerdo a la metodología y programación establecida por el programa * % de niños y niñas que participan en actividades que promueven la regulación de emociones y comportamientos según metodología establecida y programación por el programa * % de niños y niñas que participan en experiencias de aprendizaje que promueven el desarrollo de la función simbólica en el momento de juego libre según metodología y programación establecida por el programa</p>	<p>R3. Niñas y niños de 12 a 36 meses usuarios del SCD sin anemia % de niñas y niños de 12 a 36 meses usuarios del SCD sin Anemia R4. Niñas y niños de 24 a 36 meses usuarios del SCD con adecuada comunicación verbal efectiva % de niñas y niños de 24 a 36 meses que mejoran su comunicación verbal efectiva. R5. Niñas y niños de 12 a 23 meses usuarios del SCD con adecuado desarrollo motor % de niñas y niños de 12 a 23 meses que mejoran con desarrollo motor. R6. Niñas y niños de 24 a 36 meses usuarios del SCD con regulación de emociones y comportamientos % de niñas y niños de 24 a 36 meses que mejoran la regulación de sus emociones y comportamientos R7. Niñas y niños de 24 a 36 meses usuarios del SCD con adecuado desarrollo cognitivo % de niñas y niños de 24 a 36 meses que mejoran su capacidad para representar sus vivencias a través del juego</p>
	<p>*% de EAI que han recibido el paquete de formación (1 taller inicial y mínimo 07 jornadas de formación continua)</p>	<p>* % de MC que realizan experiencias de aprendizaje que promueven el desarrollo motor grueso en las niñas y niños en los momentos de cuidado y juego de acuerdo a la metodología y programación establecida por el programa</p>	<p>* % de MC que realizan actividades que promueven la regulación de emociones y comportamientos según metodología y programación establecida por el programa</p>	
	<p>*% de MC que han recibido el paquete de formación por parte de AT (1 taller inicial, mínimo 7 jornadas de formación continua y mínimo 14 sesiones de acompañamiento)</p>	<p>* % de MC que realizan experiencias de aprendizaje que promueven el desarrollo de la función simbólica en el momento de juego libre según metodología y programación establecida por el programa * % de MC que organizan espacios y materiales para los momentos de cuidado y juego según metodología y programación establecida por el PNCM</p>	<p>* % de familias que demuestran dos prácticas: ubicación de Micronutriente o sulfato ferroso en un lugar adecuado según lineamientos del MINSA y disposición de 3 materiales para el juego según orientaciones del programa * % de madres que logran reconocer síntomas de anemia * % de madres que conocen las posibles causas de la anemia * % de madres que llevaron a su niño al control de crecimiento y desarrollo</p>	
	<p>* N° de niños y niñas por MC (Módulo de bebés y gateadores) * N° de niños y niñas por MC (Módulo de caminantes y exploradores)</p>	<p>* % de GF que han recibido el paquete de formación (1 taller de formación inicial, mínimo 05 jornadas de formación continua y mínimo 16 sesiones de acompañamiento)</p>	<p>*% de GF que promueven prácticas de cuidado saludable de acuerdo a la programación * % de GF que promueven narraciones dialogadas y comunicación verbal en la interacción adulto niño de acuerdo a la programación * % de GF que promueven condiciones en el hogar para el desarrollo motor grueso y fino. * % de GF que promueven la regulación de emociones y comportamientos de acuerdo a la programación * % de GF que promueven el juego y el acompañamiento del adulto en el juego de la niña o niño de acuerdo a la programación</p>	
<p>* N° de locales que cuentan con paquete básico para la intervención con niños * N° de niñas y niños registradas en CUNANET * N° de Cuidadores Principales registradas en CUNANET * N° de GF que cuentan con kit básico para su visita</p>	<p>N° de GF que cuentan con 15 familias o menos a su cargo asignadas por el PNCM</p>	<p>* % de GF que promueven el juego y el acompañamiento del adulto en el juego de la niña o niño de acuerdo a la programación</p>	<p>* % de familias que demuestran dos prácticas: ubicación de Micronutriente o sulfato ferroso en un lugar adecuado según lineamientos del MINSA y disposición de 3 materiales para el juego según orientaciones del programa * % de madres que logran reconocer síntomas de anemia * % de madres que conocen las posibles causas de la anemia * % de madres que llevaron a su niño al control de crecimiento y desarrollo</p>	
	<p>* % de Familias que reciben 14 o más visitas al hogar por parte de la GF</p>			

Nota: Los resultados finales están en el Marco de la Política del Desarrollo Infantil Temprano.

AT=Acompañante Técnico, EAI=Especialista de Atención Integral, MC=Madre Cuidadora, GF=Guía de Familia

2. Diseño de la evaluación

El objetivo del estudio es evaluar el efecto del piloto sobre el nivel de desarrollo de las niñas y niños asistentes al servicio. Si bien la principal unidad de análisis es el niño o niña, se espera que los resultados en el desarrollo infantil estén mediados por cambios en el conocimiento y prácticas de las madres cuidadoras y de las familias de los niños y niñas. Esto tiene implicancias para el diseño de la evaluación, porque implica considerar medidas directas de los cambios en las prácticas de la madre cuidadora y de los padres, ya que son los canales a través de los cuales se espera lograr una mejora en el desarrollo del niño o niña.

Para estimar la relación causal entre el piloto y los resultados de interés, el estudio contempla combinar una metodología experimental con una cuasi-experimental.

Al mes de abril del 2018, el PNCM cuenta con 2,570 locales que prestan el servicio de cuidado diurno a nivel nacional y tiene presencia en las 25 regiones del país. Estos locales son de dos tipos: 2059 centro infantil de atención integral (CIAI) y 511 hogares de cuidado diurno (HCD).

Las mejoras propuestas en el piloto se implementarán de manera diferencial en cuatro grupos:

Para el piloto se han seleccionado 170 CG cuyos locales CIAI activos a la fecha de corte (abril del 2018) hacen un total de 655 locales, los cuales están agrupados a partir de las acciones de mejora que se implementarán.

En la modalidad de intervención 1 (T1), las acciones a implementar serán:

- Capacitación inicial y jornadas de capacitación continua a los actores comunales.
- Implementación de las intervenciones efectivas con los niños/as y con un coeficiente de atención regular y horario de atención estándar.
- Implementación de la intervención con las familias de los niños/as usuarios.

En la modalidad de Intervención 2 (T2) las mejoras a implementar serán:

- Capacitación inicial, jornadas de capacitación continua y acompañamiento técnico a los actores comunales.
- Implementación de las intervenciones efectivas con los niños/as con un coeficiente de atención regular y horario de atención estándar.
- Implementación de la intervención con las familias de los niños/as usuarios.

En la modalidad de Intervención 3 (T3) se implementarán:

- Capacitación inicial, jornadas de capacitación continua y acompañamiento técnico a los actores comunales.
- Implementación de las intervenciones efectivas con los niños/as con un coeficiente de atención disminuido y horario de atención estándar.
- Implementación de la intervención con las familias de los niños/as usuarios.

Finalmente en la modalidad de intervención 4 (T4), las acciones a implementar serán:

- Capacitación inicial, jornadas de capacitación continua y acompañamiento técnico.
- Implementación de las intervenciones efectivas con los niños/as con un coeficiente de atención disminuido y horario de atención ampliado.
- Implementación de la intervención con las familias de los niños/as usuarios.

Cabe señalar que la intervención en el tercer y cuarto grupo (T3 y T4) implica una mayor inversión de recursos para la contratación de madres cuidadoras adicionales a fin de reducir el coeficiente de atención y la ampliación del horario.

Dado que los Hogares de Cuidado Diurno son una modalidad que está desapareciendo, el PNCM ha priorizado la implementación del piloto en los Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI) que son los que atienden a la mayor parte de los usuarios del servicio. Como se mencionó, el PNCM ha identificado 655 locales que cumplen con las características necesarias para la implementación del piloto, los cuales pertenecen a 170 CG. La Tabla 2 muestra la distribución de los locales por tipo de intervención.

Tabla 2. Número de locales para cada modalidad de intervención

Modalidad	Número de locales	Número de niños/as de 6 a 11 meses	Número de niños/as de 12 a 23 meses	Número de niños/as de 24 a 36 meses
T1	344	590	3139	4048
T2	144	259	1571	2214
T3	144	301	1597	2171
T4	23	35	320	443
TOTAL	655	1185	6627	8876

La evaluación comparará las variantes T2 e T3 del piloto para cuantificar el costo-beneficio de estas alternativas. La pregunta que se busca contestar con la evaluación es la siguiente: ¿cuál es el modelo más costo-efectivo que se podría implementar para mejorar la calidad del SCD? En particular, se quiere determinar en qué medida la implementación del paquete de mejoras (capacitación especializada completa a madres cuidadoras, intervenciones efectivas con los niños e intervención con las familias) y la inversión asociada a éste pueden dar los mejores resultados con el coeficiente de atención regular, o si este paquete de mejoras requiere de una mayor inversión para la contratación de madres cuidadoras a fin de reducir el coeficiente de atención y reducir su carga laboral. La evaluación se centrará principalmente en dos grupos de tratamiento (T2 y T3) y un grupo de control (C):

- T2 = Locales del SCD con paquete de mejoras (capacitación especializada de madres cuidadoras, intervención con el niño, intervención con las familias)
- T3 = Locales del SCD con paquete de mejoras (capacitación especializada de madres cuidadoras, intervención con el niño, intervención con las familias) + reducción del ratio madre cuidadora-niño(a)
- C = Locales del SCD fuera del ámbito del piloto

Además, de manera exploratoria se incluirá en la muestra de evaluación a los 23 locales que contarán con horario ampliado:

- T4 = Locales con paquete de mejoras (capacitación especializada de madres cuidadoras, intervención con el niño, intervención con las familias) + reducción del ratio madre cuidadora-niño(a) + ampliación de horario de atención

Un diseño de evaluación que permitiría identificar el efecto de recibir el T2 sobre el T3 de manera insesgada está basado en una selección aleatoria de estos grupos, lo que se conoce como un diseño de evaluación experimental. Este diseño busca evaluar el impacto marginal de una mejora adicional cuya implementación a escala tendría implicaciones importantes en cuanto al financiamiento que se requiere para sostener y expandir este modelo en el tiempo ya que supone contar con personal comunitario adicional. La comparación entre los dos tratamientos permite justamente entender si la presencia de personal en mayores números (que supone costos mayores) se justifica en términos de los impactos que tiene sobre el desarrollo infantil.

En una siguiente etapa se identificará el efecto de cada tratamiento, T2 y T3, en relación a un grupo de comparación (C) el cual será seleccionado mediante una metodología de emparejamiento. Vale la pena aclarar que C no es un grupo de control puro estrictamente porque está recibiendo un tipo de intervención que se toma como referencia porque corresponde a la intervención regular del SCD, tal como ha venido funcionando hasta la actualidad. En ese sentido la comparación entre T2 y C nos permitirá conocer el impacto del paquete básico de mejoras en el nivel de desarrollo de los niños y niñas.

2.1. Cálculo del tamaño muestral

Se requiere estimar el impacto de dos modalidades del piloto con diferente coeficiente de atención madre cuidadora-niño(a). La Tabla 3 muestra los resultados del cálculo de poder. Se estimó una correlación intracluster (ICC) de 0.09 con datos de tamizaje de anemia de los usuarios del SCD del año 2017 y de 0.13 con datos para comunicación verbal efectiva del Módulo de Desarrollo Infantil Temprano de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) que se viene aplicando a nivel nacional a partir del año 2015.

Tabla 3: Cálculos de poder

Anemia: ICC = 0.09						
Locales por grupo de estudio	Niños por local	Total niños por grupo de estudio	Porcentaje de anemia en C	Porcentaje de anemia en T	Efecto en puntos porcentuales de anemia	Efecto en desviaciones estándar
100	6	600	32.00	23.00	9.00	0.19
143	6	858	32.00	25.00	7.00	0.15
250	6	1500	32.00	27.00	5.00	0.11
100	10	1000	32.00	24.00	8.00	0.17
143	10	1430	32.00	26.00	6.00	0.13
250	10	2500	32.00	27.00	5.00	0.11
100	15	1500	32.00	25.00	7.00	0.15
143	15	2145	32.00	26.00	6.00	0.13
250	15	3750	32.00	28.00	4.00	0.09

Módulo DIT Resultado 4 (Comunicación verbal efectiva): ICC = 0.13						
Locales por grupo de estudio	Niños por local	Total niños por grupo de estudio	Puntaje total en el módulo DIT en C	Puntaje total en módulo DIT en T	Efecto en puntos del módulo DIT	Efecto en desviaciones estándar
100	6	600	83.00	90.00	7.00	0.18
143	6	858	83.00	89.00	6.00	0.16
250	6	1500	83.00	88.00	5.00	0.13
100	10	1000	83.00	89.00	6.00	0.16
143	10	1430	83.00	88.00	5.00	0.13
250	10	2500	83.00	87.00	4.00	0.11
100	15	1500	83.00	89.00	6.00	0.16
143	15	2145	83.00	88.00	5.00	0.13
250	15	3750	83.00	87.00	4.00	0.11

Los cálculos de poder muestran que con una muestra de 144 centros en cada grupo de estudio y 6 niños por centro por rango de edad (12-23 meses y 24-36 meses) se podría identificar un efecto de una magnitud de 7 puntos porcentuales de reducción en la incidencia de anemia y un incremento de 0.16 desviaciones estándar en el puntaje del resultado 4 del módulo DIT. Si consideramos dos modalidades del piloto (T2 y T3) y un grupo de control se tendría una muestra de 432 locales y 2,574 niños de 12 a 23 meses y 2,574 de 24 a 36 meses.

Tabla 4: Asistencia promedio por grupo de edad (Dic. 2017)

Rango etario	Número de niños y niñas	Porcentaje	Permanencia en el servicio (meses)
Entre 6 a 12 meses	5,776	9.97	2.61
Entre 13 a 23 meses	21,724	37.49	6.02
Entre 24 a 36 meses	30,447	52.54	11.92
Total	57,947	100	8.78

Fuente: PNCM

Como se observa en la Tabla 4 el tiempo de permanencia en el servicio se incrementa a medida que los niños son más grandes. En promedio, el tiempo de permanencia en el servicio es de 3 meses, entre los niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, y de 12 meses entre los niños y niñas entre 24 y 36 meses de edad. En ese sentido, resulta conveniente concentrarnos en este rango de edad puesto que serán los niños y niñas que estarán más tiempo expuestos a la intervención.

Para la selección de la muestra de locales del grupo de T2 y T3, se identificó un grupo de 288 locales que cumplen con las condiciones para tener ratio bajo y al menos 6 niños entre 24 y 36 meses.

A partir de este grupo de 288 locales, se asignó aleatoriamente a 144 locales que formarán parte del grupo T2 y a 144 locales que formarán parte del grupo T3. Después de este procedimiento se realizó un test de medias para comprobar que ambos grupos tuviesen características estadísticamente iguales. Los resultados de test de medias presentados en la Tabla 5 muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables observables.

Tabla 5: Test de medias entre los grupos aleatorizados

Variable	Media de T2	Media de T3	Diferencia
Edad promedio de los niños (en meses)	24.28	24.06	0.22
% Niños mujeres	0.49	0.48	0.01
% Niños con tamizaje de hemoglobina	0.90	0.89	0.01
% Niños con anemia	0.31	0.31	0.00
Permanencia promedio de los niños en el servicio (en meses)	8.79	9.19	-0.40
% Participó en la sesiones de aprendizaje	0.21	0.26	-0.05
% Participó en las prácticas de lavado de manos	0.86	0.86	0.00
% Desarrollo práctica de higiene bucal	0.78	0.79	-0.01
% Desarrolló práctica de cuenta cuentos	0.77	0.77	0.00
% Practica juegos	0.72	0.74	-0.02
Valor promedio de hemoglobina	11.29	11.30	-0.01
Niños promedio por local	28.30	27.96	0.34
Niños promedio por local entre 24 a 36 meses	15.46	15.15	0.31
% Locales tipo CCD	0.90	0.84	0.06
Edad promedio de la madre cuidadora	32.78	32.62	0.16
Permanencia promedio de la madre cuidadora en el servicio (en meses)	27.20	29.87	-2.67
% Madres cuidadoras con sin educación o con nivel de educación inicial	0.01	0.02	-0.01
% Madres cuidadoras con nivel de educación primaria	0.11	0.10	0.01
% Madres cuidadoras con nivel de educación secundaria	0.74	0.76	-0.02
% Madres cuidadoras con nivel de educación superior o mayor	0.14	0.12	0.02
Promedio de Madres cuidadoras por local a marzo 2018	4.41	4.44	-0.03
Pobreza monetaria 2009	31.78	34.01	-2.23
Pobreza monetaria extrema 2009	7.37	9.22	-1.85
Gasto per cápita 2009	432.85	423.28	9.57
Quintil de pobreza distrital 2013	4.23	4.12	0.11

Nota: Diferencia significativa al 5% (**) y al 1% (***).

Para la selección del grupo de comparación (C) se realizó un emparejamiento del grupo T2 (143 locales) con el grupo de locales que no forman parte del piloto y que tienen 6 a más niños entre 24 y 36 meses.

Las variables utilizadas para dicho procedimiento fueron las siguientes:

- ✓ Edad promedio de los niños (en meses)
- ✓ % Niños mujeres
- ✓ % Niños con tamizaje de hemoglobina
- ✓ % Niños con anemia (severa, moderada y leve)
- ✓ Permanencia promedio de los niños en el servicio (en meses)
- ✓ Niños promedio por local
- ✓ Puntaje en la ESDI
- ✓ Promedio de Madres cuidadoras por local
- ✓ Edad promedio de la madre cuidadora

- ✓ Permanencia promedio de la madre cuidadora en el servicio (en meses)
- ✓ % Madres cuidadoras con nivel de educación inicial
- ✓ % Madres cuidadoras con nivel de educación primaria
- ✓ % Madres cuidadoras con nivel de educación secundaria
- ✓ % Madres cuidadoras con nivel de educación superior o mayor
- ✓ % Participó en la sesiones de aprendizaje
- ✓ % Participó en las prácticas de lavado de manos
- ✓ % Desarrollo práctica de higiene bucal
- ✓ Pobreza distrital 2009
- ✓ Pobreza extrema distrital 2009
- ✓ Gasto per cápita distrital 2009
- ✓ Quintil de pobreza distrital 2013
- ✓ Entre otras

Según se muestra en la Tabla 6, luego del emparejamiento no existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones analizadas entre los locales del grupo de T2 y del grupo de control, previo a la intervención del piloto.

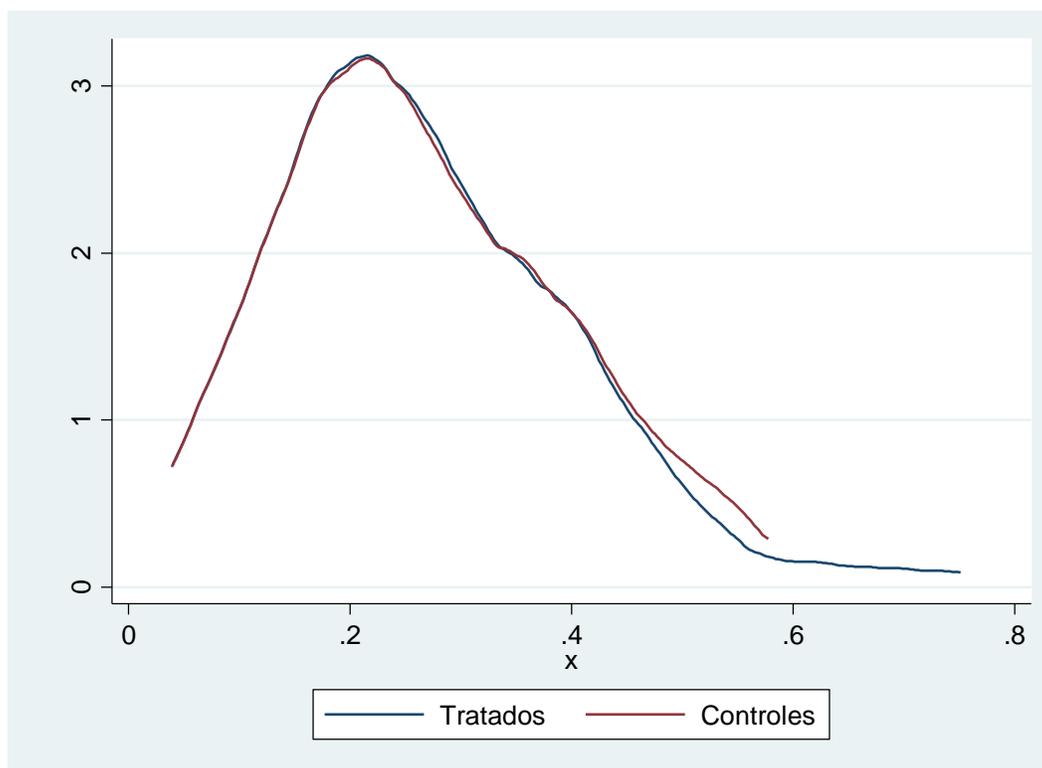
Tabla 6: Test de medias de las variables usadas en el emparejamiento de los locales de los grupos T2 y C

Variable	Media de T2	Media de C	Diferencia
Edad promedio de los niños (en meses)	24.06	23.71	0.35
% Niños mujeres	0.48	0.48	0.00
% Niños con tamizaje de hemoglobina	0.89	0.90	-0.01
% Niños con anemia	0.31	0.32	-0.01
Permanencia promedio de los niños en el servicio (en meses)	9.19	8.95	0.24
% Participó en la sesiones de aprendizaje	0.26	0.26	0.00
% Participó en las prácticas de lavado de manos	0.86	0.87	-0.01
% Desarrollo práctica de higiene bucal	0.79	0.78	0.01
% Desarrolló práctica de cuenta cuentos	0.77	0.77	0.00
% Practica juegos	0.74	0.73	0.01
Valor promedio de hemoglobina	11.30	11.29	0.01
Niños promedio por local	27.96	27.85	0.11
Niños promedio por local entre 24 a 36 meses	14.81	14.49	0.32
Edad promedio de la madre cuidadora	32.62	32.11	0.51
Permanencia promedio de la madre cuidadora en el servicio (en meses)	29.87	31.31	-1.44
% Madres cuidadoras con sin educación o con nivel de educación inicial	0.02	0.02	0.00
% Madres cuidadoras con nivel de educación primaria	0.10	0.11	-0.01
% Madres cuidadoras con nivel de educación secundaria	0.76	0.75	0.01
% Madres cuidadoras con nivel de educación superior o mayor	0.12	0.12	0.00
Promedio de Madres cuidadoras por local	4.29	4.28	0.01
Pobreza monetaria 2009	34.01	32.90	1.11
Pobreza monetaria extrema 2009	9.22	9.40	-0.18

Gasto per cápita 2009	423.28	424.46	-1.18
Quintil de pobreza distrital 2013	4.12	4.18	-0.06

El Gráfico 2 muestra que los locales de los grupos T2 y C se encuentran, en su mayoría, en el mismo soporte común y con una distribución de densidad Kernel muy similar.

Gráfico 2: Área de soporte común del emparejamiento de los locales de los grupos T2 y C



Finalmente, la muestra de evaluación está constituida por los 143 locales del grupo T2, 143 locales en el grupo T3 y 144 locales en el grupo de control. La Tabla 7 muestra la distribución de la muestra por regiones.

Tabla 7: Distribución de la muestra de evaluación por departamento y grupo de estudio

DEPARTAMENTO	C	T2	T3	Total
AMAZONAS	0	1	2	3
ANCASH	12	5	9	26
APURIMAC	7	7	10	24
AREQUIPA	8	23	19	50
AYACUCHO	9	3	1	13
CAJAMARCA	9	0	0	9
CUSCO	4	8	3	15
HUANCAVELICA	7	6	1	14
HUANUCO	3	3	4	10
ICA	5	4	6	15
JUNIN	7	6	7	20
LA LIBERTAD	8	1	3	12
LAMBAYEQUE	7	5	7	19
LIMA	20	16	19	55
LORETO	4	3	2	9
MOQUEGUA	2	0	1	3
PASCO	0	5	12	17
PIURA	2	21	14	37
PUNO	5	5	3	13
SAN MARTIN	0	1	1	2
TACNA	5	11	11	27
TUMBES	9	1	2	12
UCAYALI	11	8	6	25
Total	144	143	143	430

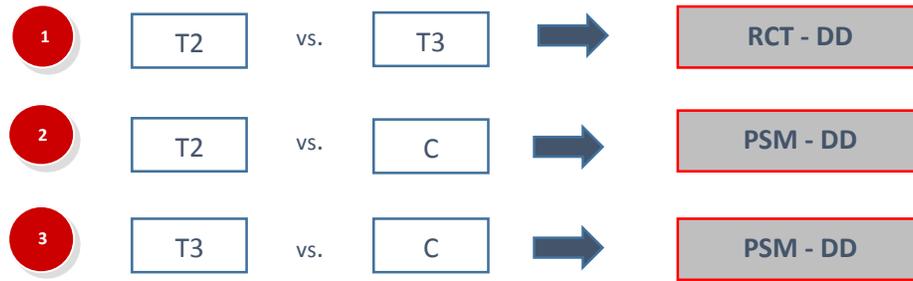
Además, se tiene interés en conocer los efectos del piloto en la reducción de la incidencia de anemia y en el desarrollo motor entre los niños de 12 a 23 meses usuarios del servicio, por lo cual la muestra de evaluación también incluirá una muestra adicional de 6 niños por local entre 12 y 23 meses provenientes de estos 432 locales, haciendo un total de 12 niños por local y una muestra total de 5,148 niños en el rango de 12 a 36 meses de edad.

El único criterio de inclusión considerado para que un niño/a participe en la evaluación del piloto es que tenga una asistencia de mínimo 2 meses al SCD.

2.2. Metodología

Como se mencionó en el diseño de la evaluación se estimará el impacto de los componentes del piloto de mejora del servicio del PNCM con una estrategia de evaluación mixta. En ese sentido se realizarán los siguientes análisis:

Gráfico 3: Estrategia de identificación del piloto de mejora de la atención integral en el SCD



En ese sentido, como primer análisis, se medirá el impacto del efecto adicional de reducir el ratio de niños y niñas por cuidadora sobre los resultados de interés a través de una evaluación experimental (*Randomized Controlled Trial* - RCT) combinada con el método de diferencias en diferencias. Esta metodología, considerada el *gold standard* dentro de las metodologías de evaluación asegurará que ambos grupos tengan características estadísticamente iguales. Además, para aumentar la eficiencia de los estimadores se aprovechará que se recogerá información de línea de base y se realizará un método de diferencias en diferencias.

Por otro lado, como segundo análisis se medirá el efecto de las mejoras en la calidad del servicio del PNCM contra un grupo de control que recibe el servicio regular del programa. Adicionalmente se medirá el efecto de las mejoras anteriores conjuntamente con una reducción en la carga de las madres cuidadores contra el mismo grupo de comparación del análisis 2. Para medir el efecto se realizará, de la misma manera, un análisis de Diferencias en Diferencias.

De esta forma, el efecto promedio del tratamiento (*average treatment effect*) ($ATE_{SCD} = E[Y_{1i} - Y_{0i}|D]$) se capturará con el estimador de diferencias en diferencias del ATE (δ_{ATE}):

$$y_{ilt} = \alpha + \gamma_1 T_{SCD_l} + \delta_{DD}(T_{SCD_l} * t) + \beta_1 X_{it} + \delta_l + \epsilon_{idt}$$

Donde:

- t : Denota el tiempo, ($t = 1$ para la medición de seguimiento y $t = 0$ medición de línea de base).
- i : Niño o niña, estos niños no serán los mismos en $t = 1$ y $t = 0$
- l : Denota local que se medirá el tiempo estos serán los mismo en $t = 1$ y $t = 0$
- T_{SCD} : Identificador de tratamiento ($T_{SCD} = 1$ si el niño pertenece a un local de la intervención del SCD; $T_{SCD} = 0$ en caso contrario)
- δ_l : Efectos fijos por local
- δ_{DD} : Estimador de diferencias en diferencias.
- y_{ilt} : Variable de resultado en el momento t , del niño " i " que es cuidado en el local " l ".
- X_{it} : Set de características socioeconómicas del niño y del local
- ϵ_{ilt} : Error o perturbación del niño " i " que es cuidado en el local " l " del tiempo " t "

Cabe recalcar que la unidad que se seguirá en el tiempo es el rango de edad (12-23 meses o 24-36 meses) dentro de los locales que han sido seleccionados.

En el vector de covariables X_{it} se encuentran: edad del niño en meses, parto múltiple, orden de nacimiento, edad de la madre en años, si la madre vive, sexo del jefe del hogar, sexo del niño,

número de miembros del hogar, número de niños menores de 5 años, máximo nivel de educación de la madre, índice de riqueza del hogar, tratamiento al agua para beber, saneamiento básico con letrina, si cuenta con algún seguro de salud y residencia rural.

Para analizar si existen impactos diferenciados sobre cada uno de los resultados de interés según sexo, departamento, tipo de local al que asiste, entre otros; se genera una interacción entre la variable en la cual deseamos encontrar los efectos heterogéneos a través del tiempo (t), tratamiento (T), con la interacción tiempo y tratamiento ($t \times T$) y una dicotómica de la variable en cuestión.

3. Instrumentos

Los instrumentos de recojo de información incluirán los siguientes temas:

- a. Información sociodemográfica del hogar: características básicas del niño(a), estado de salud y cuidado del niño(a), características de la madre, características de la vivienda y del hogar, educación y estatus laboral de los miembros del hogar, entre otros (Los instrumentos se adjuntan en un disco compacto).
- b. Medición de desarrollo de los niños y niñas:
 - Estado nutricional (anemia): en los rangos de 12 a 23 meses y de 24 a 36 meses de edad.
 - Desarrollo de la comunicación: en el rango de 24 a 36 meses de edad.
 - Desarrollo motor: en el rango de 12 a 23 meses de edad.
 - Desarrollo socioemocional (regulación de emociones y comportamientos): en el rango de 24 a 36 meses de edad.
 - Desarrollo cognitivo (función simbólica): en el rango de 24 a 36 meses de edad.

Sobre la medición de desarrollo de niños y niñas

El instrumento que se utilizará para medir desarrollo cognitivo (función simbólica), desarrollo de la comunicación verbal efectiva, desarrollo motor y regulación de emociones y comportamientos será el módulo de desarrollo infantil temprano (módulo DIT) desarrollado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, y que ha sido incluido en la ENDES desde el año 2015.

El módulo DIT se aplica a niñas y niños de 9 a 71 meses de edad y tiene como objetivo medir cinco de los resultados contemplados en los Lineamientos para la Política Nacional – Primero la Infancia². Los aspectos evaluados son: i) apego seguro a través de las interacciones con la madre como precursor del mismo, ii) comunicación verbal efectiva, iii) camina solo, iv) regulación de emociones y del comportamiento, y v) función simbólica. Además, el módulo DIT explora los factores asociados al logro de dichos resultados como parte del desarrollo de la niña o niño.

En el módulo DIT, la evaluación de estas áreas se ha dividido en seis tramos evolutivos con la finalidad de considerar las características de cada etapa evolutiva y sus logros.

- Tramo 1: De 9 a 12 meses de edad
- Tramo 2: De 13 a 18 meses de edad
- Tramo 3: De 19 a 23 meses de edad
- Tramo 4: De 24 a 36 meses de edad
- Tramo 5: De 37 a 54 meses de edad
- Tramo 6: De 55 a 71 meses de edad

² Los otros dos resultados Nacimiento saludable (R1) y Adecuado estado nutricional (R3) son evaluados por la ENDES antes de la inclusión del módulo DIT.

En cada tramo se ha incluido la evaluación de los resultados considerados a los lineamientos y sus factores asociados tomando en cuenta los hitos propuestos. En el siguiente cuadro se presenta los resultados evaluados por el módulo DIT así como el número de preguntas en cada tramo de edad.

Tabla 8: Resultados medidos por el módulo DIT según edad

Áreas a explorar	Tramo 1 9 a 12 meses	Tramo 2 13 a 18 meses	Tramo 3 19 a 23 meses	Tramo 4 24 a 36 meses	Tramo 5 37 a 54 meses	Tramo 6 55 a 71 meses
R2 Apego seguro (Interacción madre-niño)	4 preguntas					
R4 Comunicación verbal efectiva	4 preguntas	4 preguntas	4 preguntas	4 preguntas		
R5 Camina solo	2 preguntas	2 preguntas				
R6 Regulación de emociones y del comportamiento				4 preguntas	4 preguntas	4 preguntas
R7 Función simbólica				4 preguntas	4 preguntas	4 preguntas
Número de preguntas	10	6	4	12	8	8

Como se observa, para cada tramo, se tiene un conjunto de preguntas que han sido diseñadas con el objetivo de que la madre reporte sobre las capacidades y comportamientos de su hija(o) y/o de sí misma. Considerando el tramo de edad relevante para este estudio se utilizarán las preguntas correspondientes al Tramo 4 de 24 a 36 meses de edad (Anexo 1).

Adicionalmente, para evaluar el desarrollo motor grueso en los niños de 12 a 23 meses, se realizará la adaptación de las preguntas que el módulo DIT considera en el tramo de 13 a 18 meses. La adaptación consiste en añadir uno o dos hitos del desarrollo motor cuyo logro se espere entre los 19 y 23 meses.

Para medir la anemia en niños, la cual se define como una concentración de la hemoglobina en sangre que es menor que el valor esperado al tomar en cuenta la edad, sexo y ciertos factores ambientales como la altitud, se utilizará un hemoglobinómetro portátil. Para este estudio se utilizará el HemoCue)³.

En la Tabla 9 se presentan los puntos de corte de clasificación de la anemia en concentración de hemoglobina en niños y niñas hasta los 59 meses de edad.

³ <https://www.hemocue.com>

Tabla 9: Puntos de Corte de Clasificación de la Anemia en niños/as hasta los 59 meses de edad

	Rango normal de hemoglobina (g/dL)	Anémico si la hemoglobina es menor de: (g/dL)	Leve (g/dL)	Moderada (g/dL)	Severa (g/dL)
Al nacimiento (a término)(1)(2)	13,5 -18,5(1)(2)	13,5(1)(2)			
Niños: 0-3 días(4)	15,0 - 20,0(4)				
Niños: 1-2 semanas(4)	12,5 – 18,5(4)				
Niños: 1-6 meses(4)	10,0 – 13,0(4)				
Niños: 2-6 meses(1)(2)	9,5 – 13,5(1)(2)	9,5(1)(2)			
Niños: 6 meses - 6 años(1)(2)	11,0 – 14,0(1)(2)	11,0(1)(2)			
Niños: 6 meses - 59 meses(3)	11,0 – 14,0(1)(2)	11,0(3)	10 – 10,9(3)	7,0 - 9,9(3)	< 7,0(3)

Fuente: (1) Organización Mundial de la Salud. El uso clínico de la sangre: manual de bolsillo. Ginebra. Suiza. 2001; (2) Organización Mundial de la Salud, El uso clínico de la sangre en Medicina general, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y anestesia, trauma y quemaduras, Ginebra, Suiza, 2001; (3) Kraemer K, Zimmerman M. Nutritional Anemia. Sight and Life. Switzerland, 2007; (4) American Academy of Pediatrics. Pediatric Care on Line. Normal Laboratory Values for Children. Disponible en: https://www.pediatriccareonline.org/pco/ub/view/Pediatric-DrugLookup/153930/0/Normal_Laboratory_Values_for_Children, adaptado, CENAN/INS, 2011.

3.1. Procedimiento de aplicación

La aplicación de la ficha sociodemográfica y de los instrumentos de medición del desarrollo infantil serán aplicados a las madres de los niños seleccionados previamente. La secuencia para el recojo de información en cada local de cuidado diurno de la muestra será la siguiente:

- ✓ Explicación y firma del consentimiento informado
- ✓ Aplicación del Módulo DIT a las madres de los niños y niñas de la muestra en el local a cargo del equipo de trabajo de campo.
- ✓ Aplicación del cuestionario socioeconómico a las madres de los niños y niñas de la muestra en el local a cargo del Acompañante Técnico.
- ✓ Dosaje de hemoglobina a los niños y niñas de la muestra en el local a cargo del equipo de trabajo de campo.

Procedimiento de toma de muestra de sangre capilar en niños entre 24-36 meses de edad

Se le pedirá a la madre o responsable del niño/a que se siente cómodamente y que sujete al niño/a adecuadamente sobre sus rodillas, sostenido ligeramente sus brazos para que este no pueda hacer ningún movimiento brusco durante la toma de muestra. Indistinto del lugar de la toma de muestra (talón o dedo índice), asegurar que el lugar este caliente al tacto. Una vez realizado esto, se debe de limpiar la zona de punción con una torunda de algodón húmedo en alcohol antes de realizar la punción capilar. Una vez realizada la punción esta se debe eliminar en una bolsa roja de bioseguridad⁴.

⁴ Teresa Jordan Lechuga. Procedimiento para la Determinación de la Hemoglobina mediante Hemoglobínómetro Portatil – Guía Técnica. Ministerio de Salud del Perú, Instituto Nacional de Salud, 2013.

4. Ética

La madre o responsable del niño/a deberá ser informada sobre el objetivo del estudio, el tipo de información que se solicitará y todos los procedimientos a los que será sometido el niño o niña durante el recojo de información, luego de lo cual se le solicitará de manera voluntaria su participación en el estudio y la firma de un formato de consentimiento informado en señal de aprobación. Este procedimiento lo realizará el personal de trabajo de campo. El personal deberá leer junto con la madre o responsable el contenido íntegro del consentimiento informado antes de proceder a tomar la firma de la madre o responsable.

El día de la evaluación, el evaluador volverá a confirmar la naturaleza voluntaria de la participación de la madre y su hijo/a. En el Anexo 2 se presenta una propuesta de formato de consentimiento informado.

5. Línea de tiempo de la evaluación

El diseño de la evaluación de impacto del piloto contempla mediciones en dos momentos del tiempo. Una primera medición de línea de base realizada en el segundo semestre del año 2018 y una segunda medición de línea de seguimiento programada para el segundo semestre del año 2019. El siguiente gráfico muestra los principales hitos de la evaluación.

Gráfico 4: Línea de tiempo actualizada (*)



(*) Al 09/09/2019

La Tabla 10 muestra un cronograma para el desarrollo de las actividades conducentes al estudio de evaluación de impacto del Piloto.

Tabla 10: Cronograma de la línea de base para la evaluación

COMPONENTE	ACTIVIDAD	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6				MES 7			
		S1	S2	S3	S4																								
Recojo de información	Diseño de evaluación: Elaboración de nota metodológica, diseño muestral, teoría de cambio, indicadores	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
	Elaboración de instrumentos para el recojo de datos									■	■	■	■																
	Elaboración de manuales, protocolos y estrategia de recojo de información en campo									■	■	■	■																
	Capacitación del personal de campo													■															
	Operativo de campo													■	■	■	■	■	■	■	■								
	Procesamiento y consistencia de datos																	■	■	■	■	■	■	■	■				
Informe de línea de base	Análisis de la información y elaboración de informe preliminar																					■	■	■	■				
	Elaboración de informe final																									■	■	■	■

6. Referencias bibliográficas

Contraloría General de la República (2015). Auditoría de Desempeño al Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más. Lima, Perú.

Deheija y Whaba (1999) Causal Effects in Nonexperimental Studies: Reevaluating the Evaluation of Training Programs. Journal of the American Statistical Association, Vol. 94, No. 449.

MIDIS (2015). Consultoría para el diseño de la versión final del módulo de medición del Desarrollo Infantil Temprano para su implementación en la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Estudio realizado por Magaly Nóbrega de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

MIDIS (2017). Evaluación de impacto del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más. Estudio realizado por Gabriela Guerrero y Juan León del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE).

Anexo 1

Módulo DIT ENDES – Tramo 4: 24 – 36 meses

478H1	<p>Cuando (NOMBRE) habla ¿dice frases con un sujeto y una acción como “bebé llora”?</p> <p>SI LA MADRE RESPONDE SÍ, PREGUNTE:</p> <p>Por ejemplo ¿qué frases dice?</p> <p>MARQUE SÍ CUANDO LA MADRE REPORTE UNA FRASE QUE TIENE POR LO MENOS UN SUJETO Y UN VERBO O ACCIÓN.</p>	<p>(1) SI</p> <p>(2) NO</p> <p>(8) NR/NS</p>
478H2	<p>Cuando (NOMBRE) habla ¿dice oraciones como “vamos a la casa”, “dónde está la abuela”, “mi mamá es linda”?</p> <p>SI LA MADRE RESPONDE SÍ, PREGUNTE:</p> <p>Por ejemplo ¿qué oraciones dice?</p> <p>MARQUE SÍ CUANDO LA MADRE REPORTE UNA ORACIÓN QUE INCLUYE ARTÍCULOS (POR EJEMPLO EL, LA, LOS) Y(O) PREPOSICIONES (POR EJEMPLO MI, PARA, EN).</p>	<p>(1) SI</p> <p>(2) NO</p> <p>(8) NR/NS</p>
478H3	<p>(NOMBRE) ¿entiende palabras que indican la posición de las cosas como “dentro” y “fuera” o “encima” y “debajo”?</p>	<p>(1) SI</p> <p>(2) NO</p> <p>(8) NR/NS</p>
478H4	<p>(NOMBRE) generalmente ¿“participa” en las conversaciones con adultos?</p> <p>SIEMPRE LEA:</p> <p>Por ejemplo, su hija(o) pregunta o responde o se expresa verbalmente como parte de la conversación de los adultos.</p>	<p>(1) SI</p> <p>(2) NO</p> <p>(8) NR/NS</p>
478H5	<p>Cuando (NOMBRE) hace un garabato o dibujo ¿dice lo que dibujó?</p> <p>SIEMPRE LEA:</p> <p>Por ejemplo, le dice que ha dibujado a una mamá, a una niña o un carro aunque su dibujo no se parezca a ninguno de estos objetos.</p>	<p>(1) SI</p> <p>(2) NO</p> <p>(8) NR/NS</p>
478H6	<p>(NOMBRE) ¿imita lo que hace una persona o personaje cuando esta (este) no se encuentra presente?</p> <p>DE SER NECESARIO, LEA:</p>	<p>(1) SI</p> <p>(2) NO</p> <p>(8) NR/NS</p>

	Por ejemplo, su hija(o) imita lo que hace o dice su tía(o) cuando ella (él) no está o imita a un personaje como el hombre araña cuando no lo ve	
478H7	(NOMBRE) ¿ le habla a sus muñecos o juguetes? REFIERE A SI LA (EL) NIÑA (O) HABLA CON SUS JUGUETES CUANDO JUEGA.	(1) SI (2) NO (8) NR/NS
478H8	En casa (NOMBRE) tiene: A. ¿Materiales especialmente hechos para jugar como una pelota o una muñeca? DE SER NECESARIO, LEA: Considere si en casa tiene materiales que solo pueden ser usados de una forma específica para jugar, como cubos, pelotas, rompecabezas, muñecos, etc.	(1) SI (2) NO (8) NR/NS
	B. ¿Y tiene otros materiales con los que puede jugar como bloques, palitos, botellas, lápices o algún tipo de papel? DE SER NECESARIO, LEA: Considere si en casa tiene materiales que pueden ser utilizados de diferentes formas al jugar como lápices, papeles, plastilinas, objetos de la casa (ollas, botellas de plástico), objetos de origen natural (conchas, palitos, plantas).	(1) SI (2) NO (8) NR/NS
478H9	(NOMBRE) ¿llora, grita o hace berrinche la mayor parte del tiempo ?	(1) SI (2) NO (8) NR/NS
478H10	Cuando (NOMBRE) quiere algo y usted le dice que espere, generalmente ¿espera "tranquila(o)"?	(1) SI ESPERA TRANQUILAMENTE (2) SI ESPERA PERO NO TRANQUILAMENTE (3) NO ESPERA (8) NR/NS
478H11	Cuando (NOMBRE) quiere algo y usted le dice que NO, generalmente ¿se hace daño, agrade a los demás o daña las cosas?	(1) SI (2) NO (8) NR/NS
478H12		(1) CASI DIARIO

	<p>En los últimos 15 días, ¿Cuántas veces usted le ha dado un palmazo, le ha jalado de los cabellos o la oreja o le ha golpeado con un objeto en cualquier parte de su cuerpo a (NOMBRE), de 1 a 3 veces, de 4 a 6 veces o más de 6 veces?</p>	<p>(2) UNA VEZ A LA SEMANA (3) UNA VEZ AL MES (4) CASI NUNCA (5) NUNCA (8) NR/NS</p>
--	---	--

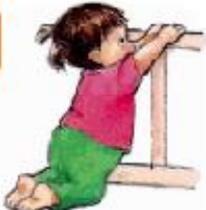
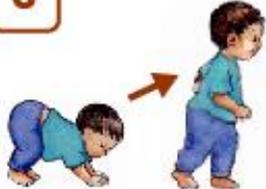
Tramo 2: 13 – 18 meses (versión a adaptar)

<p>478F1</p>	<p>MUESTRE LA CARTILLA 2.</p> <p>De estas figuras, ¿cuál o cuáles son las que (NOMBRE) generalmente realiza?</p> <p>LEA EN VOZ ALTA LA(S) OPCIÓN(ES) ELEGIDA(S) Y CIRCULE LA DE MAYOR NUMERACIÓN QUE GENERALMENTE REALIZA LA(EL) NIÑA(O).</p>	<p>(1) SE SIENTA SIN APOYARSE EN OBJETOS Y SOSTIENE LA CABEZA (2) SE PONE DE PIE AGARRÁNDOSE DE ALGO (3) DA UNOS PASOS AGARRÁNDOSE DE ALGO (4) SE PONE DE PIE SIN AGARRARSE DE NADA (5) CAMINA SOLA/O CON SOLTURA (6) SE AGACHA AL SUELO Y SE VUELVE A PARAR SOLA/O (8) NR/NS</p>
<p>478F2</p>	<p>En el lugar donde (NOMBRE) generalmente juega:</p> <p>A. ¿Hay objetos pesados que le pueden caer encima?</p> <p>B. ¿Hay objetos con los que se puede cortar?</p> <p>C. El lugar donde generalmente juega ¿está cerca de desperdicios o basura como restos de alimentos?</p>	<p>(1) SI (2) NO (8) NR/NS</p> <p>(1) SI (2) NO (8) NR/NS</p> <p>(1) SI (2) NO (8) NR/NS</p> <p>(1) SI</p>

D. En ese lugar ¿hay elementos tóxicos como detergentes, insecticidas al alcance de (NOMBRE)?	(2) NO (8) NR/NS
E. El lugar donde generalmente juega ¿está fuera de la casa y cerca de pistas, carreteras, acequias o abismos?	(1) SI (2) NO (8) NR/NS

.path

Cartilla 2: Tramo 2 de 13 a 18 meses de edad

<p>1</p>  <p>Se sienta sin apoyarse en objetos y sostiene la cabeza</p>	<p>2</p>  <p>Se pone de pie agarrándose de algo</p>
<p>3</p>  <p>Da unos pasos agarrándose de algo</p>	<p>4</p>  <p>Se pone de pie sin agarrarse de nada</p>
<p>5</p>  <p>Camina solo con sofitura</p>	<p>6</p>  <p>Se agacha al suelo y se vuelve a parar solo</p>

Anexo 2: Consentimiento informado

Estimada madre o responsable del menor:

El Programa Nacional Cuna Más está realizando un estudio para conocer cómo están creciendo y desarrollándose los niños y niñas usuarios del Servicio de Cuidado Diurno.

Le haremos varias preguntas sobre la salud y alimentación de su hija/o, y también realizaremos un examen de sangre para descartar anemia. Finalmente, realizaremos algunas actividades y juegos con su hijo/a para ver cómo están creciendo y aprendiendo.

Toda la información que nos proporcione es estrictamente confidencial, su nombre y el de su familia no aparecerá en ningún documento. Lo que usted nos diga no afectará la participación de su hogar en el Programa Cuna Más ni en ningún programa social.

Su colaboración es muy importante para este estudio y es voluntaria, ya que la información que nos brinde servirá para entender sus necesidades y mejorar los programas dirigidos a los niños y niñas en su comunidad y en el país.

Si usted desea participar, por favor llene y firme este documento.

CERTIFICACIÓN:

Yo [NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE O RESPONSABLE] con DNI N°
.....
..... **acepto voluntariamente dar información al personal acreditado por el Programa Nacional Cuna Más sobre el desarrollo, cuidado y crianza de mi hijo(a), así como la aplicación de un examen de hemoglobina.**

He recibido una explicación clara sobre el objetivo del estudio, el contenido de la encuesta y la prueba de sangre que le realizarán a mi hijo(a).

Firma de la madre o responsable _____

Firma del Encuestador/a _____

Nombre del Encuestador/a: _____

Fecha: _____