

INFORME RESULTADOS EVALUACIONES

PRIMERA RONDA ENCUESTA LONGITUDINAL DE LA PRIMERA INFANCIA

Departamento de Economía
Universidad de Chile

Diagonal Paraguay 257, torre 26,
of. 1601 · Santiago, Chile

☎ (56-2) 978 34 21

www.microdatos.cl

INDICE

I. Introducción.....	3
II. Principales Resultados.....	4
II.1 Evaluación Niños(as) Seleccionados(as).....	4
II.1.1 Área Desarrollo Psicomotor.....	5
II.1.2. Área Socioemocional.....	26
II.1.3 Medidas Antropométricas	42
II.2 Evaluación Cuidadores(as) Principales.....	47
II.2.1 Área Cognitiva	48
II.2.2 Área Socioemocional.....	55
II.2.3 Medidas Antropométricas	60
II.3 Relación entre distintos instrumentos aplicados.....	62
II.3.1 Relación entre instrumentos aplicados a niños(as)	62
II.3.2 Relación entre instrumentos aplicados a cuidador(a) principal y niños(as).....	64
II.4 Evaluación del Hogar	68
II.4.1 Resultados Adaptación HOME (HOME1).....	68
III. Referencias	74

I. Introducción

Este documento presenta los principales resultados obtenidos a partir de la batería de instrumentos aplicados a los(las) niños(as) seleccionados(as) y su cuidador(a) principal en el hogar que participaron de la primera ronda de la Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia (ELPI).

El objetivo de este informe es caracterizar, según la batería de instrumentos aplicados, a la población en estudio.

En un inicio se describirán los resultados obtenidos para cada instrumento por los(las) niños(as), comenzando por el área del desarrollo psicomotor, para seguir con los instrumentos aplicados para evaluar el área socioemocional. Por último, se describirán los resultados de las medidas antropométricas realizadas durante la evaluación.

Una segunda sección analizará los resultados obtenidos a partir de los instrumentos aplicados al(a la) cuidador(a) principal del(de la) niño(a) seleccionado(a). Éstos tienen como objetivo evaluar, por una parte, las habilidades cognitivas, como por otra parte, las habilidades socioemocionales o no cognitivas. Además, se describirá la medida antropométrica realizada a los(las) cuidadores(as) principales de los(las) niños(as) evaluados(as), a través del Índice de Masa Corporal (IMC).

Para mayor información de los resultados en la página web www.elpi.cl encontrarán informes de Presentación, Muestra y Factores de Expansión, Resultados de Encuestas e Informe Metodológico para la primera y segunda ronda de la ELPI. Adicionalmente se pueden descargar las bases de datos de la ELPI 2010 y 2012 con su respectivo Manual de Usuario.

II. Principales Resultados

El objetivo de esta sección es la de caracterizar a la población en estudio de acuerdo a los diferentes instrumentos aplicados y a la información recopilada en las visitas a los hogares.

Para el análisis de esta sección se presentarán los resultados expandidos (utilizando el factor de expansión que corresponde en cada caso), sin embargo las frecuencias presentadas en los cuadros que identifican el número total de evaluaciones realizadas (Cuadro II.1.1 y II.2.1) son a nivel muestral. Adicionalmente, en cada tabla de niño(a) e contingencia que sea necesario se presentará el estadístico de asociación Chi¹.

II.1 Evaluación Niños(as) Seleccionados(as)

Los(Las) niños(as) son evaluados(as) en tres áreas: desarrollo psicomotor, socioemocional y antropométrica. Para todas se seleccionaron instrumentos que cumplen con el objetivo de evaluar cada área acorde a la edad del(de la) niño(a) seleccionado(a).

A continuación se señalan los instrumentos aplicados además de la cantidad de niños(as) de la muestra a los cuales se les aplicó cada uno de dichos instrumentos.

¹ El estadístico de Chi cuadrado mide el grado de asociación existente entre dos variables, en particular éste estadístico permite verificar el grado de independencia entre dos variables. La hipótesis nula es que las variables comprometidas son independientes, por lo que rechazar ésta hipótesis entrega evidencia de dependencia estadística entre las variables.

Cuadro II.1.1: Batería de Instrumentos de Evaluación Niños(as)

	Instrumento	Tramo de edad	N Aplicable	N Aplicado ²
Desarrollo Psicomotor	EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor)	6 – 23 meses, 30 días	4.901	4.868
	BDI (Inventario de Desarrollo Battelle)	6 – 23 meses, 30 días	4.901	4.869
	TEPSI (Test de Desarrollo Psicomotor)	24 meses- 59 meses, 30 días	9.260	9.167
	TVIP (Test de Vocabulario en Imágenes Peabody)	30 meses- 59 meses, 30 días	7.343	7.282
Socioemocional	ASQ:SE. 6 meses	6 – 8 meses, 30 días	105	105
	ASQ:SE. 12 meses	9 – 14 meses, 30 días	1.768	1.754
	ASQ:SE. 18 meses	15 –17 meses, 30 días	1.057	1.036
	CBCL1	18- 59 meses, 30 días	11.231	11.193
Medidas Antropométrica	Altura	6 – 59 meses, 30 días	14.161	13.220
	Peso		14.161	13.319
	Circunferencia Craneal		14.161	13.554

II.1.1 Área Desarrollo Psicomotor

Para evaluar el nivel o grado de desarrollo psicomotor de los(las) niños(as), se utilizaron cuatro instrumentos dependiendo de su edad. Para los(las) niños(as) entre 6 meses y 23 meses y 30 días, se utilizó la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) y el Inventario de Desarrollo Battelle (BDI). El Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI), fue seleccionado para evaluar a los(las) niños(as) de edades

² Las diferencias entre los números de niños(as) aplicables para el instrumento y los efectivamente aplicados se debe principalmente a dos motivos: niños(as) que presentaron alguna discapacidad por lo que se aplicó filtro para no realizar la evaluación de algunos instrumentos, o a dificultades surgidas durante la aplicación del terreno tales como mal ingreso de fecha de nacimiento, o programación informática de instrumento de recolección de información empleados, o interrupción de la evaluación por parte de los sujetos evaluados(as).

comprendidas entre los 24 meses y 5 años. Por último, para los(las) niños(as) de entre 30 meses y 5 años, se seleccionó el Test de Vocabulario en Imágenes Peabody, adaptación Hispanoamericana (TVIP).

Los resultados obtenidos se describen a continuación.

1. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 2008)

La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) mide el rendimiento frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor.

Para administrar y luego puntuar la EEDP, primero se debe obtener la Edad Cronológica (EC) para determinar el mes de iniciación del instrumento, y el cuadro de conversión a utilizar. Lo anterior es expresado en días (multiplicando siempre los meses de edad por 30), lo que sirve para determinar el rendimiento del(de la) niño(a), y en meses, considerando el mes desde el día 16 del mes anterior, o sea, tiene 10 meses desde los 9 meses y 16 días a los 10 meses y 15 días (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 2008).

La prueba se inicia con el mes anterior al de la EC. Si el(la) niño(a) fracasa en cualquier ítem del mes anterior a su edad, el(la) evaluador(a) debe continuar descendiendo en los meses hasta que el(la) niño(a) logre contestar con éxito los 5 ítems del nivel (mes base) (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 2008).

Posteriormente, se administran los ítems de los meses superiores, comenzando con los de la EC del(de la) niño(a). Si el(la) niño(a) responde con éxito 1 o más ítems, se prosigue con los superiores de la misma forma hasta que se fracase en todos los ítems de un determinado mes (techo) (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 2008).

La Edad Mental (EM) es el puntaje que obtiene el(la) niño(a) en el instrumento y lo que denominamos puntaje bruto del instrumento. Se otorga este puntaje a los ítems aprobados en el instrumento, según se indica a continuación:

- El mes mayor en que el(la) niño(a) responde con éxito los cinco ítems, es considerado mes base y se multiplica por 30. Si el(la) niño(a) falla en algún ítem del primer mes, no se calcula el mes base y se procede a sumar todos los puntos obtenidos.
- Luego por cada uno de los ítems respondidos favorablemente (puntaje adicional), se anota el puntaje indicado ponderado sea éste 6, 12 ó 18, según el mes.

Luego se obtiene la Razón entre Edad Mental y Edad Cronológica, para la cual se divide el puntaje bruto obtenido en el instrumento (EM) por la EC del(de la) niño(a) en días.

Para la conversión de la Razón entre EM y EC a Coeficiente de Desarrollo, entendido como puntaje estándar, se debe buscar la razón EM/EC, en el cuadro correspondiente a la edad del(de la) niño(a). Los cuadros de conversión de EM/EC a resultado estándar (puntaje T), pueden consultarse en Rodríguez, Arancibia y Undurraga (2008).

Un(Una) niño(a) cuyo desarrollo psicomotor está de acuerdo a lo esperado para su edad debería obtener un Coeficiente de Desarrollo (puntaje T) cercano al promedio (100), hasta una desviación estándar (85); se considera de riesgo al(a la) niño(a) que obtiene un coeficiente entre una y dos desviaciones estándar bajo el promedio; y con retraso a aquel que se ubica a más de dos desviaciones estándar (70).

En resumen, la interpretación de Puntajes T EEDP es definido por el Coeficiente de Desarrollo como sigue:

Cuadro II.1.2: Interpretación de Puntajes T EEDP³

Interpretación	Puntaje T
Retraso	Menor o igual a 0,69
Riesgo	Entre 0,70 y 0,84
Normal	Mayor o igual a 0,85

³ Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 2008).

a. Escala Total

Este instrumento fue administrado a 4.868 niños(as) entre 6 y 23 meses y 30 días, obteniendo un promedio de 0,9 puntos y una desviación estándar de 0,2.

De los(las) niños(as) evaluados(as), un 72,4% de ellos(as) se encuentra dentro del rango denominado como Normal, lo cual implica que no presentan retraso o riesgo de éste en su desarrollo psicomotriz.

Cuadro II.1.3: Resultados Estándar (puntaje T) EEDP

Observaciones	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
4.868	0,9	0,2	0,01	1,86

Por otra parte, según los resultados obtenidos para todas las áreas que esta escala evalúa, un 19,3% de los(las) niños(as) poseería un riesgo de presentar retraso psicomotor.

Como se puede observar en el Cuadro II.1.4, un 8,3% de los(las) niños(as) evaluados(as), presentaría retraso psicomotor.

Cuadro II.1.4: Resultados Interpretación EEDP

Interpretación EEDP	Frecuencia	Porcentaje
Retraso	406	8,3
Riesgo	941	19,3
Normal	3.521	72,4
Total	4.868	100,0

Estos resultados son coincidentes con la aplicación realizada por CEDEP en 1997 para la evaluación del impacto del programa "Conozca a su hijo"⁴. En esta evaluación se aplicó la EEDP a 200 niños(as) entre 0 y 2 años. Del total de niños(as) evaluados(as) un 9,1% presentó Retraso, 18,2% Riesgo y 72,7% estaba en el rango Normal.

⁴ MINEDUC-CEDEP, (2001).

Al desagregar los resultados obtenidos por quintil de ingreso del hogar, se obtiene que la proporción de niños(as) en retraso disminuye en la medida que el quintil de ingreso aumenta. Asimismo, los quintiles más bajos, presentan menor proporción de niños(as) con resultados calificados como normales, mientras que los(las) niños(as) pertenecientes a los dos quintiles más altos, muestran una proporción más alta de niños(as) en el rango de normalidad.

Cuadro II.1.5: Resultados Interpretación EEDP por Quintil de Ingreso

Quintil de ingreso						
Interpretación EEDP	I	II	III	IV	V	Total
Retraso	9,1	9,0	8,7	7,9	6,9	8,3
Riesgo	21,9	20,7	20,8	17,4	16,5	19,3
Normal	69,0	70,3	70,5	74,7	76,6	72,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=15.606538 Pr = 0.04837073						

Según la ocupación del(de la) cuidador(a) principal, se puede observar que los resultados son similares para las 3 situaciones ocupacionales del(de la) cuidador(a) principal señaladas.

Cuadro II.1.6: Resultados Interpretación EEDP por Situación Ocupacional del(de la) Cuidador(a) Principal

Situación Ocupacional Cuidador(a) Principal				
Interpretación EEDP	Ocupado	Desocupado	Inactivo	Total
Retraso	8,1	9,1	8,3	8,3
Riesgo	18,6	18,7	20,0	19,3
Normal	73,3	72,2	71,7	72,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2= 1.6585693 Pr =0.79822908				

Al desagregar los puntajes estándar obtenidos de la razón entre EM y EC por los(las) niños(as) evaluados(as), resulta que a medida que el quintil de ingreso aumenta, también lo hace el promedio de los(las) niños(as).

2. Inventario de Desarrollo Battelle (BDI), (De la Cruz y González, 1998)

Este instrumento evalúa áreas del desarrollo psicomotor, las cuales son: Personal/Social, Adaptativa, Motora, Comunicación y Cognitiva. Cada una de las áreas mencionadas cuenta con sub áreas.

Se comienza la aplicación en el punto sugerido para el inicio, es decir, en el primer ítem correspondiente a la edad de desarrollo estimada para el(la) niño(a). Si en el punto de inicio adecuado para la edad no hay ítems, se comienza en el rango de edad siguiente. Los ítems se puntúan con 2, 1 ó 0, de acuerdo a los criterios de puntuación del manual (De la Cruz y González, 1998).

Para cada sub área se debe determinar el umbral y el techo. El umbral lo determina aquel ítem por debajo del cual el(la) niño(a) recibe 2 puntos en todos los ítems de ese nivel de edad. Se alcanza el techo cuando se llega al ítem por encima del cual se obtiene una puntuación cero en dos ítems consecutivos. Se avanza en los ítems hasta encontrar el techo, es decir, puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad. No se debe continuar con los ítems siguientes de ese nivel. Si en el nivel de la edad de inicio se obtiene puntuación 2 en dos ítems consecutivos o puntuación 2 en el único ítem del nivel, se establece el Umbral y se pasa a la siguiente sub área. Si no se logra establecer el umbral (puntaje 2 en dos ítems consecutivos) en el nivel de edad en que se comenzó, se debe ir al mes anterior. En éste debe obtener puntuación 2 en todos los ítems del rango de edad, de lo contrario, se debe continuar retrocediendo nivel a nivel, hasta llegar a uno en que el(la) niño(a) obtenga la puntuación 2 en todos los ítems del nivel. Una vez establecido el umbral y el techo se continúa con la siguiente sub área (De la Cruz y González, 1998).

La puntuación directa o puntaje bruto de cada sub área se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem (2 ó 1) desde el umbral hasta el techo definitivo y se le suma las puntuaciones máximas correspondientes a los ítems por debajo del umbral (2 puntos cada uno) (De la Cruz y González, 1998).

La suma de las puntuaciones directas o brutas de cada sub área permite calcular la puntuación bruta total del área. Luego el puntaje bruto se traslada a puntaje T, según

la edad de cada niño(a). En De la Cruz y González (1998) se encuentran los cuadros de conversión.

De este modo, se clasifica el desarrollo de los(las) niños(as) evaluados(as), en tres categorías: puntos fuertes, normal y puntos débiles. A continuación se puede observar la tabla que resume la interpretación de los puntajes T.

Cuadro II.1.7: Resultados Estándar (puntaje T) Battelle

Observaciones	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
4.868	45,8	13,3	27	69

Cuadro II.1.8: Interpretación de Puntajes T Battelle⁵

Interpretación	Puntaje T
Puntos Fuertes	65 o más
Normal	Entre 36 y 65
Puntos Débiles	35 o menos

A continuación se describirán los resultados obtenidos por los(las) niños(as) evaluados(as) en las áreas mencionadas.

a. Área Personal/Social

Esta área evalúa las capacidades y características que permiten al(a la) niño(a) establecer interacciones sociales significativas.

⁵ Para mayor información ver informe "Metodológico Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia" disponible en www.elpi.cl.

Cuadro II.1.9: Resultados Interpretación Battelle Área Personal/Social

Interpretación Battelle	Frecuencia	Porcentaje
Puntos Débiles	752	15,4
Normal	3.293	67,7
Puntos Fuertes	824	16,9
Total	4.869	100,0

Un 67,7% de los(las) niños(as) evaluados(as) con este instrumento se encuentra en situación normal para esta área. Por otra parte, un 16,9% de los(las) niños(as) obtuvieron puntajes que los ubicaron en puntos fuertes, y un 15,4% de niños(as) se encuentra en puntos débiles.

b. Área Adaptativa

Aprecia la capacidad del(de la) niño(a) para utilizar la información y las habilidades evaluadas en las otras áreas. Evalúa las habilidades de autoayuda y las tareas que dichas habilidades requieren. Las primeras son las conductas que permiten al(a) niño(a) ser cada vez más independiente para alimentarse, vestirse y asearse. Las segundas suponen la capacidad del(de la) niño(a) para prestar atención a estímulos específicos durante períodos de tiempo cada vez más largos, para asumir responsabilidades personales en sus acciones e iniciar actividades con un fin determinado, actuando apropiadamente para completarlas.

Como se puede observar en el Cuadro II.1.10, un 56,1% de los(las) niños(as) evaluados(as) se encuentra en situación normal. Por su parte un 22,7% de ellos se encuentra en puntos débiles en el área adaptativa y un 21,2% de los(las) niños(as) obtuvieron puntajes que los ubican en puntos fuertes.

Cuadro II.1.10: Resultados Interpretación Battelle Área Adaptativa

Interpretación Battelle	Frecuencia	Porcentaje
Puntos Débiles	1.108	22,7
Normal	2.729	56,1
Puntos Fuertes	1.032	21,2
Total	4.869	100,0

c. Área Motora

Esta área evalúa el desarrollo motor grueso y la capacidad del(de la) niño(a) para usar y controlar los músculos del cuerpo (desarrollo motor grueso y fino).

Como se puede observar en el siguiente cuadro, un 52,7% de los(las) niños(as) evaluados(as) se encuentra entre en situación normal. Por su parte un 38,0% de ellos se encuentra en puntos débiles y un 9,3% de los(las) niños(as) obtuvieron puntajes que los ubican en puntos fuertes.

Cuadro II.1.11: Resultados Interpretación Battelle Área Motora

Interpretación Battelle	Frecuencia	Porcentaje
Puntos Débiles	1.849	38,0
Normal	2.566	52,7
Puntos Fuertes	454	9,3
Total	4.869	100,0

d. Área Comunicación

Se aprecia la recepción y expresión de información, pensamientos e ideas por medios verbales y no verbales.

Como se puede observar en el Cuadro II.1.12, un 60,8% de los(las) niños(as) evaluados(as) se encuentra entre en situación normal. Por su parte un 37,5% de ellos se encuentra en puntos débiles y un 1,7% de los(las) niños(as) obtuvieron puntajes que los ubican en puntos fuertes.

Cuadro II.1.12: Resultados Interpretación Battelle Área Comunicación

Interpretación Battelle	Frecuencia	Porcentaje
Puntos Débiles	1.827	37,5
Normal	2.959	60,8
Puntos Fuertes	83	1,7
Total	4.869	100,0

e. Área Cognitiva

Aprecia habilidades y capacidades de tipo conceptual. Un 68,7% de los(las) niños(as) evaluados(as) se encuentra situación normal. Por su parte un 27,1% de ellos se encuentra en puntos débiles y un 4,2% de los(las) niños(as) obtuvieron puntajes que los ubican en puntos fuertes.

Cuadro II.1.13: Resultados Interpretación Battelle Área Cognitiva

Interpretación Battelle	Frecuencia	Porcentaje
Puntos Débiles	1.317	27,1
Normal	3.345	68,7
Puntos Fuertes	207	4,2
Total	4.869	100,0

f. Escala Total

Como se puede observar en el Cuadro II.1.14, en la escala total del Inventario Battelle, de los(las) niños(as) evaluados(as), el resultado obtenido por un 63,7%, de ellos puede calificarse como situación normal, mientras que un 26,1% estaría en el rango que incluye los puntos débiles y un 10,2% de ellos en una puntos fuertes.

Cuadro II.1.14: Resultados Interpretación Battelle Total

Interpretación Battelle	Frecuencia	Porcentaje
Puntos Débiles	1.270	26,1
Normal	3.103	63,7
Puntos Fuertes	496	10,2
Total	4.869	100,0

Los resultados presentados en esta aplicación del instrumento Battelle son un poco más bajos de los resultados de las evaluaciones recientes a Junji (2007) y Fundación Integra (2006) realizadas por CEDEP⁶.

⁶ Edwards, M et al (2007).

Para evaluar la aplicación del nuevo currículum en salas de Primer Ciclo de jardines de Primera Cohorte de Fundación Integra, CEDEP aplicó algunas sub áreas del Inventario Battelle a una muestra de 686 niños(as). El resultado arroja que un 70% de los(las) niños(as) se encuentra en rango de normalidad. Las diferencias en los resultados de dicha aplicación con la presente se debería principalmente a la diferencia en la cantidad de ítems aplicados y en el puntaje de corte aplicado para la interpretación. El instrumento aplicado en la ELPI consideró todas las escalas del inventario Battelle hasta el tramo de edad de dos años y el detalle del cálculo de los puntajes de corte utilizados se describen en el informe "Metodológico Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia" disponible en www.elpi.cl.

Al desagregar los resultados obtenidos, se observa que el porcentaje de niños(as) en situación normal es similar para los cuatro primeros quintiles de ingreso, siendo más alta para el quintil V.

Cuadro II.1.15: Resultados Interpretación Battelle por Quintil de Ingreso

Quintil de ingreso						
Interpretación Battelle	I	II	III	IV	V	Total
Puntos Débiles	28,6	27,2	27,5	26,2	21,6	26,1
Normal	61,3	62,4	63,7	63,9	66,8	63,7
Puntos Fuertes	10,1	10,4	8,8	9,9	11,6	10,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson $\chi^2=16.573356$ Pr = 0.03487134						

El Cuadro II.1.16 muestra los resultados obtenidos por los(las) niños(as) según la situación ocupacional del(de la) cuidador(a) principal. Se indica que la proporción de niños(as) en situación normal no varía entre una situación y otra.

Cuadro II.1.16: Resultados Interpretación Battelle por Situación Ocupacional del(de la) Cuidador(a) Principal

Situación Ocupacional Cuidador(a) Principal				
Interpretación Battelle	Ocupado	Desocupado	Inactivo	Total
Puntos Débiles	25,0	23,1	27,3	26,1
Normal	64,2	65,0	63,2	63,7
Puntos Fuertes	10,8	11,9	9,5	10,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2= 6.1476323 Pr =0.18839095				

3. Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI), (Haeussier y Marchant, 2003)

El TEPSI es un instrumento de tamizaje, es decir, es una evaluación gruesa que permite conocer el nivel de rendimiento en cuanto al desarrollo psicomotor de niños(as) entre dos y cinco años en relación a una norma estadística establecida por grupo de edad, y determinar si este rendimiento es normal o está bajo lo esperado. Lo anterior, a través de la observación de la conducta del(de la) niño(a) frente a situaciones propuestas por el(la) evaluador(a) (Haeussler y Marchant, 2003).

El TEPSI arroja resultados a nivel global o total y también según el área evaluada, las cuales son Coordinación, Lenguaje y Motricidad, como se describirá a continuación.

El instrumento debe administrarse completo a cada niño(a) y en el orden estipulado. Esto quiere decir que se deben administrar todos los ítems de las sub áreas de Coordinación, Lenguaje y Motricidad en el mismo orden referido. No debe suspenderse la administración de sub áreas pese a que el(la) niño(a) fracase en varios ítems sucesivos (Haeussler y Marchant, 2003). Las conductas a evaluar están presentadas de tal forma que frente a cada una de ellas solo existen dos posibilidades: éxito o fracaso. Si la conducta evaluada en el ítem se aprueba, se otorga 1 punto, y si no se aprueba, se otorga 0 punto.

Para puntuar el instrumento se toman las puntuaciones anteriores y se calcula el puntaje bruto. Luego, consultando los cuadros de conversión, tanto para el área Total como para cada sub área, se presentan puntajes T hasta incluir 3 desviaciones estándar (DE) bajo y sobre el promedio (puntajes T entre 20 y 80 aproximadamente) clasificando el desarrollo de los(las) niños(as) en tres categorías. En Haeussler y Marchant (2003) se encuentran los cuadros de conversión de puntaje bruto a puntaje T, según la edad de cada niño(a). Además, se presenta la conversión a puntaje T de cada uno de las sub áreas por edad.

Cuadro II.1.17: Interpretación de Puntajes T TEPSI⁷

Interpretación	Puntaje T
Retraso	Menos de 29
Riesgo	30 - 39
Normal	40 o más

a. Escala Total

Este instrumento fue administrado a 9.167⁸ niños(as) de entre 24 y 59 meses y 30 días, obteniendo un promedio de 54,2 puntos y una desviación estándar de 12,3.

Cuadro II.1.18. Resultados Estándar (puntaje T) TEPSI

Observaciones	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
9.167	54,2	12,3	19	80

⁷ Fuente: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses (Rodríguez, Arancibia y Undurraga, 2008)

⁸ Es importante notar que no todas las sub escalas del instrumento tienen el mismo número de observaciones. Por ejemplo, en la sub escala de lenguaje fue aplicada a 9.204 niños(as) mientras que la sub escala coordinación fue aplicada a 9.167 niños(as).

De los(las) niños(as) evaluados(as), un 88,5% de ellos se encuentra dentro del rango denominado como normal, lo cual implica que no presentan retraso o riesgo de éste en su desarrollo psicomotriz.

Por otra parte, según los resultados obtenidos para todas las áreas que esta escala evalúa, un 8,3% de los(las) niños(as) se encontraría en riesgo de presentar retraso psicomotor.

Cuadro II.1.19: Resultados Interpretación TEPSI Total

Interpretación TEPSI	Frecuencia	Porcentaje
Retraso	291	3,2
Riesgo	764	8,3
Normal	8.112	88,5
Total	9.167	100,0

Como se puede observar en el Cuadro II.1.19, un 3,2% de los(las) niños(as) evaluados(as), presentaría retraso psicomotor.

Los resultados obtenidos son consistentes con los un estudio realizado el año 2003 en la ciudad de Talca⁹, donde se aplicó el instrumento a una muestra de 554 niños(as) que asistían a Jardines Infantiles asociados a la JUNJI. Los resultados muestran un 85,7% de los(las) niños(as) en el rango normal, 9,9% en riesgo y 4,3% en retraso. Del mismo modo, los resultados son similares, aunque un poco más altos en el rango de normalidad, a los reportados por Integra¹⁰ en 1999, en el cual un 84,4% de los(las) niños(as) se encuentra en rango normal, 12,1% en riesgo y 3,5% en retraso.

⁹ Valdés Arriagada, (2003).

¹⁰ MINEDUC, (2002).

Cuadro II.1.20: Resultados Interpretación TEPSI Total por Quintil de Ingreso

Quintil de ingreso						
Interpretación TEPSI	I	II	III	IV	V	Total
Retraso	4,8	3,3	3,3	3,1	1,8	3,2
Riesgo	10,9	10,6	9,5	6,1	5,5	8,3
Normal	83,3	86,1	87,2	90,8	92,7	88,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=97.696366 Pr = 1.261e-17						

En cuanto a los resultados obtenidos por los(las) niños(as) según el quintil de ingreso, se puede observar en el Cuadro II.1.20 que a mayor quintil, es mayor la proporción de niños(as) en el rango de normalidad.

Al analizar los resultados obtenidos por los(las) niños(as), según el nivel educacional de los(las) cuidadores(as) principales, se puede observar en cuidadores(as) trabajando el porcentaje de niños(as) en categoría normal es mayor que en cuidadores(as) desocupados(as) o inactivos(as).

Cuadro II.1.21: Resultados Interpretación TEPSI Total por Situación Ocupacional del(de la) Cuidador(a) Principal

Situación Ocupacional Cuidador(a) Principal				
Interpretación TEPSI	Ocupado	Desocupado	Inactivo	Total
Retraso	2,3	3,6	4,1	3,2
Riesgo	6,6	8,1	10,2	8,3
Normal	91,1	88,3	85,7	88,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2= 59.698475 Pr =3.356e-12				

b. Área Coordinación

Esta área fue administrada a 9.167 niños(as), obteniendo un promedio de 54,5 puntos y una desviación estándar de 13,1.

Cuadro II.1.22: Resultados Estándar (puntaje T) TEPSI Coordinación

Observaciones	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
9.167	54,5	13,1	17	83

Esta área evalúa la habilidad del(de la) niño(a) para coger o manipular objetos y para dibujar, a través de conductas como construir torres con cubos, enhebrar una aguja, reconocer y copiar figuras geométricas, dibujar una figura humana.

Según los resultados obtenidos, un 85,4% de los(las) niños(as) presentan un desarrollo psicomotriz normal en esta área.

A partir de el Cuadro II.1.23, se observa que un 12,2% de los(las) niños(as) evaluados(as) presentaría riesgo de presentar retraso psicomotriz en el área de coordinación.

Asimismo, un 2,4% de los(las) niños(as), obtuvieron resultados que implican un retraso psicomotriz en esta área.

Cuadro II.1.23: Resultados Interpretación TEPSI Coordinación

Interpretación TEPSI	Frecuencia	Porcentaje
Retraso	220	2,4
Riesgo	1118	12,2
Normal	7.829	85,4
Total	9.167	100,0

c. Área Lenguaje

Esta área fue administrada a 9,201¹¹ niños(as), obteniendo un promedio de 51,5 puntos y una desviación estándar de 11,8.

Cuadro II.1.24: Resultados Estándar (puntaje T) TEPSI Lenguaje

¹¹ La diferencia en *n* de niños(as) aplicados con las sub áreas lenguaje y motricidad se debe a la aplicación del filtro de no aplicación en dichas escalas a niños(as) que presentaban alguna dificultad motriz.

Observaciones	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
9.201	51,5	11,8	19	82

Evalúa aspectos de comprensión y de expresión de éste, a través de conductas tales como nombrar objetos, definir palabras, verbalizar acciones o describir escenas representadas en láminas.

De los(las) niños(as) evaluados(as), un 2,9% de ellos presenta retraso de éste en el área lenguaje.

Por su parte, según se observa en el cuadro siguiente, un 13,6% de los(las) niños(as) evaluados(as) presenta riesgo de desarrollar un retraso psicomotriz en esta área.

Cuadro II.1.25: Resultados Interpretación TEPSI Lenguaje

Interpretación TEPSI	Frecuencia	Porcentaje
Retraso	265	2,9
Riesgo	1.245	13,5
Normal	7.691	83,6
Total	9.201	100,0

Un 83,5% de los(las) niños(as), presentaría un desarrollo normal psicomotriz en el área de lenguaje.

d. Área Motricidad

Esta área fue administrada a 9,167 niños(as), obteniendo un promedio de 55,0 puntos y una desviación estándar de 11,4.

Cuadro II.1.26: Resultados estándar (puntaje T) TEPSI Motricidad

Observaciones	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
9.167	55,0	11,4	17	83

El área motricidad evalúa la habilidad del(de la) niño(a) para manejar su propio cuerpo a través de conductas como recoger una pelota, saltar en un pie, caminar en puntas de pies o pararse en un pie por cierto tiempo.

Un 1,5% de los(las) niños(as) presentaría un retraso en el área de motricidad, como se puede observar en el Cuadro II.1.27.

Por su parte, un 6,9% de los(las) niños(as) evaluados(as) presentarían un riesgo de desarrollar retraso en el área de Motricidad. Complementariamente, un 91,6% de los(las) niños(as) evaluados(as) no presenta dificultades, retrasos o riesgo de éste en el área de Motricidad.

Cuadro II.1.27: Resultados Interpretación TEPSI Motricidad

Interpretación TEPSI	Frecuencia	Porcentaje
Retraso	139	1,5
Riesgo	630	6,9
Normal	8.398	91,6
Total	9.167	100,0

4. Test de Vocabulario en Imágenes Peabody, adaptación Hispanoamericana (TVIP), (Dunn, Padilla, Lugo y Dunn, 1986)

El TVIP es el resultado de la adaptación al español del instrumento Peabody Picture Vocabulary Test, de uso masivo en los países de habla inglesa. Ambas versiones se usan con propósitos educativos, clínicos y de investigación. Es un instrumento psicométrico que mide el vocabulario receptivo o auditivo de un individuo.

La administración de el TVIP comienza con una sesión de práctica, en la que para todos los(las) niños(as), se debe partir por la serie: A, B, C, D y E según sea necesario. Se le da una breve explicación de por qué esa es la respuesta correcta. Se repite el reactivo o ítem hasta que el(la) niño(a) obtenga la respuesta correcta. Se continúa con la práctica hasta que haya respondido a tres palabras consecutivas sin ayuda (Dunn, Padilla, Lugo y Dunn, 1986).

Luego de la práctica viene la sección de evaluación, en la que para todos los(las) niños(as) evaluados(as) se debe empezar en el ítem uno, para luego seguir con las siguientes láminas (Dunn, Padilla, Lugo y Dunn, 1986).

Se puntúa 1 por cada ítem correcto (si en la lámina que posee cuatro imágenes señaló la correcta). Por su parte, si el(la) niño(a) contesta de forma errónea se puntúa 0. El criterio de suspensión del instrumento se da si en un intervalo de 8 ítems consecutivos posee 6 respuestas incorrectas (Dunn, Padilla, Lugo y Dunn, 1986).

El instrumento se puntúa, restando del ítem tope el número de errores cometidos dentro del margen crítico del sujeto. Todos los ítems por debajo de la base más alta se cuentan como correctos, aún cuando el sujeto haya cometido errores en esa zona. Todos los ítems por encima del techo más bajo se cuentan como incorrectos, aún cuando el sujeto haya obtenido respuestas correctas en esta zona. La puntuación bruta, se transforma a puntuación estándar (puntaje T), según los cuadros que se encuentran en Dunn, Padilla, Lugo y Dunn (1986). El puntaje T obtenida, puede entenderse a partir de la siguiente interpretación.

Cuadro II.1.28: Interpretación de Puntaje T TVIP¹²

Interpretación	Puntaje T
Puntuación extremadamente baja	55 – 70
Puntuación moderadamente baja	71 – 85
Puntuación promedio baja	86 – 95
Puntuación promedio	96 – 103
Puntuación promedio alta	104 – 115
Puntuación moderadamente alta	116 – 130
Puntuación extremadamente alta	131 -145

El instrumento fue administrado a 7.282 niños(as), obteniendo un promedio de 104,2 puntos y una desviación estándar de 15,6.

¹² Fuente: Manual del Examinador, Test de Vocabulario en imágenes de Peabody. Dunn, Padilla, Lugo y Dunn, (1986).

Cuando II.1.29: Resultados Estándar (puntaje T) TVIP

Observaciones	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
7.282	104,2	15,6	61	145

A partir del cuadro que se encuentra a continuación se puede observar el porcentaje de niños(as) que obtuvo cada una de las interpretaciones mencionadas.

Cuadro II.1.30: Resultados Interpretación TVIP

Interpretación TVIP	Frecuencia	Porcentaje
Extremadamente baja	39	0,5
Moderadamente baja	569	7,8
Promedio Baja	1.298	17,8
Promedio	2.242	30,8
Promedio Alta	1.329	18,3
Moderadamente alta	1.324	18,2
Extremadamente alta	482	6,6
Total	7.282	100,0

De los resultados, se puede comentar que un 26,1% de los(las) niños(as) evaluados(as) presenta una puntuación bajo al promedio, un 30,8% tiene una puntuación promedio. Por su parte un 43,1% de ellos se encuentra por sobre el promedio.

A partir de los quintiles de ingresos y los resultados obtenidos por los(las) niños(as) evaluados(as) con este instrumento, se puede decir que las puntuaciones extremadamente bajas, parecen ser independientes al quintil de ingreso. Sin embargo, para las puntuaciones extremadamente altas, son sensibles a la tendencia que muestra que a mayor ingreso, mejores son los resultados obtenidos.

Cuadro II.1.31: Resultados Interpretación TVIP por Quintil de Ingreso

Quintil de ingreso						
Interpretación TVIP	I	II	III	IV	V	Total
Extremadamente baja	0,9	0,8	0,3	0,4	0,4	0,5
Moderadamente baja	12,2	10,4	8,9	6,1	3,2	7,9
Promedio Baja	21,8	20,6	20,5	17,2	10,7	17,7
Promedio	32,0	34,2	31,4	30,2	27,3	30,8
Promedio Alta	17,2	16,3	18,3	19,6	19,3	18,2
Moderadamente alta	11,7	14,1	15,5	20,1	26,8	18,2
Extremadamente alta	4,2	3,6	5,1	6,4	12,3	6,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=421.96939 Pr = 2.287e-74						

En cuanto al nivel ocupacional de los(las) cuidadores(as) principales, se puede observar en el Cuadro II.1.32, muestra como para los puntajes más altos obtenidos por los(las) niños(as), correspondientes a las categorías de extrema y moderadamente alta, los(las) cuidadores(as) principales estaban ocupados(as).

Cuadro II.1.32: Resultados Interpretación TVIP por Situación Ocupacional del(de la) Cuidador(a) Principal

Situación Ocupacional Cuidador(a) Principal				
Interpretación TVIP	Ocupado	Desocupado	Inactivo	Total
Extremadamente baja	0,5	0,9	0,6	0,5
Moderadamente baja	6,3	6,3	9,8	7,9
Promedio Baja	14,9	19,4	20,7	17,7
Promedio	30,2	35,2	30,8	30,8
Promedio Alta	18,8	19,4	17,4	18,2
Moderadamente alta	21,3	13,8	15,3	18,2
Extremadamente alta	8,0	5,0	5,4	6,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=112,76457 Pr =1,697e-18				

II.1.2. Área Socioemocional

Los instrumentos seleccionados para evaluar el área socioemocional de los(las) niños(as) de 6 a 17 meses 30 días es el Ages & Stages Questionnaires: Social Emotional (ASQ:SE). Por su parte, el instrumento seleccionado para evaluar a los(las) niños(as) de entre 18 meses y 5 años es el Child Behavior Checklist 1 ½ - 5 (CBCL1). Ambos instrumentos son de auto-reporte, es decir, fueron respondidos por el(la) cuidador(a) principal de cada niño(a) evaluado(a).

Los resultados obtenidos para ambos instrumentos se describen a continuación.

1. Ages & Stages Questionnaire: Social Emotional (ASQ: SE), (Squires, Bricker y Twombly, 2006)

El ASQ:SE, cuenta con versiones adecuadas a las edades y logros socioemocionales según la edad del(de la) niño(a) evaluado(a). De esta manera, existen versiones para cubrir desde los 6 a los 60 meses. En la ELPI se utilizan sólo las versiones de 6 a 18 meses ya que para niños(as) mayores a 18 meses el instrumento de evaluación empleado es el CBCL1.

La administración es igual para todas las versiones de los instrumentos ASQ: SE. Se le pide al(a la) cuidador(a) principal que conteste las preguntas según lo que ha visto en el(la) niño(a). Las alternativas de respuesta son: La mayoría de las veces (0 puntos), algunas veces (5 puntos) o rara vez o nunca (10 puntos). Luego se le pasa al(a la) cuidador(a) principal una lámina en la que aparecen las alternativas de respuesta, para que las recuerde mejor.

Por su parte el(la) evaluador(a) debe marcar la alternativa expresada por el(la) cuidador(a) principal frente a las preguntas, aparte de las alternativas, también se puede marcar si esto es un motivo de preocupación para el(la) cuidador(a) principal. Esta es una alternativa complementaria, por lo tanto, si el(la) cuidador(a) principal lo reporta, igual tiene que marcar una de las alternativas de frecuencia.

Los puntajes obtenidos se suman y se obtiene el puntaje bruto y se compara con el puntaje límite establecido para cada una de las versiones del instrumento utilizadas. Si el puntaje obtenido por el(la) niño(a) supera el puntaje límite establecido se califica al(a la) niño(a) como con problemas socioafectivos generando la interpretación del instrumento (Squires, Bricker y Twombly, 2006).

A continuación se encuentra un cuadro con los puntajes brutos límites para los cuestionarios aplicados en este estudio. Si el(la) niño(a) obtiene más que el puntaje indicado para el instrumento aplicado, se considera que está en riesgo.

Cuadro II.1.33: Interpretación de Puntaje Bruto EEDP por Cuestionario¹³

Interpretación	Puntaje Bruto límite
ASQ:SE. 6 meses	45
ASQ:SE. 12 meses	48
ASQ:SE. 18 meses	50

a. ASQ:SE. 6 meses

Este instrumento fue administrado a 105 niños(as) entre 6 y 8 meses y 30 días, obteniendo un promedio de 24,9 puntos y una desviación estándar de 16,0.

Cuadro II.1.34: Resultados (puntaje Bruto) ASQ:SE. 6 meses

Observaciones	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
105	24,9	16,0	0	70

Como se puede ver en el siguiente cuadro, un 11,7% de los(as) niños(as) evaluados(as) con esta versión del instrumento puede considerarse que presentaría dificultades en su desarrollo social y afectivo, mientras que el 88,3% restante, no presenta riesgo de presentar retraso o dificultades en su desarrollo socioafectivo.

¹³ Fuente: The ASQ:SE User's Guide. Squires, Bricker y Twombly, 2006.

Cuadro II.1.35: Resultados Interpretación ASQ:SE. 6 meses

Interpretación ASQ:SE. 6 meses	Frecuencia	Porcentaje
Normal	93	88,3
Sobre el límite	12	11,7
Total	105	100,0

Al desagregar la información por quintil de ingreso, se observa que un 20,2% de los(las) niños(as) del quintil I presentarían dificultades en su desarrollo social y afectivo. Este porcentaje disminuye en los siguientes quintiles, tal como muestra el siguiente cuadro.

Cuadro II.1.36: Resultados Interpretación ASQ:SE. 6 meses por Quintil de Ingreso

Quintil de ingreso						
Interpretación ASQ:SE. 6 meses	I	II	III	IV	V	Total
Normal	79,8	84,3	94,8	95,7	84,3	88,3
Sobre el límite	20,2	15,7	5,2	4,3	15,7	11,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson $\chi^2=3,5060312$ Pr = 0,47696189						

El Cuadro II.1.37 muestra los resultados para diferentes situaciones ocupacionales del(de la) cuidador(a) principal. Los resultados muestran que la mayoría de los(las) niños(as) se encuentra en el perfil de desarrollo normal. Sin embargo, sobre un 12% de los(las) niños(as) cuyos(as) cuidadores(as) principales están ocupados(as) o inactivos(as) presentan una situación sobre el límite.

Cuadro II.1.37: Resultados Interpretación ASQ:SE. 6 meses por Situación Ocupacional del(de la) Cuidador(a) Principal

Situación Ocupacional Cuidador(a) Principal				
Interpretación ASQ:SE. 6 meses	Ocupado	Desocupado	Inactivo	Total
Normal	87,8	100,0	87,1	88,3
Sobre el límite	12,2	0,0	12,9	11,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=0,97379032 Pr =0,61453146				

b. ASQ:SE. 12 meses

Este instrumento fue administrado a 1.754 niños(as) entre 9 y 14 meses y 30 días. El promedio obtenido en el instrumento fue de 30,9 puntos y la desviación estándar 18,8.

Cuadro II.1.38: Resultados (puntaje Bruto) ASQ:SE. 12 meses

Observaciones	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
1.754	30,9	18,8	0	115

A continuación, se presenta el Cuadro II.1.39, la que muestra que un 17,2% de los(las) niños(as) evaluados(as) con este instrumento presentan dificultades en el área socioemocional, por su parte el 82,8% restante, no estaría dentro del rango de riesgo.

Cuadro II.1.39: Resultados Interpretación ASQ:SE. 12 meses

Interpretación ASQ:SE. 12 meses	Frecuencia	Porcentaje
Normal	1.453	82,8
Sobre el límite	301	17,2
Total	1.754	100,0

Tal como en el rango de edad anterior, se muestran los resultados por quintil de ingreso y situación ocupacional del(de la) cuidador(a) principal. Ambas desagregaciones muestran resultados similares a los resultados ASQ:SE. 6 meses: los(las) cuidadores(as) principales de los quintiles de ingreso más altos presentan un menor porcentaje de niños(as) en riesgo. Respecto a situación ocupacional,

cuidadores(as) que están ocupados(as) presentan menos proporción de niños(as) sobre el límite en este instrumento.

Cuadro II.1.40: Resultados Interpretación ASQ:SE. 12 meses por Quintil de Ingreso.

Quintil de ingreso						
Interpretación ASQ:SE. 12 meses	I	II	III	IV	V	Total
Normal	78,7	78,8	82,3	82,3	91,2	82,8
Sobre el límite	21,3	21,2	17,7	17,7	8,8	17,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=25,540034 Pr = 0,00006224						

Cuadro II.1.41: Resultados Interpretación ASQ:SE. 12 meses por Situación Ocupacional del(de la) Cuidador(a) Principal

Situación Ocupacional Cuidador(a) Principal				
Interpretación ASQ:SE. 12 meses	Ocupado	Desocupado	Inactivo	Total
Normal	87,8	72,4	80,4	82,8
Sobre el límite	12,2	27,6	19,6	17,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=20,327007 Pr =0,00003855				

c. ASQ:SE. 18 meses

Este instrumento fue administrado a 1.036 niños(as) de entre 15 y 17 meses y 30 días. El promedio obtenido fue 38,7 puntos y la desviación estándar 24,2 tal como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro II.1.42: Resultados (puntaje Bruto) ASQ:SE. 18 meses

Observaciones	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
1.036	38,7	24,2	0	145

Los resultados obtenidos indican que un 30,4% de los(las) niños(as) evaluados(as) presentarían dificultades socioemocionales. Por otra parte, el restante 69,6% no presentaría dificultades socioemocionales.

Cuadro II.1.43: Resultados Interpretación ASQ:SE. 18 meses

Interpretación ASQ:SE. 18 meses	Frecuencia	Porcentaje
Normal	722	69,6
Sobre el límite	314	30,4
Total	1.036	100,0

Finalmente, se presentan los resultados desagregados por quintil de ingreso y tramo etario del(de la) cuidador(a) principal, presentando resultados similares a los de las dos edades anteriores de aplicación del instrumento ASQ:SE.

Cuadro II.1.44: Resultados Interpretación ASQ:SE. 18 meses por Quintil de Ingreso.

Quintil de ingreso						
Interpretación ASQ:SE. 18 meses	I	II	III	IV	V	Total
Normal	59,2	69,1	67,7	64,5	84,3	69,6
Sobre el límite	40,8	30,9	32,3	35,5	15,7	30,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=33,394491 Pr = 9,917e-07						

Cuadro II.1.45: Resultados Interpretación ASQ:SE. 18 meses por Situación Ocupacional del(de la) Cuidador(a) Principal

Situación Ocupacional Cuidador(a) Principal				
Interpretación ASQ:SE. 18 meses	Ocupado	Desocupado	Inactivo	Total
Normal	75,0	60,8	66,3	69,6
Sobre el límite	25,0	39,2	33,7	30,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=8,899064 Pr =0,01168403				

2. Child Behavior Checklist 1 ½ - 5 (CBCL1), (Achenbach y Rescorla, 2000)

Este instrumento arroja resultados para tres escalas generales, denominadas Problemas Totales, Internalización y Externalización. Además, reporta resultados para siete síndromes clínicos, los cuales son Reactividad Emocional, Ansiedad/Depresión,

Quejas Somáticas, Ensimismamiento, Problemas del Sueño, Problemas Atencionales y Conductas Agresivas. Todos los síndromes se organizan a partir de los trastornos clínicos establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association DSM IV American Psychiatric Association, 1994).

Para administrar el instrumento, el(la) evaluador(a) señala al(a la) cuidador(a) principal una lista de frases que describen a los(as) niños(as). Para contestar, el(la) cuidador(a) debe pensar en su hijo(a) en los últimos 2 meses hasta el momento de la evaluación. Las alternativas de respuesta son: No es cierto (0 puntos), en cierta manera o algunas veces o muy cierto (1 punto) o a menudo es cierto (2 puntos). Para que el(la) cuidador(a) recuerde las alternativas, el(la) evaluador(a) le entrega una lámina en que éstas aparecen impresas (Achenbach y Rescorla, 2000).

La puntuación directa o puntaje bruto de cada escala se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. La suma de las puntuaciones directas o brutas de cada escala permite calcular la puntuación bruta de las tres escalas generales: total, internalización y externalización. Luego el puntaje bruto se traslada a puntaje percentil en el caso de cada escala y a puntaje T en el caso de los puntajes brutos totales, internalización y externalización (Achenbach y Rescorla, 2000).

En Achenbach y Rescorla (2000) se encuentran los cuadros de conversión de puntaje bruto a puntaje T (para las escalas Totales, Internalización y Externalización) y percentiles (para cada escala), según la edad de cada niño(a).

Para cada escala de síndromes, el puntaje percentil obtenido se clasifica de acuerdo a lo siguiente:

Cuadro II.1.46: Interpretación de Puntajes Percentil CBCL1 Síndromes¹⁴

Interpretación	Puntaje Percentil
Normal	Bajo 93
Riesgo	Entre 93 y 97
Rango Clínico	Mayor a 98

El puntaje T obtenido se clasifica de acuerdo a lo siguiente:

Cuadro II.1.47: Interpretación de Puntajes T CBCL1 Escalas de Internalización / Externalización / Total¹⁵

Interpretación	Puntaje T
Normal	Bajo 60
Riesgo	Entre 60 y 63
Rango Clínico	Mayor a 63

Este instrumento fue administrado a 11.193 niños(as) de entre 18 y 60 meses. El promedio obtenido fue 59,8 puntos y la desviación estándar 9,8.

Cuadro II.1.48: Resultados Estándar (puntaje T) CBCL1 Total

Observaciones	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
11.193	59,8	9,8	28	95

a. Escala Problemas Totales

La escala Problemas Totales, como su nombre lo indica, agrupa todos los síndromes que evalúa esta escala, es decir, Reactividad Emocional, Ansiedad/Depresión, Quejas Somáticas, Ensimismamiento, Problemas Atencionales, Conductas Agresivas y

¹⁴ Fuente: Manual CBCL, Achenbach y Rescorla, (2000).

¹⁵ Fuente: Manual CBCL, Achenbach y Rescorla, (2000).

Problemas del Sueño. Es una medida general para saber si los(las) niños(as) evaluados(as) presentan dificultades socioemocionales clínicamente significativas.

Un 51,2% de los(las) niños(as) evaluados(as) se encuentra dentro del rango denominado normal o en ausencia de dificultades socioemocionales clínicamente significativas.

A partir del Cuadro II.1.49, se puede observar que un 14,0% de los(las) niños(as) evaluados(as) estaría en riesgo o presentaría propensión a desarrollar dificultades socioemocionales clínicamente significativas.

Por último, como se aprecia en el mismo cuadro, un 34,8% de los(las) niños(as) está dentro del rango de puntajes que indica dificultades socioemocionales clínicamente significativas.

Cuadro II:1.49: Resultados Interpretación CBCL1 escala Total

Interpretación CBCL1	Frecuencia	Porcentaje
Normal	5.733	51,2
Riesgo	1.572	14,0
Rango clínico	3.888	34,8
Total	11.193	100,0

Los resultados de esta escala se presentan en los siguientes cuadros por quintil y situación ocupacional del(de la) cuidador(a) principal.

Al desagregar la información por quintil de ingreso, se observa que de los(las) niños(as) pertenecientes al quintil V, un 65,5% se encuentran en nivel normal. En el quintil I, la proporción de niños(as) en este nivel es de 46,4%.

Cuadro II.1.50: Resultados Interpretación CBCL1 escala Total por Quintil de Ingreso

Quintil de ingreso						
Interpretación CBCL1	I	II	III	IV	V	Total
Normal	46,4	44,5	46,6	49,4	65,5	51,2
Riesgo	13,4	14,3	14,8	14,3	13,5	14,0
Rango clínico	40,2	41,2	38,6	36,3	21,0	34,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=299,27799 Pr = 5,866e-60						

El siguiente cuadro muestra los resultados por situación ocupacional del(de la) cuidador(a) principal del(de la) niño(a). Se observa que las proporciones de niños(as) en rango normal es más alto para las personas que se encuentran ocupadas.

Cuadro II.1.51: Resultados Interpretación CBCL1 escala Total por Situación Ocupacional del(de la) Cuidador(a) Principal

Situación Ocupacional Cuidador(a) Principal				
Interpretación CBCL1	Ocupado	Desocupado	Inactivo	Total
Normal	55,4	43,6	47,8	51,2
Riesgo	13,7	15,6	14,2	14,0
Rango clínico	30,9	40,8	38,0	34,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=70,382939 Pr =1,884e-14				

b. Escala Internalización

Esta escala permite aunar síndromes clínicos que tienen relación con dificultades internas de los(las) niños(as), aquellas que no tienen relación con la interacción que establece el(la) niño(a) socioemocionalmente con otras personas. Como se puede observar en el Cuadro II.1.52, el 49,7% de los(las) niños(as) evaluados(as) con este instrumento presenta una situación socioemocional normal.

Por su parte, un 18,1% de los(las) niños(as) evaluados(as), presentaría riesgo clínico de presentar dificultades internas, lo cual quiere decir que en las áreas de Reactividad

Emocional, Ansiedad/Depresión, Quejas Somáticas y Ensimismamiento en su conjunto son áreas en las que los(las) niños(as) se encuentran débiles y son propensos a desarrollar patologías clínicas.

Un 32,2% de los(las) niños(as), obtuvieron un puntaje que indica dificultades socioemocionales clínicamente significativas en los síndromes mencionados en su conjunto.

Cuadro II.1.52: Resultados Interpretación CBCL1 escala Internalización

Interpretación CBCL1	Frecuencia	Porcentaje
Normal	5.560	49,7
Riesgo	2.023	18,1
Rango clínico	3.610	32,2
Total	11.193	100,0

c. Escala Externalización

La escala denominada Externalización agrupa los síndromes de Problemas Atencionales y Conductas Agresivas, todos los cuales, tienen relación con cómo el(la) niño(a) se maneja o interactúa con el ambiente externo a él.

Como se observa en el Cuadro II.1.53, un 52,2% de los(las) niños(as) presentaría un puntaje denominado como normal o en ausencia de problemas clínicamente significativos en esta área.

Por otro lado, un 15,4% de los(las) niños(as) estaría en riesgo o presentando propensión a desarrollar dificultades socioemocionales clínicamente significativas para los síndromes que agrupa esta escala.

Finalmente, un 32,4% de los(las) niños(as) evaluados(as) con este instrumento, presentaron dificultades socioemocionales clínicamente significativas para los síndromes que agrupa esta escala en su conjunto.

Cuadro II.1.53: Resultados Interpretación CBCL1 escala Externalización

Interpretación CBCL1	Frecuencia	Porcentaje
Normal	5.848	52,2
Riesgo	1.719	15,4
Rango clínico	3.626	32,4
Total	11.193	100,0

 d. Escala Reactividad Emocional

Esta escala mide la capacidad del(de la) niño(a) de manejar sus propias emociones, de acuerdo a su edad. Un alto puntaje en esta escala, representaría que los(las) niños(as) no están siendo capaces de controlar y/o manejar sus emociones, como se espera según su edad. Un 7,1% de los(las) niños(as) estaría en la situación antes descrita.

Un 14,9% de los(las) niños(as), estaría en riesgo o siendo propensos a desarrollar cuadros clínicamente significativos en relación a la reactividad emocional, como se puede observar en el Cuadro II.1.54.

Los(Las) niños(as) que sí manejarían sus emociones de acuerdo a su edad, representan un 78,0% de los(las) niños(as) evaluados(as) con este instrumento.

Cuadro II.1.54: Resultados Interpretación CBCL1 escala Reactividad Emocional

Interpretación CBCL1	Frecuencia	Porcentaje
Normal	8.735	78,0
Riesgo	1.664	14,9
Rango clínico	794	7,1
Total	11.193	100,0

 e. Escala Ansiedad/Depresión

Esta escala mide los síntomas descritos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (Diagnostic and Statistical

Manual of the American Psychiatric Association DSM IV American Psychiatric Association, 1994), como asociados a los cuadros ansiosos o depresivos.

Un 12,4% de los(las) niños(as) evaluados(as), presentaría dificultades socioemocionales clínicamente significativas relacionadas con cuadros ansiosos y/o depresivos.

Asimismo, un 14,9% de los(las) niños(as) evaluados(as) estaría en riesgo o presentaría un número de síntomas tal, que serían propensos a desarrollar un cuadro clínico relacionado con la ansiedad y/o depresión.

Un 72,7% de los(las) niños(as) no presentaría características que no indican dificultades socioemocionales en esta área.

Cuadro II.1.55: Resultados Interpretación CBCL1 escala Ansiedad/Depresión

Interpretación CBCL1	Frecuencia	Porcentaje
Normal	8.142	72,7
Riesgo	1.667	14,9
Rango clínico	1.384	12,4
Total	11.193	100,0

f. Escala Quejas Somáticas

Esta escala se relaciona con dificultades socioemocionales ligadas a problemas psicósomáticos. Como se puede observar en el siguiente cuadro, un 70,4% de los(las) niños(as) no presentaría dificultades en esta línea.

Por su parte, un 16,8% de los(las) niños(as) evaluados(as) presentaría un número tal de síntomas que indican que están en riesgo de desarrollar dificultades socioemocionales relacionadas con cuadros psicósomáticos.

Por último, un 12,8% de los(las) niños(as) sí presentarían dificultades psicósomáticas clínicamente significativas.

Cuadro II.1.56: Resultados Interpretación CBCL1 escala Quejas Somáticas

Interpretación CBCL1	Frecuencia	Porcentaje
Normal	7.876	70,4
Riesgo	1.886	16,8
Rango clínico	1.431	12,8
Total	11.193	100,0

 g. Escala Ensimismamiento

Esta escala evalúa los síntomas asociados a cuadros autistas, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association DSM IV American Psychiatric Association, 1994).

Un 13,0% de los(las) niños(as) evaluados(as), presentaría cuadros autistas clínicamente significativos.

Por otra parte, un 7,8% de los(las) niños(as) evaluados(as) por medio de este instrumento estaría en riesgo de desarrollar un cuadro asociado a síntomas autistas.

Los(Las) niños(as) que no presentan un número de síntomas que se encuentren dentro del rango que incluye riesgo o dificultades socioemocionales en esta área representa un 79,2%.

Cuadro II.1.57: Resultados Interpretación CBCL1 escala Ensimismamiento

Interpretación CBCL1	Frecuencia	Porcentaje
Normal	8.860	79,2
Riesgo	873	7,8
Rango clínico	1.460	13,0
Total	11.193	100,0

 h. Escala Problemas del Sueño

Los problemas del sueño, se refieren a lograr conductas nocturnas esperadas para la edad de cada niño(a), relacionadas con el dormir.

Un 91,1% de los(las) niños(as), se encontraría dentro de un rango en el que no hay mayores dificultades en esta área.

Según los datos obtenidos, un 3,4% de los(las) niños(as) evaluados(as), presenta riesgos o propensión a desarrollar cuadros clínicamente significativos en esta área.

Por último, un 5,5% de los(las) niños(as) sí presentan cuadros clínicamente significativos relacionados con el sueño o dormir.

Cuadro II.1.58: Resultados Interpretación CBCL1 escala Problemas del Sueño

Interpretación CBCL1	Frecuencia	Porcentaje
Normal	10.198	91,1
Riesgo	382	3,4
Rango clínico	613	5,5
Total	11.193	100,0

i. Escala Problemas Atencionales

La escala Problemas Atencionales, tiene relación, como su nombre lo indica, con cuadros clínicos en los cuales los(las) niños(as) no mantienen, de la manera esperada para su edad, la atención en tareas o estímulos determinados.

Un 78,1% de los(las) niños(as) evaluados(as) no presenta dificultades en esta área, como se puede observar en el Cuadro II.1.59.

Como se puede observar en el mismo cuadro, un 16,1% de los(las) niños(as), presentan riesgo de desarrollar cuadros clínicamente significativos respecto a su capacidad atencional.

Finalmente, un 5,8% de los(las) niños(as) evaluados(as), presentan síntomas suficientes que indicarían la presencia de un cuadro clínicamente significativo relacionado con problemas atencionales.

Cuadro II.1.59: Resultados Interpretación CBCL1 escala Problemas Atencionales

Interpretación CBCL1	Frecuencia	Porcentaje
Normal	8.747	78,1
Riesgo	1.798	16,1
Rango clínico	648	5,8
Total	11.193	100,0

j. Escala Conductas Agresivas

Esta escala dice relación con dificultades para controlar o manejar situaciones en que los(las) niños(as) expresan conductas agresivas.

Según lo que se puede observar a partir de los resultados obtenidos en esta escala, un 69,7% de los(las) niños(as) no presenta mayores dificultades para manejar sus estados agresivos.

A su vez, un 13,2% de los(las) niños(as), presentaría riesgo de desarrollar cuadro en los que el manejo de la agresividad se torna un cuadro clínicamente significativo.

En el Cuadro II.1.60, se muestra que un 17,1% de los(las) niños(as) evaluados(as) tienen dificultades socioemocionales para controlar su agresividad.

Cuadro II.1.60: Resultados Interpretación CBCL1 escala Conductas Agresivas

Interpretación CBCL1	Frecuencia	Porcentaje
Normal	7.800	69,7
Riesgo	1.474	13,2
Rango clínico	1.919	17,1
Total	11.193	100,0

II.1.3 Medidas Antropométricas

La evaluación de las medidas antropométricas se divide en la medición de la talla, peso y circunferencia craneal de los(las) niños(as) evaluados(as). Ésta información será comparada con las medidas de crecimiento y desarrollo normal propuesta por la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2010) a nivel internacional, para cada una de estas variables.

Las medidas descritas, permiten saber si los(las) niños(as) evaluados(as) presentan crecimiento normal, retrasado o aumentado, el que a partir de los estándares desarrollados por la OMS, permiten comparar el desarrollo de los(las) niños(as) en el tiempo o con una muestra, teniendo controlado el factor edad, en éste.

La importancia de las medidas establecidas por la OMS radica en que estos gráficos sirven ahora como referencia para la evaluación del crecimiento de un(a) niño(a) o de una población de niños(as). Son un instrumento clave para el fomento, la aplicación y la medición de objetivos e indicadores de salud. Dada la vulnerabilidad de la salud de los lactantes y niños(as) pequeños(as), la evaluación de su crecimiento es un indicador 'centinela' de la salud y desarrollo socioeconómico de las comunidades en las que viven. Hasta ahora, no existía un instrumento de medición adecuado. A continuación se describe cada una de las variables.

II.1.3.1 Peso

Los resultados obtenidos, son comparados con el patrón de crecimiento para los(las) niños(as) propuestos por la OMS¹⁶.

¹⁶ Puntuación Z y Percentiles- Peso, por sexo:
http://www.who.int/childgrowth/standards/peso_para_edad/es/index.html

Cuadro II.1.61: Interpretación para Peso para la Edad¹⁷

Interpretación Peso	Desviación Estándar (D.E)
Aumentado	Mayor a 2 D.E
Normal	Entre -2 D.E a +2 D.E
Retrasado	Menor de 2 D.E

De los resultados, se puede comentar que, en relación a la talla, un mayor porcentaje de niños(as) presenta un peso aumentado para la edad: 8,8%, un 90,5% tiene un peso normal para la edad. Por su parte un 0,7% de ellos se encuentra con un peso más baja para la edad.

Cuadro II.1.62: Resultados Interpretación Peso para la Edad

Interpretación Peso	Frecuencia	Porcentaje
Aumentado	1.167	8,8
Normal	12.061	90,5
Retrasado	91	0,7
Total	13.319	100,0

Al desagregarlo por quintil de ingreso, se observa que el promedio de normalidad es constante para cada quintil. Sin embargo, a medida que aumenta el quintil de ingreso, aumenta el porcentaje de niños(as) con peso aumentado.

¹⁷ Fuente: OMS

Cuadro II.1.63: Resultados Interpretación Talla para la Edad por Quintil de Ingreso

Quintil de ingreso						
Interpretación Peso para la edad	I	II	III	IV	V	Total
Aumentado	7,7	8,8	8,8	9,0	9,2	8,8
Normal	91,4	90,3	90,6	90,3	90,4	90,5
Retraso	0,9	0,9	0,6	0,7	0,4	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=16,325101 Pr = 0,3795636						

II.1.3.2 Talla

Los resultados obtenidos para la talla según la edad, al igual que en el peso, pueden que en ser categorizados como retraso, normal o aumentado, según su desviación estándar de la curva establecida por la OMS, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

 Cuadro II.1.64: Interpretación para Talla para la Edad¹⁸

Interpretación Talla	Desviación Estándar (D.E)
Aumentado	Mayor a 2 D.E
Normal	Entre -2 D.E a +2 D.E
Retrasado	Menor de 2 D.E

De los resultados, se puede comentar que un 3,2% de los(las) niños(as) evaluados(as) presenta una talla aumentada para su edad, un 92,7% tiene una talla normal para la edad. Por su parte un 4,1% de ellos se encuentra con una talla más baja para la edad.

¹⁸ Fuente: OMS

Cuadro II.1.65: Resultados Interpretación Talla para la Edad

Interpretación Talla	Frecuencia	Porcentaje
Aumentado	421	3,2
Normal	12.251	92,7
Retrasado	548	4,1
Total	13.220	100,0

Por quintil de ingreso no se muestran mayores diferencias en cuanto al porcentaje de niños(as) que se encuentra en el nivel normal.

Cuadro II.1.66: Resultados Interpretación Talla para la Edad por Quintil de Ingreso

Quintil de ingreso						
Interpretación Talla para la edad	I	II	III	IV	V	Total
Aumentado	2,3	3,1	3,5	3,7	3,2	3,2
Normal	92,5	92,2	91,9	92,4	94,0	92,7
Retraso	5,2	4,7	4,5	3,9	2,9	4,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=28,790635 Pr = 0,00034507						

II.1.3.3 Circunferencia Craneal

Durante los primeros dos años de vida los(las) niños(as) experimentan un acelerado proceso de crecimiento y desarrollo. Este fenómeno es particularmente importante a nivel del sistema nervioso central (SNC), lo que lo vuelve especialmente vulnerable a noxas tanto internas como externas. Alteraciones del Perímetro Craneal pueden corresponder a variantes normales, determinadas genéticamente, pueden revelar una patología del SNC o ser consecuencia de una enfermedad emistémica. Las noxas precoces, durante el primer año de vida, comprometen con mayor probabilidad el perímetro cefálico (PC).

Todos los(las) niños(as) evaluados(as), fueron medidos de la misma manera, la cual se describirá a continuación.

Se coloca la huincha de plástica por encima de las orejas del(de la) niño(a), dando la vuelta alrededor de la cabeza y se anota el dato obtenido.

Las medidas obtenidas fueron comparadas con las muestras estandarizadas propuestas por la Organización Mundial de la Salud¹⁹.

Cuadro II.1.67: Interpretación para Circunferencia Craneal para la Edad²⁰

Interpretación Circunferencia Craneal	Desviación estándar (D.E)
Aumentado	Mayor a 2 D.E
Normal	Entre -2 D.E a + 2 D.E
Retrasado	Menor a 2 D.E

De acuerdo a los resultados obtenidos, un 1,3% de los(las) niños(as) presenta una circunferencia craneal disminuida para la edad medida, un 81,6% tiene una circunferencia craneal normal para la edad. Por su parte un 17,1% de ellos se encuentra con una circunferencia craneal aumentada para la edad.

Cuadro II.1.68: Resultados Interpretación Circunferencia Craneal para la Edad

Interpretación Circunferencia Craneal	Frecuencia	Porcentaje
Aumentado	1.896	14,0
Normal	11.552	85,2
Retrasado	106	0,8
Total	13.554	100,0

¹⁹ Puntuación Z y Percentiles- Circunferencia Craneal, por sexo:
http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_para_edad/es/index.html

²⁰ Fuente: OMS

II.2 Evaluación Cuidadores(as) Principales

Los(Las) cuidadores(as) principales fueron evaluados(as) en el área cognitiva y socioemocional, así como también se tomaron las medidas antropométricas de ellos(as). Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

Cuadro II.2.1: Batería de Instrumentos de Evaluación Cuidadores(as) Principales

Área	Instrumento	Tramo de edad	N Aplicable	N Aplicado ²¹
Cognitiva	Escala Dígitos WAIS	Para toda la muestra	14.161	14.149
	Escala Vocabulario WAIS	Para toda la muestra	14.161	14.149
Socioemocional	Big Five Inventory (BFI)	Para toda la muestra	14.161	13.797
Medidas Antropométricas	Peso	Para toda la muestra	14.161	14.154
	Talla	Para toda la muestra	14.161	14.038

El Wechsler Adults Intelligence Scale (WAIS): Sub escala Retención de Dígitos y Vocabulario, fue seleccionado para evaluar las habilidades cognitivas, mientras que el Big Five Inventory, se aboca a evaluar las habilidades socioemocionales o no cognitivas del(de la) cuidador(a) principal de los(las) niños(as) seleccionados(as).

²¹ Las diferencias entre los números de cuidador(a) principal aplicables para el instrumento y los efectivamente aplicados se debe principalmente a dos motivos: cuidadores(as) que presentaron alguna discapacidad por lo que se aplicó filtro para no realizar la evaluación de algunos instrumentos, o a dificultades surgidas durante la aplicación del terreno.

II.2.1 Área Cognitiva

Para evaluar esta área se seleccionaron dos sub escalas representativas de Wechsler Adults Intelligence Scale (WAIS), Vocabulario y Retención de Dígitos.

Los Coeficientes Intelectuales (CI) del WAIS definen un nivel de inteligencia al comparar la ejecución de un sujeto de cualquier edad con los puntajes promedios obtenidos por sujetos de su mismo grupo etario. Es así como el CI puede definirse como la razón entre el rendimiento logrado por el sujeto y el esperado, que es el promedio logrado en la estandarización por su grupo de edad.

1. Wechsler Adults Intelligence Scale: Sub escala Retención de Dígitos y Vocabulario (WAIS), (Apfelbeck y Hermosilla, 2000)

Este instrumento permite saber si las habilidades evaluadas por medio de cada escala están fuertemente disminuidas, moderadamente disminuidas, levemente disminuidas, normal o adecuadas, nivel o habilidad buena, nivel muy bueno o nivel excelente.

De esta manera, el puntaje bruto obtenido se transforma a resultados estándar (puntaje T), el que luego es clasificado en las categorías anteriormente descritas:

Cuadro II.2.2: Interpretación de Puntajes T WAIS²²

Interpretación WAIS	Puntaje T
Fuertemente Disminuida	0-3
Moderadamente Disminuida	4-5
Levemente Disminuida	6-7
Normal	8-11
Nivel o Habilidad Buena	12-13
Nivel muy Bueno	14-15
Nivel Excelente	16-19

²² Fuente: Manual de administración y tabulación del test WAIS. Apfelbeck y Hermosilla, 2000.

El instrumento fue aplicado a 14.149 cuidadores(as) principales y se puede observar que el promedio estándar obtenido en dígitos fue más bajo que en vocabulario, 7,0 y 8,1 puntos, respectivamente.

Cuadro II.2.3: Resultados Estándar (puntaje T) WAIS

Sub escala	Observaciones	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Dígitos	14.149	7,0	2,9	0	19
Vocabulario	14.149	8,1	3,6	0	19

A continuación se presentarán los resultados obtenidos por los(las) cuidadores(as) principales de los(las) niños(as) evaluados(as) y sus implicancias.

a. Sub escala Retención de Dígitos

Esta sub escala consta de dos partes, las que se administran en forma consecutiva:

- Dígitos en el mismo orden

El puntaje es igual al número de dígitos de la serie más larga repetida sin error, ya sea en el grupo I o en el II. El puntaje bruto máximo que se puede obtener en esta parte es de 9 puntos (Apfelbeck y Hermosilla, 2000).

- Retención de dígitos en orden inverso

La puntuación consiste en el número de dígitos de la serie más larga repetida sin error, en orden inverso, en cualquiera de los dos grupos. La puntuación bruta máxima que se puede obtener en esta parte es de 8 puntos (Apfelbeck y Hermosilla, 2000).

Puntajes que van desde una habilidad normal a un nivel excelente indicarían un positivo desempeño de funciones de la memoria de trabajo u operativa, junto con una adecuada velocidad de procesamiento. Además de una adecuada memoria auditiva a corto plazo, secuenciación, independencia de la distracción, facilidad con los números, alerta mental. Una puntuación alta basada en agrupaciones de números sugiere una adaptación rápida a las exigencias de los estímulos, a partir de lo cual se podría inferir flexibilidad de adaptación cognitiva. Según los resultados obtenidos, un 29,9% de

los(las) cuidadores(as) principales tiene una habilidad normal, mientras que un 2,9% tiene una habilidad buena, un 1,8% una habilidad muy buena y por último, un 0,4% tiene una habilidad o nivel excelente.

Cuadro II.2.4: Resultados Interpretación WAIS Dígitos

Interpretación WAIS Dígitos	Frecuencia	Porcentaje
Fuertemente Disminuida	797	5,6
Moderadamente Disminuida	2.476	17,5
Levemente Disminuida	5.928	41,9
Normal	4.230	29,9
Nivel o Habilidad Buena	408	2,9
Nivel muy Bueno	260	1,8
Nivel Excelente	50	0,4
Total	14.149	100,0

Por su parte, bajos puntajes, hablan de que las habilidades o funciones antes descritas se encuentran disminuidas. Como se puede observar en el Cuadro II.2.4, un 41,9% de los(las) cuidadores(as) evaluados(as) presentarían habilidades levemente disminuidas, un 17,5% de ellos tienen estas habilidades o funciones moderadamente disminuidas, un 5,6% presenta habilidades o funciones fuertemente disminuidas.

Al desagregar los resultados por quintil de ingreso se observa que una mayor proporción de los(las) cuidadores(as) principales en el quintil de menores ingresos tienen un menor nivel de desarrollo que sus pares en los quintiles de más altos ingresos.

Cuadro II.2.5: Resultados Interpretación WAIS Dígitos por Quintil de Ingreso

Quintil de ingreso						
Interpretación WAIS Dígitos	I	II	III	IV	V	Total
Fuertemente Disminuida	9,7	7,2	5,7	4,7	2,0	5,6
Moderadamente Disminuida	22,3	21,4	19,3	16,1	10,2	17,5
Levemente Disminuida	42,2	43,6	44,2	43,3	37,2	41,9
Normal	23,1	25,5	26,7	31,5	40,1	29,9
Nivel o Habilidad Buena	1,3	1,5	2,3	2,7	5,8	2,9
Nivel muy Bueno	0,8	0,8	1,6	1,5	4,0	1,8
Nivel Excelente	0,6	0,0	0,2	0,2	0,7	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=719,6128 Pr = 1,69e-136						

El Cuadro II.2.6 presenta los resultados según la situación ocupacional del(de la) cuidador(a) principal. En general los resultados muestran que los(las) cuidadores(as) que están trabajando tienen un mejor desarrollo cognitivo en dígitos, ya que la proporción de cuidadores(as) con un desarrollo fuertemente disminuido o moderadamente disminuido es menor que en las otras categorías ocupacionales.

Cuadro II.2.6: Resultados Interpretación WAIS Dígitos por Situación Ocupacional del(de la) Cuidador(a) Principal

Situación Ocupacional Cuidador(a) Principal				
Interpretación WAIS Dígitos	Ocupado	Desocupado	Inactivo	Total
Fuertemente Disminuida	4,4	4,3	7,0	5,6
Moderadamente Disminuida	15,2	18,1	19,7	17,5
Levemente Disminuida	39,8	42,5	43,9	41,9
Normal	34	30,6	25,8	29,9
Nivel o Habilidad Buena	3,7	2,2	2,2	2,9
Nivel muy Bueno	2,4	1,9	1,2	1,8
Nivel Excelente	0,5	0,4	0,2	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2= 220,88667 Pr = 1,554e-40				

b. Sub escala Vocabulario

Para administrar esta sub escala, el evaluador(a) pregunta al sujeto: "Quisiera que me diga el significado de algunas palabras. Comencemos con... ¿Qué quiere decir...?"

El(La) evaluador(a) debe comenzar con la palabra 1, con aquellos sujetos que parezcan estar muy por debajo de la capacidad verbal promedio. Para todos los demás sujetos, se comienza con el ítem 4 (tela) y se considera como correctos los ítems del 1 al 3 si el sujeto da respuestas de al menos un punto en los ítems 4 al 8 (Apfelbeck y Hermosilla, 2000).

Si en cualquiera de los ítems 4 al 8, el sujeto da una respuesta de 0 puntos, inmediatamente se debe administrar los ítems 1,2 y 3 y se puntúan de acuerdo a sus respuestas.

El criterio de suspensión de esta sub escala es de 5 ítems consecutivos en los que el(la) cuidador(a) principal haya dado respuestas de 0 puntos.

La puntuación de este instrumento es de 0 ó 2 puntos, de los ítems 1 al 3 y 0, 1 ó 2, de los ítems 4 al 40. Una vez terminada la aplicación del instrumento, se suman todos los puntos obtenidos, por lo que el puntaje bruto máximo que se puede obtener en esta sub escala es de 80 puntos (40 preguntas con máximo puntaje, 2 puntos) (Apfelbeck y Hermosilla, 2000).

Los puntajes brutos obtenidos en ambas sub escalas se pueden convertir a resultados estándar (puntaje T), y el puntaje T obtenido se califica en las categorías ya descritas previamente.

Esta sub escala de Vocabulario es un buen estimador de inteligencia ya que evalúa el nivel cultural, especialmente en cuanto al ambiente y educación de los primeros años, así como la escolaridad. Es también indicador de la capacidad para recibir nuevas informaciones, almacenarlas y utilizarlas adecuadamente. Por último, señala la receptividad hacia nuevas ideas e informaciones y la capacidad para almacenar y reagrupar asociativamente, lo que implica capacidad de clasificación y conceptualización.

Un 50,5% de los(las) cuidadores(as) evaluados(as) obtuvieron puntajes que indican que las habilidades y funciones ligadas a este instrumento se ubican dentro de un nivel normal, mientras que un 10,0% tiene una habilidad buena, un 4,8% una habilidad muy buena y por último, un 1,1% tiene una habilidad o nivel excelente.

Por otro lado, y como se puede observar en el Cuadro II.2.7, un 10,5% de ellos tienen estas habilidades o funciones fuertemente disminuidas, un 9,2% presenta habilidades o funciones moderadamente disminuidas y por último, un 13,9% de los(las) cuidadores(as) principales tienen estas habilidades levemente disminuidas.

Cuadro II.2.7: Resultados Interpretación WAIS Vocabulario

Interpretación WAIS Vocabulario	Frecuencia	Porcentaje
Fuertemente Disminuida	1.494	10,5
Moderadamente Disminuida	1.299	9,2
Levemente Disminuida	1.960	13,9
Normal	7.153	50,5
Nivel o Habilidad Buena	1.409	10,0
Nivel muy Bueno	674	4,8
Nivel Excelente	160	1,1
Total	14.149	100,0

Al desagregar estos resultados según quintil de ingreso es posible concluir, al igual que con las habilidades en dígitos, que a mayor ingreso dentro del hogar mayor es el desarrollo cognitivo en habilidades lingüísticas de los(las) cuidadores(as) principales.

Cuadro II.2.8: Resultados Interpretación WAIS Vocabulario por Quintil de Ingreso

Quintil de ingreso						
Interpretación WAIS Vocabulario	I	II	III	IV	V	Total
Fuertemente Disminuida	16,4	13,6	11,3	8,5	4,7	10,5
Moderadamente Disminuida	13,2	11,1	9,7	8,5	4,6	9,2
Levemente Disminuida	17,4	17,4	14,6	13,7	7,7	13,9
Normal	44,4	49,6	53,2	57,2	48,4	50,5
Nivel o Habilidad Buena	5,8	6,7	8,4	8,5	18,4	10,0
Nivel muy Bueno	2,3	1,6	2,6	3,2	12,3	4,8
Nivel Excelente	0,5	0,0	0,2	0,4	3,9	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=1506,8721 Pr = 6,91e-304						

El Cuadro II.2.9 evidencia que son los(las) cuidadores(as) principales que se encuentran trabajando los que presentan un mayor nivel de desarrollo cognitivo en habilidades de lenguaje. En particular, un 15,5% de los(las) cuidadores(as) principales ocupados(as) tienen un nivel de habilidad buena, mientras que este porcentaje es

inferior tanto en los(las) cuidadores(as) desocupados(as) como en los(las) que no participan del mercado laboral.

Cuadro II.2.9: Resultados Interpretación WAIS Dígitos por Situación Ocupacional del(de la) Cuidador(a) Principal

Situación Ocupacional Cuidador(a) Principal				
Interpretación WAIS Vocabulario	Ocupado	Desocupado	Inactivo	Total
Fuertemente Disminuida	8,0	11,5	12,9	10,6
Moderadamente Disminuida	7,4	9,7	10,9	9,2
Levemente Disminuida	12,0	16,5	15,4	13,8
Normal	50,8	49,6	50,3	50,5
Nivel o Habilidad Buena	12,6	9,0	7,5	10,0
Nivel muy Bueno	7,1	3,4	2,7	4,8
Nivel Excelente	2,1	0,3	0,3	1,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2= 399,09349 Pr = 5,888e-78				

II.2.2 Área Socioemocional

En esta sección se describirán los resultados obtenidos por los(las) cuidadores(as) según las áreas evaluadas en el Big Five Inventory.

1. Big Five Inventory (BFI), (Casullo, 2000; Tupes y Christal, 1961)

Este instrumento está dividido en 5 dimensiones o escalas, las cuales son: Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Amabilidad y Responsabilidad²³.

²³ Para mayor información sobre como se divide cada escala, ver informe "Presentación Primera Ronda Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia" disponible en www.elpi.cl.

Este instrumento sólo se puede analizar para cada escala no entregando un resultado o interpretación total o global.

El(La) cuidador(a) principal contesta de manera verbal las 44 preguntas que son leídas por el(la) evaluador(a). Cada pregunta tiene 5 alternativas de respuesta posibles (muy en desacuerdo, ligeramente en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, ligeramente de acuerdo, muy de acuerdo) y se puntúan del 1 al 5.

Las puntuaciones se categorizan como disminuidas o aumentadas, las aumentadas son las que corresponde a puntajes brutos por sobre el promedio, mientras que las disminuidas son las que corresponden bajo el promedio. A partir de esto, se describirán los resultados obtenidos para cada escala, según si los puntajes brutos son aumentados o disminuidos.

Cuadro II.2.10: Interpretación de Puntaje Bruto BFI²⁴

Interpretación BFI	Puntaje Bruto
Bajo el promedio	Bajo 3
Promedio	3
Sobre el promedio	Sobre 3

El instrumento fue administrado a 13.797 cuidadores(as) principales, obteniendo los resultados presentados en el siguiente cuadro para cada una de las escalas.

²⁴ Fuente: Elaboración propia CMD. Para mayor información ver informe "Metodológico Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia" disponible en www.elpi.cl.

Cuadro II.2.11: Resultados (puntaje Bruto) BFI²⁵

Interpretación BFI	Observaciones	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Neuroticismo	13.797	3,1	0,8	1	5
Extraversión	13.797	3,5	0,7	1	5
Apertura a la experiencia	13.797	3,8	0,6	1	5
Amabilidad	13.797	3,8	0,6	1	5
Responsabilidad	13.797	4,0	0,6	1	5

a. Neuroticismo

Los puntajes aumentados, indicarían la presencia de características tales como inestabilidad emocional, tendencia a experimentar emociones negativas como miedos, sentimientos de culpa, tristeza, enojo. No debe interpretarse como que mide presencia de psicopatología. Como se puede ver en el Cuadro II.2.12, un 47,7% de los(las) cuidadores(as) principales obtuvieron este nivel de puntaje.

En oposición, los puntajes bajos, indicarían la ausencia de las características antes descritas, como se puede ver en el cuadro siguiente.

Cuadro II.2.12: Resultados Interpretación BFI escala Neuroticismo

Interpretación BFI	Frecuencia	Porcentaje
Disminuido	6.381	46,3
Neutro	835	6,0
Aumentado	6.581	47,7
Total	13.797	100,0

²⁵ El instrumento BFI fue aplicado a una muestra menor de cuidadores(as) ya que en al principio de la aplicación de la encuesta se había considerado como filtro no aplicar este instrumento a aquellos(as) cuidadores(as) que obtuvieran un bajo puntaje en el instrumento WAIS. El objetivo fue no generar frustraciones en los(las) cuidadores(as) con la dificultad de entender el vocabulario utilizado en el instrumento. Luego de realizar aproximadamente 1000 evaluaciones fue posible observar que el filtro utilizado fue demasiado exigente, dejando aproximadamente un 30% de la muestra sin responder este instrumento. De esta forma, se optó por quitar el filtro y aplicar a todos los(las) cuidadores(as) el BFI.

b. Extraversión

Esta escala evalúa la tendencia a comunicarse con las demás personas, a ser asertivos, activos y verbalizadores, un 73,6 % de los(las) cuidadores(as) principales evaluados(as) presenta estas características.

Por el contrario, quienes se encuentran dentro de la categoría disminuido, no presentarían las características mencionadas anteriormente, como se puede observar en el Cuadro II.2.13, un 21,3% de los(las) cuidadores(as) principales evaluados(as), no tendría dichas características.

Cuadro II.2.13: Resultados Interpretación BFI escala Extraversión

Interpretación BFI	Frecuencia	Porcentaje
Disminuido	2.942	21,3
Neutro	709	5,1
Aumentado	10.146	73,6
Total	13.797	100,0

c. Apertura a la experiencia

Esta escala evalúa la presencia de imaginación activa, sensibilidad estética, capacidad de introspección, curiosidad intelectual, lo cual se podría apreciar en el 87,9% de los(las) cuidadores(as) principales que obtuvieron un puntaje que los ubica en el rango aumentado.

Por otro lado, un 9,5% de los(las) cuidadores(as) principales evaluados(as) no poseería las características mencionadas, como se puede observar en el Cuadro II.2.14.

Cuadro II.2.14: Resultados Interpretación BFI escala Apertura

Interpretación BFI	Frecuencia	Porcentaje
Disminuido	1.318	9,5
Neutro	355	2,6
Aumentado	12.124	87,9
Total	13.797	100,0

d. Amabilidad

Esta escala evalúa la capacidad para establecer vínculos psicosociales, el altruismo, la disposición a preocuparse por los demás. Un 89,2% de los(las) cuidadores(as) principales evaluados(as) presenta estas características.

Por el contrario, quienes se encuentran en la categoría disminuido, no presentarían las características mencionadas anteriormente, como se puede observar en el Cuadro II.2.15, un 8,2% de los(las) cuidadores(as) principales evaluados(as), no tendría dichas características.

Cuadro II.2.15: Resultados Interpretación BFI escala Amabilidad

Interpretación BFI	Frecuencia	Porcentaje
Disminuido	1.125	8,2
Neutro	360	2,6
Aumentado	12.312	89,2
Total	13.797	100,0

e. Responsabilidad

Los(Las) evaluados(as) que obtuvieron puntajes elevados significarían que tiene capacidad para controlar los impulsos, actuar con propósitos o metas claras, planificar, organizar y llevar adelante proyectos e ideas. Lo cual ocurre en un 93,2% de los(las) cuidadores(as) principales evaluados(as).

En tanto que los puntajes bajos, caracteriza a sujetos que no necesariamente cumplen con estas características, como se puede observar en el Cuadro II.2.16, esto ocurre en un 5,0% de los(las) cuidadores(as) principales evaluados(as).

Cuadro II.2.16: Resultados Interpretación BFI escala Responsabilidad

Interpretación BFI	Frecuencia	Porcentaje
Disminuido	691	5,0
Neutro	246	1,8
Aumentado	12.860	93,2
Total	13.797	100,0

II.2.3 Medidas Antropométricas

En la evaluación antropométrica del(de la) cuidador(a) principal se medía el peso y talla de esta. Para los resultados se entrega el Índice de Masa corporal (IMC), que es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud.

El Cuadro II.2.17, muestra los resultados de la evaluación del IMC en los(las) cuidadores(as), donde un 37,9% se encuentra en un IMC normal. Un 35,7% presenta un IMC de sobrepeso y un 1,1% de bajo peso.

Cuadro II.2.17: Interpretación IMC Cuidador(a) Principal

Interpretación IMC	Frecuencia	Porcentaje
Bajo Peso	153	1,1
Peso normal	5.324	37,9
Sobrepeso	5.009	35,7
Obesidad Moderada	2.454	17,5
Obesidad Severa	780	5,5
Obesidad muy severa	318	2,3
Total	14.038	100,0

Cuadro II.2.18: Resultados Interpretación IMC Cuidador(a) Principal por Quintil de Ingreso

Quintil de ingreso						
Interpretación IMC	I	II	III	IV	V	Total
Bajo Peso	1,1	1,2	1,1	1,0	1,0	1,1
Peso normal	34,6	33,7	35,3	37,9	46,0	37,9
Sobrepeso	34,9	35,0	36,6	37,9	34,2	35,7
Obesidad Moderada	19,1	19,9	18,8	16,5	14,1	17,5
Obesidad Severa	7,0	7,5	5,9	4,9	3,2	5,5
Obesidad muy severa	3,3	2,7	2,3	1,8	1,5	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=187,2732 Pr = 2,802e-29						

Cuadro II.2.19: Resultados IMC por Situación Ocupacional del(de la) Cuidador(a) Principal

Situación Ocupacional Cuidador(a) Principal				
IMC	Ocupado	Desocupado	Inactivo	Total
Bajo Peso	0,8	1,3	1,4	1,1
Peso normal	39,7	43,1	35,5	37,9
Sobre peso	36,3	32,9	35,3	35,6
Obesidad Moderada	16,3	15,8	18,9	17,5
Obesidad Severa	4,8	5,1	6,4	5,6
Obesidad muy severa	2,1	1,8	2,5	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson chi2=60,142268 Pr =3,406e-09				

II.3 Relación entre distintos instrumentos aplicados

II.3.1 Relación entre instrumentos aplicados a niños(as)

A continuación se presentan los resultados de los dos instrumentos aplicados a cada rango de edad, junto con un análisis de correlación entre los resultados de los distintos instrumentos aplicados a los(las) mismos(as) niños(as) y a estos con sus cuidadores(as) principales.

1. EEDP / Battelle

En el siguiente cuadro se muestran los resultados obtenidos por los(las) niños(as) tanto en el instrumento EEDP como Battelle. Se puede observar que a mayor resultado en el instrumento Battelle, es decir, categoría fuerte, mayor resultado en el instrumento EEDP, categoría normal.

Cuadro II.3.1: Resultados Interpretación EEDP y Battelle

Interpretación Battelle				
Interpretación EEDP	Puntos débiles	Normal	Puntos Fuertes	Total
Retraso	23,2	3,6	0,6	8,5
Riesgo	33,0	16,3	3,0	19,3
Normal	43,8	80,1	96,4	72,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson $\chi^2(4) = 866.3452$ Pr = 0.000				

El análisis de correlación muestra una relación positiva: 0,5, entre los resultados estándar obtenidos por el(la) mismo(a) niño(a) al aplicársele ambos instrumentos.

Cuadro II.3.2: Correlación Resultados Estándar (puntaje T) EEDP y Battelle

	Battelle estándar	EEDP estándar
Battelle estándar	1,0	-
EEDP estándar	0,5	1,0

2. TEPSI / TVIP

En el siguiente cuadro se muestran los resultados obtenidos por los(las) niños(as) tanto en el instrumento TEPSI, agrupado en 3 categorías de desempeño, como TVIP, agrupado en 7 categorías. Se puede observar que mientras más bajo es el resultado en el instrumento TVIP, menor es el resultado en el instrumento TEPSI. Asimismo, a mejor resultado en TEPSI, mejor resultado en TVIP.

Cuadro II.3.3: Resultado Interpretación TEPSI y TVIP

interpretación TEPSI				
Interpretación TVIP	Retraso	Riesgo	Normal	Total
Extremadamente baja	10,3	0,9	0,1	0,6
Moderadamente baja	48,5	19,1	5,1	8,2
Promedio Baja	26,6	39,9	15,5	18,2
Promedio	12,0	30,4	31,9	31,0
Promedio Alta	1,0	5,7	20,6	18,4
Moderadamente alta	1,3	3,7	19,9	17,6
Extremadamente alta	0,3	0,3	6,9	6,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson $\chi^2(12)=1,9e+03$ Pr =0,000				

El análisis de correlación muestra una relación positiva entre los resultados estándar del instrumento TVIP y TEPSI: 0,54. Esta correlación es más fuerte cuando se considera solamente la escala de lenguaje del instrumento TEPSI: 0,57.

Cuadro II.3.4: Correlación Resultados Estándar (puntaje T) TEPSI y TVIP

	TVIP estándar	TEPSI estándar	TEPSI Lenguaje
TVIP estándar	1,0	-	-
TEPSI estándar	0,54	1,0	-
TEPSI Lenguaje	0,57	0,91	1,0

II.3.2 Relación entre instrumentos aplicados a cuidador(a) principal y niños(as)

1. WAIS / EEDP / Battelle

En el siguiente cuadro se muestran los resultados obtenidos por los(las) niños(as) en el instrumento EEDP, agrupado en 3 categorías de desempeño, y el resultado de los(las) cuidadores(as) en el instrumento WAIS Dígitos. Se puede observar que mientras más bajo es el resultado en el EEDP, menor es el resultado en el WAIS. Asimismo, a mejor resultado en EEDP, mejor resultado en WAIS Dígitos.

Cuadro II.3.5 Resultados Interpretación EEDP y WAIS Dígitos

Interpretación EEDP				
Interpretación WAIS Dígitos	Retraso	Riesgo	Normal	Total
Fuertemente Disminuida	9,4	6,1	4,5	5,3
Moderadamente Disminuida	19,8	19,5	16,1	17,1
Levemente Disminuida	42,3	42,9	44,0	43,6
Normal	24,9	27,8	31,0	29,8
Nivel o Habilidad Buena	1,5	2,2	2,4	2,3
Nivel muy Bueno	1,9	1,4	1,6	1,6
Nivel Excelente	0,2	0,1	0,4	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Pearson $\chi^2(12)=35,9257$ Pr =0,000

En el Cuadro II.3.6 se observan resultados similares a los anteriores. Sin embargo, hay una mayor agrupación de niños(as) con retraso y cuidadores(as) con habilidades de vocabulario fuertemente disminuidas.

Cuadro II.3.6: Resultados Interpretación EEDP y WAIS Vocabulario

Interpretación EEDP				
Interpretación WAIS Vocabulario	Retraso	Riesgo	Normal	Total
Fuertemente Disminuida	19,6	11,9	8,6	10,2
Moderadamente Disminuida	10,4	10,0	8,7	9,1
Levemente Disminuida	15,5	15,0	14,9	14,9
Normal	44,2	50,5	53,5	52,1
Nivel o Habilidad Buena	7,7	9,3	9,5	9,3
Nivel muy Bueno	1,9	2,9	3,9	3,6
Nivel Excelente	0,7	0,4	0,9	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson $\chi^2(12)=64,5872$ Pr =0,000				

A continuación se presentan los coeficientes de correlación de instrumento WAIS con Battelle y EEDP. Se observa una correlación directa, pero baja con ambos instrumento.

Cuadro II.3.7: Correlación Resultados Estándar (puntaje T) WAIS, EEDP y Battelle

	WAIS Dígitos	WAIS Vocabulario	Battelle estándar	EEDP estándar
WAIS Dígitos	1,0	-	-	-
WAIS Vocabulario	0,4	1,0	-	-
Battelle estándar	0,1	0,1	1,0	-
EEDP estándar	0,1	0,1	0,5	1,0

2. WAIS/TEPSI/TVIP

El cuadro que se presenta a continuación muestra los resultados obtenidos por los(las) niños(as) en el instrumento TEPSI, y el resultado de los(las) cuidadores(as) en el instrumento WAIS Dígitos. Se puede observar que mientras más bajo es el resultado en el instrumento WAIS, menor es el resultado en el instrumento TEPSI.

Cuadro II.3.8: Resultados Interpretación TEPSI y WAIS Dígitos

Interpretación TEPSI				
Interpretación WAIS Dígitos	Retraso	Riesgo	Normal	Total
Fuertemente Disminuida	13,6	11,2	5,2	6,0
Moderadamente Disminuida	24,2	24,6	17,6	18,4
Levemente Disminuida	44,7	39,8	41,9	41,8
Normal	14,9	21,6	30,3	29,1
Nivel o Habilidad Buena	1,0	1,5	3,0	2,8
Nivel muy Bueno	1,6	1,3	1,8	1,7
Nivel Excelente	0,0	0,0	0,2	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson $\chi^2(12)=151,3531$ Pr =0,000				

En el siguiente cuadro se observan resultados similares a los anteriores. Sin embargo, hay una mayor agrupación de niños(as) con retraso y cuidadores(as) con habilidades de vocabulario fuertemente disminuidas.

Cuadro II.3.9: Resultados Interpretación TEPSI y WAIS Vocabulario

Interpretación TEPSI				
Interpretación WAIS Vocabulario	Retraso	Riesgo	Normal	Total
Fuertemente Disminuida	24,2	20,2	9,9	11,3
Moderadamente Disminuida	13,2	12,2	9,2	9,6
Levemente Disminuida	14,6	16,2	13,7	13,9
Normal	40,1	42,9	51,8	50,7
Nivel o Habilidad Buena	5,6	6,0	9,9	9,4
Nivel muy Bueno	2,3	2,0	4,6	4,3
Nivel Excelente	0,0	0,5	0,9	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson $\chi^2(12)=179,0721$ Pr =0,000				

A continuación se presentan los coeficientes de correlación de instrumento WAIS con TEPSI y TVIP. Se observa una correlación directa con ambos instrumentos, siendo un poco más fuerte la correlación entre WAIS vocabulario y TVIP. Esto se podría deber a que ambos instrumentos miden un constructo similar.

Cuadro II.3.10: Correlación Resultados Estándar (puntaje T) WAIS, TEPSI y TVIP

	WAIS Dígitos	WAIS Vocabulario	TEPSI estándar	TVIP estándar
WAIS Dígitos	1,0	-	-	-
WAIS Vocabulario	0,4	1,0	-	-
TEPSI estándar	0,2	0,2	1,0	-
TVIP estándar	0,3	0,3	0,5	1,0

II.4 Evaluación del Hogar

Para la evaluación de la calidad del ambiente del hogar, se utilizó una adaptación del inventario HOME (Home Observation for Measurement of the Environment, Caldwell, Bradley, 1984) efectuada por el Centro de Microdatos²⁶.

Para la realización de esta evaluación, cada evaluador(a) debía responder las preguntas que se seleccionaron de este instrumento en la PDA, inmediatamente después de haber terminado la evaluación del hogar seleccionado(a). Cada evaluador(a) debía tener conocimiento acerca de las preguntas del HOME adaptado, de modo que a medida que realizaba la evaluación en el hogar pudiera tomar especial atención a estos aspectos.

Las preguntas realizadas eran de carácter dicotómico, es decir, se debía responder 1 si la conducta o situación era observada y 0, si la conducta o situación no era observada.

II.4.1 Resultados Adaptación HOME (HOME1)

La adaptación del inventario HOME (HOME1) fue aplicado a una muestra de 14.148 niños(as).

Los siguientes cuadros muestran los resultados de la aplicación a dicha muestra de niños(as).

²⁶ Para mayor información ver informe "Metodológico Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia" disponible en www.elpi.cl.

Cuadro II.4.1: Resultados Adaptación HOME (HOME1): Respuesta Emocional y Verbal de la Madre

Categorías del HOME1	N	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Respuesta Emocional y Verbal de la Madre o Tutor(a)	14.148	6,2	1,4	0,0	7,0
La madre o tutor(a) le habla al (a la) niño(a), al menos dos veces durante la visita	14.146	0,96	0,2	0,0	1,0
El habla de la madre o tutor(a) es claro y audible en la entrevista	14.146	0,96	0,2	0,0	1,0
La madre o tutor(a) inicia intercambio verbal con el entrevistador (conversa, pregunta)	14.146	0,91	0,3	0,0	1,0
La madre o tutor expresa ideas fácilmente, conversa con fluidez	14.146	0,90	0,3	0,0	1,0
La madre o tutor(a) alaba las cualidades del(de la) niño(a), por lo menos dos veces durante la entrevista	14.146	0,79	0,4	0,0	1,0
Se pueden observar besos o caricias maternas, al menos una vez durante la visita	14.148	0,78	0,4	0,0	1,0
La madre o tutor(a) muestra alguna respuesta emocional positiva a la alabanza hacia el(la) niño(a) que realiza el entrevistador/a	14.148	0,87	0,3	0,0	1,0

Respecto a la respuesta emocional y verbal de la madre, se puede observar que esta presenta un promedio de 6,2 puntos, de un máximo de 7 puntos. Por lo cual, las madres o cuidadores(as) presentarían una alta respuesta a acciones tales como conversar, expresión de ideas, hablar a los(las) niños(as), etc.

Cuadro II.4.2: Resultados Adaptación HOME (HOME1): Anulación de restricción y castigo

Categorías del HOME1	N	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Anulación de Restricción y Castigo	14.148	3,5	1,2	0,0	4,0
La madre o tutor(a) NO le grita al(a la) niño(a) durante la visita	14.146	0,87	0,3	0,0	1,0
La madre o tutor(a) NO expresa hostilidad hacia el(a la) niño(a)	14.148	0,85	0,4	0,0	1,0
La madre o tutor(a) NO le pega al(a la) niño(a) durante la visita	14.148	0,89	0,3	0,0	1,0
La madre o tutor(a) NO regana o critica al(a la) niño(a) durante la visita, no lo apoca	14.146	0,85	0,4	0,0	1,0

En relación a la anulación de restricción o castigo de la madre o cuidador(a) principal, se puede observar que esta presenta un promedio de 3,5 puntos, de un máximo de 4 puntos. Por lo cual, las madres o cuidadores(as) presentarían una baja respuesta a acciones tales como gritar, presentar hostilidad, golpear o regañar al(a la) niño(a) durante la evaluación realizada en su casa.

Cuadro II.4.3: Resultados Adaptación HOME (HOME1): Materiales de Aprendizaje

Categorías del HOME1	N	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Materiales de Aprendizaje	14.148	2,6	1,6	0,0	6,0
Al menos diez libros (infantiles) están presentes y visibles en la casa	14.148	0,19	0,4	0,0	1,0
La familia tiene un animal doméstico con el que el(la) niño(a) juega	14.148	1,16	0,8	0,0	2,0
La madre o tutor(a) modela uso de juguetes nuevos desafiantes con valor educativo	14.148	0,48	0,5	0,0	1,0
La madre o tutor(a) estructura el periodo de juego del(de la) niño(a)	14.148	0,35	0,5	0,0	1,0
La madre o tutor(a) provee juguetes que desafían al(a la) niño(a) a desarrollar nuevas habilidades	14.148	0,42	0,5	0,0	1,0

Con respecto a materiales de aprendizaje, se puede observar que no están muy presentes en los hogares visitados, ya que el promedio es 2,6 de un máximo de 6. De esta manera, menos de la mitad de los hogares visitados tendría la presencia de materiales de aprendizaje tales como libros infantiles, juguetes, entre otros.

Cuadro II.4.4: Resultados Adaptación HOME (HOME1): Compromiso Maternal

Categorías del HOME1	N	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Compromiso Maternal	14.148	2,4	0,9	0,0	3,0
La madre o tutor(a) tiende a mantener al(a) niño(a) dentro de su rango visual y a mirarlo a menudo	14.148	0,84	0,4	0,0	1,0
La madre o tutor(a) habla al(a) niño(a) mientras ella contesta la encuesta	14.146	0,79	0,4	0,0	1,0
La madre o tutor(a) conscientemente alimenta al niño(a) para que intente cosas nuevas que apoyan su desarrollo	14.146	0,72	0,5	0,0	1,0

En relación al compromiso maternal, se observa que es alto en las madres o cuidadores(as) observados(as), ya que el promedio es 2,4 de un máximo de 3. Esto implica que las madres o cuidadores(as) observados(as) mantenían a los(las) niños(as) dentro de su rango visual o hablaban con ellos(as) mientras contestaban la encuesta.

Cuadro II.4.5: Resultados Adaptación HOME (HOME1): Conductas alimenticias

Categorías del HOME1	N	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Conductas Alimenticias	14.148	0,3	0,6	0,0	3,0
La madre o tutor(a) recompensa al niño(a) con comida chatarra cuando hace algo bien o que ella quiere durante la evaluación	14.148	0,09	0,3	0,0	1,0
Al(A la) niño(a) le toco alguna comida (desayuno, almuerzo, once o cena) mientras se estuvo en la casa y esta fue saludable	14.148	0,13	0,3	0,0	1,0
El(La) niño(a) pidió comida chatarra mientras se estuvo en el hogar	14.148	0,08	0,3	0,0	1,0

Finalmente, en las conductas alimenticias observadas por el(la) evaluador(a) en la visita al hogar, se aprecia que conductas tales como recompensa con comida chatarra, o alimentación con comida chatarra es bastante baja.

III. Referencias

- American Psychiatric Association. (1994). "Diagnostic and statistical manual of mental disorders" (4th ed., text rev.). Washington, DC
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. A. (2000). "Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles". Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Apfelbeck, E.-M., y Hermosilla, M. (2000). "Manual de Administración y Tabulación del Test de WAIS". Santiago.
- Bruer, John T. (1999). "The Brain and Child Development: Time for Some Critical Thinking". Public Health Reports. 113. Págs. 389-97.
- Caldwell, B. y Bradley, R. (1984). "Home Observation for Measurement of the Environment (HOME) - Revised Edition". University of Arkansas, Little Rock.
- Casullo, M. (2000). "Big Five Inventory". Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- De la Cruz, M. V., y González, M. (1998). "Inventario de Desarrollo Battelle". Madrid: Tea Ediciones.
- Dunn, L. M., Padilla, E., Lugo, D., y Dunn, L. M. (1986). "Manual del examinador para el Test de Vocabulario en Imágenes Peabody". Minneapolis: Pearson.
- Edwards, M., Seguel, X., Hurtado, M., Bañados, M., Wormald, A., Covarrubias, M., Lira, M. (2007). "Efectividad de la sala cuna de la junta nacional de jardines infantiles. Estudio Longitudinal 2007-2010".
- Haeussler, I. M., y Marchant, T. (2003). "TEPSI Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años". Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- MINEDUC - CEDEP (2001). "Evaluación del impacto del Programa Conozca a su Hijo"
- MINEDUC, (2002) "Revista de Educación" Documentos disponibles en <http://www.comunidadescolar.cl/>
- Matarazzo, J. D. (1972). "Wechsler's measurement and appraisal of adult intelligence" (5th ed.). Baltimore, MD: Williams & Wilkins,

- OMS. (2010). "Patrones de crecimiento infantil"
<http://www.who.int/childgrowth/publications/>
- Rodríguez, S., Arancibia, V., y Undurraga, C. (2008). "Escala de Evaluación cognitivas de 0-24 Meses". Santiago: Cronopios.
- Squires, J., Bricker, D., y Twombly, E. (2006). "The ASQ:SE User's Guide". Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Tupes, E.C., y Christal, R.E., (1961). "Recurrent Personality Factors Based on Trait Ratings. Technical Report ASD-TR-61-97", Lackland Air Force Base, TX: Personnel Laboratory, Air Force Systems Command.
- Valdés, M. (2003). "Desarrollo psicomotor de niños y niñas, de 3 a 5 años de edad, que asisten a centros de educación pre-escolar de la ciudad de Talca" Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales, ISSN-e 1577-0788, N°. 10, 2003, págs. 87-96



Departamento de Economía