



Universidad del Desarrollo
Universidad de Excelencia

Facultad de Ciencias de la Salud Concepción

**DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE DESARROLLO GLOBAL EN NIÑOS Y NIÑAS
DE 0 A 3 AÑOS PERTENECIENTES AL PROGRAMA FAMILIAS DE ACOGIDA
ESPECIALIZADA (FAE) DE CONCEPCIÓN AL AÑO 2018**

**POR: ALINE CATALINA ARAYA BUSTAMANATE
ANDREA SUSANA BUSTAMANTE CASTILLO**

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del
Desarrollo para optar al grado académico de licenciado en Kinesiología.

**PROFESOR GUÍA:
Sra. DANIELA DEL PILAR CID VILLA**

Diciembre, 2018
CONCEPCIÓN

© Se autoriza la reproducción de fragmentos de esta obra para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

Dedicamos esta tesis a los niños y niñas que forman del Programa FAE, al igual que sus familias guardadoras, ya que sin ellos no habiéramos logrado este hermoso proyecto dedicado a la primera infancia

AGRADECIMIENTOS

A los menores que forman parte del programa FAE, como también a sus familias cuidadoras y a las autoridades que dirigen dicho programa. A nuestras docentes por ayudarnos a lograr este proyecto y a nuestras familias por motivarnos a seguir creciendo como futuros profesionales del área de la salud.

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN	8-9
INTRODUCCIÓN	10-12
MARCO TEÓRICO	13--23
1. Necesidades del desarrollo infantil	13
2. Factores de riesgo del desarrollo infantil	14
2.1 Pobreza infantil	14
2.2 Institucionalización	15
2.3 Maltrato infantil	15
3. Sistemas de protección a la infancia en Chile	16
3.1 Chile Crece Contigo	16
3.2 Servicio Nacional de Menores	16
3.2.1 Familias de Acogida Especializada	17
4. Desarrollo Global	17
4.1 Periodos críticos	18
4.2 Neuroplasticidad	18
4.3 Estimulación temprana	18
5. Baterías de evaluación psicomotriz en Chile	19
5.1 Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP)	20
5.2 Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI)	20
5.3 Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI)	20
5.3.1 Variables del instrumento de medición	21
5.3.1.1 Desarrollo cognitivo	21
5.3.1.2 Desarrollo motriz	21
5.3.1.3 Desarrollo del lenguaje	22
5.3.1.4 Desarrollo socioemocional	22

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	24
SUPUESTO TEÓRICO	25
OBJETIVO GENERAL	26
OBJETIVO ESPECÍFICO	26
METODOLOGÍA	27-31
RESULTADOS	32-34
DISCUSIÓN	35-43
CONCLUSIÓN	44
BIBLIOGRAFÍA	45-47

INDICIDE DE TABLAS

	Páginas
Tabla N°1	32
Tabla N°2	33
Tabla N°3	33
Tabla N°4	34
Tabla N°5	34

RESUMEN

Resumen: La evaluación del desarrollo global de los menores pertenecientes a la FAE es importante, ya que al evaluar de forma temprana se puede modificar la maduración cerebral debido a los períodos críticos.

Objetivo: Evaluar el desarrollo global de los niños y niñas de 0 a 3 años, 11 meses, 29 días de edad pertenecientes al programa FAE en la comuna de Concepción, 2018.

Material y método: Se utilizó un estudio observacional descriptivo, donde se evaluaron 14 niños a la FAE, con una edad promedio de $20,9 \pm 9,6$ meses. El desarrollo global fue evaluado con la batería TADI en la Clínica Kinésica UDD. El criterio de inclusión fue: presentar una edad entre 0 a 3 años, 11 meses, 29 días y como criterio de exclusión fueron aquellos menores que no logren finalizar la evaluación y que el día de la toma de datos no se presente. Integrando las consideraciones éticas.

Resultados: Los menores presentaron un desarrollo global normal, sin embargo, se puede apreciar que la dimensión del lenguaje y cognición son las que presentan un puntaje más bajo con respecto a las demás. Así también aquellos que llevan menor tiempo en la FAE presentan una categorización de retraso, y aquellos de mayor tiempo una categorización avanzada o normal.

Conclusión: Los menores tienen un nivel normal de su desarrollo global al igual que todas las dimensiones. Así también, el llevar más tiempo en este programa conlleva a una mejor categorización en su desarrollo global.

Palabras Claves: Desarrollo Global; FAE; TADI.

INTRODUCCIÓN

El Desarrollo Infantil, es un proceso a través del cual niños y niñas incrementan sus competencias integrales para la vida (Unicef, 2016), que abarca desde el embarazo hasta los 6 años (Orozco. G., 2016) y es de importancia que cuenten con un estado de salud óptimo y una buena alimentación como base, además de satisfacer las necesidades de apego, interacción social, comunicación, seguridad emocional, consistencia y accesos a las oportunidades de exploración y descubrimiento (O'Shea G., Rizzoli A., Aceves D., Villagrán V., Carrasco J., Halley E., Delgado I., Pizarro M., Vargas G., Antillón F., Villasís M., Muñoz O., 2015). Sin embargo, este desarrollo puede verse modificado por la calidad del ambiente en el que se desenvuelven los niños. Existen factores de riesgo identificados, como pobreza, institucionalización y maltrato infantil los cuales constituyen un ambiente poco estimulante que se asocian con retraso en el desarrollo global (Bedregal. P., Castañón C., Castrof D., Hernández V., Mingoc M. V., Valenzuela P., Moore R., De la Cruz R., 2016).

Los datos aportados por el Ministerio de Salud (2013) muestran que cerca de un 25% de los niños y niñas menores de 5 años presenta algún tipo de rezago en su desarrollo y un 11% presenta retraso, por lo que el programa Chile Crece Contigo presenta un Sistema de Protección Social, para que todos los niños a nivel nacional crezcan en entornos familiares que favorezcan su óptimo desarrollo (Bedregal. P et

al. 2016). Como también para los menores institucionalizados, donde El Servicio Nacional de Menores (SENAME) posee el Programa de Familias de Acogida (FAE), para reparar el daño de los niños y niñas de 0 a 3 años, 11 meses, 29 días de edad, que por decisión judicial hayan sido removidos de su familia debido a que sufrieron maltrato físico y/o psicológico, y lo que se pretende es que la familia de acogida pueda restablecer aquellos niveles de seguridad emocional (Jaramillo. J. 2014). En el año 2016 el programa FAE beneficio de 124 niños a 34 en la región del Biobío (Ministerio de Desarrollo Social, 2016).

El desarrollo global de los niños debe ser evaluado a edades tempranas y ser detectado de manera precoz (Tobar F., Lencina M., 2017), ya que los primeros 5 años de vida son cruciales, donde se desarrolla el 90% del cerebro (Campos. A., Lira. B., Sabogal. K., 2014) y se establece la mayor parte de conexiones y circuitos neuronales (Atalah E., Cordero M., Guerra M., Quezada S., Carrasco X., Romo M., 2014), permitiendo intervenir y moldear su neuroplasticidad generando cambios en su nivel de desarrollo (Moneta M., 2014).

En la actualidad los test utilizados en Chile han cumplido su propósito y hoy se necesita avanzar hacia un instrumento más integral y actualizado. Es así como el Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI), el cual incluye las dimensiones de: lenguaje, cognición, socioemocional y motricidad (Pardo, Gómez, & Edwards, 2012)

es de utilidad para evaluar el nivel de desarrollo global que alcanza un menor institucionalizado, clasificándolo en: normal, en riesgo o en retraso.

MARCO TEÓRICO

El desarrollo infantil se entiende como el proceso a través del cual niños y niñas incrementan sus competencias integrales para la vida, el cual incluye el desarrollo motor, cognición, lenguaje y socioemocional (Unicef, 2016). La evaluación del desarrollo global permite obtener la información necesaria para conocer las habilidades de los menores (Amaro A., Lagos J., 2016).

En Chile la evaluación del desarrollo de los niños y niñas menores de 6 años se realiza principalmente en el servicio público, es aquí donde se observa un mayor porcentaje de trastorno en el desarrollo infantil en comparación con el privado (Pardo M., Gómez M., Edwards M., 2012), cerca de un 25% de los niños y niñas menores de 5 años presenta algún tipo de rezago en su desarrollo y un 11% retraso (Ministerio de Salud, 2013).

1. Necesidades del Desarrollo Infantil

Para que los niños se desarrollen, es importante que cuenten con una buena condición de salud, además de satisfacer las necesidades de interacción social, apego y seguridad emocional (O'Shea G., Rizzoli A., Aceves D., Villagrán V., Carrasco J., Halley E., Delgado I., Pizarro M., Vargas G., Antillón F., Villasís M., Muñoz O., 2015). Las desigualdades en la condición en salud afectan tanto en la niñez como a lo largo de su vida, generando repercusiones futuras. (Sastre M., Terol

M., Zonic A., Esparza M., Del Cura M., 2016). Las interacciones sociales en la infancia permiten la adaptación a su entorno (De miguel P., 2014), pero este puede variar de acuerdo con las circunstancias del ambiente (Moneta M., 2014) y el desempeño social de los familiares, donde padres permisivos y autoritarios favorecen su desempeño social (Henaó G., Valencia N., 2012). Por lo demás, el apego es la relación entre el recién nacido y su madre formando un vínculo de confianza y seguridad. Este vínculo tiene repercusiones futuras (Moneta M., 2014), tales como en sus capacidades cognitivas y en su personalidad (Berger K., Gutiérrez S., 2014), por ende, su interrupción es grave. (Moneta. M., 2014). Por otro lado, la seguridad emocional se desarrolla en base a la autoestima y a sus potenciales capacidades, por lo tanto, es necesario generar experiencias que permitan la interacción con otras personas de su entorno (Galora R., 2017).

Dado este contexto se han incorporado políticas para fortalecer los programas y servicios en la primera infancia (Unicef, 2016). De manera que logren fomentar las competencias parentales, tanto emocionales como cognitivas en su desarrollo. (Vargas J., Arán V., 2014).

2. Factores de Riesgo del Desarrollo Infantil

2.1. Pobreza Infantil

La pobreza infantil es una de las formas de vulneración, el cual perjudica su desarrollo global (Díaz D., Santibáñez D., Cortés A., Raczynski G., Contreras N.,

Bozo N., 2016). Siendo una de las medidas dentro de este contexto la institucionalización de estos niños. (Palummo J., 2012).

2.2. Institucionalización

Los niños institucionalizados presentan rasgos de dominación, impulsividad que se refleja con la falta de control de sus conductas e insensibilidad que se observa con conductas antisociales (Romero E., Luengo M., Gómez J., Sobral J., Villar P., 2005). Por esta razón, en edad avanzadas como en la adolescencia se muestra un déficit en las habilidades personales y sociales haciéndolos propensos a conductas destructivas y autodestructivas (Lobo M., Retana I., 2016). Por tanto, los métodos evaluativos aplicados a la población infantil se deben analizar de forma detallada por las consecuencias futuras en su desarrollo. (Martínez C., Urdangarin D., 2005)

2.3. Maltrato Infantil

Según la Encuesta Nacional de Violencia intrafamiliar y Delitos Sexuales en el año 2013 registró un 42.4% de niños(as) y adolescentes que han sufrido algún tipo de violencia en los últimos doce meses, por otra parte, un 75,1% han sufrido algún tipo de violencia por parte de al menos uno de sus cuidadores alguna vez en la vida (Palummo J., 2012). Por ende, el maltrato infantil ha demostrado consecuencias en la estructura y función cerebral (Mesa P., Moya L., 2011).

3. Sistemas de Protección a la Infancia en Chile

3.1 Chile crece contigo

En Chile, durante 2007, se inició la implementación del subsistema de protección a la infancia, llamado Chile Crece Contigo (ChCC), cuyo objetivo es ofrecer un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales para favorecer el desarrollo global de los menores hasta los 4 años (Bedregal. P et al. (2016)) y en conjunto con el Servicio Nacional de Menores (SENAME) velan por cada una de las necesidades de su ciclo vital (Berger K., Gutiérrez S., 2014).

3.2 Servicio Nacional de Menores (SENAME)

El SENAME es un organismo público dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el cual desarrolla sus actividades bajo las indicaciones de los tribunales de familia a nivel país (SENAME, 2016). Su labor consiste en proteger los derechos de niños y adolescentes junto con la regulación del proceso de adopción (Jaramillo J., 2014). Este servicio cuenta con centros de atención directa y redes colaboradoras reguladas (Berger K., Gutiérrez S. 2014), que tiene como misión colaborar y aportar en el servicio a la infancia vulnerada (Jaramillo J., 2014).

3.2.1 Familias de Acogida Especializada (FAE)

La FAE entrega protección, afecto y contención a menores que han sido separados por situaciones legales de sus padres, por lo que permanecen con familias de acogida de manera temporal hasta que los tribunales entreguen una resolución a su proceso de adopción (Jaramillo J. 2014), dentro de una familia de acogida se encuentran las de tipo extensa (miembro de su núcleo familiar) o externa (personas sin relación consanguínea). El rango etario establecido es de los 0 a 6 años, priorizando a los menores de 3 años (SENAME, 2016).

4. Desarrollo Global

La estimulación temprana durante el periodo crítico favorece el desarrollo global (Tobar F., Lencina M., 2017), el cual promueve el potencial de los menores dentro de la sociedad (Lejarraga. H., Kelmansky. D., Passucci. M., Masautis. A., Insua I., Lejarraga. C., Nunes. F. 2016).

El cerebro se modifica en base a las experiencias y estímulos, pero la ausencia o privación de estos elementos influencia en la estructura y función cerebral (Campos A., Lira B., Sabogal K., 2014). Ya que durante los primeros años de vida los circuitos neurales son más sensibles y plásticos a los estímulos del ambiente, siendo denominado este tiempo como periodos críticos (Atalah E., Cordero M., Guerra M., Quezada S., Carrasco X., Romo M., 2014).

4.1 Periodos Críticos

El desarrollo neuronal es un proceso organizado que influye en el sistema nervioso y que comienza en el periodo embrionario y el periodo fetal en adelante, es aquí donde los periodos críticos generan circuitos neuronales funcionales. (Orozco G., 2016). Son ventanas de oportunidad que existen para el sistema nervioso (Moneta M., 2014), que es sumamente sensible para el desarrollo global de los individuos a largo plazo (Cuevas A., Pérez R., Rizzoli A., Reyes H., 2017).

4.2 Neuroplasticidad

El proceso de neurodesarrollo comienza desde la concepción hasta el periodo posnatal hasta alcanzar la completa madurez de los sujetos (Amores A., Mateos R., 2017). Siendo los primeros 3 años de vida sensibles a procesos bioquímicos y al existir mayor plasticidad cerebral hay mayores conexiones neuronales (Berger K., Gutiérrez S., 2014). Pero en casos de vulneración se altera la plasticidad cerebral (Amores A, Mateos R., 2017).

4.3 Estimulación temprana

La estimulación temprana es un conjunto de actividades aplicadas desde el nacimiento hasta los 6 años, con el objetivo de favorecer el desarrollo global, en conjunto con la ayuda de los padres (Cerna C., 2015). La edad crítica en su desarrollo es de los 0 a 3 años, donde su capacidad cerebral se desarrolla al máximo

favoreciendo su plasticidad neuronal y sus procesos de aprendizaje (Moneta M., 2014).

Independientemente del tipo de riesgo socioambiental, se corroboró que la detección precoz y la estimulación temprana puede favorecer la evolución cognitiva y socioemocional del niño (Tobar F., Lencina M., 2017). Por lo que una deficiente estimulación temprana repercute negativamente en su aprendizaje (Albornoz J., Guzmán M., 2016).

En este contexto, al evaluar los hitos del desarrollo podemos estimar en qué periodo se encuentra y a partir de esto estimular a los menores (Medina A., Caro I., Muñoz P., Leyva J., Moreno J., Vega S., 2015). El Sistema de Salud debe promover la intervención enfocada en la prevención y hallazgos encontrados en la evaluación temprana (Cuevas et al., 2017).

5. Baterías de Evaluación Psicomotriz en Chile

Los instrumentos de evaluación a nivel nacional para la primera infancia corresponden a la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI). Además, existe un tercer instrumento para primera infancia, con un uso menos masivo, que corresponde al Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) (Amaro A., Lagos J., 2016). Cuyo objetivo es evaluar el desarrollo acorde a su edad, detectando riesgos y alteraciones (Bedregal. P et al, 2016).

5.1 Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP)

El EEDP es el primer instrumento de evaluación psicomotriz estandarizado en Chile para niños(as) entre 0 y 24 meses. El cual evalúa el desarrollo psicomotor a partir de la observación de la conducta del niño y preguntas a la madre (Santelices M, Greve C, Pereira X., 2014). La evaluación obtiene la edad mental y un coeficiente de desarrollo de acuerdo con cuatro áreas (motora, coordinación, lenguaje y social), categorizando en normal, riesgo o retraso. Sin embargo, pese a su fácil aplicación y difusión, hay una elevada probabilidad de que entregue falsos positivos en sus resultados (Martínez C., Urdangarin D., 2005).

5.2 Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI)

El TEPSI evalúa el desarrollo psicomotor de los 2 a los 5 años en base a tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad a través de la observación de la conducta del niño(a), permitiendo determinar si el rendimiento es normal o bajo lo esperado, sin embargo, solo se entrega un análisis cuantitativo global y no detallado por área. (Santelices M., Greve C., Pereira X., 2014). Además, se enfoca principalmente en el área del lenguaje (Heresi C., Avaria M., 2014).

5.3 Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI)

El TADI ha sido creado considerando el contexto cultural de Chile y según cada rango de edad, basándose en tareas solicitadas al niño, preguntas al adulto y

observación de su comportamiento (Pardo M., Gómez M., Edwards M. 2012), evaluando desde 3 meses hasta los 6 años, las dimensiones: motrices, lenguaje, cognición y socioemocional, obteniendo un puntaje bruto por cada área y luego un puntaje T (Total). Categorizando su desarrollo y aprendizaje en avanzado, normal, normal con rezago, riesgo y retraso. (Tobar F., Lencina M., 2017). Según el estudio de Armijo I., Galaz H., Edwards M., Pardo M. (2015) la batería muestra alto niveles de especificidad, por ende, es capaz de detectar logros del desarrollo en las dimensiones evaluadas.

5.3.1 Variables del Instrumento de Medición

5.3.1.1 Desarrollo Cognitivo

Según Albornoz E., Guzmán M., (2016) es un proceso donde los niños organizan la información que reciben del entorno para resolver situaciones en base a sus experiencias, por el contrario, según Vargas J., Arán V. (2014) lo define como un proceso influenciado por los padres interviniendo en la maduración cerebral y su desarrollo cognitivo.

5.3.1.2 Desarrollo Motriz

Según Medina A. et al (2015) el desarrollo motor consta de habilidades motoras como el control postural, desplazamiento y destreza manual, por el contrario,

Albornoz E., Guzmán M. (2016) agrega la coordinación entre lo que ve y toca el niño permitiendo el contacto con su entorno.

5.3.1.3 Desarrollo del Lenguaje

Según Medina A. et al (2015) establece una serie de factores que influyen el desarrollo del lenguaje, tales como: la seguridad emocional, estimulación lingüística, la personalidad del niño y su entorno y la madurez biológica, en cambio, Albornoz E., Guzmán M., (2016) engloba este desarrollo como la habilidad del niño para comunicarse con su entorno.

5.3.1.4 Desarrollo Socioemocional

Según Gálvez A., Farkas C. (2017) es la capacidad del niño de desarrollar una relación cercana y segura con los adultos para expresar sus emociones de una forma apropiada, explorando el ambiente. Por el contrario, Albornoz E., Guzmán M. (2016) lo define como los procesos de identidad, autoestima y relación consigo mismo y los demás.

Por consiguiente, los resultados que entrega el TADI se relacionan con los factores sociodemográficos, éticas propias de nuestra cultura y con el ambiente de desarrollo, siendo una evaluación confiable para detectar los logros en la primera infancia sobre todo en los casos de los grupos con retraso (Armijo I., Galaz H., Edwards M., Pardo M. 2015). Por lo tanto, es necesario la utilización de

instrumentos de diagnóstico que faciliten la identificación de las etapas del desarrollo para favorecerlo (Unicef, 2016).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de desarrollo global de los niños y niñas entre 0 y 3 años pertenecientes al Programa de Familias de Acogida Especializadas (FAE) en la ciudad de Concepción al año 2018?

SUPUESTO TEÓRICO

Los niños y niñas de 0 a 3 años, 11 meses, 29 días de edad pertenecientes al programa FAE de la comuna de Concepción, 2018 presentan un riesgo de retraso en su desarrollo global.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el desarrollo global de los niños y niñas de 0 a 3 años, 11 meses, 29 días de edad pertenecientes al programa FAE en la comuna de Concepción, 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer el desarrollo motor de los niños y niñas de 0 a 3 años, 11 meses, 29 días de edad pertenecientes a la FAE en la comuna de Concepción, 2018.
2. Conocer el desarrollo cognitivo de los niños y niñas de 0 a 3 años, 11 meses, 29 días de edad pertenecientes al programa FAE en la comuna de Concepción, 2018.
3. Conocer el desarrollo del lenguaje de los niños y niñas de 0 a 3 años, 11 meses, 29 días de edad pertenecientes al programa FAE en la comuna de Concepción, 2018.
4. Conocer el desarrollo socioemocional de los niños y niñas de 0 a 3 años, 11 meses, 29 días de edad pertenecientes al programa FAE en la comuna de Concepción, 2018.

METODOLOGÍA

Diseño de investigación:

Se realizó un estudio de diseño Cuantitativo Observacional Descriptivo de temporalidad Transversal

Población:

La población correspondió a niños y niñas pertenecientes al Programa de Familias de Acogida Especializada (FAE). El criterio de inclusión era presentar una edad entre los 0 años a los 3 años, 11 meses y 29 días, como criterio de exclusión fue aquel o aquellos menores que por distintos factores no logren finalizar la evaluación y que el día de la toma de datos no se presente a la evaluación.

Diseño de la muestra:

Para la selección de la muestra se utilizó un diseño no probabilístico por conveniencia.

Tamaño de la muestra:

14 niños y niñas de 0 a 3 años, 11 meses, 29 días de edad pertenecientes al Programa Familias de Acogida Especializada. Programa perteneciente al SENAME, Región del Biobío.

Variables de estudio:

- Desarrollo cognitivo: Variable independiente

Definición conceptual: Proceso a través del cual los niños y niñas organizan la información que reciben del entorno para resolver situaciones en base a sus experiencias (Albornoz E., Guzmán M., 2016), además es influenciado por los padres interviniendo en la maduración cerebral (Vargas J., Arán V., 2014).

Definición operacional: Se medirá a través de la batería TADI mediante la sollicitación y observación de los evaluadores de tareas que realiza el menor como también en preguntas dirigidas al adulto acompañante.

- Desarrollo motor: Variable independiente

Definición conceptual: Consiste en el desarrollo de un conjunto de habilidades que adquieren los niños y niñas a determinadas edades, las cuales son: control postural, desplazamiento, destreza manual (Medina. A. et al (2015) y coordinación con lo que permite que los menores este en contacto con su entorno (Albornoz E., Guzmán M., 2016)

Definición operacional: Se medirá a través de la batería TADI mediante la sollicitación y observación de los evaluadores de tareas que realiza el menor como también en preguntas dirigidas al adulto acompañante.

- Desarrollo del lenguaje: Variable independiente

Definición conceptual: Consiste en el desarrollo de la habilidad del niño para comunicarse con su entorno (Albornoz E., Guzmán M., 2016) y esta determinado

por la seguridad emocional, la estimulación lingüística, la personalidad del niño, la madurez biológica y su entorno (Medina. A. et al (2015).

Definición operacional: Se medirá a través de la batería TADI mediante la sollicitación y observación de los evaluadores de tareas que realiza el menor como también en preguntas dirigidas al adulto acompañante.

- Desarrollo socioemocional:

Definición conceptual: Capacidad del niño de desarrollar una relación cercana y segura con los adultos para expresar sus emociones de una forma apropiada, explorando el ambiente (Gálvez A, Farkas C. (2017).

Definición operacional: Se medirá a través de la batería TADI mediante la sollicitación y observación de los evaluadores de tareas que realiza el menor como también en preguntas dirigidas al adulto acompañante.

MATERIALES Y MÉTODO

Materiales:

Se utilizó la batería TADI, donde se evalúan 4 dimensiones, que son el desarrollo cognitivo, motor, lenguaje y socioemocional. Esta batería presenta diferentes elementos, los cuales son utilizados por el menor, observando su respuesta frente a la tarea solicitada. Al conocer la edad cronológica se determina el piso, donde debe tener tres puntuaciones 1 seguidas para poder comenzar a evaluar su mes cronológico, y se termina la dimensión al realizar el techo donde debe tener tres puntuaciones 0 seguidas.

Procedimiento:

Primero se comenzó con la capacitación de la batería TADI a cargo del profesional certificado dirigido a las evaluadoras. Se realizó el curso de buenas prácticas, se envió una carta de autorización al comité de ética, otra dirigida a las autoridades de la FAE y al coordinador de la Clínica Kinésica UDD. La evaluación se realizó de forma individual en la Clínica Kinésica UDD, previo a la evaluación se daba a conocer el consentimiento informado al padre guardador quien autorizaba al menor a realizar la evaluación. Antes de comenzar a evaluar al menor se realizaba una entrevista al padre dando tiempo para que el menor se ambientara con los evaluadores y con el entorno, para así generar una cercanía y una ambientación al entorno.

Primero se parte evaluando a cada menor a través de la Batería TADI cada dimensión ya mencionado anteriormente, el puntaje final se obtiene a través del software online de la Batería TADI donde se ingresa el resultado de las dimensiones ya sea logrado (1) o no logrado (0). A partir de los datos arrojados en la evaluación son procesados por el programa online del TADI entregando un resumen final el cual contiene: Puntaje Bruto por cada dimensión, Puntaje T por cada dimensión, Categoría Descriptiva de cada dimensión (avanzado, normal, riesgo, retraso) y la Escala Total donde se categoriza en avanzado, normal, normal con retraso, riesgo o retraso. Posteriormente, se confeccionó en el programa Excel diferentes tablas según las variables de estudio.

Aspectos éticos:

- Beneficencia: Se entregarán los resultados a las instituciones pertinentes, en dicho beneficio y en pro de aquellas personas que participen en la evaluación del desarrollo global con batería TADI.
- No maleficencia: No se alterará el normal funcionamiento del centro en el cual está el usuario.
- Autonomía: El programa FAE podrá decidir libremente en cualquier momento del proceso no participar, aún dado su consentimiento.
- Justicia: Se evaluará de manera igualitaria a los niños y niñas asignados por el programa FAE

RESULTADOS

La muestra del presente estudio corresponde a 14 menores de edad pertenecientes al Programa de Familias de Acogida Especializada (FAE) de Concepción. La edad promedio de los menores corresponde $20,9 \pm 9,6$ meses, donde 57% son hombre y 42% son mujeres. En cuanto al tiempo de permanencia en el programa FAE, se observó un mínimo de tiempo de 2 semanas y un máximo de 120 semanas, entregando un promedio de $39,9 \pm 28,2$ semanas, donde el 72% son de familia extensa, 21% de familia externa y un 7% estuvo con ambas familias (mixto) (Tabla 1).

Sexo	
Hombre	8 (57%)
Mujer	6 (42%)
Edad (meses)	$20,9 \pm 9,6$
Tiempo Institucionalizado (semanas)	$22,0 \pm 29,7$
Tiempo FAE (semanas)	$39,9 \pm 28,2$
Tipo de Familia	
Extensa	10 (72%)
Externa	3 (21%)
Mixto	1 (7%)

Variables cuantitativas expresada en media y desviación estándar

En relación con el desarrollo global se analizaron los puntajes brutos de cada dimensión entregada por la batería TADI, donde se observó que el desarrollo cognitivo y del lenguaje obtuvieron un promedio más bajo de $18,0 \pm 5,8$ y $18,0 \pm 7,0$ respectivamente. Sin embargo, el desarrollo del lenguaje obtuvo un puntaje máximo de 31, siendo el mayor de las cuatro dimensiones. En cambio, la dimensión socioemocional obtuvo una media de $23,2 \pm 6,3$ siendo la dimensión más alta en

promedio, donde el puntaje mínimo de 6 fue el más alto dentro de las 4 dimensiones (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados Desarrollo Global según Bateria TADI

	Mínimo	Máximo	Media - DE	Mediana
Cognitivo	4	26	18,0±5,8	18,5
Motricidad	3	29	20,4±7,0	20,5
Lenguaje	3	31	18,0±7,0	17,5
Socioemocional	6	30	23,2±6,3	25
Desarrollo Global	26	67	51,3±12,1	51,5

Variables cuantitativa expresada en estadígrafo de posición, tendencia central y de variabilidad

En cuanto a la categorización de las dimensiones del desarrollo global, se observó que la mayor cantidad de niños obtuvieron un desarrollo normal en todas las dimensiones, siendo un la de mayor porcentaje la dimensión socioemocional con una cantidad de 9 menores. Así también el desarrollo del lenguaje fue la dimensión que obtuvo mayor cantidad de niños con retraso con una cantidad de 3 menores. Sin embargo 12 de 14 niños presentó una categorización avanzada o normal en el desarrollo cognitivo y de motricidad (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados del Desarrollo Global según Categorización Descriptiva por cada dimensión

Desarrollo Global	Avanzado	Normal	Riesgo	Retraso
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Cognitivo	5(29%)	7(26%)	2(29%)	0(0%)
Motricidad	5(29%)	7(26%)	1(14%)	1(20%)
Lenguaje	5(29%)	4(15%)	2(29%)	3(60%)
Socioemocional	2(12%)	9(33%)	2(29%)	1(20%)

Variables cuantitativas expresadas en frecuencia absoluta y relativa

Por otra parte, sólo los menores que forman parte de una familia extensa presentaron una categorización de su desarrollo de tipo avanzado representado por

4 menores, a diferencia de los menores que forman parte de una familia externa, en los cuales 2 menores presentaron una categorización normal y 1 con retraso (Tabla 4).

Tabla 4. Resultados de de la Categorización Descriptiva segun el tipo de familia de Acogida.

Categorizacion/Tipo Familia	Extensa	Externa	Mixta
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Avanzado	4 (40%)	0 (0%)	0 (0%)
Normal	2 (20%)	2 (67%)	1(100%)
Normal con retraso	2 (20%)	0 (%)	0 (0%)
Riesgo	2 (20%)	0 (%)	0 (0%)
Retraso	0 (0%)	1(33%)	0 (0%)
Total	10 (100%)	3 (100%)	1 (100%)

Variables cuantitativas expresadas en frecuencia absoluta y relativa

Al analizar el desarrollo global según el tiempo de estadía en la FAE, los menores que presentaron una categorización avanzada de su desarrollo se relacionan con una mayor cantidad de tiempo dentro de la FAE, siendo mayor a 30 semanas. Así también una menor cantidad semanas en la FAE (de 10 a 30 semanas), mostró que los menores presentan una categorización normal, normal con retraso, riesgo y con retraso, siendo este último donde se observó una menor cantidad de semanas (de 0 a 10 semanas) (Tabla 5).

Tabla 5. Resultados del tiempo en las Familias de Acogida segun la Categorización descriptiva.

Tiempo FAE (semanas)	Avanzado	Normal	Norma con retraso	Riesgo	Retraso
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
0-10	-	-	-	-	1(100%)
10-20	-	2(40%)	1(50%)	-	-
20-30	-	1(20%)	-	1(50%)	-
30-40	1(25%)	-	-	-	-
40-50	2(50%)	-	1(50%)	-	-
>50	1(25%)	2(40%)	-	1(50%)	-

Variables cuantitativas expresadas en frecuencia absoluta y relativa

DISCUSIÓN

El propósito del estudio fue analizar el desarrollo global de los niños y niñas de 0 a 3 años pertenecientes al programa de la FAE de Concepción al año 2018. Se observó clínicamente a nivel general un desarrollo normal en cada una de las dimensiones evaluadas mediante la batería TADI, arrojando un Desarrollo Global Normal.

Según el estudio De Miguel (2014), aquellos menores que han sido vulnerados se observa una alteración en su aprendizaje debido a las características del entorno en el cual se desarrolla, como también, en el estudio de Medina A., Caro I., Muñoz P., Leyva. J., Moreno J., Vega S. (2015) señal que esta población demuestran de forma tardía sus destrezas motoras, es decir, el no cumplimiento de los hitos del desarrollo dentro los rangos establecidos a su edad, sin embargo, los menores pertenecientes a la FAE mostraron un resultado diferente al señalado anteriormente, presentando en su mayoría una categorización normal, pero es necesario analizar los resultados obtenidos por dimensión.

Al observar de forma separada las dimensiones evaluadas se aprecia al menos una de ellas con un riesgo o retraso, siendo principalmente la dimensión cognitiva y del lenguaje con los promedios más bajos según puntaje bruto. Esta situación se explica a través del estudio de Armijo I., Galaz H., Edwards M., Pardo M. (2015), esta situación indica que la batería TADI tiene una baja sensibilidad para detectar los

casos de retrasos, por lo tanto, muestra una tendencia a la sub-detección de rezagos en el desarrollo global.

En el caso del resultado de la dimensión cognición es coherente con el estudio de Vargas J. y Arán V. (2014) los cuales señalan la relevancia de las interacciones de las competencias parentales y sus efectos en el desarrollo de la habilidad cognitiva, ya que afectan directamente la maduración cerebral y la formación de las capacidades ejecutivas. Además los entornos sociales juegan un rol determinante en las conductas, es decir, en los casos de núcleos familiares en donde existen dinámicas de violencia intrafamiliar, baja escolaridad y/o una crianza desorganizada afectan de manera negativa en el desarrollo de los menores. Es por esto, que esta dimensión presenta uno de los promedios más bajo en este estudio, ya que se relaciona con los contextos de la gran mayoría de los menores institucionalizados que fueron evaluados, siendo las situaciones mencionadas en el estudio las razones por las cuales fueron derivados al Programas FAE.

Por otro lado la dimensión del lenguaje también tuvo uno de los promedios más bajos, Medina. A., Caro. I., Muñoz. P., Leyva. J., Moreno. J., Vega. S. (2015) explica que los trastornos del lenguaje dependen de una adecuada estructura anatomofuncional y de la influencia del medio, dando énfasis a este último, ya que es necesario la presencia de personas significativa en su entorno con un lenguaje más avanzado y además debe existir un vínculo que afectó con ellos. Además, en

los casos de retraso se observan alteraciones del desarrollo social, aislamiento y/ o regresión.

Por otra parte, la dimensión socioemocional tuvo el promedio más alto, ese resultado se explica con el estudio de Gálvez A. y Farkas C. (2017) los cuales señalan que existe una relación entre la sensibilidad y la mentalidad de los padres, es decir, la interacción depende la respuesta por parte de ellos ante la necesidad que tienen los niños según sus características. Además, en el estudio Arán V. y Vargas J. (2014), la parentalidad ejerce una influencia en la maduración cerebral favoreciendo el desarrollo de las capacidad ejecutivas de los hijos, generando una mejor flexibilidad cognitiva. Si bien, los menores evaluados provienen de contexto con una dinámica familiar que los desfavorecen en su crecimiento, según los resultados de las evaluaciones, aquellos menores que son acogidos por familias extensas, es decir, familiares (abuelos/as maternos o paternos) presentan desarrollos globales normales e incluso en algunos casos avanzado, por lo que, a pesar de continuar bajo el cuidado de personas que están vinculados consanguíneamente no refleja que este será un contexto desfavorecedor para su crecimiento.

Por último, la dimensión motriz tuvo una categorización normal que se relaciona con el estudio de Media A. et al (2015) y Albornoz. E., Guzmán. M. (2016), que señalan que el entorno es fundamental para el desarrollo de las destrezas motoras, como también, si el entorno es estimulante incentiva su exploración a través del movimiento, sin embargo, De Miguel (2014) señalan que los entorno de menores

vulnerados genera repercusión negativas al desarrollo de sus destrezas motoras, pese a ellos, los menores de la FAE presenta un resultado diferentes lo que nos dice que el desarrollo global es reversible debido a los periodos críticos y la estimulación temprana.

Además, existen otros factores que pueden estar influenciando estos resultados, tales como el tiempo que lleva dentro del Programa FAE, el vínculo de confianza que tenga con su familia de acogida y red de apoyo, la interacción con sus pares y la seguridad emocional del menor.

Según el estudio de Jaramillo J. (2014) señala que los menores que son atendidos en el Programa FAE son reportados debido a situaciones graves de vulneración de sus derechos y deben ser separados de sus familias de origen, inhabilitarlos de forma transitoria o permanente de sus cuidados, por lo tanto, el tiempo que lleven en el Programa FAE es indefinido y depende de la resolución judicial. Por otra parte, Berger K. y Gutiérrez S. (2014) señala en su estudio que las redes colaboradoras del SENAME, tal es el caso del Programa FAE, al tener la responsabilidad sobre los menores que ingresan a este sistema de institucionalización debe preocuparse de forma exhaustiva de entregar los cuidados que requieren esta población que ha sido vulnerada. En relación a lo anterior, se observó que los menores que presentaron una categorización avanzada llevaban un tiempo mayor a 30 semanas en las familias de acogida especializadas, por el contrario, aquellos que llevan menos de 10 semanas presentan un retraso en su desarrollo global, por lo que se podría inferir

que al llevar más tiempo en la FAE conlleva a una mejor categorización en su desarrollo.

Según el SENAME (2016) al ser un organismo protector, posee programas y centros administrados por la misma entidad, como también por organismos acreditados. En el caso de los programas donde forma parte la FAE, establece como intervención la desinternación de los centros del SENAME para restablecer su derecho a vivir en una situación familiar definitiva. Para ellos Jaramillo J., (2014) explique que el programa definió cinco tipos de familias de Acogida que se clasifican según el vínculo con el niño y el nivel de recursos que tiene la familia que se le designa el menor. En el caso del presente estudio solo fueron evaluados menores provenientes de familias extensa, quienes resultaron con categorizaciones avanzado y normales en su mayoría, y por otra parte, se evaluaron a familias externas donde la categorización de los menores fue normal y de retraso.

Estos resultados se explican según la evidencia en el estudio de Cerna C. (2015) que habla sobre el vínculo de apego que se forma con los familiares del menor, siendo el principal grupo humano importante en la vida de una persona, además Vargas J., Arán V., (2014) explica que este vínculo favorece la maduración del cerebro, el desarrollo cognitivo y desarrollo socioafectivo, ejerciendo un papel central en las capacidades ejecutivas. Por último, se deben considerar las conductas que tuvo el adulto en relación con el apoyo, el trato verbal hacia el menor,

si tuvo un cuidado cálido y sensible y como es la organización familiar que rodea al menor.

Según el estudio de Valencia. L., Henao. G. (2012) señala que los padres con estabilidad emocional y estilos parentales basado en la constante comunicación, apoyo y confianza favorecen el desarrollo socioemocional de sus hijos facilitando el desarrollo de conductas sociales adaptativas, por otro lado, en el estudio de Varga J., Arán V. (2014) hacen referencia que los programas gubernamentales que se enfocan en el apoyo parental en Chile, su objetivo de intervención está dirigido a la modificación de las conductas de sensibilidad hacia sus hijos y el compromiso con ellos debido a situaciones de vulnerabilidad en el entorno de crianza que se refleja con las conductas infantiles problemáticas. Sin embargo, la dimensión socioemocional, la cual tuvo los puntajes más altos en el estudio entregó una categorización normal dentro del desarrollo global, lo que se contrapone con el contexto de un menor institucionalizado. Durante la aplicación de la batería TADI padres y familiares a cargo mostraron un gran compromiso con la resolución y mejoría de la situación del menor, interviniendo para que tuviera el menor impacto en su desarrollo. Cerna C. (2015) señala que esta dimensión en particular es importante la participan del núcleo familiar a través del afecto, de los valores y las normas lo que promueve su progreso.

Dentro de este contexto la estimulación temprana es un conjunto de actividades con base científica que favorece el proceso de desarrollo infantil, ya que permite fortalecer áreas como la cognición que genera una conducta social, intelectual y habilidades para la concentración, el área motriz que fomenta la formación del esquema corporal y la adquisición de estrategias motoras dentro de su entorno, el área del lenguaje desarrolla habilidad de comunicación y confianza que le permitan expresar sus emociones y el área socioemocional fortalece la sociabilidad y la afectividad con sus pares como consigo mismo (Cerna C., 2015). Es por ello como bien explica Moneta M. (2014) las entidades gubernamentales no solamente deben enfocarse en la desinternación sino que también en incorporar los conocimientos sobre la estimulación temprana entregando herramientas que potencien su desarrollo. Por lo tanto, según estudio de Bedregal. P et al. (2016) señala la importancia del rol del profesional de la salud a cargo de las evaluaciones de los niños, donde no solo debe detectar el retraso del desarrollo, sino que también identificar los factores de riesgo sociales e incluir al núcleo familiar para poder reducir las alteraciones en crecimiento y tener un papel protector de su desarrollo infantil.

En cuanto al instrumento de evaluación, la batería TADI como bien explican sus autoras Edwards M., Gómez M., Pardo M. (2012) su propósito es facilitar la evaluación de los niños y niñas hasta los 6 años, identificando su nivel de desarrollo por dimensión y a nivel global en relación a los logros esperados a su edad a través de la realización de las tareas solicitadas, las preguntas al adulto y la observación

propiamente tal del menor, por ende, en base a esos resultados y en conocimiento del contexto social el objetivo es las hacer las intervenciones respectivas, sin embargo, en el mismo estudio se hace mención que la metodología que se utilice para realizar las evaluaciones del desarrollo infantil se deben adecuar a las características de los menores. Es por ello que en el caso del presente estudio si bien al momento de la aplicación de la batería se evaluaron las principales dimensiones del desarrollo infantil el tiempo esperable para terminar la aplicación es de 20 a 30 minutos (según protocolo del TADI), en nuestro caso los tiempos se extendieron más allá de 45 minutos producto de los corto periodos de concentración de los menores institucionalizados, por lo cual, había que hacer varias pausas durante la evaluación, además parte de ese tiempo, 10 minutos consistían en ambientar al menor en el momento de llegar a la clínica kinésica a través del juego y de esa forma se podría comenzar la aplicación de la batería. Además la batería presentaba elementos no conocidos por los menores, como por ejemplo la peineta, ya que no es la utilizada actualmente, así como también imágenes de animales como la llama y de una carreta como medio de transporte, que tampoco son conocidas por ellos y que por lo tanto no reconocían al momento de la evaluación.

Por otra parte, en el estudio anterior de Edwards M., Gómez M., Pardo M. (2012) el objetivo de las categorizaciones es detectar la presencia de desfases en base a los resultados obtenidos comparando con los que el menor tuvo que haber alcanzado acorde a su edad, sin embargo, en un estudio sobre la validación del TADI de Armijo I., Galaz H., Edwards M., Pardo M. (2015) los resultados señalan que la batería es

capaz de detectar los logros del desarrollo por dimensión, pero en los casos de retraso presenta una baja sensibilidad para identificarlos, por lo tanto, esos casos terminan siendo categorizados como normal y no reflejan el exacto estado de su desarrollo global.

CONCLUSIÓN

Los menores del programa FAE del rango de edad de 0 a 3 años tienen un nivel normal de su desarrollo global al igual que las dimensiones motriz, cognitivo, lenguaje y socioemocional. Por último, el llevar más tiempo en el programa FAE conlleva a una mejor categorización en su desarrollo global.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adimark GfK., Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2013). Informe Final: "Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales".
2. Amaro. M., Lagos. J. (2016). La evaluación de la conducta adaptativa en la primera infancia: Una discusión pendiente. Boletín Redipe. Vol. 5 No. Pág.: 44-58.
3. Amores A., Mateos R., (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa* 23 (2017) 81–88.
4. Albornoz. E., Guzmán. M. (2016). Desarrollo cognitivo mediante estimulación en niños de 3 años. Centro desarrollo infantil Nuevos Horizontes. Quito, Ecuador. Universidad y Sociedad. Pág:186-192.
5. Armijo. I., Galaz. H., Edwards. M., Pardo. M. (2015). Informe Final Estudio de Profundización de Características Psicométricas del TADI. Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil. Estudio TADI-CIAE 2015. Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.
6. Atalah. E., Cordero. M., Guerra. M., Quezada. S., Carrasco. X., Romo. M. (2014). Monitoreo de los indicadores del Programa "Chile Crece Contigo" 2008-2011. *Revista Chilena Pediátrica*; 85 (5): 569-577.
7. Bedregal. P., Castañón. C., Castrof. D., Hernández. V., Mingoc. M. V., Valenzuela. P., Moore. R., De la Cruz. R. (2016). Desigualdades en desarrollo infantil temprano entre prestadores público y privado de salud y factores asociados en la Región Metropolitana de Chile. *Rev. Chilena de Pediatría*, Pág. 351-358.
8. Berger. K., Gutiérrez. S. (2014). Representaciones sociales sobre el apego de cuidadores de niños y niñas de 0 a 3 años atendidos por las redes de colaboradores del Servicio Nacional de Menores (tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.
9. Campos. A., Lira. B., Sabogal. K. (2014). Los aportes de la neurociencia a la atención y educación de la primera infancia. Centro iberoamericano de la Neurociencia, Educación y Desarrollo Humano. Unicef Bolivia.
10. Cerna V. (2015). La estimulación temprana en el desarrollo infantil de los niños y niñas del primer ciclo de educación inicial. Chimbote, Perú.
11. Chile. Gobierno de CHILE, Ministerio de Salud. (2013). Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral. Santiago de Chile. Editorial Valente.
12. Cuevas. A., Pérez. R., Rizzoli. A., Reyes H. (2017). Avances en el desarrollo infantil temprano: desde neuronas hasta programas a gran escala. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México Federico Gómez*.
13. De Miguel P. (2014) Enseñanza de habilidades de interacción social en niños con riesgo de exclusión. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. Vol.1. N.º 1. Pág. 17-26. España.
14. Díaz. D, Santibáñez. D., Cortés. A., Raczyński. G., Contreras. N., Bozo. N. (2016). *INFANCIA CUENTA EN CHILE 2016*. Cuarto Informe Observatorio Niñez y Adolescencia. Santiago de Chile.

15. Galora. R. (2017). El apego materno en el desarrollo de la seguridad Emocional de los niños y niñas de tres años de edad de la unidad educativa general Eloy Alfaro Delgado de la ciudad de Ambato (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
16. Gálvez. A., Farkas. C. (2017). Relación Entre Mentalización y Sensibilidad de Madres de Infantes de Un Año de Edad y su Efecto en su Desarrollo Socioemocional. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.
17. Lejarraga. H., Kelmansky. D., Passcucci. M., Masautis A., Insua. I., Lejarraga. C., Nunes. F. (2016). Evaluación del desarrollo psicomotor del niño en grupos de población como indicador positivo de salud. Buenos Aires, Argentina.
18. Henao. G., Valencia. N. (2012). Influencia del clima sociofamiliar y estilos de interacción parental sobre el desarrollo de habilidades sociales en niños y niñas. Medellín.
19. Heresi. C., Avaria. M. (2014). El resultado obtenido en el TEPSI a los 4 años como herramienta predictiva del aprendizaje de la lectura en primero básico. Revista Pediatría Electrónica. Vol. 11, N° 3.
20. Jaramillo. J. (2014). ¿Hogares residenciales o Familias de Acogida para Infancia Vulnerada en Chile Hoy? Universidad de Chile.
21. Martínez. C., Urdangarin. D. (2005). Evaluación del desarrollo psicomotor de niños institucionalizados menores de 1 año mediante tres herramientas distintas de evaluación (tesis de pregrado). Universidad de Chile. Santiago de Chile, Chile.
22. Medina. A., Caro. I., Muñoz. P., Leyva. J., Moreno. J., Vega. S. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. Rev. Perú Med. Exp. Salud Publica.
23. Mesa, P., Moya. L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: El "ciclo de la violencia". Revista de Neurología, 52(8), 489-503
24. Ministerio de Salud (2016). Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI). Departamento de Epidemiología. Chile
25. Moneta. M. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. Revista Chilena Pediátrica; 85 (3): 265-268.
26. Orozco. G. (2016). Desarrollo y plasticidad cerebral infantil. Universidad Nacional Autónoma de México
27. O'Shea. G., Rizzoli. A., Aceves. D., Villagrán. V., Carrasco. J., Halley. E., Delgado. I., Pizarro. M., Vargas. G., Antillón. F., Villasís. M. A., Muñoz. O. (2015). Sistema de Protección Social en Salud para la detección y atención oportuna de problemas del desarrollo infantil en México. Bol. Med Hospital Infant. Mex.
28. Palummo. J (2012). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. Unicef.
29. Pardo. M., Gómez. M., Edwards. M. (2012). Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI), Para niñas y niños de 3 meses a 6 años. Unicef.
30. Lobo. M., Retana. I. (2016). Adolescentes institucionalizados: Un grupo vulnerable con problemas en su desarrollo humano-social. Resultados de una investigación diagnostica en una casa hogar. Políticas sociales sectoriales. Agosto 2016-Julio 2017/Año 3, No. 3.

31. Romero. E., Luengo. M., Gomes. J., Sobral. J., Villar. P. (2005). Evaluación de la psicopatía infanto-juvenil: Estudio en una muestra de niños institucionalizados. Anuario de Psicología Jurídica, Volumen 15.
32. Santelices. M., Greve. G. y Pereira. X. (2014). Relación entre la interacción del preescolar con el personal educativo y su desarrollo psicomotor: Un estudio longitudinal chileno. Universitas Psychologica. Pág: 313-328.
33. Sastre. M., Terol. M., Zoni. C., Esparza. M., Del Cura. M. (2016). Tomando conciencia sobre las desigualdades sociales en la salud infantil. Rev Pediatr Aten Primaria.
34. Servicio Nacional de Menores (2016). BALANCE DE GESTIÓN INTEGRAL AÑO 2016. Ministerio de Justicia. Santiago de Chile. Chile
35. Vargas, J., Arán, V. (2014). Importancia de la Parentalidad para el Desarrollo Cognitivo Infantil: una Revisión Teórica. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Pág:171-186.
36. Tobar. L., Lencina. M. (2017). Proyecto "Aprendemos Jugando". Importancia del trabajo interdisciplinario en el paciente nacido prematuro y su grupo familiar en un área de alto riesgo socioambiental. Arch Argent Pediatr, Pág. 558-594.
37. Unicef. (2016). Evaluación de instrumentos de medición del desarrollo infantil para niños y niñas de 0 a 5 años para mejorar el seguimiento de la trayectoria de desarrollo en la primera infancia en Chile.
38. Vargas, J., Arán, V. (2014). Importancia de la Parentalidad para el Desarrollo Cognitivo Infantil: una Revisión Teórica. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Pág:171-186.