



Universidad de Talca

Facultad de Psicología

**VALIDACIÓN PRELIMINAR DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN  
SOCIOEMOCIONAL BREVE DE INFANTES Y NIÑOS (BITSEA) EN UNA  
POBLACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 36 MESES, PERTENECIENTES A  
JARDINES INFANTILES DE TALCA Y CHILLÁN, CHILE**

Memoria para optar al título de Psicólogo mención Psicología Clínica

Autores:

Rocío Yisselle Muñoz Espinoza

Juan Carlos Oliveros Chacana

Profesora Guía:

Dra. Rosario Spencer Contreras

Talca, 12 marzo del 2019

## CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2019

## **Agradecimientos**

Le doy gracias al Señor por darme el privilegio de llegar a esta etapa de mi vida. Sin su gracia, su respaldo y amor sin condición no hubiese sido posible. Gracias Dios, por permitirme ver todos mis sueños cumplirse y por poner en mi camino personas tan hermosas, que de una u otra manera han aportado para que esta investigación se realizara. También, quiero agradecer a mis padres, Juan Carlos y Evelyn, que a pesar de todo lo que enfrentan día a día, han sido mi apoyo incondicional y han sabido darme el amor necesario para ser el hombre más feliz de la Tierra; a mi hermanita Florencia, la segunda mujer que más amo en la Tierra y a quien dedico este logro; a mi hermano Felipe, quien a pesar de estar siempre fuera del país, siempre me apoya y me bendice; a mi abuelita, Cecilia, por sus oraciones y atenciones en cada viaje a Chillán; a quienes considero mis segundos padres, Gemmita y Pedro, quienes me han dado su amor y apoyo como si fuera su hijo y me han recibido por más de cuatro años cada fin de semana; a mis pastores Mauricio y Débora, por creer en mí, potenciar mis habilidades y ser un canal de gran bendición; a mis amigos y hermanos, Paty, Chris, Prisci, Cami y Benja, por dar siempre más de lo que deben y entregarme algo tan valioso como su tiempo. Agradezco también, a todos mis hermanos de la Iglesia de Cristo Casa Sobre La Roca, quienes forman parte de mi familia espiritual. Finalmente, y sin dejar de ser importante, agradezco a Rocío por haber asumido este desafío y dar lo mejor hasta el final, a pesar de todo.

## **Agradecimientos**

Soy consciente de que estas líneas no bastan para expresar mi gratitud a todos quienes han contribuido en este trabajo y en mi carrera, aun así, trataré de plasmar lo mejor posible mis sentimientos hacia todos ellos. No quiero agradecer solo a quienes han contribuido en esta simple investigación que se reduce a un granito de arena en trascurso de mi vida, sino a todos y cada uno de los seres vivos que me han llevado a ser quien soy. Esta es mi forma de reconocer a aquellos que me han inspirado a levantarme y meditar día a día, los que me han brindado una palabra de aliento en los momentos más difíciles a los que voluntariamente han compartido sus emociones, sentimientos y pensamientos conmigo.

Comenzaré con dos de las personas que más amo, mis padres, quienes a pesar de sus limitaciones físicas se levantan y luchan por mi sin esperar nada a cambio, gracias por haberme ayudado en los largos y locos días de “datos”, papá eres el mejor conductor y mamá eres la mejor compañera. Jamás me cansaré de admirarlos y agradecerles por todo. A mi compañera de vida y aventuras, mi Gigi, mi “pequeña” hermana mayor (solo tú vas a entender esto). Gracias por acompañarme siempre, por distraerme en mis días más locos, por hacerme reír como nadie y por llorar conmigo cuando más lo necesito... Te amo y te amaré siempre.

Agradezco también a todos los que fueron y son mis amigos, que a pesar de no ser muchos ¡Son los mejores! Por supuesto, a las personas que han hecho posible esta tesis, con esto no quiero referirme solo a los profesores, sino también a mis compañeros, en especial a ti Juan Carlos que siempre tienes una sonrisa y una palabra de aliento, sin ti esto no habría sido posible. Finalmente, y no menos importante agradezco a JUNJI y cada uno de los jardines que voluntariamente accedieron a participar en este proyecto; gracias por su gran disposición y compromiso.

## **Resumen**

En Chile, actualmente no existen instrumentos de tamizaje breves y validados que evalúen el desarrollo socioemocional en la infancia temprana. Por lo anterior la presente investigación tiene por objetivo aportar evidencia preliminar sobre las características psicométricas de la Escala de Evaluación Socioemocional Breve de Infantes y Niños (BITSEA). La muestra total del estudio estuvo compuesta por 289 personas, padres y madres de niños y niñas entre 12 a 36 meses matriculados en jardines clásicos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) en las ciudades de Talca y Chillán. Los padres completaron el BITSEA y el Inventario de Conductas Infantiles de 1 ½ a 5 años (CBCL 1 ½ a 5), donde los resultados mostraron que para dicha muestra el BITSEA presenta una consistencia interna media en la Escala de Competencia ( $\alpha=.60$ ) y aceptable en la Escala Problema ( $\alpha=.84$ ); una estructura factorial que se ajusta al modelo bifactorial hipotetizado del BITSEA de acuerdo al Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM), sin embargo, según el análisis de los componentes principales, las dos escalas del BITSEA explican solo un 20,2% de la varianza total. Por otra parte, se obtuvo una validez concurrente adecuada entre la Escala Problema del BITSEA y subescalas del CBCL 1 ½ a 5. Finalmente, lo encontrado representa un primer aporte a la validación chilena del BITSEA como instrumento que puede ser a futuro utilizado con propósitos de detección temprana en el ámbito clínico y de educación infantil.

*Palabras Clave:* Desarrollo Socioemocional, Infancia Temprana, Validez, Fiabilidad, BITSEA, CBCL.

## Índice

Agradecimientos .....	1
Resumen .....	3
1. Introducción .....	7
2. Discusión bibliográfica .....	9
2.1. Concepto de desarrollo en la primera infancia .....	9
2.1.1. Desarrollo biofísico .....	10
2.1.2. Desarrollo cognitivo .....	11
2.1.3. Desarrollo socioemocional .....	12
2.1.4. Subdominios del desarrollo socioemocional .....	13
2.2. Factores influyentes en el desarrollo de la primera infancia.....	15
2.3. Modelos explicativos .....	16
2.3.1. Teoría psicosexual .....	17
2.3.2. Teoría cognoscitiva.....	18
2.3.3. Teoría sociocultural .....	22
2.3.4. Teoría del apego .....	23
2.4. Desarrollo socioemocional y psicopatología .....	26
2.5. Prevalencia de psicopatología en población infantil.....	27
2.6. Instrumentos para medir el desarrollo socioemocional .....	28
3. Objetivos .....	32
3.1. Objetivo General.....	32
3.2. Objetivos Específicos .....	32

4.	Hipótesis.....	33
5.	Método .....	33
5.1.	Diseño y tipo de estudio.....	33
5.2.	Participantes.....	34
5.3.	Muestra .....	34
5.4.	Instrumentos.....	36
5.5.	Procedimiento .....	38
5.6.	Plan de análisis.....	40
6.	Resultados .....	42
6.1.	Análisis de datos .....	42
6.2.	Características de los participantes .....	42
6.3.	Fiabilidad del instrumento .....	43
6.4.	Validez del instrumento.....	45
6.4.1.	Validez de constructo.....	45
6.4.2.	Validez concurrente.....	47
7.	Discusión.....	49
8.	Referencias .....	55
9.	Anexos.....	71
	Anexo 1: Consentimiento Informado .....	71
	Anexo 2: Certificado de Comité de Ética .....	77
	Anexo 3: Certificado de JUNJI Chillán .....	78
	Anexo 4: Carta de autorización de JUNJI Talca.....	79

Anexo 1: Consentimiento Informado .....	80
Anexo 5: Escala de Evaluación Socioemocional Breve de Infantes y Niños (BITSEA) .....	81
Anexo 6: Inventario de Conductas Infantiles (CBCL 1 ½ a 5).....	82

## **1. Introducción**

La presente investigación está motivada por la urgente necesidad, del ámbito clínico y educacional chileno, de poder validar un instrumento que mida el desarrollo socioemocional en la infancia temprana, con el fin de detectar de manera precoz algún tipo de desajuste que puede llegar a concretarse como una forma de psicopatología, ya que, para el desarrollo en la primera infancia un seguimiento regular y periódico, así como una detección precoz de los signos de alarma asociados a alteraciones en su evolución normal, puede ser crucial para conseguir el desarrollo del potencial de las capacidades y habilidades de cada niño y niña (Medina, Kahn, Muñoz Huerta, Leyva Sánchez, Moreno Calixto & Vega, 2015). En Chile, actualmente solo existe un instrumento validado que mide algunos aspectos del desarrollo socioemocional (problemas socioemocionales) y comportamental: el Inventario de Conductas Infantiles (CBCL 1 ½ a 5). Dicho instrumento solo posee validez psicométrica en la ciudad de Santiago de Chile, no así una validez clínica que permita diagnosticar en la infancia temprana (Lecannelier et al., 2014).

El presente trabajo se realizó en jardines infantiles administrados por la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) de la Región del Maule y Ñuble, ya que consideramos que dicha institución es el espacio donde muchos niños y niñas conviven y se desarrollan durante la mayor parte del día, en sus primeros años de vida. Dicho desarrollo es un proceso de transformación constante a través del cual el organismo aumenta su complejidad funcional y adquiere capacidad de adaptación. Este proceso ocurre en un contexto donde el niño está en constante interacción con el medio que lo rodea (interacciones biopsicosociales), siendo estas experiencias las que

ayudan al desarrollo de sus potencialidades y su individualidad (Bertrand, 2017). Dicho desarrollo no se produce en un vacío, sino que está completamente ligado al cuidado que lo rodea (Sroufe, 2005), lo que incluye a las educadoras de párvulos, técnicos en párvulos, padres y/o cuidadores.

Los primeros años de vida de un niño son un período crítico para el desarrollo tanto cerebral como socio-afectivo, cognitivo y motor (Jaar, & Córdova, 2017). Sin embargo, en la actualidad son pocos los estudios de investigación en dicho grupo de edad, por lo que aún existe una creciente preocupación por la primera infancia, particularmente en temas relacionados a problemas socioemocionales, conductuales y psiquiátricos (Karabekiroglu, Briggs-Gowan, Carter, Rodopman-Arman, & Akbas, 2010). Por lo anterior, es de suma importancia poder evaluar tempranamente el desarrollo socioemocional, siendo la “Escala de Evaluación Socioemocional Breve de Infantes y Niños (BITSEA)”, un instrumento de tamizaje que permite detectar de manera precoz y breve indicadores de psicopatología en la primera infancia (Briggs-Gowan, Carter, Irwin, Wachtel, & Cicchetti, 2004), llenando así el vacío existente en el grupo de niños y niñas entre 1 y 3 años de edad, que actualmente se encuentra invisibilizado en temáticas de desarrollo social y emocional en Chile, permitiendo la evaluación del desarrollo socioemocional en dicho grupo etario, con el fin de prevenir y promover un desarrollo óptimo y saludable, debido a que en el único estudio internacional donde se comparan los problemas emocionales y conductuales en preescolares en 24 países, donde Chile ocupa el primer lugar en la lista, evidenciando los más altos índices de problemas internalizantes y externalizantes del estudio (Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N. & Dobrea, A., 2011).

A continuación, se hará una revisión de algunos conceptos e ideas que respaldan las afirmaciones mencionadas y que nos proveen una introducción a nuestro estudio relacionado a la validación de la “Escala de Evaluación Socioemocional Breve de Infantes y Niños (BITSEA)”.

## **2. Discusión bibliográfica**

### **2.1. Concepto de desarrollo en la primera infancia**

Para poder comprender el desarrollo humano es imprescindible saber qué es el desarrollo. El término “desarrollo” según Pérez (2011): “hace referencia a los cambios de comportamiento provocados por el entorno y, a su vez, determinados por una sociedad o cultura” (p. 14). Dichos cambios pueden ser de tipo cuantitativo, es decir la cantidad de respuestas que emite un individuo; y cualitativo, lo que refiere a un cambio en la forma de dichas respuestas. Un ejemplo de cambio cuantitativo es la cantidad de palabras que un niño puede decir en un momento determinado, y en el caso del cambio cualitativo, el cómo un individuo mejora su capacidad de habla (Pérez, 2011).

El desarrollo humano es un proceso que dura toda la vida; por esa razón, también es conocido como desarrollo del ciclo vital (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012), el cual comprende principalmente los dominios del desarrollo biofísico, cognitivo y socioemocional. Dichos dominios interactúan de una manera importante, debido a que los logros en un área resultan en un desarrollo directamente proporcional en otra área (Capone Singleton, N. & Shulman, B., 2013). Por ejemplo, un niño que aprende a caminar será capaz de explorar su medioambiente, exponiéndose de esa manera a nuevos estímulos con los que aumenta el

desarrollo cognitivo y del lenguaje. De igual manera cuando un niño experimenta un retraso en un área, los efectos en otras áreas pueden ser significativos. Por ejemplo, un niño que tiene un diagnóstico de parálisis cerebral y, además, no empieza a caminar hasta el segundo año de vida, puede verse limitado a la exposición de estímulos en el medioambiente. El conocimiento del niño sobre el mundo puede verse afectado debido a las limitaciones en las oportunidades para aprender como resultado de su retraso físico, el cual luego influencia en las palabras e interacciones sociales a las cuales el niño es expuesto y eventualmente las palabras que comenzará a usar y la forma en que se relacionará con los demás (Capone Singleton, N. & Shulman, B., 2013). A continuación, se describen de manera breve cada uno de los dominios del desarrollo infantil mencionados anteriormente.

### **2.1.1. Desarrollo biofísico**

El ámbito biofísico se dedica a estudiar el desarrollo físico, motor, sensorial y contextual que afecta al crecimiento, desarrollo y maduración del niño o niña (Pérez, 2011). Es necesario destacar que, es precisamente el desarrollo físico el que constituye las bases sobre las que se cimienta el desarrollo psicológico (Delval, 2006).

La genética desempeña un papel fundamental en el desarrollo físico (Han-Na et al., 2010), ya que, los genes influyen en la tasa de crecimiento al estipular la cantidad de hormonas que serán liberadas. Las hormonas son sustancias químicas que se producen y se secretan en el corriente sanguíneo por las glándulas. Las hormonas influyen en las células y son una forma en que las instrucciones genéticas se transforman en desarrollo físico. La hormona del crecimiento

se secreta desde el nacimiento e influye en el crecimiento de casi todas las partes del cuerpo (Kuther, T. L., 2017).

Respecto al desarrollo cerebral, la primera infancia se considera como un período rápido de crecimiento con un aumento de la sinapsis y conexiones entre las regiones del cerebro (Dubois et al., 2013). Éste último se caracteriza por tener la capacidad de cambiar su organización y función en respuesta a las experiencias adquiridas durante el ciclo vital, lo que se conoce como plasticidad (Kolb, Gibb, & Robinson, 2003), característica que se acentúa durante los primeros años de vida (Nelson, Thomas, y de Haan, 2006; Stiles y Jernigan, 2010). La plasticidad implica que el cerebro del niño puede reorganizarse a sí mismo en respuesta a una lesión; capacidad que el cerebro adulto no posee de igual forma (Kuther, T. L., 2017).

### **2.1.2. Desarrollo cognitivo**

El desarrollo cognitivo refiere al crecimiento progresivo y continuo de la percepción, memoria, imaginación, conceptos, juicio y razón; es uno de los equivalentes intelectuales de una de las adaptaciones biológicas al medioambiente (Nicolosi, Harryman, & Kresheck, 1989).

Muchas teorías han sido propuestas respecto a cómo los niños aprenden sobre su entorno y cómo ocurre el desarrollo cognitivo. Una de los teóricos más significativos, y que profundizaremos en la sección sobre los modelos explicativos del desarrollo humano, es Jean Piaget, quien veía al niño como un participante activo del proceso de aprendizaje. Él consideraba que el nuevo aprendizaje tomaba lugar cuando el niño interactuaba con el entorno y con otras personas. Según Piaget (1954) el desarrollo cognitivo está basado principalmente en

cuatro factores: maduración de las estructuras físicas heredadas, experiencia física con el ambiente, interacción social y una progresión hacia el equilibrio. Cuando un niño se encuentra con una nueva experiencia, se crea el desequilibrio. El niño debe compensar esta alteración y solucionar el conflicto entre lo que él ya conoce y su nueva experiencia, produciéndose así el proceso de adaptación. Dicha adaptación posee dos aspectos claves: la asimilación y la acomodación. La asimilación se refiere a los intentos del niño de incorporar nuevos estímulos dentro sus esquemas cognitivos. En cambio, la acomodación es un proceso que ocurre cuando el nuevo estímulo no encaja con su esquema cognitivo existente, por lo que nuevos esquemas son desarrollados para poder integrar la nueva información (Piaget, 1954).

### **2.1.3. Desarrollo socioemocional**

El ámbito socioafectivo se dedica a estudiar la capacidad de sentir y expresar emociones, relacionarse con los demás y, en general, todos los aspectos del ambiente que estimulan el desarrollo socioemocional del individuo (Pérez, 2011). En la misma línea, el desarrollo socioemocional temprano (0 a 5 años) se define como la habilidad para “formar relaciones cercanas y seguras entre adultos y pares; experimentar, regular, y expresar emociones de maneras social y culturalmente apropiadas; y explorar el medio ambiente y aprender, todo en el contexto de la familia, comunidad y cultura " (Yates et al., 2008; Palmer et al., 2013). Dicha habilidad se constituye fundamentalmente en una relación con un otro, por lo que el desarrollo del bebé está completamente ligado al cuidado que lo rodea; de la misma manera, la atención que brindan los cuidadores depende de la naturaleza de las tensiones y soportes circundantes, lo cual forma parte esencial del desarrollo socioemocional (Sroufe, 2005). Por otra parte, este dominio del desarrollo conlleva una interacción compleja entre factores biológicos, sociales,

culturales y comunitarios (Palmer, et al., 2013; Vargas & Arán, 2014), por lo que, es innegable que el desarrollo socioemocional y cognitivo se encuentran influenciados por el contexto social y familiar del niño o niña (Vargas & Arán, 2014).

Dentro de las habilidades que los científicos del desarrollo humano han trabajado, en relación al desarrollo socioemocional, se encuentran: la expresión y la gestión de las emociones, toma de perspectiva, empatía, control inhibitorio, confianza en sí mismo y la capacidad de desarrollar y apoyar las relaciones con los demás (Denham, 2010; Papalia et al., 2012, Yoder, 2014). Resulta, entonces, indispensable que todo profesional de la salud y educación que atiende niños/as, tengan un real conocimiento sobre su desarrollo en sus múltiples manifestaciones; considerando no sólo las habilidades motoras gruesas, las que habitualmente se priorizan en los controles de crecimiento, sino que enfocándose también en otras áreas como la sensorial, lingüística y socioemocional (Medina et al., 2015).

#### **2.1.4. Subdominios del desarrollo socioemocional**

En la presente investigación se considerarán cuatro comunes subdominios del desarrollo socioemocional: competencia social, competencia emocional, problemas conductuales y autorregulación (Halle & Darling-Churchill, 2016).

##### **Competencia social**

El subdominio de la competencia social está definido en la literatura de la infancia temprana como, el grado en que los niños son efectivos en sus interacciones sociales con otros, lo que incluye el establecer y mantener dichas conexiones, demostrando habilidades de

cooperación y flexibilidad, adaptando su comportamiento a las demandas de los diferentes contextos sociales (Dodge, 2014; Fabes, Gaertner, & Popp, 2006; Han & Kemple, 2006; Rose-Krasnor, 1997; Semrud-Clikeman, 2007)

### **Competencia emocional**

La competencia emocional se define en la literatura de la primera infancia como la capacidad de comprender las emociones de uno mismo y de los demás, lo que incluye, regular las propias emociones, codificar las señales y reaccionar a las emociones de los otros, así como, entender las consecuencias de la propia expresión emocional (Begeer, et al., 2008; Buckley, Storino & Saarni, 2003; Denham, Caverly, et al., 2002b; Shields et al., 2001)

### **Problemas conductuales**

Dentro de este subdominio se encuentran las conductas o emociones internalizantes (por ejemplo, preocupación, ansiedad, tristeza, extrema timidez o aislamiento social) y las conductas o emociones externalizantes (por ejemplo, aspereza, hostilidad, interrupción, incumplimiento, y agresión) (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Halle & Darling-Churchill, 2016). A pesar de lo anterior, la presencia de problemas de comportamiento no excluye la presencia de otras competencias en lo social y dominio emocional (Halle & Darling-Churchill, 2016).

### **Autorregulación**

La autorregulación es generalmente definida en la literatura de la primera infancia como la capacidad de enfocar la atención, manejar las emociones y controlar los comportamientos (Blair & Razza, 2007; McClelland & Cameron, 2012; Tangney, Boone & Baumeister, 2018.).

Existen, por otra parte, habilidades específicas clasificadas dentro del subdominio de autorregulación, que incluyen la capacidad de cambiar y enfocar la atención en una situación social según sea necesario, activar e inhibir el comportamiento requerido, y modular la reactividad conductual y emocional durante las interacciones sociales (Halle & Darling-Churchill, 2016).

## **2.2. Factores influyentes en el desarrollo de la primera infancia**

Para tener una mejor comprensión del desarrollo infantil es necesario tener una mirada más amplia, por lo que consideramos importante mencionar los factores que se asocian e influyen en el desarrollo del niño, por motivos prácticos nos enfocaremos principalmente en los ligados al desarrollo socioemocional.

De acuerdo a Palmer, Anand, Graff, Murphy, Qu, Völgyi & Tylavsky (2013) las variables socioeconómicas (ingresos, educación y ocupación de los padres), así como las condiciones del hogar y el vecindario, influyen en el desarrollo socioemocional infantil. Además, se ha demostrado que las enfermedades como la depresión o la ansiedad materna se asocian con la disminución de dicho desarrollo, específicamente de las competencias de los niños. Otros factores relevantes que afectan durante la primera infancia son los acontecimientos estresantes de la vida, como violencia intrafamiliar o el estrés crónico relacionado con la pobreza, la delincuencia e inestabilidad del barrio, los que pueden disminuir la capacidad de un padre para interactuar y nutrir al niño en su desarrollo (Palmer et al., 2013).

Son numerosos los estudios que apoyan que la sensibilidad materna, o sea los comportamientos maternos sensibles influyen en el desarrollo socioemocional del bebé

permitiendo la generación de una relación inicial adecuada basada en la confianza que dé lugar a una interacción recíproca y significativa con el niño o niña (Page, Wilhelm, Gamble, & Card, 2010).

Por otra parte, las experiencias adversas tempranas (ACE), como, por ejemplo, el abuso sexual infantil, separación de los padres, ser testigo de violencia intrafamiliar (VIF), negligencia y abandono, entre otras, conducen a la desregulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), caracterizado por respuestas exageradas o ineficaces, reactividad prolongada y retraso en la recuperación después del estrés (Palmer et al., 2013).

### **2.3. Modelos explicativos**

Diferentes autores como Freud, Piaget, Vigotsky, Watson, Hull, Skinner, Bandura, entre otros, a lo largo de la historia han intentado explicar, a través de diversas teorías, el proceso de desarrollo durante el ciclo vital del ser humano. Dichas teorías han sido abordadas por múltiples enfoques teóricos de la psicología, entre ellos, el sistémico, psicodinámico, cognitivo-conductual, humanista, constructivista, entre otros (Papalia et al., 2012; Roca et al., 2011)

A lo largo de esta investigación, por motivos prácticos no ahondaremos en la comprensión global del desarrollo humano, sino que daremos un énfasis al desarrollo de la primera infancia, específicamente en edades comprendidas entre 12 y 36 meses, además haremos un breve resumen de algunos modelos que han sido y son ampliamente utilizados, tanto en el ámbito de la psicología, como de la educación y la salud.

### **2.3.1. Teoría psicosexual**

La teoría psicosexual es conocida principalmente por su creador y mayor exponente, el neurólogo austriaco Sigmund Freud (1856-1939), quien a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, postula la existencia de la sexualidad infantil, señalando que el desarrollo psicosexual se organiza en cinco fases: oral, anal, fálica, de latencia y genital, las cuales están caracterizadas por tener una zona erógena, es decir una determinada región del cuerpo que emite impulsos que excitan sexualmente al sujeto, por lo que es la fuente de la pulsión libidinal durante esa fase (Papalia et al., 2012; Villalobos Guevara, 1999).

Para Freud los niños y niñas desde el nacimiento hasta los 12-18 meses atraviesan la etapa oral. Durante esta etapa, la principal fuente de interacción del bebé se produce a través de la boca, por lo que el reflejo de enraizamiento y succión es especialmente importante, siendo, dicha zona, vital para la satisfacción de necesidades fisiológicas y emocionales. como comer y obtener placer, a través de actividades gratificantes como la degustación y la succión. El bebé también desarrolla un sentido de confianza y comodidad a través de esta estimulación oral, lo que lleva a definir, finalmente, al proceso de destete como el conflicto principal. Freud consideraba que el niño debía ser menos dependiente de los cuidadores al finalizar esta fase, ya que, de ocurrir una fijación durante esta etapa, el individuo podría tener dificultades con la dependencia o la agresión, pudiendo llegar a provocar problemas para beber, comer, fumar o morderse las uñas (Freud, S., 2017; Papalia et al., 2012; Villalobos Guevara, 1999).

De los 12-18 meses a 36 meses los niños y niñas estarían en la etapa anal del desarrollo psicosexual. En dicha fase, el foco de la libido estaría en el control de la vejiga y las

deposiciones, siendo el principal conflicto en esta etapa, el entrenamiento para ir al baño, en otras palabras, el niño tiene que aprender a controlar sus necesidades corporales. Desarrollar este control conduce a una sensación de logro e independencia. Según Freud, el éxito en esta etapa depende de la forma en que los padres se acercan al proceso del control de esfínteres. Si los padres adoptan un enfoque que es demasiado permisivo, podría desarrollarse una personalidad anal-expulsiva en la que el individuo tiene una personalidad desordenada, derrochadora o destructiva. Si los padres son demasiado estrictos o comienzan el entrenamiento para ir al baño demasiado temprano, Freud cree que se desarrollará una personalidad retentiva anal en la que el individuo es estricto, ordenado, rígido y obsesivo (Freud, S., 2017; Papalia et al., 2012; Villalobos Guevara, 1999).

### **2.3.2. Teoría cognoscitiva**

El desarrollo cognoscitivo ha tenido un gran impacto en la manera en cómo comprendemos la forma de pensar de los niños, y esto se debe a la obra del teórico suizo Jean Piaget (1896-1980), cuya teoría de las etapas cognoscitivas es precursora de la “revolución cognoscitiva”, la cual actualmente pone énfasis en los procesos mentales (Papalia et al., 2012)

Piaget propuso que el desarrollo cognoscitivo comienza con una capacidad innata de adaptarse al ambiente. Este crecimiento ocurre a través de tres procesos relacionados: organización, adaptación y equilibrio. (Papalia et al., 2012; Piaget & Inhelder, 1997). El equilibrio es cuando “el niño asimila correctamente los objetos tras haberse acomodado a sus características” (Martín Bravo, 2009, p.27). Cuando lo que vive el niño y sus esquemas se corresponden, se sostiene el equilibrio; sin embargo, si las experiencias no se ajustan con los

esquemas ya establecidos previamente, se lleva a cabo un desequilibrio que al principio causa un desarreglo, pero finalmente llevará al aprendizaje mediante la organización y la adaptación, es decir el acoplamiento de los pensamientos previos y los nuevos (Piaget, 1990).

Según Thong (1981): “la organización y la adaptación con sus dos polos de asimilación y de acomodación, constituyen el funcionamiento que es permanente y común a la vida, pero que es capaz de crear formas o estructuras variadas” (p.26). Pero ¿qué entendía Piaget por adaptación? Según el biologicista, la adaptación es el equilibrio entre el organismo y el medio (Piaget, 1990, p.15), la cual se puede desarrollar por asimilación, donde se adhieren nuevos testimonios en el esquema previo y también por acomodación, donde el esquema previo ha de cambiarse, es decir, acomodarse a la nueva experiencia (Piaget, 1990).

Por motivo de lo anterior, Piaget sostenía que el desarrollo cognoscitivo ocurre en cuatro etapas universales y cualitativamente diferentes: etapa sensoriomotriz, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales (Papalia et. al, 2012). A continuación, se describen las dos primeras etapas, que se manifiestan en la infancia temprana.

- *Etapa sensoriomotriz* (nacimiento hasta los 2 años): gradualmente, el infante adquiere la capacidad para organizar actividades en relación con el ambiente a través de la actividad sensorial y motora (Papalia et. al, 2012). Según Thong (1981): “la inteligencia sensomotriz es una adaptación práctica, vivida en el mundo exterior” (p. 27). Piaget divide este período en seis subetapas, en las cuales, los esquemas mentales del niño “van configurando nuevas redes de esquemas que facilitarán la construcción de objetos permanentes” (Martín

Bravo, 2009, p.29). En la Tabla 1 se expone un resumen de los seis estadios del período sensoriomotor.

Tabla 1

*Resumen de los seis estadios del período sensoriomotor*

Edad	Estadio
Estadio I 0-1 mes	Ejercicio y consolidación de los objetos
Estadio II 1-4 meses	Reacciones circulares primarias: Coordinación de varios esquemas perceptivos que no habían sido utilizados antes con correlación alguna: prensión-succión; visión-audición; fonación-audición. Primeras adaptaciones adquiridas.
Estadio III 4-8 meses	Reacciones circulares secundarias: Coordinación completa de la visión y prensión. Realiza acciones para prolongar espectáculos interesantes, aprende a diferenciar entre medios y fines.
Estadio IV 8-12 meses	Coordinación de esquemas secundarios y su aplicación a situaciones nuevas: Búsqueda de fines utilizando otros esquemas como medios.
Estadio V 12-18 meses	Reacciones circulares terciarias: Descubre nuevos medios a través de la experiencia activa y de la diferenciación de esquemas conocidos.
Estadio VI 18-24 meses	Invención de nuevos medios mediante combinaciones mentales: Inicio de capacidad simbólica o representacional. Comprensión súbita.

Fuente: Martín Bravo, C. (2009). Psicología del desarrollo para docentes. Madrid: Pirámide.

- *Etapa Preoperacional* (2 a 7 años) Este período se inicia cuando el niño comienza su aprendizaje del habla, a los 2 años y dura hasta la edad de 7 años. Durante esta etapa previa a las operaciones de desarrollo cognitivo, Piaget

observó que los niños aún no comprenden la lógica concreta y no pueden manipular mentalmente la información. En los niños y niñas, se incrementa el juego, sin embargo, el niño aún tiene problemas para ver las cosas desde diferentes puntos de vista (Papalia et. al, 2012; Santrock, 2004). La etapa preoperacional se divide a su vez en otras dos etapas:

- *Etapa preconceptual (2 a 4 años):* El niño actúa en el nivel de la representación simbólica, así se puede ver en la imitación y memoria manifiestas en dibujos, lenguaje y sueños. En el mundo físico opera muy de acuerdo a la realidad, pero en el pensamiento sigue siendo egocéntrico. Piensa que todo lo que ocurre tiene una relación causa-efecto. También cree que todo es tal y como él lo percibe; no entiende otros puntos de vista (Castilla, 2014; Papalia et. al, 2012)
  
- *Etapa prelógica o intuitiva (4 a 7 años):* Se evidencia el pensamiento prelógico (por ejemplo, media taza de agua que llena un vaso pequeño es más que media taza que no llena un vaso grande). El aprendizaje por ensayo y error puede permitirle entender las relaciones incorrectas, pero no es capaz de considerar más de una característica al mismo tiempo. El lenguaje es egocéntrico, lo que pone de manifiesto sus limitaciones por falta de experiencia (Castilla, 2014; Papalia et. al, 2012).

### **2.3.3. Teoría sociocultural**

La teoría sociocultural fue propuesta por el psicólogo ruso Lev Vygotsky (1896-1934) quien propuso que la interacción social influye profundamente en el desarrollo cognitivo, además de establecer que el desarrollo biológico y cultural no ocurren de manera aislada (Papalia et. al, 2012)

Vygotsky enfocó el desarrollo de forma diferente a Piaget. Piaget creía que el desarrollo cognitivo consta de cuatro períodos principales de crecimiento cognitivo (sensoriomotor, preoperacional, operaciones concretas, y operaciones formales), por lo que la teoría de Piaget sugiere que el desarrollo tiene un punto final en la meta (Papalia et al., 2012). Vygotsky, por el contrario, cree que el desarrollo es un proceso que debe analizarse, en lugar de un producto a ser obtenido. Según Vygotsky, el proceso de desarrollo que comienza en el nacimiento y continúa hasta la muerte, es demasiado complejo como para ser definido por cuatro etapas (Driscoll, 1994; Hausfather, 1996).

Vygotsky creía que este largo proceso de desarrollo dependía de la interacción social y que el aprendizaje social, en realidad, conduciría al desarrollo cognitivo. Este fenómeno se llama Zona de Desarrollo proximal (ZDP), el cual es descrito por Vigotsky como la distancia entre el nivel de desarrollo real según lo determinado por la resolución independiente de problemas y el nivel de desarrollo potencial según lo determinado a través de la resolución de problemas bajo la guía de un adulto o en colaboración con compañeros más capaces (Vygotsky, 1978).

Dicha relación que establece Vigotsky entre aprendizaje y desarrollo se fundamenta en la ley genética general, donde se establece que toda función en el desarrollo cultural del niño aparece en dos planos: en el plano social y psicológico. Primero aparece entre la gente como una categoría interpsicológica y luego dentro del niño como una categoría intrapsicológica (Wertsch, 1988, citado en Carrera, 2001). De esta manera se considera que el aprendizaje estimula y activa una variedad de procesos mentales que se manifiesta en el marco de la interacción con otras personas, interacción que ocurre en diversos contextos y es siempre mediada por el lenguaje. Esos procesos, que en cierta medida reproducen esas formas de interacción social, son internalizadas en el proceso de aprendizaje social hasta convertirse en modos de autorregulación (Vygotsky, 1978).

#### **2.3.4. Teoría del apego**

De acuerdo a Cantero y Lafuente (2017), todas las personas a lo largo de la vida van formando vínculos afectivos relevantes con diferentes personas, ya sean de tipo fraternal, de amor, amistad, parento-filial o de apego, es en este último tipo de vínculo donde se focaliza la teoría que mayores contribuciones ha aportado al estudio de las vinculaciones afectivas.

La teoría del apego surge en el siglo XX y fue propuesta y desarrollada por el psicólogo John Bowlby durante los años 1968 y 1989 (Moneta, 2014). Surge a raíz de una investigación sobre las consecuencias en el desarrollo de la personalidad durante los primeros años de vida producto de la separación de la madre durante esta etapa del ciclo vital. (Cantero y LaFuente, 2017)

Pero ¿qué es el apego? Para poder entender esta teoría se vuelve fundamental la comprensión de este concepto, ya que, a lo largo de las últimas décadas múltiples autores han intentado definirlo desde diversas corrientes teóricas, pero debido al carácter y el propósito de esta investigación, en este apartado sólo consideraremos visiones y/o definiciones como la propuesta por Bowlby y la planteada por Lafuente en 1989, las cuales fueron seleccionadas por su importancia y teoría que la sustenta, psicoanálisis, corriente de dos de los primeros exponentes de la teoría, John Bowlby y Mary Ainsworth .

Bowlby (1989) define el apego como un conjunto de conductas realizadas con el fin de obtener y/o mantener proximidad hacia otro individuo en particular, el cual es considerado como una base de seguridad, fuerte y sabia, son las experiencias que el niño o niña tiene dentro de su familia de origen o fuera de ella (por ejemplo, en residencias de menores) las que determinan la forma en la que el individuo organiza sus conductas de apego.

Pero es Mary Ainsworth junto a su equipo de investigación los primeros en realizar observaciones en laboratorios de los comportamientos de apego de niños pequeños a través de la prueba conocida como “Situación Extraña” (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). A partir de los datos obtenidos en dicha investigación se establece la primera clasificación sobre los tipos de apego que un niño establece con su cuidador principal: seguro, inseguro evitativo e inseguro ambivalente. Y no es hasta más tarde que Mary Main y colaboradores durante la década de los ochenta que expanden la clasificación propuesta por Ainsworth agregando la categoría “inseguro desorganizado” donde se incluyeron todos aquellos niños que no clasificaban en ninguna de las 3 categorías propuestas por Ainsworth, mostrando

comportamientos bizarros, contradictorios o correspondientes a las dos estrategias inseguras (Morales & Olivari, 2011)

Por otra parte, Lafuente (1989), siguiendo la línea planteada por Bowlby (1989), señala que:

“el apego es, por tanto, una clase específica de vínculo dentro del conjunto general de los vínculos afectivos, que constituye una unión afectiva intensa, duradera, de carácter singular, desarrollada y consolidada entre dos personas, por medio de su interacción recíproca. Una vez establecida, promueve la búsqueda y mantenimiento de proximidad con la figura de apego, con la finalidad de obtener los cuidados y protección necesarios para lograr una sensación de seguridad y bienestar; tanto física como psicológica” (citado en Cantero & Lafuente, 2017, p. 41)

Es decir, el apego sería un sistema conductual organizado, destinado a aliviar la angustia y reducir el desequilibrio causado por factores tanto externos como internos, donde su activación se produce frente a dos causas: amenazas ambientales y posibles peligros en la relación con la figura de apego.

Los vínculos de apego son considerados patrones relativamente estables en el tiempo, ya que los modelos y estrategias asociados se despliegan en diversos contextos de la vida y con familiares que permanecen relativamente iguales. Finalmente, lo interesante de esta teoría resulta ser la comprensión del porqué los niños desde muy temprana edad generan estas estrategias para afrontar dificultades, algunas más adaptativas que otras y es a través de ellas que construyen y moldean su funcionamiento y personalidad. (Morales & Olivares, 2011).

#### **2.4. Desarrollo socioemocional y psicopatología**

El desarrollo integral del niño en los primeros años de vida está marcado por una serie de cambios evolutivos, que incluye tanto el crecimiento físico como el surgimiento de nuevos fenómenos psíquicos, cambios que se expresan en los planos perceptivo, motor, cognitivo, emocional, social y de la comunicación y el lenguaje. Los estudios de estos planos sobre el desarrollo temprano evidencian que la infancia temprana es un período sensible a la desadaptación y establecimiento de problemas en el plano socioemocional, así como desajustes y disarmonías en el desarrollo (Armus, Duhalde, Oliver, Woscoboinik & UNICEF, 2012)

Resulta imposible hablar de desarrollo socioemocional sin hacer referencia a las dificultades que presentan los niños y niñas durante la primera infancia. Normalmente, en el uso cotidiano y haciendo alusión al sentido común, el término “problemas socioemocionales” se asocia al concepto de psicopatología, el cual se define como una disciplina que, según Belloch, Sandín y Ramos (1995):

“estudia el funcionamiento de los procesos cognitivos anómalos en los que se incluye no sólo la atención, la percepción, la memoria o el procesamiento sino también las intenciones, actitudes, afectos y sentimientos, ya que todos ellos forman parte de la estructura del conocimiento y participan en su adquisición y transformación”.

La psicopatología del desarrollo, está estrechamente relacionada a los patrones de apego en la infancia, los que pueden llegar a poseer un carácter ansioso, constituyendo así un factor de riesgo potencial para una alteración, es decir una condición que aumenta la probabilidad de perturbación en comparación con la población general (Sroufe, 2005).

## **2.5. Prevalencia de psicopatología en población infantil**

Son realmente escasos los estudios sobre prevalencia de psicopatologías o trastornos en la población infanto-juvenil. siendo la mayoría de ellos en población escolar, preadolescente y adolescente, es decir, entre 4 y 17 años (Anderson, Williams, McGee & Silva, 1987; Bird, Canino, Rubio-Stipec, Gould, Ribera, Sesman & Moscoso, 1988; McGee, Feehan, Williams, Partridge, Silva & Kelly, 1990; Canino, Shrout, Rubio-Stipec, Bird, Bravo, Ramirez & Ribera, 2004).

Existen, además, algunos estudios en diferentes países sobre la prevalencia de trastornos específicos asociados a este rango de edad como: trastornos por déficit atencional con y sin hiperactividad (Montiel-Nava, Peña & Montiel-Barbero, 2003; Rodríguez, López, Garrido, Sacristán, Martínez & Ruiz, 2009), depresión (Polaino-Lorente, Mediano, & Martínez, 1997), ansiedad y trastornos alimentarios (Calvo, Zapata, Cebollada, Trébol, & Lobo, 2010).

En Chile no existe gran información sobre la prevalencia de problemas de salud mental en la población infanto-juvenil, por lo que, los datos utilizados para realizar intervenciones en esta etapa del ciclo vital son extraídos de fuentes internacionales, como el estudio internacional de comparaciones de problemas conductuales y emocionales de niños de 1 a 5 años, que concluye Chile es uno de los países con mayor trastornos infantiles seguido por Lituania (Rescorla, et al., 2011); y algunos estudios a nivel nacional. Estos últimos suelen ser pequeños con muestras no representativas de la situación del país, de los cuales se ha concluido que los trastornos ansiosos constituyen una prevalencia de 9.2%, los trastornos afectivos 3.5%,

trastornos de comportamiento disruptivo 20.6% y trastornos de la alimentación 0.4% en niños y niñas entre 4 y 11 años (Vicente, B. Saldivia, S. Rioseco, P. De la Barra, F. Valdivia, M. Melipillán, R. & Pihan, R. 2010).

## **2.6. Instrumentos para medir el desarrollo socioemocional**

Lograr identificar los problemas del desarrollo socioemocional en la infancia temprana, representa una importante tarea que los clínicos y educadores deben considerar como prioridad., especialmente en los casos de niños y niñas con retrasos en el desarrollo, quienes están en mayor riesgo de padecer dichos problemas (Carter, 2010; Halle & Darling-Churchill, 2016).

Existe una variedad de cuestionarios de reporte que pueden ser respondido por los padres, cuyo propósito es pesquisar problemas del funcionamiento socioemocional. Algunos de los instrumentos de screening más comunes incluyen a: Cuestionarios de Edades y Etapa: Socioemocional (*Ages and Stages Questionnaires: Social-Emotional, ASQ:SE*) (Squires, Bricker, & Twombly, 2002), La Escala de Evaluación Socioemocional Breve en Infantes y Niños (*Brief Infant-Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA)*) (Briggs-Gowan, Carter, Irwin, Wachtel, & Cicchetti, 2004), y el Inventario de Conductas Infantiles de 1 ½ a 5 años (*Child Behavior Checklist for ages 1.5 to 5, CBCL/1.5-5*) (Achenbach & Rescorla, 2001).

Todas las escalas poseen limitaciones, algunos son demasiados extensos como el caso del CBCL 1 ½ a 5 años (De Wolff, M. S., Theunissen, M. H., Vogels, A. G., & Reijneveld, S. A., 2013) y el ITSEA, para ser usados como instrumentos de screening, sin embargo, hoy en día dichos instrumentos han alcanzado mayor popularidad en la evaluación del comportamiento infantil (Karabekiroglu, et al., 2010). Por lo anterior, es relevante poder validar cuestionarios

con el fin de mejorar la identificación de problemas psicosociales por las instituciones relacionadas con la infancia temprana (Theunissen, Vogels, de Wolff, & Reijneveld, 2013; Vogels, Crone, Hoekstra & Reijneveld, 2009). El BITSEA actualmente representa una buena alternativa para superar la limitación de los instrumentos descritos anteriormente debido a su longitud (solo 42 ítems) , especificidad en el ámbito socioemocional, lo que permitiría su aplicación del ámbito clínico y educacional. Adicionalmente es un instrumento que está traducido al español y validado en diversos países (múltiples idiomas), lo que vuelve factible su validación en la población chilena, lo que da evidencia de una validez transcultural al igual que el CBCL 1 ½ a 5 años (Ivanova et al., 2010; Wendland et al., 2014). En la Tabla 2 se presenta una descripción de algunos instrumentos que evalúan el desarrollo socioemocional en la infancia temprana.

Tabla 2

*Descripción de algunos instrumentos que evalúan el desarrollo socioemocional.*

Nombre	Autor (es)	Rango de edad	Tiempo de administración	Número de ítems	Administrador	Apropiado para screening
Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ:SE)	Jane Squires, Diane Bricker, & Elizabeth Twombly (2002)	6 a 60 meses	10-15 minutos	Varía según edad	Padres	Sí
Behavioral Assessment of Baby's Emotional and Social Style (BABES)	Karen M. Finello & Marie K. Poulsen (1996)	Del nacimiento a 36 meses	10-15 minutos	29	Padres	Sí
Brief Infant–Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)	Briggs-Gowan, Carter, Irwin, Wachtel & Cicchetti (2004)	12 a 36 meses	5-10 minutos	42	Padres y/o cuidadores	Sí*
Child Behavior Checklist for Ages 1 1/2-5 (CBCL)	Thomas Achenbach & Leslie Rescorla (2000)	1 1/2 a 5 años	10-15 minutos	100	Padres	Sí*

Devereux Early Childhood Assessment Program (DECA)	Devereux Foundation (1998)	2 a 5 años	10 minutos	37	Padres	Sí
Early Coping Inventory (ECI)	Shirley Zeitlin, G. Gordon Williamson, & Margery Szczepanski (1988)	4 a 36 meses	Variado, según las características del niño	49	Profesor, Psicólogo y/o Padres	No
Functional Emotional Assessment Scale (FEAS)	Georgia DeGangi & Stanley Greenspan (2000)	15 meses a 4 años	15-20 minutos	6 versiones: 27 a 61 ítems	Profesional	Sí
Infant–Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA)	Margaret J. Briggs-Gowan & Alice S. Carter	12 a 36 meses	40 minutos	200	Padres	No
Vineland Social-Emotional Early Childhood Scale (SEEC)	Sara Sparrow, David Balla & Dominic Cicchetti (1998)	Del nacimiento a 5 años, 11 meses.	15-20 minutos	Variado	Profesional	No

---

**Nota.** Adaptado de Reynolds, C., Carey, W., Mcdevitt, S., & Achenbach, T. (2000). *Overview of the ASQ: SE*

\*De acuerdo a De Wolff, M. S., Theunissen, M. H., Vogels, A. G., & Reijneveld, S. A. (2013), tanto el BITSEA como el CBCL 1 ½ a 5, son instrumentos de screening

Para la mejor comprensión de la salud mental en población infantil, se subraya la necesidad de investigaciones que permitan identificar tempranamente signos de algunos trastornos psiquiátricos que aparecen en dicho grupo etario, con el fin de sustentar la necesidad de elaboración e implementación de políticas públicas en dicha área que apoyen la ejecución de programas de tamizaje e intervención cuando dichos signos son más probables en aparecer (Belfer, 2008). Es por lo anterior, que contar con instrumentos válidos y breves, hacen posible la realización de investigación en el área de la salud mental infantil, pudiendo así prevenir, promover e intervenir tempranamente en el caso de que los estudios refieran dicha necesidad o establecer líneas de trabajo que se orienten a capacitar a más profesionales que atienden a niños y niñas en el contexto educativo y salud, entre otras.

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo General**

- Aportar evidencia preliminar de las características psicométricas la Escala de evaluación socio-emocional breve de infantes y niños (BITSEA), en una población de niños y niñas de 12 a 35 meses y 30 días pertenecientes a jardines infantiles de la región del Maule y Ñuble, Chile.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar la confiabilidad de las dimensiones que componen el BITSEA para evaluar problemas conductuales y socioemocionales.
- Analizar la estructura factorial del BITSEA para evaluar problemas conductuales y socioemocionales.

- Analizar la validez concurrente entre el Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5) y la Escala de evaluación socio-emocional breve de infantes y niños (BITSEA).

#### **4. Hipótesis**

H1: El Alpha de Cronbach de las dimensiones: Competencia y Problema, de la Evaluación socio-emocional breve de infantes y niños (BITSEA) es superior a 0,60.

H2: El BITSEA posee una estructura factorial con índices de ajuste adecuados de acuerdo a los estándares establecidos por la ESEM, donde los ítems de las dimensiones del BITSEA correlacionan positivamente a su escala de origen.

H3: El BITSEA presenta una adecuada validez concurrente entre la escala Problema del BITSEA (Briggs-Gowan y Carter, 2002) y las escalas de Problemas Internalizantes y Externalizantes del CBCL 1 ½ a 5 años (Achenbach y Rescorla, 2001). En concreto la escala Problema del BITSEA correlaciona positiva y significativamente con las escalas del CBCL 1 ½ a 5 años ( $r = >.60$ ).

#### **5. Método**

##### **5.1. Diseño y tipo de estudio**

La presente investigación es de tipo cuantitativa. Se trata de un diseño no experimental, transaccional descriptivo, ya que el propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2006)

## 5.2. Participantes

La muestra utilizada fue de 289 adultos personas, que consintieron voluntariamente en participar de esta investigación, luego de haber firmado el respectivo consentimiento informado.

El grupo definitivo estuvo compuesto por padres o madres de niños/as pertenecientes a jardines infantiles administrados por la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) de la ciudad de Talca y Chillán, Chile, de los cuales 146 fueron padres o madres de niñas (50,5%) y 143 fueron padres o madres de niños (49,5%). La edad promedio de los niños/as participantes fue de 25,4 meses y el rango de edad fluctuó entre 12 y 35 meses. En la Tabla 3 se presentan estos datos sociodemográficos.

Tabla 3

*Descriptivos sociodemográficos de los niños y niñas*

Variable	N	M (DE) o %
<i>Género</i>		
Masculino	143	49,5
Femenino	146	50,5
<i>Edad (meses)</i>	289	25,4 (5,9)

Nota: N = 289.

## 5.3. Muestra

La confección de la muestra fue no probabilística por conveniencia, siendo la unidad de muestreo un padre o madre de niños y niñas de 12 a 35 meses y 30 días. El tamaño de la muestra se determinó a través de la fórmula para poblaciones finitas (Figura 1). Lo anterior se realizó con el fin de asegurar la representatividad del estudio y contribuir a mejorar las estimaciones de los parámetros y disminuir el error (Hernández-Sampieri et al., 2006).

Figura 1. Fórmula de muestreo.

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

Donde n es el tamaño muestral (total de padres y madres del nivel de estimación); Z corresponde al nivel de confianza el que consideró una distribución al 95%, p corresponde a la prevalencia (50%), N identifica el total de niños y niñas de 12 a 35 meses y 30 días (26.000 aproximadamente), de ambas regiones (Maule y Ñuble) y d corresponde el error máximo permitido (7%). Desarrollando la fórmula de la Figura 1, se obtiene un tamaño muestral mínimo de 195 padres o madres de niños y niñas entre 12 a 35 meses y 30 días, para conseguir una validación a nivel de ambas regiones (Maule y Ñuble).

Los procedimientos de selección se escogieron en base al objetivo principal de la investigación, la validación del instrumento Brief Infant Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). Dentro de los criterios de inclusión se encuentran que los niños y niñas posean la nacionalidad chilena, que sean alumnos regulares de jardines infantiles de la región del Maule y Ñuble, que no posean antecedentes médicos en el ámbito neurológico, para evitar posibles alteraciones en los resultados, ya que, un niño o niña con diagnóstico neurológico posee un curso de desarrollo diferente al promedio, que el padre o madre sea hispanohablante y acceda voluntariamente a participar en la presente investigación, lo que queda de manifiesto a través de un consentimiento informado. Todos estos criterios fueron seleccionados para garantizar un buen control experimental.

#### 5.4. Instrumentos

##### *La Escala de Evaluación Socioemocional breve (BITSEA)*

El BITSEA es un instrumento estandarizado, de autorreporte, con respuesta en escala Likert (0= No es cierto/Rara vez 1= Un poco cierto/a veces, 2= Muy cierto/Frecuentemente) diseñado para evaluar los problemas y competencias socioemocionales de los niños de 12 a 35 meses y 30 días. El BITSEA es una herramienta de evaluación breve extraída del ITSEA más largo y está diseñada para su uso principalmente en entornos de intervención temprana (Briggs-Gowan y Carter, 2007), ya sean en el ámbito educacional o clínico, como por ejemplo jardines infantiles o control del niño sano respectivamente. El BITSEA tiene ítems que miden dos tipos de comportamientos: problemas socioemocionales y competencias socioemocionales. Los 31 ítems de la escala Problema cubren áreas como los problemas externalizantes (ej. agresión, hiperactividad y oposicionismo), problemas internalizantes (ej. ansiedad y depresión), problemas de desregulación (ej. emocionalidad negativa, problemas alimentarios y de sueño), comportamiento desadaptativo y conductas atípicas. Los 11 ítems de la escala de Competencia evalúan habilidades socioemocionales como atención sostenida, relaciones prosociales con otros, empatía, habilidades de imitación y juego y motivación al poder (Briggs-Gowan y Carter, 2007).

La consistencia interna de la versión original del instrumento fue excelente para la escala del problema ( $\alpha = .82$ ) y buena para la escala de competencia ( $\alpha = .72$ ). La confiabilidad test-retest entre 15 y 30 días fue adecuada para las madres (escala de problemas,  $r = .49$ , escala de competencia,  $r = .41$ ) y padres (escala de problemas,  $r = .83$ ; escala de competencia,  $r = .60$ ), y la confiabilidad entre evaluadores entre madres y padres fue buena tanto para las escalas de problema ( $r = .68$ ) como de competencia ( $r = .71$ )

(Karabekiroglu, Briggs-Gowan, Carter, Rodopman-Arman, & Akbas, 2010). Además, los puntajes de la escala problema del BITSEA se relacionaron con los puntajes de la escala de problemas internalizantes, externalizantes y puntaje total del CBCL 1 ½ a 5 años, como queda evidenciado en la investigación de Briggs-Gowan y Carter (2007), donde se presenta una correlación positiva y adecuada de  $r = .63$  entre la escala de Problema del BITSEA (BITSEA P) y la escala de Problemas Internalizantes del CBCL (CBCL INT) y un  $r = .68$  entre BITSEA P y la escala de Problemas Externalizantes del CBCL (CBCL EXT). Sin embargo, la escala de Competencia del BITSEA (BITSEA C) se correlaciona de manera negativa con las escalas del CBCL 1 ½ a 5 años, resultados similares se presentan en otras investigaciones (Wendland et al., 2014)

#### *Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5)*

El CBCL 1½-5 es un instrumento creado por Achenbach y Rescorla (2001), con el fin de medir la percepción de los padres sobre un conjunto de problemas emocionales, conductuales y sociales del hijo o hija (Achenbach y Rescorla, 2001; Lecannelier et al., 2014). El instrumento consta de 100 ítems (99 cerrados y uno de respuesta abierta) en escala tipo Likert, que va de 0 = *No es cierto*, 1 = *En cierta manera, algunas veces* y 2 = *Muy cierto o cierto*. Las sumas de todos los ítems forman el puntaje por escalas (Wendland et al., 2014). El CBCL se divide en dos escalas: Problemas Internalizantes y Problemas Externalizantes, y puede ser dividido en siete subescalas: comportamiento agresivo, ansiedad/depresión, problemas de atención, reactividad emocional, quejas somáticas, aislamiento y problemas de sueño (Lecannelier et al., 2014). Este instrumento a menudo indica la presencia de las conductas que denotan algún tipo de dificultad en el ámbito emocional, conductual y social del desarrollo infantil, durante los últimos 2 meses. Es un instrumento válido en Chile, útil

para medir la prevalencia de psicopatología en la etapa infantil, sin embargo, sólo ha sido validado psicométricamente, por lo que aún no se prueba su validez en poblaciones clínicas (Lecannelier et al., 2014).

Actualmente es uno de los instrumentos más usados para medir síntomas comportamentales y socio-emocionales en preescolares, el cual ha sido validado en más de 20 países confirmando su validez transcultural (Ivanova et al., 2010)

### **5.5. Procedimiento**

1. Dado que este estudio involucra la participación de los padres de niños y niñas entre 12 meses y 35 meses y 30 días pertenecientes a jardines infantiles de la ciudad de Talca y Chillán, este fue sometido al análisis por parte del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de Talca, resultando aprobado con fecha 25 de octubre de 2018 tanto el proyecto de investigación como el Consentimiento Informado.
2. Una vez obtenida la autorización para la aplicación de los instrumentos por parte de las autoridades de la Facultad de Psicología de la Universidad de Talca, se realizó el contacto con la dirección regional de JUNJI de la región del Maule y Ñuble, Chile, informando sobre el propósito del estudio y la importancia de su participación. Luego de haber realizado el contacto con ambas instituciones, obtuvimos la autorización de JUNJI en la región del Maule y Ñuble, para trabajar en la ciudad de Talca y Chillán, respectivamente.

3. En primer lugar, se realizaron dos reuniones con el Equipo Técnico Territorial (ETT) de JUNJI de la Región de Ñuble y Maule. En el caso de Maule, se envió desde dirección regional un correo a las directoras de los 11 jardines clásicos de Talca, informando sobre el propósito del estudio y autorizando a que los alumnos pudieran acudir a los establecimientos para realizar la aplicación de los instrumentos. Se contactó vía telefónica a cada una de las directoras, coordinando la metodología de la aplicación, la cual fue principalmente a través de reuniones extra programáticas y por medio de capacitaciones a las educadoras para la correcta administración de los instrumentos. En el caso de JUNJI Ñuble, se realizó en primer lugar una reunión con el ETT, para exponer el presente estudio. Luego se reunió a las directoras de los jardines clásicos de Chillán, quienes mostraron alta motivación para colaborar con la presente investigación. Luego se realizaron capacitaciones a educadoras de párvulos con el fin de responder inquietudes respecto a la correcta administración de los instrumentos: La Escala de Evaluación Socioemocional Breve de Infantes y Niños (BITSEA) y el Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5) además del Consentimiento Informado. El reclutamiento de los sujetos se realizó durante tres semanas, entre los días 12 de noviembre de 2018 y 3 de diciembre de 2018, quienes eran padres de niños y niñas pertenecientes a los niveles: Sala Cuna Menor, Mayor y Medio Menor. En dichas reuniones se aplicaron los dos instrumentos:
  
4. Sólo aquellos participantes que, tras leer el consentimiento informado aceptaron participar del estudio de validación, tuvieron acceso a responder los instrumentos

BITSEA, cuya versión en español fue desarrollada por los autores originales (Carter, Briggs-Gowan y Davis, 2004). por Mapi Research Trust y CBCL, versión chilena por Lecannelier et al. (2016)

5. Una vez aplicado los instrumentos, se procedió a la realización de una base de datos en el programa Excel.

### **5.6. Plan de análisis**

1. Para el análisis, en primer lugar, se procedió a la realización de una base de datos con las respuestas de los padres y madres en el programa Excel.
2. Se realizó un análisis de fiabilidad del BITSEA a través del cálculo del coeficiente alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) de cada una de las dos escalas del BITSEA, como indicador de la consistencia interna. Los valores de dicho coeficiente oscilan entre 0 y 1, siendo indicativos de mayor consistencia interna de los ítems en el cuestionario aquellos más cercanos a 1. Los valores alfa de Cronbach  $<.25$  son indicativos de una consistencia interna baja,  $>.50$  media o regular,  $>.75$  aceptable, y  $<.90$  elevado (Hernández-Sampieri et al., 2006)
3. Luego, con el fin de determinar la estructura factorial de la Escala de Evaluación socio-emocional breve de infantes y niños (BITSEA) se realizó una ESEM (Exploratory Structural Equation Modeling), mediante el programa Mplus, para determinar la validez de constructo del BITSEA a través de la modelización de ecuaciones estructurales. El ESEM representa un híbrido entre el AFE y el AFC, por lo que el ESEM es una alternativa semiconfirmatoria, ya que se encuentra a medio camino entre ambas estrategias de análisis en el continuo de restricción y presenta

mejores ajustes que un AFC (Marsh, H. W., Liem, G. A. D., Martin, A. J., Morin, A. J., & Nagengast, B., 2011). Se puso a prueba con el ESEM el modelo bifactorial del BITSEA hipotetizado que emergió de los resultados factoriales exploratorios en una población de la república de Turquía (Karabekiroglu, Briggs-Gowan, Carter, Rodopman-Arman, & Akbas, 2010). Siguiendo las recomendaciones de Hooper, Coughlan y Mullen (2008) en la ESEM se valoró la bondad de ajuste del modelo a partir de una combinación de diversos índices de dos tipologías de índices de ajuste global. Por un lado, de entre los índices de ajuste absoluto, que evalúan el ajuste del modelo a los datos, es decir, a la matriz de varianzas-covarianzas observadas a partir de los parámetros estimados, el estadístico chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), su valor p, grados de libertad (gl) y el error de aproximación de la media cuadrática (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA), son indicadores de un buen ajuste valores p de  $\chi^2$  no significativos al nivel .05 (Barrett, 2007). Se calculó también la razón de chi-cuadrado sobre los grados de libertad ( $\chi^2/\text{gl}$ ) que minimiza el impacto del tamaño muestral, cuyos valores indicativos de un buen ajuste oscilan entre ser iguales o inferiores a 2.0 (Tabachnick & Fidell, 2007) y hasta 5.0 (Wheaton, Muthen, Alwin, & Summers, 1977). Los valores del índice RMSEA oscilan entre el 0 y el 1, siendo indicativos de mejor ajuste los valores pequeños. Los mismos autores que inicialmente consideraron valores de .05 a .10 indicativos de ajuste, más tarde los matizaron considerando los valores de hasta .08 indicativos de un buen ajuste y entre .08 y .10 de uno mediocre (MacCallum, Browne, & Sugawara, 1996). También, se realizó un análisis paralelo por medio del programa FACTOR con el fin de confirmar el modelo bifactorial hipotetizado.

4. A continuación, se evaluó la validez concurrente entre dicho instrumento y el CBCL 1 ½ a 5 años (Achenbach y Rescorla, 2001). Para ello, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones de las escalas de conductas externalizantes e internalizantes del CBCL y las puntuaciones de la escala problema y competencia del BITSEA. Los valores de dichos coeficientes oscilan entre  $\pm 1$ , siendo indicativos de relación entre las puntuaciones de los dos instrumentos aquellos diferentes a 0 aumentando la fuerza de la relación cuanto más cercanos a  $\pm 1$ . En concreto, los valores  $r = .10$  a  $.29$  son indicativos de una fuerza pequeña,  $.30$  a  $.49$  media y  $> .50$  grande (Cohen, 2009). Asimismo, los valores positivos hacen referencia a la tendencia de aumento o disminución proporcional de las puntuaciones de las escalas pertinentes de ambos instrumentos, mientras que los valores negativos hacen referencia a la tendencia de aumento o disminución inversamente proporcional (Pallant, 2013).

## **6. Resultados**

### **6.1. Análisis de datos**

Para el análisis estadístico se utilizó el software “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS) versión 21, FACTOR versión 10 y MPLUS versión 7.

### **6.2. Características de los participantes**

Los participantes de este estudio fueron 289 padres o madres de niños y niñas entre 12 y 35 meses con 30 días matriculados en jardines infantiles de la Junta Nacional de

Jardines Infantiles (JUNJI) de las ciudades Talca y Chillan, la distribución de la muestra por jardín fue: 108 participantes (37,5 %) pertenecen a jardines clásicos JUNJI de la ciudad de Chillán y 181 (62,5%) a jardines clásicos JUNJI de la ciudad de Talca. En la Tabla 4 se describen los jardines infantiles que participaron en el presente estudio.

Tabla 4  
*Descriptivos de los jardines infantiles participantes en el estudio.*

Jardines clásicos según ciudad	Frecuencia	Porcentaje
<i>Chillán</i>		
1. Aliwen	17	5,9
2. Bamby	23	8,0
3. Cuncunita	36	12,5
4. Estrellitas del Futuro	23	8,0
5. Sarita Gajardo	9	3,1
<i>Talca</i>		
6. Entretenido	10	3,5
7. Lucerito	15	5,2
8. Payasito	19	6,6
9. Bamby	17	5,9
10. Rayito Sol	14	4,8
11. Frutillita	34	11,8
12. Los Enanitos	12	4,2
13. Pequitas	16	5,5
14. Blancanieves	27	9,3
15. Bicentenario	13	4,5
16. Osito Pandy	4	1,4
Total	289	100,0

### 6.3. Fiabilidad del instrumento

Para determinar la consistencia interna del cuestionario se utilizó el coeficiente alfa, el cual fue planteado por Cronbach (1951). El criterio que se establece para considerar aceptable el coeficiente es que su valor sea igual o superior a 0.60. El coeficiente de fiabilidad se analizó tanto para la totalidad del instrumento, como para cada una de las dos

escalas que lo componen. El coeficiente alfa para la totalidad del instrumento, compuesto de 42 ítems, fue de 0.76, lo que de acuerdo al criterio propuesto por Hernández-Sampieri et al. (2006) presentaría una fiabilidad aceptable.

El análisis de fiabilidad realizado para cada una de las escalas que componen el instrumento arrojó que la escala Competencia y Problema del BITSEA son adecuadas (alfa de Cronbach de 0.60 y 0.84, respectivamente), clasificándose en una confiabilidad media y aceptable respectivamente (Hernández-Sampieri et al., 2006). Resultados muy similares a los encontrados en otros estudios ( $\alpha= 0.63$  y  $\alpha= 0.76$ ; Kruizinga et al., 2012;  $\alpha= 0.65$  y  $\alpha= 0.79$ , Wendland et al., 2014, respectivamente).

Por lo anterior, el BITSEA reporta una aceptable consistencia interna en la totalidad del instrumento, apenas aceptable en la escala de Competencia y buena en la escala Problema del BITSEA. Lo que ocurre en la escala de competencia (fiabilidad media) puede deberse a que existen factores que afectan la fiabilidad de un instrumento, como por ejemplo, las diferentes formas en que fueron aplicados los cuestionarios, es decir, algunos en el hogar de los padres y otros en el salón de reuniones de los jardines participantes. También cabe señalar la poca variabilidad de la muestra debido a que los participantes pertenecían a un grupo principalmente homogéneo, lo que permitió que la fiabilidad fuese menor. Finalmente, la longitud del test es un factor a considerar, ya que, a menos cantidad de ítems es menor la fiabilidad (Tornimbeni, S., Pérez, E., Olaz, F., de Kohan, N. C., Fernández, A., & Cupani, M., 2008).

## 6.4. Validez del instrumento

### 6.4.1. Validez de constructo

La adecuación general del modelo bifactorial del BITSEA, compuesto por la escala problema y competencia, hipotetizado a los datos de la muestra de los niños y niñas pertenecientes a jardines infantiles de la JUNJI de la ciudad de Talca y Chillán, Chile es aceptable, tal y como indican los índices de bondad de ajuste obtenidos en la Tabla 5.

Tabla 5  
*Índices de ajuste del modelo bifactorial del BITSEA.*

$\chi^2$	gl	Sig.	RMSEA IC 90%	CFI
976.449	778	0.000	0.030 [0.023, 0.035]	0.789

Nota:  $\chi^2$ : Chi-cuadrado aproximado; gl: grados de libertad; Sig.: nivel de significancia; RMSEA: error de aproximación de la media cuadrática (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA); CFI: índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index).

El estadístico  $\chi^2$  en relación a sus grados de libertad y nivel de significancia, señalan que la base de datos cumple los requisitos para llevar a cabo el análisis factorial. El valor del índice RMSEA es inferior al valor máximo que delimita el rango de ajuste bondadoso, contrariamente el valor del índice CFI es inferior al valor mínimo. Por lo anterior, el índice RMSEA se encuentra dentro de los rangos más clásicamente definidos de ajuste del modelo a los datos ( $\leq 0.05$ ). Asimismo, los límites inferior y superior del IC del 90% del índice RMSEA se encuentran dentro de los esperables siendo el tamaño pequeño del intervalo entre ellos indicativo de una estimación precisa de ajuste aceptable del valor 0.03 del índice. Sin embargo, el índice CFI es levemente inferior a los valores mínimos exigidos para un buen modelo del ajuste ( $\geq 0.95$ ), lo cual no es sorprendente dado que el CFI es sensible a los niveles de correlación entre los ítems y las correlaciones entre los ítems del BITSEA son

bajas, como se esperaba (Wendland et al., 2014). Por lo anterior, de acuerdo al ESEM el BITSEA presenta un modelo bifactorial ajustado de acuerdo a los parámetros esperados.

Por otro lado, el análisis de los componentes principales basado en el análisis paralelo reporta que dos factores explican el 20.2% de la varianza total de la prueba, por lo que sugiere considerar al menos cuatro factores, que actualmente se desconocen, sin embargo, de acuerdo al criterio teórico existen dos factores en el BITSEA: la escala competencia y escala problema (Briggs-Gowan et al., 2004) por lo que el análisis factorial confirmatorio se decidió realizar con dichas dimensiones. La estructura factorial de las dos escalas del BITSEA fueron encontradas adecuadas (Tabla 6). Cada ítem está asociado con su correspondiente escala original, con la excepción del ítem 10 ( $p > .10$ ) e ítem 32 ( $p > .20$ ). Los análisis anteriormente mencionados reportan una validez de constructo adecuada a la población chilena y esperada de acuerdo a estudios similares en otros países (Wendland et al., 2014).

Tabla 6

*Análisis Factorial Confirmatorio de las Escalas del BITSEA*

Ítems	Escala	Estimación	Error estándar	Valor p
BITSEA 1	Competencia	1.000	0.000	
BITSEA 5	Competencia	1.545	0.600	0.010
BITSEA 10	Competencia	-0.479	0.294	0.103
BITSEA 13	Competencia	1.305	0.486	0.007
BITSEA 15	Competencia	1.557	0.668	0.020
BITSEA 19	Competencia	1.719	0.648	0.008
BITSEA 20	Competencia	1.611	0.638	0.012
BITSEA 22	Competencia	1.173	0.459	0.010
BITSEA 25	Competencia	1.166	0.495	0.019
BITSEA 29	Competencia	0.843	0.356	0.018

BITSEA 31	Competencia	0.897	0.378	0.018
BITSEA 2	Problema	1.000	0.000	
BITSEA 3	Problema	1.126	0.151	0.000
BITSEA 4	Problema	0.584	0.140	0.000
BITSEA 6	Problema	0.796	0.127	0.000
BITSEA 7	Problema	1.268	0.149	0.000
BITSEA 8	Problema	0.710	0.129	0.000
BITSEA 9	Problema	1.218	0.178	0.000
BITSEA 11	Problema	0.861	0.110	0.000
BITSEA 12	Problema	0.942	0.140	0.000
BITSEA 14	Problema	0.677	0.136	0.000
BITSEA 16	Problema	0.490	0.128	0.000
BITSEA 17	Problema	1.040	0.155	0.000
BITSEA 18	Problema	0.690	0.133	0.000
BITSEA 21	Problema	0.997	0.137	0.000
BITSEA 23	Problema	1.222	0.148	0.000
BITSEA 24	Problema	1.153	0.158	0.000
BITSEA 26	Problema	0.943	0.134	0.000
BITSEA 27	Problema	0.932	0.131	0.000
BITSEA 28	Problema	1.078	0.138	0.000
BITSEA 30	Problema	1.063	0.137	0.000
BITSEA 32	Problema	0.404	0.326	0.215
BITSEA 33	Problema	1.271	0.205	0.000
BITSEA 34	Problema	0.760	0.143	0.000
BITSEA 35	Problema	0.550	0.130	0.000
BITSEA 36	Problema	1.303	0.178	0.000
BITSEA 37	Problema	0.988	0.143	0.000
BITSEA 38	Problema	1.411	0.179	0.000
BITSEA 39	Problema	0.744	0.157	0.000
BITSEA 40	Problema	1.015	0.184	0.000
BITSEA 41	Problema	0.678	0.151	0.000
BITSEA 42	Problema	0.440	0.136	0.001

Nota: \* $p < .05$ ;

#### 6.4.2. Validez concurrente

La correlación entre la puntuación total de la escala BITSEA (BITSEA T) y la puntuación total de la escala CBCL 1 ½ a 5 (CBCL T) es positiva ( $r = .717, p < .001$ ), al igual que las puntuaciones de la escala Problema del BITSEA (BITSEA/P), la cual

correlaciona de manera significativa y positiva con la escala de Problemas Internalizantes (CBCL INT) ( $r = .730, p < .001$ ), Problemas Externalizantes (CBCL EXT) ( $r = .674, p < .001$ ) y Total (CBCL T) ( $r = .795, p < .001$ ) del CBCL 1 ½ a 5. En cambio, la correlación entre las puntuaciones de la escala Competencia del BITSEA (BITSEA/C) y CBCL INT es negativa ( $r = -.234, p < .001$ ). En otras palabras, la tendencia de aumento o disminución de las puntuaciones de BITSEA T y CBCL T, y BITSEA/P con CBCL INT, CBCL EXT y CBCL T es proporcional a diferencia de la tendencia de las puntuaciones de BITSEA/C y CBCL INT que es inversamente proporcional.

Por otro lado, tal cómo se puede observar en la Tabla 7, las correlaciones de cada uno de los dos factores (BITSEA/C y BITSEA/P) con el total de ítems (BITSEA/T) presentaron resultados de correlación muy baja ( $r = 0,155$ ) y muy alta ( $r = 0,936$ ) respectivamente.

Los coeficientes de correlación de Pearson reportan una adecuada validez concurrente entre las escalas CBCL 1 ½ a 5 y BITSEA, en una población de niños y niñas entre 12 y 36 meses.

Tabla 7

*Correlaciones entre las puntuaciones de escalas del BITSEA y CBCL 1 ½ a 5*

Escalas	BITSEA/P	BITSEA/C	BITSEA T	CBCL EXT	CBCL INT	CBCL T
BITSEA/P	1	-,204**	,936**	,674**	,730**	,795**
BITSEA/C		1	,155**	-,182**	-,234**	-,237**
BITSEA T			1	,615**	,652**	,717**
CBCL EXT				1	,643**	,874**
CBCL INT					1	,902**
CBCL T						1

Nota: N=289; \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

## 7. Discusión

El uso de instrumentos como el BITSEA puede mejorar de manera significativa la identificación de posibles problemas o retrasos en el ámbito del desarrollo socioemocional de niños y niñas, además de identificar cuando es pertinente la realización de intervenciones tempranas a niños y niñas con problemas socioemocionales y/o conductuales (Briggs-Gowan et al., 2004; Karabekiroglu, et al., 2010; Wendland, et al., 2014). Por esta razón, y siguiendo los lineamientos de la Asociación Americana de Psicología (APA) y la Asociación Americana de Investigación en Educación (AERA) es necesario, antes de utilizar un instrumento, probar la evidencia de las propiedades psicométricas en una población particular en la cual será usado (Eignor, 2013), por lo que el presente estudio aporta a la validez y fiabilidad del BITSEA en una población de niños y niñas entre 12 y 36 meses, perteneciente a jardines infantiles administrados por la JUNJI de la ciudad de Talca y Chillán, Chile.

De acuerdo a los resultados obtenidos, lo primero a mencionar es el cumplimiento parcial de la primera hipótesis del presente estudio, si bien los análisis de consistencia interna para la escala de Problema del BITSEA evidencia una homogeneidad entre los ítems de la escala, sugiriendo así la fiabilidad de ella. En cambio, la escala de Competencia evidencia una fiabilidad media, por debajo de lo hipotetizado  $\alpha > .60$ . Lo anterior se puede deber a las condiciones seleccionadas para aplicar el método, como el lapso de tiempo elegido, el número de ítems que presenta el test, el tipo de muestra, ya que, cuanto más homogénea sea la muestra habrá menos variabilidad y, por tanto, la fiabilidad será menor (Díaz, Batanero y Cobo, 2003).

En relación a la segunda hipótesis el BITSEA, construido por Briggs-Gowan et al. (2004), evidencia una adecuada estructura factorial para ser una herramienta de screening evaluadora de problemas socioemocionales. En particular para este estudio el BITSEA presentó índices de ajuste (RMSEA IC 90%, Chi-cuadrado aproximado y nivel de significancia) dentro de los rangos más clásicamente definidos de acuerdo al ESEM. Sin embargo, el CFI no alcanzó el nivel aceptable, lo cual no es sorprendente, ya que esta medida es sensible a los niveles de correlación entre los ítems y las correlaciones entre los ítems del BITSEA son bajas (Wendland et al., 2014). Por otra parte, el análisis de los componentes principales propone la existencia de al menos cuatro factores para explicar la varianza estadística total de la muestra, aun así, al considerar dicha cantidad de factores, la estadística no mejora de manera significativa. Además, las correlaciones de los ítems de ambos factores, Escala Problema y Escala Competencia, evidencia que cada ítem está asociado positivamente a su escala original correspondiente. Por consiguiente, se optó por acoger el criterio propuesto por los autores originales del test (Briggs-Gowan et al. 2004), es decir, la

Escala Problema y la Escala de Competencia. Así, los resultados obtenidos de la aplicación del BITSEA en una muestra chilena se ajustan al modelo bifactorial propuesto por los autores (Briggs-Gowan et al. 2004), no confirman completamente la hipótesis de trabajo de este estudio, de acuerdo al ESEM. Sin embargo, producto de los resultados obtenidos y análisis antes señalado, se deja al lector abierta esta nueva línea de investigación sobre la óptima y correcta identificación de los reales factores que componen el instrumento, donde se podrían considerar como factores las áreas que miden las subescalas del test.

En relación a la tercera hipótesis del estudio, la escala Problema del BITSEA presenta una adecuada validez concurrente con las subescalas del CBCL 1 ½ a 5 (Achenbach y Rescorla, 2001), corroborando la hipótesis planteada. Específicamente, la escala Problema del BITSEA, correlaciona positiva y significativamente con la escala de problemas internalizantes, escala de Problemas Externalizantes y escala Total del CBCL 1 ½ a 5. Todo esto como se esperaba de acuerdo a los estudios previos (Briggs-Gowan et al., 2004; Karabekiroglu et al., 2010; Kruizinga et al., 2012), donde el puntaje de la escala problema del BITSEA correlacionaba positivamente con ambas escalas del CBCL. Cabe mencionar que, ambas escalas, BITSEA y CBCL 1 ½ a 5 representan dos instrumentos ampliamente usados en contextos clínicos y de investigación para medir el desarrollo socioemocional en la infancia temprana (Karabekiroglu, et al., 2010; Lecannelier, 2014).

Los resultados obtenidos, en primer lugar, aportan validez preliminar a una herramienta capaz de detectar precozmente indicadores de psicopatología en el ámbito del desarrollo socioemocional en la infancia temprana, por lo que permite orientar de manera efectiva las intervenciones a niños y niñas entre 12 y 36 meses. En nuestro país no existen este tipo de herramientas apropiadas y validadas en las instituciones a cargo del desarrollo de niños y

niñas en la primera infancia, he aquí el impacto de esta investigación. Como licenciados en psicología de la Universidad de Talca en conjunto con la profesora Rosario Spencer detectamos la imperiosa necesidad de facilitar a la comunidad una herramienta validada (BITSEA) en nuestro país, y que a su vez acoja las necesidades manifestadas por la comunidad, como se evidenció durante la aplicación del instrumento, tanto por parte de las profesionales que conforman los equipos de trabajo en los establecimientos financiados directamente por la Junta Nacional de Jardines infantiles, como también por los padres y madres de los niños y niñas de las edades antes señaladas de las ciudades de Talca y Chillán. Es importante destacar, además, que la presente investigación constituye un primer paso a la validación de escalas que midan el desarrollo socioemocional en la infancia temprana, ya que en el estado del arte chileno no se encontraron estudios que den cuenta de instrumentos válidos y breves para evaluar específicamente el desarrollo socioemocional en niños y niñas desde 12 hasta 36 meses, por lo que contar con un instrumento de estas características viene a constituir un aporte al contexto educacional y clínico chileno (Vicente, B., et al., 2010).

En relación a las limitaciones del estudio en la presente investigación no se pudo levantar información respecto a datos sociodemográficos como educación de los padres, nivel socioeconómico, grupo étnico, condiciones de vivienda y situación familiar, pudiendo constituir un factor que influya en la respuesta del BITSEA y su fiabilidad. No obstante, dado que el estudio fue realizado en su totalidad con datos de niños y niñas pertenecientes a jardines de la JUNJI, podría estimarse un contexto social homogéneo asociado a la institucionalización, que entrega información aproximada sobre la realidad social de los niños y niñas, así como de sus familias. Otra limitación de la investigación es que usamos el Inventario de Conductas Infantiles (CBCL 1 ½ a 5) en niños y niñas desde los 12 meses

de edad, a pesar de que el CBCL es una herramienta que debe ser usada desde los 18 meses, sin embargo, debido a la escasez de instrumentos válidos en Chile que puedan medir los problemas antes mencionados se decidió usar de todas maneras, decisión similar que tomó el grupo investigador en la validación francesa del BITSEA (Wendland, et al., 2014). Además, al utilizar el CBCL se deja fuera la validación concurrente de la escala de Competencia del BITSEA al no encontrar otro instrumento en Chile que cumpla los estándares necesarios para realizar la validación de dicha escala.

En futuras investigaciones se sugiere explorar con mayor precisión las dimensiones subyacentes, constructos o variables latentes del BITSEA que pudieran ayudar a mejorar los índices de ajustes y de fiabilidad, adicionalmente se sugiere más adelante, comparar otras muestras presentes de la región del Maule y Ñuble. Por ejemplo, comparar respuestas de padres con madres, ingresos altos y bajos y niveles de escolaridad. Además, se recomienda validar la BITSEA en otras ciudades de Chile. Es por esto que, como afirma Chen (2007), se sugiere, en próximos estudios, realizar análisis de invarianza factorial para comprobar que el modelo se replica en otras ciudades o regiones del país. También se recomienda hacer estudios de tipo longitudinal que midan el desarrollo socioemocional, ya que, este tipo de estudio es particularmente útil para evaluar la relación entre los factores de riesgo y el desarrollo de la patología, junto con los resultados de los tratamientos en diferentes momentos (Caruana, E. J., Roman, M., Hernández-Sánchez, J., & Solli, P., 2015). Del mismo modo, una posible línea de investigación derivada de nuestro estudio, es la validación clínica del BITSEA en población chilena, con el fin de determinar los baremos adecuados a la realidad nacional, lo que permita realizar por ejemplo la detección precoz de diferentes psicopatologías como el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), al igual que en estudios

internacionales (Karabekiroglu, et al., 2010). En esta misma línea, se sugiere la incorporación de asignaturas orientadas a la formación en temáticas desarrollo socioemocional e intervenciones tempranas, en la carrera de educación de párvulos de las universidades chilenas, debido a que según Rescorla, L. A., et al. (2011) Chile reporta los más altos puntajes en problemas externalizantes, tales como agresividad, falta de atención y desobediencia, en niños y niñas entre 1 y 5 años, superando a países como Lituania y Taiwan, lo que hace urgente la necesidad de capacitación de los profesionales de la educación infantil, con quienes los niños y niñas entre 12 y 36 meses, pertenecientes a jardines infantiles, pasan la mayor parte del día.

Es así como la validación preliminar del BITSEA aquí presentada, tiene el potencial de respaldar los esfuerzos de los profesionales relacionados con la infancia temprana, ayudando en la selección, identificación y evaluación de una serie de condiciones clínicamente significativas en los dominios de internalización y externalización (Briggs-Gowan et al., 2013) y, constituye el primer peldaño para detectar y medir el desarrollo socioemocional y posibles indicios de psicopatología, que posibilitan el diseño e implementación de intervenciones preventivas de salud mental en la primera infancia, lo que permite llenar el vacío existente en la actualidad de los niños y niñas chilenos entre 1 y 3 años de edad; rango etario que ha sido invisibilizado, a lo largo de la historia en temáticas de desarrollo social y emocional.

## 8. Referencias

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, *Research Center for Children, Youth, and Families*.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A study of the strange situation. Hillsdale, N.J.: Erlbaum
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of general psychiatry*, *44*(1), 69-76.
- Armus, M., Duhalde, C., Oliver, M., Woscoboinik, N., & UNICEF. (2012). Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia.
- Barrett, P. (2007). Structural equation modelling: Adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, *42*(5), 815-824. doi:10.1016/j.paid.2006.09.018
- Begeer, S., Koot, H. M., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Stegge, H. (2008). Emotional competence in children with autism: Diagnostic criteria and empirical evidence. *Developmental Review*, *28*(3), 342-369.

- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226-236.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (1995). Conceptos y modelos en psicopatología. *Manual de psicopatología, 1*.
- Bertrand, E. (2017). Desarrollo infantil y familia. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 20(3), 170-173.
- Bird, H. R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M. S., Ribera, J., Sesman, M., ... & Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: The use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1120-1126.
- Bowlby, J. (1989). Una base segura. *Barcelona: Editorial Paidós*.
- Blair, C., & Razza, R. P. (2007). Relating effortful control, executive function, and false belief understanding to emerging math and literacy ability in kindergarten. *Child development*, 78(2), 647-663.
- Briggs-Gowan, M., & Carter, A. (2002). Brief Infant–Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA) manual, version 2.0. *New Haven, CT: Yale University*

- Briggs-Gowan, M., Carter, A., Irwin, J., Wachtel, K., Cicchetti, D. (2004) The brief infant-toddler social and emotional assessment: Screening for social-emotional problems and delays in competence. *Journal of Pediatric Psychology* 29: 143–155.
- Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2007). Applying the infant-toddler social & emotional assessment (ITSEA) and brief-ITSEA in early intervention. *Infant Mental Health Journal*, 28(6), 564-583.
- Briggs-Gowan, M., Carter, A., McCarthy, K., Augustyn, M., Caronna, E., & Clark, R. (2013). Clinical validity of a brief measure of early childhood social-emotional/behavioral problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(5), 577-587.
- Buckley, M., Storino, M., & Saarni, C. (2003). Promoting emotional competence in children and adolescents: Implications for school psychologists. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 177.
- Calvo, A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L., & Lobo, A. (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(4), 204-211.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and psychopathology*, 12(3), 467-488.

- Capone Singleton, N. & Shulman, B. (2013). *Language development: Foundations, processes, and clinical applications*, pp. 35-52. Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramirez, R., ... & Ribera, J. (2004). The dsm-iv rates of child and adolescent disorders in puerto rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of general psychiatry*, 61(1), 85-93.
- Cantero, M. J., & Lafuente, M. J. (2017). Vinculaciones afectivas: apego, amistad y amor. *Ediciones Pirámide*.
- Carrera, B., & Mazzarella, C. (2001). Vygotsky: enfoque sociocultural. *Educere*, 5(13).
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 109–134
- Carter, A. S. (2010). The field of toddler/preschool mental health has arrived – on a global scale. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(12), 1181-1182. doi: 10.1016/j.jaac.2010.09.006.

- Caruana, E. J., Roman, M., Hernández-Sánchez, J., & Solli, P. (2015). Longitudinal studies. *Journal of thoracic disease*, 7(11), E537.
- Castilla Pérez, M. F. (2014). *La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget aplicada en la clase de Primaria*. Universidad de Valladolid, Segovia, España.
- Cohen, J. (2009). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). New York: *Psychology Press*.
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(December 2014), 464–504. doi:10.1080/10705510701301834
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Delval, J. (2006). *Hacia una escuela ciudadana*. Ediciones Morata
- Denham, S. A., & Brown, C. (2010). "Plays nice with others": Social-emotional learning and academic success. *Early Education & Development*, 21, 652–680.
- Denham, S. A., Caverly, S., Schmidt, M., Blair, K., DeMulder, E., Caal, S., & Mason, T. (2002). Preschool understanding of emotions: Contributions to classroom anger and aggression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 901–916.
- Denham, S. A. (2006). Social-emotional competence as support for school readiness: What is it and how do we assess it?. *Early education and development*, 17(1), 57-89.

- De Wolff, M. S., Theunissen, M. H., Vogels, A. G., & Reijneveld, S. A. (2013). Three questionnaires to detect psychosocial problems in toddlers: a comparison of the BITSEA, ASQ: SE, and KIPPPPI. *Academic pediatrics*, 13(6), 587-592.
- Díaz, C., Batanero, C., & Cobo, B. (2003). Fiabilidad y generalizabilidad. Aplicaciones en evaluación educativa. *Números*, 54, 3-21.
- Dodge, K. A. (2014). A social information processing model of social competence in children. In *Cognitive perspectives on children's social and behavioral development* (pp. 85-134). *Psychology Press*.
- Driscoll, Marcy P. (1994). *Psychology of Learning for Instruction*. Needham, Ma: Allyn & Bacon.
- Dubois, J., Dehaene-Lambertz, G., Kulikova, S., Poupon, C., Hüppi, P. S., & Hertz-Pannier, L. (2013). *The early development of brain white matter: A review of imaging studies in fetuses, newborns and infants*. *Neuroscience*, 276, 48– 71. doi:10.1016/j.neuroscience.2013.12.044
- Eignor, D. R. (2013). *The standards for educational and psychological testing*. American Psychological Association.

- Fabes, R. A., Gaertner, B. M., & Popp, T. K. (2006). Getting along with others: Social competence in early childhood. In K. McCartney, & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 297–316). Malden, MA: Blackwell.
- Freud, S. (2017). *Three Essays on the Theory of Sexuality: The 1905 Edition*. Verso Books
- George, D. y Mallery, M. (2003). *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference, 11.0 update (4a ed.)*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(11), 1337-1345.
- Halle, T. G., & Darling-Churchill, K. E. (2016). Review of measures of social and emotional development. *Journal of Applied Developmental Psychology, 45*, 8-18.
- Han, H. S., & Kemple, K. M. (2006). Components of social competence and strategies of support: Considering what to teach and how. *Early Childhood Education Journal, 34*(3), 241–246. <http://dx.doi.org/10.1007/s10643-006-0139-2>
- Han-Na, K., Eun-Ju, L., Sung-Chul, J., JongYoung, L., Hye Won, C., & Hyung-Lae, K. (2010). *Genetic variants that affect length/height in infancy/early childhood in Vietnamese-Korean families*. *Journal of Human Genetics, 55*(10), 681–690. doi:10.1038/jhg.2010.88

- Hausfather, Samuel J., (1996) Vygotsky and Schooling: Creating a Social Contest for learning. *Action in Teacher Education*. (18) 1-10.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2006). *Análisis de los datos cuantitativos. Metodología de la investigación* (pp. 407–499).
- Hooper, D., Coughlan, J. y Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6, 53-60.  
Recuperado de <http://www.ejbrm.com>
- Hu, L.T. and Bentler, P.M. (1999), "Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives," *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 1-55.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Harder, V. S., Ang, R. P., Bilenberg, N., Bjarnadottir, G., et al. (2010). Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: Testing the seven-syndrome model of the Child Behavior Checklist for ages 1.5-5. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(12), 1215-1224
- Jaar, E., & Córdova, M. (2017). Prevención de la carencia afectiva crónica: nuevos paradigmas en el modelo de familia de acogida temporal. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 55(1), 44-51.

- Karabekiroglu, K., Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Rodopman-Arman, A., & Akbas, S. (2010). The clinical validity and reliability of the Brief Infant–Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA). *Infant Behavior and Development*, 33(4), 503-509.
- Kolb, B., Gibb, R., & Robinson, T. E. (2003). *Brain plasticity and behavior*. *Current Directions in Psychological Science*, 12(1), 1–5. doi:10.1111/1467-8721.01210
- Kruizinga I, Jansen W, de Haan CL, van der Ende J, Carter AS, et al. (2012) Reliability and validity of the dutch version of the brief infant-toddler social and emotional assessment (BITSEA). *PLoS ONE* 7.
- Kuther, T. L. (2017). *Lifespan development: Lives in context*. SAGE Publications.
- Lecannelier, F., Pérez Ewert, J. C., Groissman, S., Gallardo, D., Bardet, A. M., Bascuñan, A., & Rodríguez, J. (2014). Validación del Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5) en la Ciudad de Santiago.
- Lorenzo-Seva, U. & Ferrando, P. (2007). *FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model*. University Rovira y Virgili.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., y Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1, 130-49. doi: 10.1037/1082-989X.1.2.130

- Marsh, H. W., Liem, G. A. D., Martin, A. J., Morin, A. J., & Nagengast, B. (2011). Methodological measurement fruitfulness of exploratory structural equation modeling (ESEM): New approaches to key substantive issues in motivation and engagement. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(4), 322-346.
- Martín Bravo, C. (2009). *Psicología del desarrollo para docentes*. Madrid: Pirámide.
- McGee, R. O. B., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P. A., & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(4), 611-619.
- McClelland, M. M., & Cameron, C. E. (2012). Self-regulation in early childhood: Improving conceptual clarity and developing ecologically valid measures. *Child development perspectives*, 6(2), 136-142.
- Medina Alva, M. D. P., Kahn, I. C., Muñoz Huerta, P., Leyva Sánchez, J., Moreno Calixto, J., & Vega Sánchez, S. M. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32, 565-573.
- Moneta, M. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista chilena de pediatría*, 85(3), 265-268. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062014000300001>

- Montiel-Nava, C., Peña, J. A., & Montiel-Barbero, I. (2003). Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos. *Rev Neurol*, 37(9), 815-9.
- Morales, G., & Olivari, Ca. (2011). *Psicoterapia de niños, niñas y adolescentes: una mirada sistémica/relacional*. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología.
- Nelson, C. A., Thomas, K. M., & de Haan, M. (2006). *Neuroscience of cognitive development: The role of experience and the developing brain*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Nicolosi, L., Harryman, E., & Kresheck, J. (1989). *Terminology of Communication Disorders: Speech, Language*.
- Page, M., Wilhelm, M. S., Gamble, W. C., & Card, N. A. (2010). A comparison of maternal sensitivity and verbal stimulation as unique predictors of infant social–emotional and cognitive development. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 101-110.
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival manual: a step by step guide to data analysis using IBM SPSS (5th ed.)*. England: McGraw-Hill.
- Palmer, F. B., Anand, K. J. S., Graff, J. C., Murphy, L. E., Qu, Y., Völgyi, E. ... Tylavsky, F. A. (2013). Early adversity, socioemotional development, and stress in urban 1-year-old children. *The Journal of Pediatrics*, 163, 1733-1739. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.08.030

- Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2012). Experience human development
- Pérez, N. P. (2011). *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez*. Editorial Club Universitario.
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. *Journal of Consulting Psychology*, 19(1), 77.
- Piaget, J. (1990). *El nacimiento de la inteligencia*. Barcelona: Crítica.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1997). *Psicología del niño* (Vol. 369). Ediciones Morata.
- Polaino-Lorente, A., Mediano, M. L., & Martínez, R. (1997). Estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva infantil en la población escolar madrileña de ciclo medio. *An Esp Pediatr*, 46(4), 344-350.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N. & Dobrean, A. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456-467.
- Roca, M. S., Domenjó, B. A., Molla, C. C., & de la Casa Rivas, G. (2011). *Historia de la psicología*. Editorial UOC.

- Rodríguez Molinero, L., López Villalobos, J. A., Garrido Redondo, M., Sacristán Martín, A. M., Martínez Rivera, M. T., & Ruiz Sanz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Pediatría Atención Primaria*, *11*(42), 251-270.
- Rose-Krasnor, L. (1997). The nature of social competence: A theoretical review. *Social Development*, *6*(1), 111–135.
- Sanner, N., Smith, L., Wentzel-Larsen, T., & Moe, V. (2016). Early identification of social–emotional problems: applicability of the infant-toddler social emotional assessment (ITSEA) at its lower age limit. *Infant Behavior and Development*, *42*, 69-85.
- Santrock, J. W. (2004). *Life-span development*. Belmont, CA: McGraw-Hill Higher Education.
- Semrud-Clikeman, M. (2007). Social competence in children. In *Social Competence in Children* (pp. 1-9). Springer, Boston, MA.
- Shields, A., Dickstein, S., Seifer, R., Giusti, L., Magee, K. D., & Spritz, B. (2001). Emotional competence and early school adjustment: A study of preschoolers at risk. *Early Education and Development*, *12*, 73–96.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, *7*(4), 349–367.  
<https://doi.org/10.1080/14616730500365928>

- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2002). *The ASQ:SE User's Guide*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Stiles, J., & Jernigan, T. L. (2010). The basics of brain development. *Neuropsychology Review*, 20(4), 327–348. doi:10.1007/s11065-010- 9148-4
- Tabachnick, B. G. y Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Tangney, J. P., Boone, A. L., & Baumeister, R. F. (2018). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. In *Self-Regulation and Self-Control* (pp. 181-220). Routledge.
- Theunissen, M. H., Vogels, A. G., de Wolff, M. S., & Reijneveld, S. A. (2013). Characteristics of the strengths and difficulties questionnaire in preschool children. *Pediatrics*, peds-2012.
- Thong, T. (1981). *Los estadios del niño en la Psicología Evolutiva: Los sistemas de Piaget. Wallon. Gesell y Freud*. Madrid: Pablo del Río
- Tornimbeni, S., Pérez, E., Olaz, F., de Kohan, N. C., Fernández, A., & Cupani, M. (2008). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires: Paidós.

- Vargas, R. J., & Arán, F. V. (2014). Importancia de la Parentalidad para el Desarrollo Cognitivo Infantil: una Revisión Teórica. *RLCSNJ*, 12(1). Recuperado de <http://revistaumanizales.cinde.org.co/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/1119>
- Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., De la Barra, F., Valdivia, M., Melipillán, R., & Pihan, R. (2010). Epidemiología de trastornos mentales infanto juveniles en la Provincia de Cautín. *Revista médica de Chile*, 138(8), 965-973.
- Vigotsky, L. (1978). *Mind in society*.
- Vogels, A. G., Crone, M. R., Hoekstra, F., & Reijneveld, S. A. (2009). Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. *BMC Public Health*, 9(1), 489.
- Villalobos Guevara, A. M. (1999). Desarrollo psicosexual. *Adolescencia y Salud*, 1(1), 73-79.
- Wendland, J., Danet, M., Gacoin, E., Didane, N., Bodeau, N., Saïas, T. & Chirac, O. (2014). French Version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment Questionnaire–BITSEA. *Journal of pediatric psychology*, 39(5), 562-575
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F., & Summers, G. F. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological methodology*, 8, 84-136.

Yates, T., Ostrosky, M., Cheatham, G., Fetting, A., Shaffer, L., & Santos, R. (2008). Research synthesis on screening and assessing social-emotional competence. *The Center on the Social and Emotional Foundations for Early Learning*.

Yoder, N. (2014). Teaching the Whole Child: Instructional Practices That Support Social-Emotional Learning in Three Teacher Evaluation Frameworks. Research-to-Practice Brief. *Center on Great Teachers and Leaders*.

## 9. Anexos

### Anexo 1: Consentimiento Informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del proyecto:** Validación de la Escala de evaluación socio-emocional breve de infantes y niños (BITSEA) en una población de niños y niñas de 12 meses a 35 meses y 30 días, pertenecientes a jardines infantiles de la región del Maule y Ñuble, Chile

**Patrocinante:** Facultad de Psicología, Universidad de Talca.

**Estimado Sr. Sra., Srta:**

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que **Ud. pueda decidir libremente** si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida

#### **Resumen del proyecto**

**Objetivo:** Validar la Escala de evaluación socio-emocional breve de infantes y niños (BITSEA), en una población de niños y niñas de 12 a 35 meses y 30 días pertenecientes a jardines infantiles de la región del Maule y Ñuble, Chile.

**Procedimiento:** Se aplicarán dos escalas (CBCL y BITSEA) que miden el desarrollo socioemocional en niños y niñas entre 12 a 35 meses y 30 días. Luego se realizarán análisis estadísticos con el fin de validar la escala BITSEA para su uso en el ámbito clínico y educacional chileno.

**Beneficios:** Esta investigación aporta a los jardines pertenecientes a la Fundación Integra y a JUNJI de la región del Maule y Ñuble, permitiéndoles contar con un instrumento válido para poder medir el desarrollo socioemocional, con el fin de detectar de manera temprana cualquier signo que pueda llegar a concretarse en psicopatología.

Esta información será utilizada con fines académicos e investigativos en el marco de la realización de la anteriormente mencionada investigación, para optar

al título de Psicólogo mención Psicología Clínica. Los datos se utilizarán respetando y protegiendo el anonimato de los participantes y su confidencialidad.

En caso de sufrir algún perjuicio derivado de su participación en esta investigación, los costos serán asumidos por el estudio y por los investigadores.

En caso de necesitar comunicarse con los investigadores por alguna emergencia o duda, contactarse a +56955136314 o al correo [juoliveros14@alumnos.otalca.cl](mailto:juoliveros14@alumnos.otalca.cl)

En caso de querer conocer los resultados de la investigación, comunicarse al correo antes mencionado o verbalizarlo en cuanto lea este apartado.

**Estimado participante recuerde que la decisión de participar es absolutamente suya. Puede aceptar o rechazar la investigación, e incluso arrepentirse de su primera decisión, sin ningún problema o represalia para usted.**

### **DECLARACIÓN**

- He recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la investigación, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que estos produzcan.
- He sido informado/a sobre las eventuales molestias, incomodidades y riesgos de mi participación en la investigación.
- He sido también informado/a que los procedimientos que se realicen no implican un costo que yo deba asumir. Mi participación en el procedimiento no involucra un costo económico alguno que yo deba solventar (hacerme cargo).
- Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré será absolutamente confidencial, esto significa que sólo el equipo investigador tendrá acceso a mis datos y nadie más. En caso de que la información obtenida del estudio sea publicada ésta se mantendrá anónima, esto significa que no aparecerá ningún dato con el que puedan identificarme en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.
- Sé que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella, o una vez iniciada la investigación no deseo seguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas y sin tener que

dar ninguna explicación. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para mí. Para esto último sólo debo comunicarme con la Srta. Rocío Muñoz Espinoza o el Sr. Juan Carlos Oliveros para firmar la hoja de revocación.

- Adicionalmente, la investigadora responsable, Dra. Rosario Spencer, correo [rspencer@utalca.cl](mailto:rspencer@utalca.cl), han manifestado su voluntad de aclarar cualquier duda que me surja, antes, durante y después de mi participación en la actividad. Además, si usted desea realizar sus consultas personalmente el domicilio para estos efectos es Campus Lircay s/n, Facultad de Psicología. Lunes a viernes: de 08:30-13:00 y de 14:00 a 18:00 horas

### Aceptación

**He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.**

Yo, \_\_\_\_\_

Cédula de identidad o pasaporte N° \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_,

**consiento** en participar en la investigación denominada “ \_\_\_\_\_ ”,

y autorizo al investigador responsable del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directores y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el (los) procedimiento (s) requerido (s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**Firma de la persona que consiente** \_\_\_\_\_

**Investigador responsable:**

\_\_\_\_\_  
Nombre Firma

**Co-investigadora:**

\_\_\_\_\_  
Nombre Firma

**Rechazo**

**He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él. Sin embargo, rechazo otorgar mi consentimiento, para lo cual firmo libre y voluntariamente el siguiente documento, recibiendo en el acto copia de éste ya firmado.**

Yo, \_\_\_\_\_

Cédula de identidad o pasaporte N° \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_, **No**

**consiento** en participar en la investigación denominada “ \_\_\_\_\_ ”,

y **no autorizo** al investigador responsable del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directores y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el (los) procedimiento (s) requerido (s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Firma de la persona que consiente** \_\_\_\_\_

**Investigador responsable:**

\_\_\_\_\_  
Nombre Firma

**Co-investigadora:**

\_\_\_\_\_  
Nombre Firma

### Revocación

**Mediante la presente revoco lo anteriormente firmado, para lo cual firmo este nuevo documento libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.**

Yo, \_\_\_\_\_

Cédula de identidad o pasaporte N° \_\_\_\_\_, en calidad de representante legal, padre o apoderado, **no autorizo** a que, \_\_\_\_\_, Cédula de identidad o pasaporte N° \_\_\_\_\_ **revoco** lo anteriormente firmado.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**Firma del representante legal, padre o apoderado**

\_\_\_\_\_

**Investigador responsable:**

\_\_\_\_\_

Nombre

Firma

**Co-investigadores:**

\_\_\_\_\_

Nombre

Firma

## Anexo 2: Certificado de Comité de Ética



### CERTIFICADO

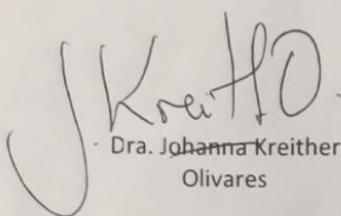
Talca, Chile, 25 de Octubre de 2018

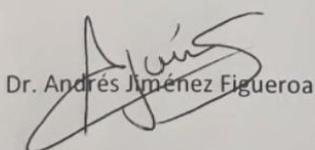
A quien corresponda:

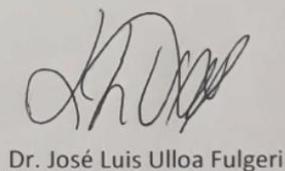
Por medio del presente certificado informamos que el proyecto titulado "Validación de la escala de evaluación socio-emocional breve de infantes y niños (BITSEA) en una población de niños y niñas de 12 meses a 35 meses y 30 días, pertenecientes a jardines infantiles de la región del Maule y Ñuble", de los alumnos Rocío Muñoz Espinoza y Juan Carlos Oliveros Chacana, cumple con los estándares éticos en su formulación. Este proyecto es guiado por la Dra. Rosario Spencer y corresponde a la memoria de título para optar al grado de Psicólogo.

Asimismo, se deja constancia que se presentó al Comité los documentos correspondientes que respaldan el proyecto: 1) Proyecto de memoria; 2) Resumen para el Comité de Ética; y 3) Consentimiento Informado. Este estudio tiene como objetivo validar la escala de evaluación socio-emocional breve de infantes y niños (BITSEA), en una población de niños y niñas de 12 a 35 meses y 30 días pertenecientes a jardines infantiles de la región del Maule y Ñuble.

Saluda atentamente

  
Dra. Johanna Kreither  
Olivares

  
Dr. Andrés Jiménez Figueroa

  
Dr. José Luis Ulloa Fulgeri

Comité de Ética Facultad de Psicología



### Anexo 3: Certificado de JUNJI Chillán



#### CERTIFICADO

En Chillán, con fecha 30 de Noviembre de 2018, la Supervisora Asistente Social, Gloria Inés Camus Ponce, RUN 13.956.470-7; de la JUNTA NACIONAL DE JARDINES INFANTILES, certifica que el señor JUAN CARLOS OLIVEROS CHACANA, se desempeñó durante el día señalado, en reunión de Coordinación para levantamiento de información Tesis de Grado, Validación de la Escala de evaluación socio-emocional breve de infantes y niños (BITSEA) en una población de niños y niñas de 12 meses a 35 meses y 30 días, dirigida a Directoras y Encargadas de Jardines Infantiles Clásicos pertenecientes a la región de Ñuble, Chile.

Se extiende el presente certificado para los motivos que estime conveniente.



GLORIA CAMUS PONCE

Supervisora área Social

JUNTA NACIONAL DE JARDINES INFANTILES

REGION DE ÑUBLE

## Anexo 4: Carta de autorización de JUNJI Talca



ORD.: 1 5 1 7 2 7

ANT.: Carta Sra. Rosario Spencer  
C., Profesora Guía Universidad de  
Talca.

MAT.: Respuesta Solicitud  
Realización de Tesis Pregrado.

TALCA, 1 2 NOV 2018

DE: GONZALO ALIRO VÁSQUEZ CONTRERAS  
DIRECTOR REGIONAL DEL MAULE (S)  
JUNTA NACIONAL DE JARDINES INFANTILES

A: SRA. ROSARIO ESPENCER C.  
PROFESORA GUÍA UNIVERSIDAD TALCA

Junto con saludar cordialmente y por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de dar respuesta a su solicitud de tesis de los alumnos Rocío Muñoz y Juan Carlos Oliveros, ingresada a través de la OIRS regional.

Al respecto quisiera informar a usted que se autoriza la aplicación del instrumento **BITSEA**, el cual podrá ser aplicado a los once jardines clásicos de la comuna de Talca.

Es importante considerar la implicancia de la aplicación de estas encuestas a los padres y/o apoderados, organizar que su ejecución en los centros educativos no signifique una interrupción en las tareas diarias programadas y no afecte la dinámica de cada familia. También es trascendental indicar el aporte de la aplicación de esta tesis para nuestra institución, si de alguna manera este instrumento permitirá mejorar algunos aspectos evidenciados en la muestra.

En atención a lo anteriormente expuesto es que oriento a usted a comunicarse con la Sra. Oriana Calistro Vargas, Asesora del Departamento Técnico Pedagógico de JUNJI, quien es la encargada regional de Tesis para coordinar una reunión y así despejar cualquier duda que se pudiera presentar, al fono 2516048 y/o al mail [ocalistro@juni.cl](mailto:ocalistro@juni.cl).

Se comunicara oportunamente a las encargadas de los jardines infantiles antes mencionados de la aplicación del instrumento **BITSEA**, sin embargo es importante que ustedes coordinen previamente su visita.

JUNJI, en la preocupación permanente de mejorar la Calidad del Servicio, informa a usted que si no queda conforme con la respuesta entregada, tiene un plazo de 8 días hábiles para presentar su disconformidad, a contar de la fecha de envío del presente documento. Los medios válidos para comunicarnos su disconformidad son el correo electrónico, nuestro sitio web [www.juni.cl](http://www.juni.cl), formulario impreso o presencialmente en nuestra Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) de la región. Si al término de estos 8 días hábiles no se ha recibido nada al respecto, se entenderá que la respuesta fue satisfactoria.





Se adjunta además un listado de los jardines infantiles de Talca junto con sus direcciones y datos de contacto.

Sin otro particular, saluda atentamente.



**GONZALO ALIRO VÁSQUEZ CONTRERAS**  
DIRECTOR REGIONAL DEL MAULE (S)  
JUNTA NACIONAL DE JARDINES INFANTILES



GAVC/SAJ/EFG-OCV/rfj

DISTRIBUCIÓN:

1. La indicada
2. Subdirección Técnica
3. OIRS
4. Oficina de partes

## Anexo 5: Escala de Evaluación Socioemocional Breve de Infantes y Niños (BITSEA)



### Forma para padres de familia

Nombre del/la niño/a \_\_\_\_\_ Sexo  Niño  Niña Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre de padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha completada \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Nació su hijo/a prematuramente?  No  Sí Si es que sí, ¿en cuál fecha se le esperaba? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Instrucciones:** Muchas de las declaraciones describen sentimientos y comportamientos normales, pero otras describen cosas que pueden ser problemáticas. Por favor, trate de responder lo mejor que pueda a todas las preguntas. Por favor escoja la respuesta que mejor describa a su niño/a en el MES PASADO.

0 = No es cierto / Rara vez	1 = Un poco cierto / A veces	2 = Muy cierto / Frecuentemente	
1. Se alegra cuando tiene éxito haciendo algo (por ejemplo, se aplaude a sí mismo/a).	0 1 2 *	25. Imita sonidos juguetones cuando usted se lo pide. 0 1 2 *	
2. Se lastima tan a menudo que no puede usted dejar de vigilarlo/la.	0 1 2	26. Se niega a comer. 0 1 2	
3. Parece estar nervioso/a, tenso/a o tener miedo.	0 1 2	27. Pega, empuja, pateo o muerde a otros/as niños/as. (Sin incluir a sus hermanos/as.) (Circule la N si no tiene contacto con otros niños/as.) N 0 1 2	
4. No se queda quieto/a ni puede estar sentado/a sin moverse.	0 1 2	28. Es destructivo/a. Rompe o destruye cosas a propósito. 0 1 2	
5. Sigue las reglas.	0 1 2 *	29. Señala para enseñarle algo que está lejos. 0 1 2 *	
6. Se despierta en la noche y necesita ayuda para volverse a dormir.	0 1 2	30. Pega, muerde o le da patadas a papá o mamá. 0 1 2	
7. Lloro o hace berrinche/tiene un ataque de cólera/enfado hasta que se agota.	0 1 2	31. Abraza o le da de comer a sus muñecas o a sus peluches. 0 1 2 *	
8. Le tiene miedo a ciertos lugares, animales o cosas. ¿A qué le tiene miedo?	0 1 2	32. Parece infeliz, triste, deprimido/a o distanciado/a. 0 1 2	
9. Se divierte menos que otros niños/as.	0 1 2	33. Trata de lastimarlo/lo a propósito. 0 1 2	
10. Busca a mamá o papá cuando está ansioso/a.	0 1 2 *	34. Cuando se enoja, se pone muy quieto, se congela o no se mueve. 0 1 2	
11. Lloro o lo/la agarra cuando usted trata de irse.	0 1 2	Las siguientes declaraciones describen sentimientos y comportamientos que pueden ser problemáticos para niños/as pequeños. Algunas de las descripciones pueden ser un poco difíciles de entender, particularmente si usted no piensa que ese comportamiento se pueda aplicar a su hijo/a. Por favor intente responder a todas las preguntas. Por favor escoja la respuesta que mejor describa a su niño/a en el MES PASADO.	
12. Se preocupa mucho o es muy serio/a.	0 1 2	35. Pone las cosas en un orden especial una y otra vez y se enoja si se le interrumpe. 0 1 2	
13. Lo/la mira directamente cuando usted dice su nombre.	0 1 2 *	36. Repite la misma acción o frase una y otra vez sin parecer disfrutarlo. Por favor dé un ejemplo: _____ 0 1 2	
14. No reacciona cuando se lastima.	0 1 2	37. Repite un movimiento en particular, una y otra vez, como dar vueltas o mecerse. Por favor dé un ejemplo: _____ 0 1 2	
15. Es cariñoso/a con sus seres queridos.	0 1 2 *	38. Está fuera de onda/no de este mundo/distraído. No se da cuenta de lo que está pasando a su alrededor. 0 1 2	
16. No toca algunos objetos por su textura o su consistencia.	0 1 2	39. No lo/la mira directamente a los ojos. 0 1 2	
17. Tiene problemas para dormirse o para quedarse dormido/a.	0 1 2	40. Evita el contacto físico. 0 1 2	
18. Se escapa en lugares públicos.	0 1 2	41. Se lastima a él/ella mismo/a a propósito, como golpearse en la cabeza. Por favor describa: _____ 0 1 2	
19. Juega bien con otros/as niños/as (sin incluir a sus hermanos/as). (Circule la N si no tiene contacto con otros niños/as.) N 0 1 2 *		42. Come o toma cosas que no son comestibles, como papel o pintura. Por favor describa: _____ 0 1 2	
20. Puede prestar atención por mucho tiempo (no incluye cuando está viendo la TV).	0 1 2 *		
21. Tiene dificultades en adaptarse a cambios.	0 1 2		
22. Trata de ayudar cuando alguien está lastimado/a (por ejemplo, le da un juguete).	0 1 2 *		
23. Se enoja frecuentemente.	0 1 2		
24. Le da asco o se ahoga con la comida.	0 1 2		

1 = No estoy preocupada/o	2 = Un poco preocupada/o	3 = Preocupada/o	4 = Muy preocupada/o
A. ¿Cuán preocupada/o está usted sobre el comportamiento, las emociones y las relaciones de su hijo/a?	1 2 3 4	B. ¿Cuán preocupada/o está usted sobre el desarrollo del lenguaje de su hijo/a?	1 2 3 4

## Anexo 6: Inventario de Conductas Infantiles (CBCL 1 ½ a 5)

<b>NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A):</b> Primer Nombre: Segundo Nombre: Apellido:  Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo(a). Hágalo aunque usted piense que otras personas no están de acuerdo con su opinión. Siéntase en la libertad de escribir comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se provee. Asegúrese que contestó todas las preguntas.			<b>TRABAJO USUAL DE LOS PADRES, inclusive si ahora no está trabajando</b> (por favor especifique - por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, trabajador, zapatero, sargento en el ejército). TRABAJO DEL PADRE:  TRABAJO DE LA MADRE:
<b>ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR:</b> (nombre completo)			
<b>SEXO</b> Masculino      Femenino	<b>EDAD</b>	<b>GRUPO ÉTNICO O RAZA</b>	Su relación con el/la niño(a): Madre                  Padre                  Otro (especifique):
<b>FECHA DE HOY</b> Mes _____ Día _____ Año _____			<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> (del niño/a) Mes _____ Día _____ Año _____

A continuación hay una lista de frases que describen a los (las) niños(as). Para cada frase que describa a su hijo(a) ahora o durante los últimos dos meses, haga un círculo en el número 2 si la frase describe a su hijo(a) muy a menudo. Haga un círculo en el número 1 si la frase describe a su hijo(a) en cierta manera o algunas veces. Haga un círculo en el 0 si la descripción con respecto a su hijo(a) no es cierta. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible inclusive si algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a). Por favor escriba en letra impresa. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted)      1 = En cierta manera, algunas veces      2 = Muy cierto o cierto a menudo

ITEMES	0	1	2
1. Dolores o malestares (sin causa médica; no incluya dolor de estómago o dolor de cabeza)	0	1	2
2. Actúa como si fuera mucho menor que su edad.	0	1	2
3. Tiene miedo de intentar cosas nuevas.	0	1	2
4. Evita el contacto visual con otras personas.	0	1	2
5. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo.	0	1	2
6. No puede quedarse tranquilo en su sitio, es inquieto o hiperactivo.	0	1	2
7. No tolera que las cosas estén fuera de Lugar, desordenado.	0	1	2
8. No puede esperar, lo quiere todo de inmediato.	0	1	2
9. Mastica cosas que no son comestibles	0	1	2
10. Es muy dependiente o apegado (da) a los adultos.	0	1	2
11. Busca ayuda constantemente.	0	1	2
12. Estreñido (da) o constipado (da) – aún cuando no está enfermo (a)	0	1	2
13. Lloro mucho.	0	1	2
14. Es cruel con los animales.	0	1	2
15. Desafiante.	0	1	2
16. Sus demandas, peticiones o exigencias deben ser satisfechas inmediatamente.	0	1	2
17. Destruye sus propias cosas.	0	1	2
18. Destruye las cosas de sus familiares, de otras personas o de otros niños.	0	1	2
19. Presenta diarrea o deposiciones líquidas, aún	0	1	2
51. Muestra pánico sin ninguna buena razón	0	1	2
52. Dolor al orinar o defecar (sin causa médica)	0	1	2
53. Ataca a la gente físicamente.	0	1	2
54. Se mete el dedo en la nariz; se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa):	0	1	2
55. Juega demasiado con sus partes sexuales	0	1	2
56. Mala coordinación o torpeza	0	1	2
57. Problemas con los ojos (sin causa médica) (describa):	0	1	2
58. El castigo no cambia su comportamiento	0	1	2
59. Pasa rápidamente de una actividad a otra	0	1	2
60. Salpullidos o irritación en la piel (sin causa médica)	0	1	2
61. Se niega a comer	0	1	2
62. Se niega a participar en juegos activos	0	1	2
63. Mece repetidamente la cabeza o el cuerpo	0	1	2
64. Se resiste a ir a dormir en la noche	0	1	2
65. Se resiste a aprender a usar el inodoro (describa)	0	1	2
66. Grita mucho	0	1	2
67. Parece no reaccionar al afecto	0	1	2
68. Cohibido (a) o se avergüenza con facilidad	0	1	2
69. Egoísta o se niega a compartir	0	1	2

	cuando no está enfermo (a)		
0 1 2	20. Desobediente.	0 1 2	70. Demuestra poco afecto hacia la gente
0 1 2	21. Cualquier cambio de rutina lo/la perturba.	0 1 2	71. Demuestra poco interés por lo que lo/la rodea.
0 1 2	22. No quiere dormir solo(a).	0 1 2	72. Demuestra poco temor de hacerse daño
0 1 2	23. No contesta cuando la gente le habla.	0 1 2	73. Demasiado tímido/a
0 1 2	24. No come bien (describa):	0 1 2	74. Duerme menos que la mayoría de los/las niños (as) durante el día y/o la noche (explique)
0 1 2	25. No se lleva bien con otros niños(as).	0 1 2	75. Se unta o juega con excremento
0 1 2	26. No sabe divertirse, actúa como un pequeño adulto.	0 1 2	76. Problemas para hablar o para pronunciar palabras (describa)
0 1 2	27. No parece sentirse culpable después de portarse mal.	0 1 2	77. Se queda mirando al vacío o parece preocupado
0 1 2	28. No desea salir de casa.	0 1 2	78. Dolores de estómago o retorcijones (sin causa médica)
0 1 2	29. Se frustra fácilmente.	0 1 2	79. Cambios bruscos entre la tristeza y la excitación.
0 1 2	30. Se pone celoso fácilmente.	0 1 2	80. Comportamiento raro (describa)
0 1 2	31. Como o bebe cosas que no son alimento- <i>no incluya dulces</i> (describa):	0 1 2	81. Obstinado (a), malhumorado (a), irritable
0 1 2	32. Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares (describa):	0 1 2	82. Súbitos cambios de humor o sentimientos
0 1 2	33. Se ofende fácilmente.	0 1 2	83. Se pone de mal humor a menudo
0 1 2	34. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso a accidentes.	0 1 2	84. Habla o llora mientras duerme
0 1 2	35. Pelea mucho.	0 1 2	85. Le dan rabieta o tiene mal genio
0 1 2	36. Se mete en todo.	0 1 2	86. Demasiado preocupado (a) por la limpieza y el orden
0 1 2	37. Se molesta demasiado cuando lo separan de sus padres.	0 1 2	87. Demasiado temeroso (a) o ansioso (a)
0 1 2	38. Tiene dificultad para quedarse dormido(a).	0 1 2	88. Poco cooperador (a)
0 1 2	39. Dolores de cabeza (sin causa médica).	0 1 2	89. Poco activo (a), lento (a) o le falta energía.
0 1 2	40. Les pega a otras personas.	0 1 2	90. Infeliz, triste o deprimido (a)
0 1 2	41. Aguanta la respiración.	0 1 2	91. Más ruidoso (a) de lo común
0 1 2	42. Les hace daño a otras personas o a animales sin razón alguna.	0 1 2	92. Se molesta con situaciones nuevas o con gente nueva (describa):
0 1 2	43. Se ve triste sin razón aparente.	0 1 2	93. Vómitos (sin causa médica)
0 1 2	44. Enojadizo(a), irritable.	0 1 2	94. Se despierta con frecuencia durante la noche.
0 1 2	45. Náuseas, se siente mal.	0 1 2	95. Vaga sin dirección
0 1 2	46. Movimientos involuntarios o tics (describa):	0 1 2	96. Quiere mucha atención
0 1 2	47. Nervioso(a) o tenso(a)	0 1 2	97. Se queja mucho
0 1 2	48. Pesadillas	0 1 2	98. Ensimismado, no se relaciona con los demás.
0 1 2	49. Come demasiado	0 1 2	99. Se preocupa demasiado por todo
0 1 2	50. Se cansa demasiado	0 1 2	100. Por favor anote cualquier otro problema que su niño (a) tenga y que no está no incluido en esta lista.

Por favor asegúrese de que contestó todas las preguntas. Subraye las que les preocupan.

-¿Sufrir su hijo (a) de alguna enfermedad o incapacidad física o mental? NO SI Por favor describa.

-¿Qué es lo que más le preocupa con respecto a su hijo (a)?

- ¿Qué es lo mejor que ve en su hijo(a)? Por favor describa.