

## Diseño y validación de un instrumento para evaluar el desarrollo de los niños en los programas de intervención temprana del Perú

### Design and validation of an instrument to evaluate the development of children in early intervention programs in Peru

Xavier Fuentes Avila<sup>1</sup>

#### RESUMEN

La presente investigación ha tenido como propósito principal diseñar y validar un instrumento para evaluar el desarrollo de los niños menores de tres años con discapacidad o en riesgo de adquirirla. Se determinó una muestra de 412 niños provenientes de 21 programas de intervención temprana de las tres regiones naturales del Perú. Para el efecto se ha empleado el método Kuder-Richardson, verificándose la consistencia interna de los ítems correspondientes a las edades de 8 meses en adelante. La cantidad de niños evaluados en las edades menores que 8 meses, no ha permitido determinar el coeficiente de consistencia interna. Se describe características de los niños con discapacidad, en función de variables como área de desarrollo, región de procedencia y nivel de pobreza monetaria.

Palabras clave: Desarrollo. Intervención temprana, discapacidad.

#### ABSTRACT

The purpose of this research was to design and validate an instrument to evaluate the development of children under three years old with or are at risk of any disability. A sample of 412 children coming from 21 early peruvian intervention programs was determined. For this purpose, the Kuder-Richardson method has been used, verifying the internal consistency of the items starting at 8 months old and up. Children younger than 8 months old, has not allowed to determine the coefficient of internal consistency. Characteristics of children with disabilities are described, depending on variables such as development area, region of origin and level of monetary poverty.

Keywords: Development, early intervention, disability.

1. . Magíster en Ciencias de la Educación, con mención en Ciencias del Deporte. Email: [xfuentesavila@gmail.com](mailto:xfuentesavila@gmail.com)



## INTRODUCCIÓN

La intervención temprana está definida en el Perú, como un proceso de naturaleza eminentemente educativa, administrado formalmente por los programas de intervención temprana (PRITE), que son entidades dependientes del Ministerio de Educación. El PRITE “brinda atención no escolarizada a niños menores de tres años con discapacidad o en riesgo de adquirirla”; sus labores principales son la prevención, detección y atención (1).

La infancia con discapacidad en el Perú es afectada mayoritariamente por carencias económicas: La Organización Mundial de la Salud determinó una prevalencia más alta de la discapacidad en el quintil más pobre de todos los países, elevándose las tasas en los países en desarrollo (2 p31). En el Perú, un 63,7 % de la población con discapacidad ha logrado como máximo la educación primaria; la tercera parte de ese grupo no logró ningún nivel de educación o sólo recibió educación en el nivel inicial (3 p47); el 95,1 % de niños peruanos de cero a tres años con discapacidad no se beneficia de los programas de intervención temprana (4 p112). Estos datos son parte de la evidencia de que “la discapacidad es una cuestión de desarrollo, debido a que posee un vínculo bidireccional con la pobreza: la discapacidad puede aumentar el riesgo de pobreza, y la pobreza puede aumentar el riesgo de discapacidad” (2 p11).

La discapacidad es una condición resultante de la “interacción dinámica entre los estados de la salud y los factores contextuales” (5 p9). Esto implica que el niño que asiste a un PRITE demanda la atención coordinada de las entidades de educación y salud. Sin embargo, no existen niveles mínimos de coordinación entre el Ministerio de Educación o sus dependencias y las entidades de salud. Si bien, un 45,7 % de los niños que asisten a los PRITE, ha sido captado, en entidades de salud (4), esta captación no obedece a acciones sistemáticas de coordinación; no existe a la fecha, norma alguna que especifique mecanismos de derivación de los niños para una atención inte-

gral; todo depende de esfuerzos individuales por establecer nexos más espontáneos que formales entre los sectores salud y educación. Hay por el contrario, evidencias de una antigua actitud de rivalidad entre ambos sectores del Estado cuando el tema a tratar es la intervención temprana (6). Debe añadirse que muchos PRITE funcionaron en sus inicios dentro de un hospital, quedando actualmente muy pocos en esa condición. Pero una débil relación persiste: ha sido aprobada recientemente la inclusión de profesionales de la salud en los PRITE mediante la Norma Técnica que dispone que el equipo profesional de un PRITE está compuesto por “(i) docentes, (ii) psicólogos (as) y (iii) tecnólogos(as) médicos(as)” (7 p18).

La evaluación inicial de los niños usuarios de los PRITE ha sido realizada constantemente mediante el empleo de instrumentos que los profesionales de la institución eligen motu proprio. Al interior de los PRITE, es constante la demanda de contar con instrumentos estandarizados que el Ministerio de Educación proporcione oficialmente. Estos instrumentos adecuados a las condiciones de los programas de intervención temprana no existen. El Ministerio de Educación promovió el uso de instrumentos de evaluación del desarrollo en la Educación Básica Regular, que no incluye a la población de la Educación Básica Especial (8). El Ministerio de Salud, por su parte, ha oficializado el uso de otros instrumentos de evaluación del desarrollo infantil, dentro de su sector, que tampoco incluye a los PRITE (9).

Es en este contexto que se emprendió el presente estudio, con el objetivo de diseñar y validar la Escala de Desarrollo para la Evaluación Inicial de los Niños en los PRITE. Esto permitirá: (a) obtener información confiable sobre el estado de desarrollo de los niños asistentes a los PRITE, que facilite la intervención pedagógica; (b) aplicar la Escala en estudios nacionales para contribuir a determinar el perfil general de la discapacidad en el niño peruano y; (c) aportar información para la posterior construcción de un instrumento es-

tandarizado a nivel nacional, para la evaluación inicial del desarrollo de los niños peruanos con discapacidad menores de tres años, con propósitos educativos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Construcción del instrumento

El principal insumo para la definición de los ítems del instrumento ha sido el Esquema del Desarrollo del niño CONAII – INR, por considerarse que cuenta con un proceso de validación con una muestra de 844 niños provenientes de todos los departamentos del Perú. Dicha muestra fue determinada en base a criterios de clasificación de la población peruana, del Instituto Nacional de Estadística e Informática. El instrumento contiene 88 ítems, de los cuales se ha incluido 86. Su uso obligatorio en entidades de salud ha sido oficializado por el Ministerio de Salud del Perú, con la denominación “Test Peruano de Evaluación de Desarrollo del Niño” (10) (9).

En segundo lugar, se consideró la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, utilizada para evaluar niños de 0 a 24 meses. El instrumento consta de 75 ítems, de los cuales se ha tomado 53. Los restantes 22 no fueron incluidos por considerarse que eran coincidentes con los del Esquema del Desarrollo CONAII. Su uso obligatorio también ha sido oficializado por el Ministerio de Salud del Perú (9).

En tercer lugar se tomó los reactivos que se consideró aportaban información complementaria a la ya obtenida, contenidos en la Escala de Nelson Ortiz, validada con una muestra de 16 180 niños colombianos y oficializada para ese país por el Estado colombiano (11). De un total de 85 ítems que contiene el instrumento, fueron tomados 30.

En cuarto lugar, se consideró la Escala de Pikler, instrumento de procedencia europea, frecuentemente usado en el ámbito de la educación infantil en el Perú. Un aspecto notable de este instrumento es la consideración de áreas no contenidas

en los otros, tales como la actitud del niño ante los cuidados y el juego. Fueron tomados 19 de un total de 73 ítems.

Complementariamente se consideró un total de 14 ítems provenientes de los textos Estimulación del Desarrollo Psicomotor del niño de 0 a 6 años (12), Vigilancia del desarrollo del niño (13) y; otros sugeridos por especialistas en educación infantil.

El instrumento quedó finalmente construido con un total de 202 reactivos distribuidos en 18 grupos de edades. Las áreas de desarrollo evaluadas fueron: Motricidad gruesa, Motricidad fina, Social, Lenguaje y, Actitud ante los cuidados. La escala de valoración es dicotómica, a partir de la administración del reactivo se señala si se observa la conducta o no. La versión completa del instrumento se encuentra disponible en <http://digital20.net/soft/escala.pdf>

### Participantes

La evaluación de los niños ha sido efectuada en todos los casos, por los profesionales de los PRITE que realizaban cotidianamente la interacción educativa con los niños evaluados. Dicha evaluación se realizó como parte de las actividades académicas del Programa de Segunda Especialidad en Educación Especial para los Programas de Intervención Temprana (PRITE), durante el 2015. La totalidad de evaluadores se encontraba en calidad de docentes o estudiantes de dicho programa. Las instrucciones específicas para la administración de la escala fueron publicadas en dos videos instructivos disponibles en <https://youtu.be/R7uZN3Qh1wI> y <https://youtu.be/xk19UPuKYvY> respectivamente.

### Población y muestra

El estudio fue hecho en 21 programas de intervención temprana, procedentes de 14 departamentos del Perú, que ocupan las tres regiones naturales. El total de niños evaluados fue 412. Se determinó una muestra por conveniencia, fue-

ron considerados los PRITE que al momento del estudio se encontraban en condiciones de aplicar la escala y de remitir los resultados de la evaluación.

### **Análisis estadístico**

La confiabilidad de la Escala se determinó mediante el uso del método Kuder-Richardson para determinar coeficientes de consistencia interna. Se aplicó la estadística descriptiva para el tratamiento de las variables: Tipo de discapacidad, nivel de pobreza monetaria, región de procedencia, área de desarrollo y edad.

## **RESULTADOS**

En cuanto a la confiabilidad del instrumento, el coeficiente de consistencia interna más bajo obtenido fue 68,3 % para los ítems correspondientes a la edad de 11 meses. El más alto fue 89,2 para la edad de 31 a 36 meses. No se ha podido determinar el coeficiente correspondiente a las edades de 0 a 7 meses, debido a la insuficiente cantidad de niños evaluados en esas edades. (Ver figura 1).

El 43 % de los niños evaluados no cuenta con la mención del tipo de deficiencia. A esto debe sumarse un 18 % de casos en los que se ha hecho definiciones no ubicables objetivamente como deficiencias, tales como: “retraso motor”, “retraso psicomotor” o “retraso del lenguaje”. Por tanto, no ha sido posible utilizar un 61 % de estos datos.

Se puede observar que el más alto porcentaje de niños 18 % se ubica dentro de la deficiencia intelectual, seguida de la deficiencia física, con un 12 %. Sólo en el 1 % de los casos ha sido identificado el trastorno del espectro autista. (Ver figura 2).

Las respuestas favorables ante los reactivos de la Escala, se concentran en mayor medida en los departamentos ubicados en el tercero de los cinco niveles de pobreza monetaria, determinados por el Instituto Nacional de Estadística (14 p52), seguidos por aquellos con el segundo menor nivel de pobreza. El grupo con menos respuestas

favorables es el de los departamentos con el segundo mayor nivel de pobreza a nivel nacional; esto es constante en todas las áreas de desarrollo evaluadas. No están representados en la muestra, los departamentos con el mayor y menor nivel de pobreza, respectivamente. (Ver figura 3).

En caso de agruparse las respuestas en función de la región natural, se observa coincidencia con la agrupación por niveles de pobreza, por cuanto es mayor la cantidad de respuestas favorables en la región selva, que es la que presenta una cantidad intermedia de pobres y pobres extremos con relación a la costa y la sierra; a su vez, la sierra presenta la menor cantidad de respuestas favorables, siendo la región con mayor cantidad de pobres y pobres extremos (14 p64).

## **DISCUSIÓN**

La clasificación de las deficiencias es un asunto complejo que comporta dificultades notables, a saber: Para un manejo riguroso, es necesario ajustarse a la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) (5), que cuenta con una versión para la infancia y adolescencia (15), la que debe manejarse con base en los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (16).

Todo esto hace necesaria una formación técnica aún no disponible en el ámbito de la intervención temprana. Incluso el sector salud ha logrado una etapa inicial en la aplicación de la CIF, pero sólo en algunas de sus unidades.

El Ministerio de Educación cuenta con una clasificación para los PRITE, en la que no se incluye la deficiencia mental (7 p6); algunos documentos de este ministerio, ubican el trastorno del espectro autista en una tipificación independiente. Tales criterios no son plenamente compatibles con los utilizados por los profesionales e instituciones de la salud.

Los datos obtenidos en este estudio, en cuanto a la prevalencia del trastorno del espectro autista,

no son consistentes con la información reciente sobre la demografía de dicho trastorno.

Desde sus inicios, los PRITE han venido de acuerdo a norma– recibiendo niños menores de 6 años, hasta el año 2012, en que se dispone la atención sólo a menores de tres años. Sin embargo, la aplicación de esta norma se hace efectiva más de dos años después de su publicación. En el tiempo del trabajo de campo de este estudio, los PRITE aún atendían a niños hasta los cinco años, encontrándose una baja frecuencia de niños con edades comprendidas dentro de los primeros meses de vida.

La representatividad de la muestra está limitada principalmente por los siguientes factores: (a) Sólo el 4,9 % de niños con discapacidad menores de tres años se beneficia de los programas de intervención temprana (4 p112); (b) el tiempo de permanencia de los niños en los PRITE es relativamente breve; (c) la población es notablemente heterogénea, lo que está determinado fundamentalmente por la diversidad de deficiencias que afectan a los niños; (d) Existen PRITE en los que los profesionales entrevistados, han referido que la prevalencia de las principales deficiencias que presentan los niños es variable a veces en períodos menores que un año.

## CONCLUSIONES

Los coeficientes de consistencia interna para los ítems correspondientes a las edades de 8 meses a más de edad, aportan datos que permiten concluir que la confiabilidad de la Escala ha sido comprobada parcialmente.

Los instrumentos, cuyos ítems han sido principal insumo para la construcción de la Escala de Desarrollo para la Evaluación Inicial de los Niños en los PRITE, cuentan con una norma técnica que oficializa su uso en el Perú. La Escala Abreviada del Desarrollo, de Colombia, que ha aportado 30 ítems, ha merecido una actualización y ajuste por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, sin embargo, las edades en las que

se han sido detectados problemas de validez, son los 4 y 5 años (17 p11). No constan objeciones a la validez de los ítems de 0 a 3 años. No obstante, sería conveniente un estudio detallado de la nueva versión colombiana.

Las respuestas de los niños evaluados, a los reactivos de la Escala, muestran una asociación entre el tipo de respuesta y el nivel de pobreza monetaria; también se observa asociación entre el tipo de respuesta y la región natural en la que reside el niño. No ha sido posible determinar una relación funcional entre estas variables.

## AGRADECIMIENTOS

- A la profesora Zulma Guevara Linares, por su determinante participación en la construcción de la Escala de Desarrollo para la Evaluación Inicial de los Niños en los PRITE.
- A la Universidad Alas Peruanas, por el apoyo técnico y económico.
- A los profesionales de los PRITE, que aplicaron la Escala de Desarrollo.
- A la estadística Ingrid Yabar Geldres, por la elaboración de todo el análisis estadístico.

## REFERENCIAS

1. Reglamento de la Ley N° 28044, Ley General de Educación. 2012..
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la discapacidad. ; 2011.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Caracterización de las condiciones de vida de la población con discapacidad, 2016. 2017.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Primera encuesta nacional especializada sobre discapacidad. 2014.
5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: Organización Mundial de la Salud; 2001.



6. Moscoso R. La deserción en un programa de intervención temprana en educación especial (PRITE) desde el enfoque de la gestión educativa: Análisis y tentativas de solución (tesis de maestría) Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2002.
7. Ministerio de Educación. Norma Técnica denominada "Disposiciones para regular la creación, organización y funcionamiento del Programa de Intervención Temprana (PRITE de la Educación Básica Especial". 2019.
8. Ministerio de Educación. Propuesta pedagógica de educación inicial. 2008.
9. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años. 2017.
10. Instituto Nacional de Rehabilitación. Esquema del desarrollo del niño. CONAII - INR. 1995..
11. Ortiz N. Escala Abreviada de Desarrollo. 1999.
12. Ministerio de Salud. Estimulación del desarrollo psicomotor del niño de 0 a 6 años. Módulo de autoaprendizaje Lima; 1994.
13. Rivera R, Carmen Sánchez. Vigilancia del desarrollo integral del niño México D. F.: Editores de textos mexicanos; 2009.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la Pobreza Monetaria. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018.
15. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Versión para la Infancia y Adolescencia Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
16. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. [Online].; 2019. Available from: <https://icd.who.int/es/>.
17. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Actualización y ajuste de la Escala Abreviada de Desarrollo como un instrumento de apoyo en la valoración clínica de desarrollo de los niños menores de siete años. 2017.

## ANEXOS

### Tablas Y Figuras

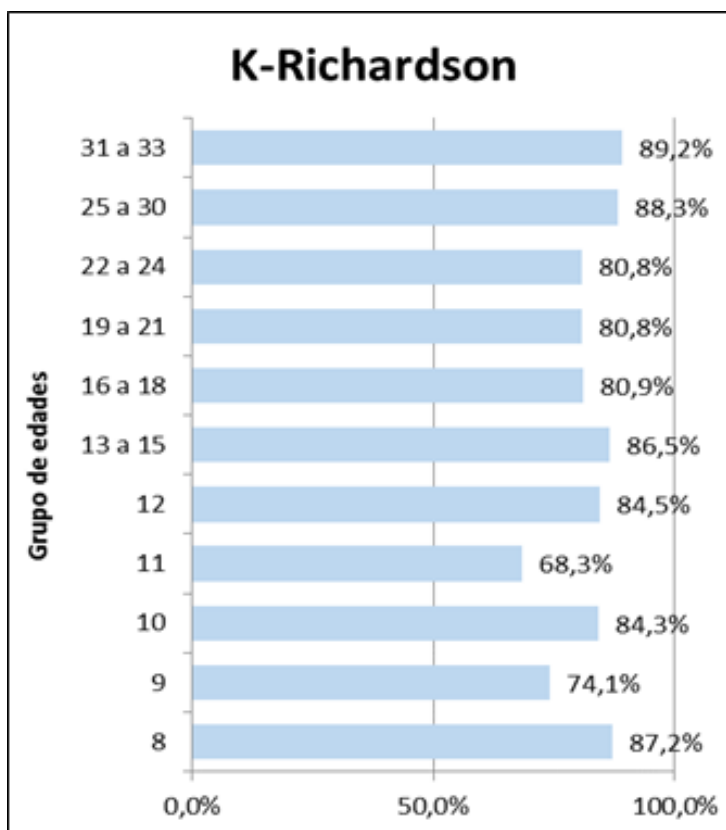


Figura 1. Coeficientes de consistencia interna

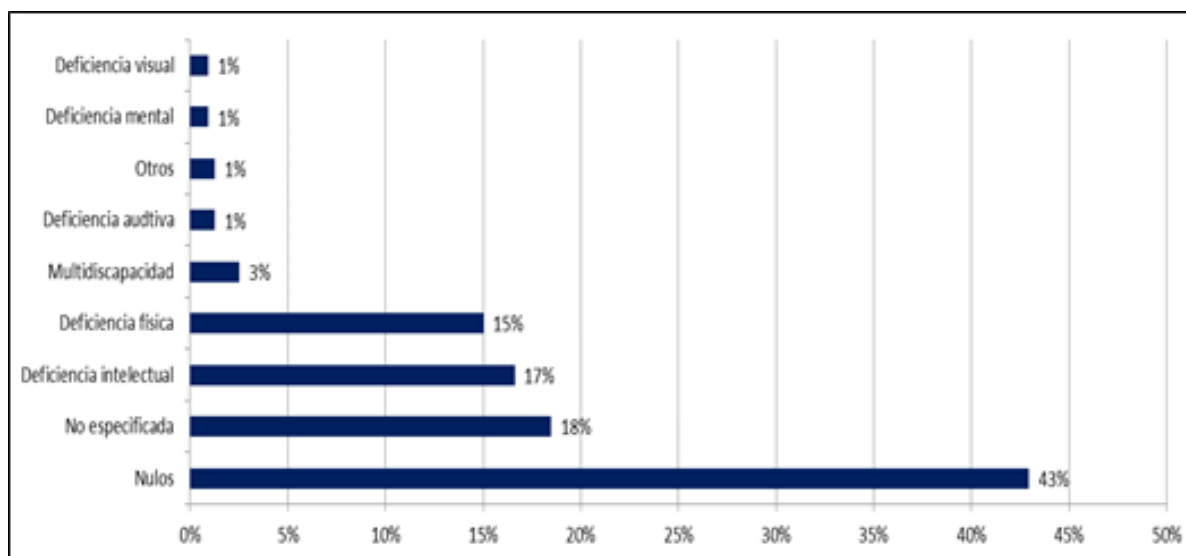
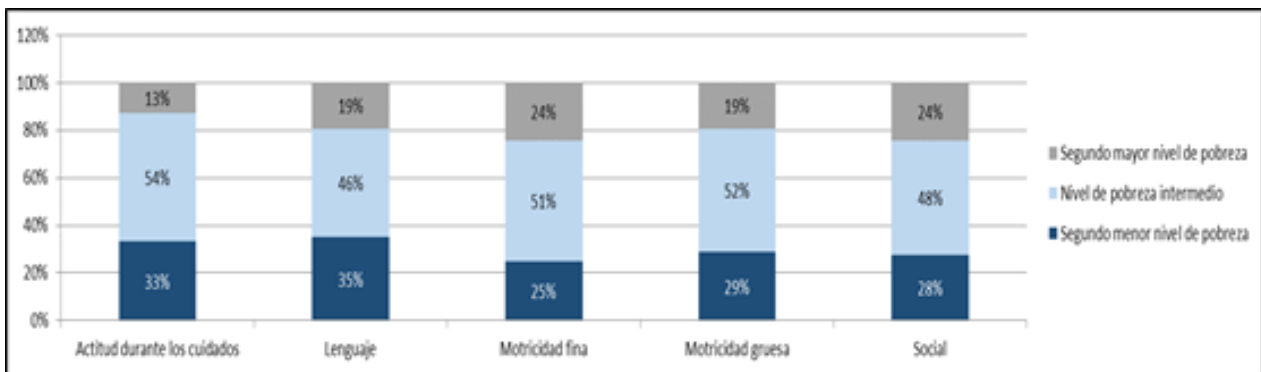


Figura 2. Distribución de los niños por tipo de deficiencia



**Figura 3.** Respuestas favorables a los ítems por nivel de pobreza y área de desarrollo