



Diseño de un instrumento para el diagnóstico de riesgo en menores de centros residenciales básicos de acogida: CHSv1

Design of an instrument for the diagnosis of risk in children of basic residential centers of reception: CHSv1

Inmaculada Ávalos Ruiz.
Universidad de Granada.
inmaavalos@ugr.es

Manuel Fernández Cruz.
Universidad de Granada.
manuelfernandezcruz@ugr.es

Mohammed El Homrani.
Universidad de Granada.
mohammed@ugr.es

RESUMEN.

En el presente artículo se plantea la elaboración y futura validación de un instrumento de tamizaje o screening para diagnosticar y evaluar a menores en centros básicos residenciales de acogida. El instrumento elaborado, CHSv1, se concibe como una herramienta de tamizaje para un primer diagnóstico del riesgo de exclusión social e inadaptación futura que permita planificar intervenciones educativas más ajustadas y realizar derivaciones a servicios o profesionales más especializados. Las dimensiones que se pretenden cubrir para diagnosticar el riesgo de exclusión social son: autoestima; autoeficiencia generalizada; satisfacción vital; optimismo; tolerancia a la frustración; planificación y toma de decisiones; empatía; expresión, manejo y reconocimiento de las emociones; y apego a iguales. Además, se señalan los instrumentos de referencia revisados y las razones para no contemplar los que, finalmente, no han sido escogidos. El diseño contempla la aplicación del CHSv1 a una muestra seleccionada de menores residentes en la provincia de Granada (España), realizando contraste con la prueba diagnóstica estandarizada BASC para realizar los análisis de sensibilidad y predictividad pertinentes. El artículo concluye con un apartado de conclusiones y señalando las limitaciones de la investigación.

PALABRAS CLAVE.

Bienestar infantil, menores, diagnóstico educativo, pruebas de tamizaje, habilidades sociales.

ABSTRACT.

In this article we propose the development and future validation of a screening or screening instrument to diagnose and evaluate minors in basic residential care centers. The elaborated instrument, CHSv1, is conceived as a screening tool for a first diagnosis of the risk of social exclusion and future maladjustment that allows to plan more adjusted educational interventions and make referrals to more specialized services or professionals. The dimensions that are intended to cover to diagnose the risk of social exclusion are: self-



Fecha de recepción: 25-03-2019 Fecha de aceptación: 16-04-2019

Ávalos-Ruiz, I., Fernández-Cruz, M. F. y El Homrani, M. (2020). Diseño de un instrumento para el diagnóstico de riesgos en menores de centros residenciales básicos de acogida: CHSv1

International Journal of Educational Research and Innovation (IJERI), 13, 111-125

ISSN: 2386-4303 DOI <https://doi.org/10.46661/ijeri.4592>





esteem; generalized self-efficacy; life satisfaction; optimism; frustration tolerance; planning and decision making; empathy; expression, management and recognition of emotions; and attachment to equals. In addition, the reference instruments reviewed and the reasons for not contemplating those that, finally, have not been chosen are indicated. The design contemplates the application of CHSv1 to a selected sample of minors residing in the province of Granada (Spain), making a contrast with the BASC standardized diagnostic test to perform the relevant sensitivity and predictivity analyzes. The article concludes with a section of conclusions and pointing out the limitations of the investigation.

KEY WORDS.

Child welfare, children, educational diagnosis, screening tests, social skills.

1. Introducción.

La administración pública, de manera gradual, ha ido asumiendo responsabilidades en cuanto al cuidado del bienestar de los menores que, por una o varias causas, se encuentran en riesgo de exclusión social. De esta manera, se han generado instituciones que se erigen como hogares en los que se realiza un trabajo individualizado que pretende cubrir las necesidades que puedan tener los menores en situación de desamparo, a través de mecanismos como el acogimiento residencial. Estas instituciones gozan de unos objetivos bondadosos y de una evolución notable en cuanto a sus prácticas en los últimos años, pero no evitan la influencia negativa que tiene en los menores el hecho de ser separados de sus familias, llegando a convertirse en menores inadaptados en muchas ocasiones (De la Herrán, García e Imaña, 2008).

Según las necesidades que sean diagnosticadas en los menores, son atendidos en recursos diferentes.

2. Problema y objetivos de estudio.

Como medida de protección a la infancia, el acogimiento de menores en centros residenciales, es tan necesaria como controvertida, dados los efectos que puede generar en los menores, provocando traumas en algunas ocasiones. En la investigación de Bude, Mayer, Zinn, Lippold, Avrushin, Bromberg, George y Courtney (2004), comprobamos como concluyen que la atención residencial va viendo disminuido su uso y las experiencia negativa que había supuesto para menores que, en algún momento de su vida, habían pasado por algún centro de este tipo. Por esto, es necesario replantearse nuevas formas de acogimiento para estos menores, de manera que tengan una estabilidad mayor, tal y como extraemos de la investigación de Schütz, Sarriera, Bedin y Montserrat (2015), realizada en Brasil. La experiencia resulta tan traumática que podemos encontrar estudios como el de Strijbosch, Huijs, Stams, Wissink, Van der Helm, Swart y Van del Veen (2015), quienes indican que los menores que asisten a esta medida, muestran un mayor retraso a nivel madurativo, si los comparamos con menores que han vivido con familias de acogida. Todos los efectos negativos de los que hablamos, derivan a veces en problemas escolares, en una adaptación social peor y en posibles conductas que resulten problemáticas (Fernández, Hamido y Ortiz, 2009).



En este sentido, la intervención que realicen los distintos profesionales en los centros, puede evitar que se llegue a ciertas situaciones. De ahí la necesidad de que estos profesionales encuentren a su disposición herramientas de diagnóstico para detectar trastornos emocionales, problemas de conducta o ausencia de habilidades sociales, que pueden verse reducidos con adaptaciones en la intervención o con la derivación, en los casos que sea necesario, a otros profesionales o hacia tratamientos específicos.

La investigación encaminada a elaborar elementos que permitan evaluar las intervenciones fue sugerida por De la Herrán, García e Imaña (2008). Además, autores como Belda, Bustos, Molina, Muñoz y Trujillo (2012), señalan también la necesaria actualización en cuanto a la manera en la que se organizan los centros, la falta de especialización del personal que trabaja en ellos, la estructura inadecuada que tienen algunos programas o la mejor coordinación en lo que se refiere a prevención y diagnóstico.

Encontramos así el eje central de este estudio, encontrando la necesidad de elaborar una herramienta de screening o tamizaje que permita su aplicación de manera sencilla por los profesionales que se encuentran en los centros de acogida, sirviendo como elemento de diagnóstico inicial de casos que requieran de un estudio mayor, así como para realizar posibles adaptaciones en las intervenciones. Según Botella y Zamora (2017), este tipo de instrumentos permiten anticipar situaciones no deseadas a través de indicadores sencillos. Encontramos un ejemplo en la investigación de Jung, Lee, Park y Hong (2019), quienes diseñaron un instrumento de este tipo para detectar problemas de salud mental en jóvenes, desde la escuela. Lo llamaron AMPQ-II y estaba compuesto por 38 ítems con escala Likert de 4 puntos, en función del grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem. Cuanto más alta resultara la puntuación final, más dificultades emocionales y de comportamiento.

De esta manera podemos indicar que el objetivo general del trabajo es plasmar todo el proceso de desarrollo de un instrumento de tamizaje que permita detectar problemas referentes a la conducta, a las habilidades sociales o a los rasgos de la personalidad de menores que se encuentran en riesgo de exclusión social y que viven en centros residenciales, además del proceso de pilotaje. Como objetivos específicos nos planteamos los siguientes:

1. Informar del proceso de elaboración de una primera versión del instrumento: CHSv1
2. Diseñar un proceso de pilotaje para el ajuste y validación del instrumento.

3. Elaboración de la primera versión del instrumento.

3.1. Revisión de instrumentos.

Como primer paso en el proceso del desarrollo de nuestro instrumento, hemos realizado una revisión de otras herramientas que ya están estandarizadas. Resulta complicado plasmar aquí todo el proceso, por lo que nos centraremos en los elementos que, finalmente, han sido seleccionados para servirnos como instrumentos de referencia. Podemos encontrarlos en un manual publicado por la Junta de Andalucía (2011), concretamente por la Consejería de Salud. A continuación, procedemos a describirlos mostrando la ficha técnica de cada uno de ellos.



Fecha de recepción: 25-03-2019 Fecha de aceptación: 16-04-2019

Ávalos-Ruiz, I., Fernández-Cruz, M. F. y El Homrani, M. (2020). Diseño de un instrumento para el diagnóstico de riesgos en menores de centros residenciales básicos de acogida: CHSv1

International Journal of Educational Research and Innovation (IJERI), 13, 111-125

ISSN: 2386-4303 DOI <https://doi.org/10.46661/ijeri.4592>





1. Autoestima. La ficha técnica del instrumento se corresponde con la Tabla 1.
2. Autoeficiencia generalizada. La ficha técnica del instrumento se corresponde con la Tabla 2.
3. Satisfacción vital. La ficha técnica del instrumento se corresponde con la Tabla 3.
4. Optimismo. La ficha técnica del instrumento se corresponde con la Tabla 4.
5. Tolerancia a la frustración. La ficha técnica del instrumento se corresponde con la Tabla 5.
6. Planificación y toma de decisiones. La ficha técnica del instrumento se corresponde con la Tabla 6.
7. Empatía. La ficha técnica del instrumento se corresponde con la Tabla 7.
8. Expresión, manejo y reconocimiento de las emociones. La ficha técnica del instrumento se corresponde con la Tabla 8.
9. Apego a iguales. La ficha técnica del instrumento se corresponde con la Tabla 9.

Tabla 1. Ficha técnica de la escala de autoestima.

Nombre de la escala	Escala de autoestima
Autores	Rosenberg, M. (1965)
Número de ítems	10
Aplicación	Se puede aplicar de forma individual o colectiva a adolescentes a partir de 12 años
Duración	5 minutos
Finalidad	Evaluación de la autoestima
Tipificación	Baremación en centiles, según el sexo y la edad
Material	Manual, escala y baremos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Ficha técnica de la escala de autoeficiencia generalizada

Nombre de la escala	Escala de auto-eficacia generalizada (adaptación española)
Autores	Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996)
Número de ítems	10
Aplicación	Se puede aplicar de forma individual o colectiva a adolescentes a partir de 12 años
Duración	Unos 5 minutos
Finalidad	Evaluar la percepción de eficacia
Tipificación	Baremación en centiles, según el sexo y la edad
Material	Manual, escala y baremos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Ficha técnica de la escala para la evaluación de la satisfacción vital.

Nombre de la escala	Student's life satisfaction scale
Autores	Huebner, E.S. (1991)
Número de ítems	7
Aplicación	Se puede aplicar de forma individual o colectiva a adolescentes a partir de 12 años
Duración	Unos 10 minutos
Finalidad	Evaluar la satisfacción vital del adolescente
Tipificación	Baremación en centiles, según el sexo y la edad
Material	Manual, escala y baremos

Fuente: Elaboración propia





Tabla 4. Ficha técnica de la escala para la evaluación del optimismo.

Nombre de la escala	General Mood Subscale
Autores	Adaptación española de la subescala General Mood del Emotional Quotient Inventory (EQ-i, YV) de Bar-On, R. y Parker, J.D.A (2000)
Número de ítems	8
Aplicación	Se puede aplicar de forma individual o colectiva a adolescentes de entre 12 y 17 años
Duración	Unos 5 minutos
Finalidad	Evalúa estado de ánimo –optimismo y felicidad- de los niños/as y adolescentes
Tipificación	Baremación en centiles, según el sexo y la edad
Material	Manual, escala y baremos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Ficha técnica de la escala para la evaluación de la tolerancia a la frustración.

Nombre de la escala	Stress Management Subscale
Autores	Adaptación española de la subescala Stress Management del Emotional Quotient Inventory (EQ-i, YV) de Bar-On, R. y Parker, J.D.A (2000)
Número de ítems	8
Aplicación	Se puede aplicar de forma individual o colectiva a adolescentes de entre 12 y 17 años
Duración	Unos 5 minutos
Finalidad	Evalúa la percepción de los niños/as y adolescentes sobre su propia capacidad para el manejo del estrés –tolerancia al estrés y control impulsivo.
Tipificación	Baremación en centiles, según el sexo y la edad
Material	Manual, escala y baremos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Ficha técnica de la escala para la evaluación de la planificación y toma de decisiones.

Nombre de la escala	Problem-Solving/Decision-Making Skills Subscale
Autores	Adaptación española de la subescala Decision making/problem solving del Life-skills Development Scale de Darden, Ginter y Gazda (1996)
Número de ítems	8
Aplicación	Se puede aplicar de forma individual o colectiva
Duración	Unos 5 minutos
Finalidad	Evaluar la percepción de los adolescentes sobre su propia habilidad para la planificación y la toma de decisiones
Tipificación	Baremación en centiles, según el sexo y la edad
Material	Manual, escala y baremos

Fuente: Elaboración propia





Tabla 7. Ficha técnica de la escala de empatía.

Nombre de la escala	Escala básica de empatía
Autores	Jolliffe, D. y Farrington, D.P. (2006)
Número de ítems	9
Aplicación	Se puede aplicar de forma individual o colectiva a adolescentes a partir de los 12 años
Duración	Unos 5 minutos
Finalidad	Evaluar dimensiones de la empatía
Tipificación	Baremación en centiles, según el sexo y la edad
Material	Manual, escala y baremos

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8. Ficha técnica de la escala para la evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones.

Nombre de la escala	Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)
Autores	Adaptación de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004) del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995)
Número de ítems	24
Aplicación	Se puede aplicar de forma individual o colectiva
Duración	Unos 5 minutos
Finalidad	Evaluar la inteligencia emocional intrapersonal percibida (atención a las emociones, claridad emocional y reparación emocional)
Tipificación	Baremación en centiles, según el sexo y la edad
Material	Manual, escala y baremos

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Ficha técnica de la escala para la evaluación del apego a iguales.

Nombre de la escala	Escala para la evaluación del apego a iguales (The inventory of parent and peer attachment)
Autores	Armsden y Greemberg (1987)
Número de ítems	21
Aplicación	Se puede aplicar de forma individual o colectiva a adolescentes a partir de los 12 años
Duración	Unos 10 minutos
Finalidad	Evaluar la relación de apego con los iguales
Tipificación	Baremación en centiles, según el sexo y la edad
Material	Manual, escala y baremos

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Selección de ítems y formato del CHSv1.

Pasando al proceso seguido para elaborar la versión inicial del instrumento, comenzamos indicando que, en un primer momento, se seleccionaron algunos de los ítems pertenecientes a las escalas que se describen en el apartado anterior. Fueron seleccionados un total de 105 ítems, establecidos en un cuestionario con formato de autovaloración, en el que los menores podrán seleccionar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem. Además, los ítems fueron ordenados de manera aleatoria con ayuda de un generador de números aleatorios.



El inventario quedó además dividido en tres partes distintas, en función de los grados posibles de respuesta. De esta forma, encontramos una primera parte en la que la puntuación puede ir desde 1 hasta 4, significando 1 el mayor desacuerdo y 4 el mayor nivel de acuerdo posible. En la segunda parte la puntuación va desde 1 hasta 5, siendo en este caso también el 1 en mayor nivel de desacuerdo. Finalmente, encontramos una tercera parte en la que las opciones de respuesta se amplía, pudiendo escoger un valor situado entre 1 y 7, significando 1, como en las partes anteriores, el mayor nivel de desacuerdo. Cabe señalar que la redacción de algunos de los ítems seleccionados se vio modificada con el fin de obtener unos resultados lo más claros posibles. A continuación se presenta la ficha técnica en la Tabla 10.

Tabla 10. Ficha de la escala CHSv1.

Nombre de la escala	CHSv1. Escala de evaluación Conductual y de Habilidades Sociales.
Número de ítems	105
Aplicación	Se puede aplicar de forma individual o colectiva a adolescentes de entre 12 y 17 años
Duración	Unos 40 minutos
Finalidad	Detectar si un menor está en situación de riesgo.
Material	Escala

Fuente: Elaboración propia.

4. Pilotaje para el ajuste y validación del CHSv1.

4.1. Diseño de aplicación piloto.

Presentamos ahora el diseño de una aplicación piloto que nos permita ajustar y validar el CHSv1 a través de su aplicación, que se realizará de manera simultánea con otros instrumentos de referencia, ya estandarizados. Esto nos permitirá llevar a cabo diferentes análisis, tal y como hicieron Fernández-Cruz y Gijón (2014) en otro proceso de validación, esta vez de un instrumento para detectar el riesgo de desarrollo infantil temprano.

4.1.1. Población y muestra.

La aplicación piloto diseñada se dirige a la población compuesta por menores de entre 12 y 17 años que se encuentran en riesgo. Este tipo de menores se encuentran en diversas situaciones, como los que viven en una zona marginal, con niveles socioculturales y económicos bajos, o los que han sido víctimas de violencia y residen en centros... Nuestra población estará compuesta por todos los menores, comprendidos entre los 12 y los 17 años, que residen en la provincia de Granada (España) en centros básicos de acogimiento residencial.

En la provincia de Granada (España) encontramos hasta 17 instituciones destinadas a este fin, algunas de ellas con varios centros, casas u hogares. De la suma de las distintas plazas que reúnen todos estos centros, encontramos que la provincia cuenta con 336 plazas. Teniendo en cuenta estos datos, estamos en disposición de estimar el número total de menores que tienen el rango de edad comprendido entre los 12 y los 17 años, el cual se encuentra alrededor de 100. Con el fin de que nuestra muestra resulte significativa, los instrumentos se pasarán a unos 30 menores aproximadamente, tal y como se ha reflejado en la tabla 11.



Fecha de recepción: 25-03-2019 Fecha de aceptación: 16-04-2019

Ávalos-Ruiz, I., Fernández-Cruz, M. F. y El Homrani, M. (2020). Diseño de un instrumento para el diagnóstico de riesgos en menores de centros residenciales básicos de acogida: CHSv1

International Journal of Educational Research and Innovation (IJERI), 13, 111-125

ISSN: 2386-4303 DOI <https://doi.org/10.46661/ijeri.4592>





Tabla 11. Resumen de población y muestra.

Población y muestra			
Número total de centros	Número total de plazas	Estimación de menores 12-17	Estimación de la muestra
51	336	100	30

Fuente: Elaboración propia.

4.1.2. Condiciones de aplicación y análisis simultáneo de las pruebas.

A cada uno de los menores que componen la muestra se le pasarán dos pruebas: CHSv1 y BASC. Previamente a la selección del instrumento con el que comparar la nueva escala, se ha realizado una revisión de instrumentos, con el fin de encontrar uno que mida unos parámetros lo más similares posibles, teniendo en cuenta las edades a las que van dirigidos y lo que pretenden medir. Además del BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004), que fue elegido finalmente, se analizaron otros instrumentos. Una de las opciones barajadas fue el Inventario Bochum de Personalidad y Competencias (BIP) (Hossiep y Paschen, 2006), que fue descartado por considerar que iba demasiado encaminado al mundo laboral, además de ser un instrumento dirigido a personas con una edad de 20 años, como mínimo.

Otro instrumento revisado ha sido el Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil (SPECI) (Garaigordobil y Maganto, 2012). Este instrumento permite evaluar el nivel de retraimiento, la ansiedad, la somatización, los problemas de pensamiento, la dependencia infantil, la hiperactividad o la falta de atención, la conducta perturbadora, el rendimiento académico, la depresión y la conducta violenta. En un primer momento, parece un instrumento válido para realizar nuestra comparación, pero fue descartado por ir dirigido a niños con edades comprendidas entre 5 y 12 años.

También se consultó el Q-PAD (Sica, Chiri Rocco, Favilli y Marchetti, 2016), en su versión española. El motivo por el que este instrumento no ha sido escogido es que encontramos entre sus variables algunas que en nuestra investigación no resultan de interés.

Es importante que pase, al menos, una semana entre la aplicación de un instrumento y otro, de manera que se evite la saturación.

Una vez pasados ambos instrumentos, procederemos a realizar unos descriptivos básicos de manera que se pueda ofrecer al centro un informe con un diagnóstico de cada uno de los menores participantes. Se establecerá un número total de menores diagnosticados en ambas pruebas, como se muestra en la tabla 12.

Tabla 12. Representación de descriptivos básicos.

		BASC	
		Con riesgo	Sin riesgo
CHSv1	Con riesgo	N	N
	Sin riesgo	N	N

Fuente: Elaboración propia.





4.2. Validación del CHSv1.

Con el fin de asegurar que nuestro instrumento mide lo que pretendemos medir, se requiere la aplicación piloto explicada anteriormente, la cual también contribuirá al ajuste del formato definitivo y al logro de los tres tipos de validez.

Tradicionalmente, a la hora de hablar de la validez de un instrumento, podemos hablar de la validez de tres factores, que se detallan a continuación:

4.2.1. Validación de constructo.

A través del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) podemos alcanzar la validación de constructo. Tras este proceso, se espera confirmar la estructura del instrumento, establecida inicialmente en tres partes, y sus distintas dimensiones, basadas en los instrumentos originales de los que proceden los ítems.

4.2.2. Validación de contenido.

Para validar el contenido del CHSv1 se realizará un juicio de expertos al que se aplicará análisis de coeficiente de kappa de Cohen. Mediante el juicio de expertos se contará con la opinión de distintas personas cuya percepción nos parece relevante para el estudio. Hemos decidido que el panel de expertos esté compuesto por profesionales que cumplan los criterios que se recogen en la tabla 13.

Tabla 13. Perfiles de los expertos.

Experto 1	Experto Educador en Centro de Acogida
Experto 2	Experto Psicólogo en Centro de Acogida
Experto 3	Experto en Psicometría de UGR
Experto 4	Experto profesor con experiencia en Educación Social de UGR
Experto 5	Experto en aplicación de instrumentos de diagnóstico en niños y adolescentes de UGR

Fuente: Elaboración propia.

En la selección de estos expertos tendremos en cuenta sus resultados obtenidos en el coeficiente K o coeficiente de competencia experta. Es un valor que se obtiene de la autovaloración de los propios expertos en relación a su competencia experta en el tema en cuestión. La fórmula es la siguiente: $K = \frac{1}{2} (Kc + Ka)$

El coeficiente de conocimiento (Kc) se calcula según la autovaloración del experto en una escala del 0 al 10, multiplicando este valor por 0,1. Hace referencia a la información que tiene el experto sobre el tema planteado, en este caso, el diagnóstico de menores en riesgo de exclusión social.

Por otro lado, el coeficiente de argumentación (Ka) se calcula en función de la asignación de una puntuación a las diferentes fuentes de argumentación que el experto ha manejado. Este valor se basa en la fundamentación de los propios criterios de los expertos. Las puntuaciones para el Ka se asignan tal y como se presenta en la tabla 14.





Tal y como señalan Aybar, Del Castillo, Díaz, Villar y Cabero-Almenara (2018), al realizar el cálculo de K debemos tener en cuenta que si K es mayor que 0,8, tenemos una influencia alta de todas las fuentes; si es menor o igual a 0,8 y mayor que 0,5, la influencia de las fuentes será media; y, por último, si el valor de K es menor o igual a 0,5 la influencia de las fuentes será baja.

Tabla 14. Puntuaciones Ka.

Fuente de argumentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por el experto	0.3	0.2	0.1
Experiencia obtenida	0.5	0.4	0.2
Estudio de trabajos sobre el tema, de autores españoles	0.05	0.05	0.05
Estudio de trabajos sobre el tema, de autores extranjeros	0.05	0.05	0.05
Conocimiento propio acerca del estado del problema en el extranjero	0.05	0.05	0.05
Intuición del experto	0.05	0.05	0.05

Fuente: Aybar, Del Castillo, Díaz, Villar y Cabero-Almenara (2018).

A cada uno de los expertos seleccionados se le proporcionará una parrilla de valoración de cada uno de los ítems, en la que tendrán que indicar su acuerdo o su desacuerdo con su inclusión en la versión final del instrumento. Con esto, estaremos en disposición de realizar el análisis de coeficiente de kappa de Cohen, con el que podremos contrastar los resultados del juicio de expertos, agrupándolos de dos en dos. El Coeficiente de kappa es igual a la cantidad de acuerdos observados menos la cantidad de acuerdos atribuidos al azar, dividido por 1 menos la cantidad de acuerdos atribuidos al azar.

4.2.3. Validación de criterio.

Para obtener la validación de criterio del CHSv1 se va a realizar un proceso de comparación con un instrumento ya estandarizado. En este caso, se han analizado distintos instrumentos y, finalmente, se ha decidido hacer la comparación con el instrumento denominado Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes (BASC). Se presenta la ficha técnica del instrumento en la Tabla 15.

Los resultados que se obtienen con la aplicación del BASC se especifican en la tabla 16, significando la puntuación típica T, el valor general.

Con este modelo de resultados que ofrece la prueba, tomamos la decisión de considerar a un sujeto como menor en riesgo siempre que obtenga una puntuación típica T de 40 o menos. Se obtendrá una puntuación típica global mediante establecimiento de medias de puntuaciones T de las dimensiones que mide el instrumento.

En simultáneo, se aplicará a los menores nuestra prueba de autovaloración CHSv1 y se trasladarán los resultados a las nueve escalas originales, descritas en el diseño del instrumento. En el caso de los ítems pertenecientes a la primera parte, con escala de 1 a 4, no hay puntuación central, por lo que se considerarán las dos primeras puntuaciones como puntuaciones de riesgo, y las dos últimas como sin riesgo. En el resto de dimensiones, con escala de 1 a 5 y de 1 a 7, el punto central se considerará como criterio de consideración del riesgo.





En el CHSv1, el menor puede obtener una puntuación mínima de 105 puntos y una puntuación máxima de 577 puntos, por tanto los criterios de consideración de riesgo que aparecen en la tabla 17. La comparación de resultados de riesgo encontrados en las dos pruebas se desplegará en la Tabla 18. Con los datos desplegados en la tabla anterior, se realizarán unos análisis de validación de criterio, reflejados en la Tabla 19.

Tabla 15. Ficha técnica del BASC.

Nombre de la escala	BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes
Nombre original	BASC. Behavior Assessment System for Children
Autores	Reynold, C. y Kamphaus, R.
Procedencia	AGS. American Guidance Service, Inc.
Adaptación española	Equipo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid (Javier González Marqués, Sara Fernández Guinea, Elena Pérez Hernández) y departamento I+D de TEA Ediciones (Pablo Santamaría Fernández)
Aplicación	Individual o colectiva De 3 a 18 años. Desde 1º Educación Infantil hasta Bachillerato.
Ámbito de aplicación	Los cuestionarios son diferentes según la edad del sujeto evaluado: nivel 1 (3-6 años): Educación Infantil; nivel 2 (6-12 años): Educación primaria; nivel 3 (12-18 años): Educación Secundaria, Formación Profesional y Bachillerato.
Duración	Los cuestionarios para padres y tutores requieren unos 10-20 minutos para ser cumplimentados. Para responder al autoinforme se suele emplear aproximadamente 30 minutos
Finalidad	Evaluar una amplia gama de dimensiones patológicas (problemas conductuales, trastornos emocionales, problemas de personalidad...) y dimensiones adaptativas (habilidades sociales, liderazgo...) que puedan resultar útiles para conocer al individuo. Esta evaluación puede realizarse utilizando las distintas fuentes de información (padres, tutores y el propio sujeto) y los distintos métodos (cuestionarios, historia estructurada de desarrollo, observación), a partir de los distintos materiales que ofrece la prueba

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16. Resultados BASC.

Clasificación		Rango de puntuación T
Escalas adaptativas	Escalas clínicas	
Muy alto	Clínicamente significativo	70 o más
Alto	En riesgo	60-69
Medio	Medio	41-59
En riesgo	Bajo	31-40
Clínicamente significativo	Muy bajo	30 o menos

Fuente: Reynolds y Kamphaus (2004).

Tabla 17. Resultados CHSv1

Sin riesgo	296-577
Riesgo	105-295
Total de puntos	577

Fuente: Elaboración propia.





Tabla 18. Comparación de resultados BASC y CHSv1.

		BASC		Total
		Con riesgo	Sin riesgo	
CHSv1	Con riesgo	a + CHSv1 + BASC	b + CHSv1 - BASC	
	Sin riesgo	c - CHSv1 + BASC	d - CHSv1 - BASC	
	Total			

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 19. Análisis de validación de criterio.

Análisis	Símbolo	Fórmula
Sensibilidad	Se	$a / (a+c)$
Especificidad	Es	$d / (b+d)$
Valor predictivo positivo	VPP	$a / (a+b)$
Valor predictivo negativo	VPN	$d / (c+d)$
Proporción falsos positivos	FP	$b / (d+b)$
Proporción falsos negativos	FN	$c / (c+d)$
Porcentaje de coincidencia	PC	$(a+d) / (a+b+c+d)^*$

* El porcentaje de coincidencia se puede corregir con el coeficiente kappa de Cohen para disminuir el efecto azar.

Fuente: Fernández-Cruz y Gijón (2014).

Junto con esta tabla y el análisis de los factores señalados, además, tendremos en cuenta la desviación típica obtenida al pasar los datos.

5. Discusión, alcance del estudio y resultados previstos.

Para realizar la discusión sobre este diseño de validación de instrumento, realizaremos una comparativa con otras validaciones de instrumentos de tamizaje, como son las que han pasado los instrumentos EDI (Evaluación del Desarrollo Infantil) y PRUNAPE (Prueba Nacional de Pesquisa). En el caso de EDI (Rizzoli et al., 2013) también se utilizó un estándar de referencia pero, en este caso, además, se realizó una observación. En cuanto a la distancia entre las distintas pruebas, se consideró que no debía pasar más de una semana. También se realizaron los mismos análisis de validación de criterio que se proponen en este trabajo. Si pasamos a PRUNAPE (Lejarraga et al., 2013), en la creación del instrumento, se realizó una adaptación del lenguaje, contando con la opinión de madres que, posteriormente, no formaron parte de la muestra. Además, en lugar de unificar variables, se realizaron 5 formularios. Para su validación, se administraron otros dos cuestionarios ya validados, uno a las madres y otro a los pediatras para, finalmente, pasar PRUNAPE a los niños y poder comparar. Al igual que se propone en este caso, se analizó el coeficiente de kappa de Cohen y se realizaron los mismos análisis en la validación de criterio.



Como resultado de todo el proceso descrito para la aplicación piloto, obtendremos claves para establecer un nuevo formato del instrumento, al que denominaremos CHSv2. De cualquier manera, con esta primera aplicación de la primera versión del instrumento, podemos obtener una evaluación individualizada del nivel de riesgo de unos 30 menores, con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años. Estas valoraciones ya podrán servir a los profesionales que desarrollan su labor en los centros de acogida.

Una vez concluido el proceso de validación del instrumento que hemos diseñado, podrá ser utilizado como elemento de evaluación al ser aplicado en momentos diferentes de las intervenciones realizadas con los menores. Además, los profesionales pueden utilizarlo como punto de partida para derivar a los menores a servicios o profesionales específicos.

6. Conclusiones, limitaciones y prospectiva.

Los instrumentos de screening resultan una herramienta de uso sencillo que permite detectar situaciones concretas en distintos contextos, contando con una corrección simple, lo que permite su uso por parte de profesionales no cualificados para pasar cuestionarios complejos. En el presente artículo se presenta un informe que abarca el proceso completo de elaboración del instrumento, en el que se incluyen las revisiones llevadas a cabo, el proceso que se ha seguido para seleccionar los instrumentos originales, la recolección de ítems y la confección final de la escala. Así mismo, se describen las pautas referentes a la metodología, y el diseño para alcanzar la validación (describiendo el proceso para la selección de los expertos que contribuirán al logro de la validez de contenido) y el ajuste a través de un estudio piloto en el que se aplicará nuestro instrumento de manera simultánea al instrumento de referencia. Este último paso, unido al proceso de contraste de los resultados obtenidos en ambos instrumentos. Los análisis planteados son los mismos que se han utilizado en otros procesos de elaboración de instrumentos, como es el caso del EDI (Evaluación del Desarrollo Infantil) (Rizzoli et al., 2013).

Sobre las limitaciones que plantea la investigación, hay que resaltar la dificultad de acceso al campo. Se solicitó información al Servicio de Protección de Menores sobre la documentación necesaria para obtener la autorización, pero la información facilitada, en distintos momentos, resultaba confusa y, en ocasiones, contradictoria. Por este motivo, la solicitud de autorización se ha visto muy retrasada.

Si ponemos el foco en futuras líneas de investigación encontramos varias posibilidades. Por un lado, el proceso completo para validar el instrumento constituye una investigación en sí misma. Además, una vez completado el proceso, en caso de obtener un resultado favorable, se podría adaptar el instrumento para utilizarlo en ámbitos distintos en lugar de limitarlo a los centros residenciales básicos de acogida. Por otro lado, si la metodología utilizada en el proceso de validación proporciona resultados positivos, podríamos proceder a elaborar nuevas herramientas de tamizaje que se centraran en otros aspectos que no se contemplan en esta escala, por ejemplo, las dificultades de aprendizaje o el desarrollo cognitivo.





Referencias bibliográficas.

- Aybar, M., Del Castillo, A., Díaz, A., Villar, L., y Cabero-Almenara, J. (2018). Evaluación de los contenidos de Ingeniería de Mantenimiento en la formación del Ingeniero Eléctrico en el Instituto Tecnológico de Santo Domingo. *International Journal of Educational Research and Innovation (IJERI)*, 10, 108-125.
- Belda, C., Bustos, C., Molina, A., Muñoz, C. y Trujillo, M. A. (2012). *Centros de protección de menores en situación de desamparo que presenta trastornos de conducta en Andalucía*. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Recuperado de: <https://www.siiis.net/documentos/ficha/201260.pdf>
- Botella, J. y Zamora, Á. (2017). El meta-análisis: una metodología para la investigación en educación. *Educación XX1*, 20(2), 17-38, doi: 10.5944/educXX1.19030
- Bude, S., Mayer, S., Zinn, A., Lippold, M., Avrushin, A., Bromberg, A., George, R. y Courtney, M. (2004). *Residential Care in Illinois: Trends and Alternatives. Final Report*. Chicago: Chapin Hall Center for Children at the University of Chicago.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado de <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/2483>
- De la Herrán, A., García, C. e Imaña, A. (2008). Informe sobre el Acogimiento Residencial en Centros de Protección de Menores: La Vivencia de Jóvenes Ex-residentes y sus Familias. *REICE, Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 6 (3), 139-155.
- Fernández-Cruz, M. y Gijón, J. (2014). *Programa de capacitación de personal de estimulación temprana: profesionales y técnicos*. La Paz, Ministerio de Sanidad de Bolivia.
- Fernández, J. M., Hamido-Mohamed, A. y Ortiz, M. M. (2009). Influencia del acogimiento residencial en los menores en desamparo. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7 (18), 715-728.
- Garaigordobil, M. y Maganto, C. (2012). *SPECI, Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hossiep, R. y Paschen, M. (2006). *BIP, Inventario Bochum de Personalidad y Competencias: manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Jung, S., Lee, D., Park, S., & Hong, H. J. (2019). Subtypes of suicidal ideation in Korean adolescents: A multilevel latent profile analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(2), 158–167. <https://doi.org/10.1177/0004867418763530>
- Lejarraga, H., Kelmansky, D., Lejarraga, C., Charrúa, G., Salamanco, G., Insúa, I. y Nunes, F. (2013). Validación de un formulario para la detección de niños con alto riesgo de padecer trastornos del desarrollo: Cuestionario PRUNAPE pre-pesquisa. *Archivos argentinos de pediatría*, 111 (6), 476-483.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.





- Rizzoli-Córdoba, A., Schnaas-Arrieta, L., Liendo-Vallejos, S., Buenrostro-Márquez, G., Romo-Pardo, B., Carreón-García, J., Valadez-Correa, E., Scherer-Ibarra, P., López-Aranda, V., Lira-Guerra, S., Robles-Anaya, R., Pizarro-Castellanos, M., Briones-Sandoval, A., Lia-Pirola, M. y Muñoz-Hernández, O. (2013). Validación de un instrumento para la detección oportuna de problemas de desarrollo en menores de 5 años en México. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 70 (3), 195-208.
- Schütz, F., Sarriera, J., Bedin, L. y Montserrat, C. (2015). Subjective well-being of children in residential care centers: Comparison between children in institutional care and children living with their families. *Psicoperspectivas*, 14 (1), 19-30.
- Sica, C., Chiri Rocco, L., Favilli, R. y Marchetti, I. (2016). *Q-PAD. Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes (P. Santamaría, adaptador)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Strijbosch, E. L. L., Huijs, J. A. M., Stams, G. J. J., Wissink, I. B., Vand der Helm, G. H. P., Swart, J. J. W. y Van der Veen, Z. (2015). The outcome of institutional youth care compared to non-institutional youth care for children of primary school age and early adolescence: A multi-level meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 58, 208-218.

