



Cuestionario
para la Evaluación
de Problemas en
ADOLESCENTES

C. Sica
L. Rocco Chiri
R. Favili
I. Marchetti

Adaptación española:

P. Santamaría
(Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones)





Cuestionario para la Evaluación de Problemas en **ADOLESCENTES**

Claudio Sica
Luigi Rocco Chiri
Riccardo Favilli
Igor Marchetti

Adaptación española: Pablo Santamaría
(Dpto. I+D+i de TEA Ediciones)

Manual



Madrid, 2016

Título original: Q-PAD. *Questionario per la valutazione della psicopatologia in adolescenza*.

Adaptación española: Pablo Santamaría (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones).

Cómo citar esta obra

Para citar esta obra, por favor, utilice la siguiente referencia:

Sica, C., Chiri, L. R., Favilli, R. y Marchetti, I. (2016). *Q-PAD. Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes* (P. Santamaría, adaptador). Madrid:TEA Ediciones.

Adaptado y publicado con permiso de Edizioni Centro Studi Erickson, Trento, Italia.

This work was originally published in Italian under the title of: *Test Q-PAD - Questionario per la valutazione della psicopatologia in adolescenza*, as a publication of Edizioni Centro Studi Erickson in Italy. Copyright (c) 2011 by Erickson. The Work has been translated into the Spanish language and republished by permission of Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A. This translation cannot be republished or reproduced by any third party in any form without express written permission of Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in any database or retrieval system without the prior permission of Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.

Copyright del original © 2011 by Edizioni Centro Studi Erickson, S.p.A., Trento (Italia).

Copyright de la adaptación española © 2016 by TEA Ediciones, S.A.U. Madrid (España).

I.S.B.N.: 978-84-16231-34-8.

Depósito legal: M-29147-2016.

Edita:TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino de Sahagún, 24. 28036 Madrid

Diseño y maquetación: La Factoría de Ediciones, S.L.

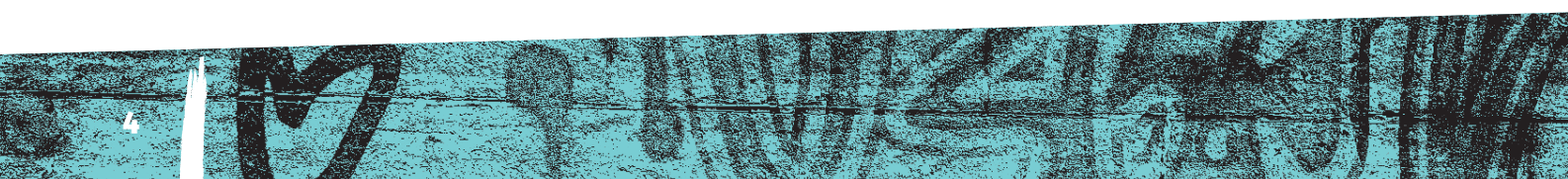
Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

Índice

| | |
|---|----|
| Agradecimientos de la adaptación española | 5 |
| Agradecimientos de la edición original italiana | 7 |
| Ficha técnica | 9 |
| 1. Descripción general | 11 |
| 1.1. Materiales que componen el Q-PAD | 14 |
| Manual | 14 |
| Cuadernillo | 14 |
| Hoja de respuestas | 14 |
| Clave de acceso (PIN) para la corrección por Internet | 14 |
| 2. Normas de aplicación y corrección | 15 |
| 2.1. Consideraciones generales para la aplicación del Q-PAD | 15 |
| 2.1.1. Requisitos profesionales | 15 |
| 2.1.2. Establecimiento de un buen clima de comunicación y presentación del Q-PAD | 16 |
| 2.1.3. Preparación de la evaluación | 17 |
| 2.1.4. Aplicaciones a personas con discapacidad visual o dificultad lectora. | 18 |
| 2.1.5. Advertencias respecto a la interpretación | 18 |
| 2.2. Normas específicas de aplicación | 19 |
| 2.3. Normas de corrección | 22 |
| 3. Normas de interpretación | 25 |
| 3.1. El significado de las puntuaciones percentiles | 25 |
| 3.2. Evaluación de la validez del protocolo | 26 |
| 3.3. Pautas de interpretación de las escalas e índices del Q-PAD. | 28 |
| 3.3.1. Insatisfacción corporal (Ins) | 30 |
| 3.3.2. Ansiedad (Ans) | 31 |
| 3.3.3. Depresión (Dep) | 33 |
| 3.3.4. Abuso de sustancias (Abu) | 35 |
| 3.3.5. Problemas interpersonales (Int) | 36 |
| 3.3.6. Problemas familiares (Fam) | 38 |
| 3.3.7. Incertidumbre sobre el futuro (Fut) | 39 |
| 3.3.8. Riesgo psicosocial (Rps) | 41 |
| 3.3.9. Autoestima y bienestar (Aut) | 42 |
| 3.3.10. Otros aspectos no evaluados por el Q-PAD | 45 |
| 3.4. Casos ilustrativos | 45 |
| 3.4.1. Caso ilustrativo S. B. | 45 |
| 3.4.2. Caso ilustrativo F. S. | 48 |
| 4. Proceso de creación y desarrollo del Q-PAD y adaptación a lengua española | 51 |
| 4.1. Proceso original de creación y desarrollo del Q-PAD | 51 |
| 4.2. Adaptación a lengua española | 53 |



| | |
|---|-----|
| 5. Fundamentación psicométrica | 57 |
| 5.1. Descripción de las muestras | 57 |
| 5.1.1. Muestra de tipificación o baremación | 59 |
| 5.1.2. Muestra clínica | 60 |
| 5.1.3. Muestra de menores infractores | 61 |
| 5.2. Fiabilidad | 62 |
| 5.2.1. Consistencia interna | 62 |
| 5.2.2. Errores típicos de medida e intervalos de confianza | 65 |
| 5.2.3. Estabilidad temporal | 66 |
| 5.3. Evidencias de validez | 68 |
| 5.3.1. Evidencias sobre la estructura interna | 68 |
| 5.3.2. Evidencias sobre la relación con otras variables | 74 |
| 5.3.2.1. Relaciones con otros instrumentos y variables | 74 |
| 5.3.2.2. Estudios con grupos clínicos y poblaciones especiales | 83 |
| 6. Tipificación en Latinoamérica | 91 |
| 6.1. Muestra de tipificación o baremación | 91 |
| 6.2. Fiabilidad | 92 |
| 6.3. Evidencias de validez | 93 |
| 7. Aspectos teóricos de la adolescencia | 95 |
| 7.1. La adolescencia | 95 |
| 7.1.1. Principales modelos interpretativos de la adolescencia | 96 |
| 7.1.2. Definición y características de la adolescencia | 98 |
| 7.1.3. Desarrollo durante la adolescencia | 99 |
| Desarrollo físico femenino | 100 |
| Desarrollo físico masculino | 101 |
| Desarrollo cerebral | 101 |
| Desarrollo cognitivo | 102 |
| Desarrollo emocional y afectivo | 103 |
| La regulación emocional en la adolescencia | 105 |
| Desarrollo de la identidad, del concepto de sí mismo y de la autoestima | 106 |
| 7.1.4. La conducta sexual de los adolescentes: modelos y actitudes cambiantes | 108 |
| 7.1.5. El grupo de los iguales | 109 |
| 7.2. La psicopatología en la adolescencia y las conductas de riesgo | 111 |
| 7.2.1. Trastornos de ansiedad | 111 |
| 7.2.2. Trastornos del estado de ánimo: depresión | 112 |
| 7.2.3. Intentos de suicidio | 115 |
| 7.2.4. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos | 116 |
| 7.2.5. Conductas de riesgo | 118 |
| Uso de sustancias psicoactivas | 118 |
| Conductas peligrosas y conducción temeraria | 119 |
| 7.2.6. Conducta sexual | 120 |
| 7.2.7. Malestar y abandono escolar | 121 |
| 7.2.8. Conducta antisocial o desviada | 123 |
| Referencias bibliográficas | 125 |
| Apéndice. Ítems que componen cada escala del Q-PAD | 135 |



Ficha técnica

Nombre: Q-PAD. *Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Adolescentes.*

Nombre original: Q-PAD. *Questionario per la valutazione della psicopatologia in adolescenza.*

Autores: Claudio Sica, Luigi Rocco Chiri, Riccardo Favilli e Igor Marchetti.

Procedencia: Edizioni Erickson, 2011.

Adaptación española: Pablo Santamaría (Dpto. de I+D+i de TEA Ediciones), 2016.

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de aplicación: Adolescentes (de 12 a 18 años; 1.º ESO a 2.º Bachillerato).

Duración: 20 minutos, aproximadamente.

Finalidad: Evaluación comprensiva de los adolescentes que permite obtener puntuaciones en nueve escalas: Ansiedad, Depresión, Problemas interpersonales, Problemas familiares, Insatisfacción corporal, Incertidumbre sobre el futuro, Abuso de sustancias, Riesgo psicosocial y Autoestima y bienestar. Puede ser utilizado colectivamente en centros educativos como test de detección y *screening* de problemas psicológicos, así como en el contexto clínico o en el forense como parte de la evaluación o del seguimiento.

Baremación: Baremos en percentiles por edad y sexo a partir de muestras de adolescentes de población general.

Material: Manual, cuadernillo, hoja de respuestas y clave de acceso (PIN) para la corrección por Internet.

1. Descripción general

El Q-PAD surge como respuesta a la necesidad de contar con una medida ágil y rigurosa para la evaluación de los problemas en los adolescentes. De acuerdo a la concepción de sus autores, una medida con este objetivo tenía que cumplir los siguientes requisitos:

1. Tener un formato de **cuestionario de autoinforme** que permitiera a los **profesionales un uso ágil** y a los **adolescentes una relativa libertad de expresión** mediante un formato autónomo y confidencial de respuestas.
2. **Ser suficientemente breve** para limitar, al menos en parte, la resistencia natural o la falta de interés que una medida de este tipo puede suscitar en los adolescentes.
3. Estar formulado en un **lenguaje claro y cercano a los usos lingüísticos de los adolescentes**.
4. Comprender los **principales dominios de interés psicopatológico** descritos en la literatura sobre adolescentes.
5. Ofrecer un **índice de riesgo de adaptación o riesgo psicosocial** que advierta sobre la necesidad de intervención o de atención.
6. Incluir **una medida de bienestar y adaptación**, con el fin de proporcionar también una evaluación «en positivo» de la persona o del grupo evaluado.
7. Cumplir con unas **propiedades psicométricas rigurosas**.

El Q-PAD ha sido creado siguiendo estos requisitos, ofreciendo una evaluación ágil y sencilla de las variables más relevantes en la adolescencia. Sus 81 ítems han sido diseñados y validados para adaptarse a los adolescentes en cuanto a su formato y su redacción. Además, la brevedad del cuestionario (aproximadamente 20 minutos de aplicación), constituye un punto fuerte debido a la escasa motivación con la que la población adolescente realiza este tipo de pruebas. Los estudios de fiabilidad y validez realizados, que se expondrán de forma detallada en los capítulos 4 a 6 de este manual, evidencian que el Q-PAD constituye una herramienta útil en el trabajo con adolescentes tanto en el contexto educativo como en los ámbitos clínicos, sociales o forenses.

En la tabla 1.1 se incluye una breve descripción de cada una de las escalas que permite evaluar el Q-PAD. Para una descripción más detallada de su significado e implicaciones puede consultarse el capítulo 3 de este manual sobre normas de interpretación.

Tabla 1.1. Descripción de las escalas del Q-PAD

| Escala | Descripción |
|--|---|
| ESCALAS CLÍNICAS | |
| Insatisfacción corporal (Ins) | Evalúa la presencia de insatisfacción con su aspecto físico y con su peso («Creo que estoy demasiado gordo o demasiado gorda», «Me obsesiona la idea de estar más delgado o delgada») que podría implicar conductas de alimentación potencialmente problemáticas (dietas muy estrictas, rechazo a la comida, atracones, etc.). Suele ir acompañada de problemas emocionales, malestar relacionado con la percepción corporal y sensibilidad interpersonal. |
| Ansiedad (Ans) | Evalúa la presencia de manifestaciones subjetivas de ansiedad, tensión y preocupación tanto a nivel cognitivo como emocional y fisiológico («Casi siempre estoy preocupado o preocupada por algo», «A menudo me siento nervioso o nerviosa», «A menudo estoy tan nervioso o nerviosa que puedo notar cómo me late el corazón con fuerza»). |
| Depresión (Dep) | Evalúa la presencia de manifestaciones subjetivas de tristeza, melancolía, anhedonia o desesperanza («Últimamente me siento triste o con muy poca energía la mayor parte del tiempo», «He perdido el interés en las cosas con las que antes me divertía», «Da igual lo que haga, las cosas no van a mejorar»). |
| Abuso de sustancias (Abu) | Evalúa la presencia de abuso de sustancias y el grado en que puede condicionar el funcionamiento del adolescente en diferentes contextos de su vida. Los ítems de esta escala hacen referencia a las consecuencias negativas del uso de sustancias, de tal manera que las preguntas no susciten demasiada resistencia por parte de los adolescentes («A veces me arrepiento de cosas que he hecho por culpa del alcohol u otras sustancias», «Algunas personas me han dicho que me paso con mi consumo de alcohol o de otras sustancias», «Me he metido en problemas por causa del alcohol»). |
| Problemas interpersonales (Int) | Evalúa la presencia de insatisfacción y dificultades tanto a la hora de relacionarse con los demás como de gestionar los conflictos. Incluye la percepción de sus relaciones con los demás como decepcionantes, conflictivas y frustrantes, lo que le lleva a un cierto distanciamiento u oposición («Hay mucha gente que me enfada o me irrita», «En general, suelo estar en desacuerdo con los demás», «Estoy cansado o cansada de cómo me trata la gente»). Esto puede ser debido a un patrón de desconfianza, recelo o suspicacia, a un patrón más opositor o a un problema emocional manifestado en forma de hostilidad hacia los demás. |
| Problemas familiares (Fam) | Los ítems de esta escala hacen referencia a conflictos y experiencias de incompreensión familiares, así como al nivel en que estos problemas afectan a su funcionamiento y comportamiento («Mis padres me agobian», «Evito hablar con mis padres», «Procuro pasar poco tiempo en mi casa porque siempre hay discusiones y peleas»). |
| Incertidumbre sobre el futuro (Fut) | Los ítems de esta escala hacen referencia a la indecisión y preocupación sobre su futuro escolar, académico o laboral («Tengo muchas dudas sobre qué hacer en mi futuro», «Me preocupa no conseguir encontrar una profesión que me interese») que afectan al bienestar del adolescente y que requiere de intervención y orientación. |
| ÍNDICE DE RIESGO PSICOSOCIAL | |
| Riesgo psicosocial (Rps) | Evalúa el grado en que la persona tiene dificultades para adaptarse a las reglas sociales, para saber controlar su comportamiento e inhibir las conductas que impliquen un riesgo para su persona y para los demás, ya sea por impulsividad o desinterés («A menudo me dan ganas de pegarle a alguien», «Alguna vez me he saltado mis obligaciones escolares o laborales por haber salido hasta muy tarde la noche»). |
| ESCALA DE BIENESTAR | |
| Autoestima y bienestar (Aut) | Proporciona una medida global y sintética del nivel de bienestar del adolescente. Evalúa su grado de satisfacción consigo mismo, con su entorno y con su estado físico («Me gusta cómo soy», «Confío en mi propia opinión a la hora de hacer las cosas», «Me siento en forma»). |

Por sus características, el Q-PAD puede ser un instrumento útil en todos aquellos contextos en los que sea necesaria una evaluación psicopatológica o del nivel de bienestar del adolescente, entre los que cabe citar los siguientes:

- a. **Ámbito escolar-educativo:** apoyo en labores de orientación psicopedagógica o vocacional, detección de dificultades de adaptación y problemas, orientación de intervenciones psicopedagógicas, evaluaciones colectivas y *screening* de problemas, análisis de las mejoras producidas por programas de intervención...
- b. **Ámbito clínico:** evaluación inicial, evaluación de las intervenciones o de la mejora clínica, evaluación psiquiátrica...
- c. **Ámbito forense:** evaluación en centros de menores infractores o de reforma, en contextos de tribunales de menores o tribunales ordinarios, peritajes...
- d. **Investigación:** como medida complementaria o central del estudio por sus satisfactorias propiedades psicométricas, su brevedad y la evaluación que permite de un amplio espectro de problemas de los adolescentes.

El Q-PAD puede utilizarse tanto de forma aislada como integrado dentro de una evaluación más amplia y comprehensiva. Como instrumento aislado puede ser útil para la detección de problemas y puntos fuertes del adolescente o para su seguimiento y supervisión en los ámbitos ya comentados. Cuando forma parte de una evaluación más amplia, el Q-PAD, gracias a su estructura ágil pero bastante exhaustiva, puede ser utilizado en un primer nivel de evaluación para luego complementarse con análisis y pruebas posteriores. Con este objetivo, en el capítulo de normas de interpretación de este manual se proporcionan diferentes indicaciones y descripciones de otros instrumentos para profundizar en la evaluación. Esta doble utilidad del Q-PAD, que combina una evaluación rápida pero comprehensiva de diversas áreas de problemas, le hacen ser un instrumento extremadamente valioso y único en el panorama de la evaluación psicológica con adolescentes.

Las escalas e ítems del Q-PAD han sido diseñados para abarcar los principales problemas que suelen estar presentes en los adolescentes y así indagar en los síntomas específicos que estos puedan presentar. Además, la inclusión en el Q-PAD de una escala de autoestima y bienestar representa una gran virtud y permite, además, efectuar una evaluación «en positivo» de la situación general del adolescente. Esta característica ampliaría los ámbitos de utilización del Q-PAD a otras áreas como, por ejemplo, el contexto deportivo, hospitalario o residencial.

La presentación de los resultados en términos normativos (es decir, de comparación estadística con un baremo y con una muestra de referencia de adolescentes) puede además ayudar al profesional a esclarecer los problemas del adolescente de manera bastante neutra, sobre todo cuando la persona evaluada tiene una escasa percepción de su contribución a las dificultades existenciales que afirma experimentar, lo que es algo habitual entre los adolescentes.

También puede ser útil el uso del Q-PAD cuando haya que enfrentarse a cualquier cuadro personalógico complejo (como, por ejemplo, las dudas sobre la identidad de género o la posible presencia de características que podrían estructurarse en un trastorno de la personalidad). El estilo cognitivo y conductual problemático que caracteriza a estos cuadros está siempre relacionado con varias de las áreas de problemas evaluadas en el Q-PAD.

Por último, debe remarcarse la conveniencia de emplear diversas fuentes de información y diferentes medidas en la evaluación de cualquier constructo psicológico. Esta «integración horizontal» (Sanavio y Sica, 1999), debería de ser ya una praxis consolidada en el trabajo del profesional, dada la complejidad intrínseca de la disciplina de la evaluación psicológica. Una evaluación que utilice diferentes instrumentos (entrevista, observación, tests, etc.) garantiza una mayor fiabilidad y validez de los resultados obtenidos y permite esclarecer mejor las posibles contradicciones o dudas. Naturalmente, la elección de los instrumentos de evaluación tendrá que estar guiada por las habilidades del profesional y por sus conocimientos. En cualquier caso, cuanto más exhaustiva sean las fuentes de información disponibles y las medidas empleadas, mayor será la fiabilidad y la validez de los resultados obtenidos.

1.1. Materiales que componen el Q-PAD

El Q-PAD está compuesto de los siguientes materiales: el presente manual, los cuadernillos con los ítems, las hojas de respuestas y la clave de acceso (PIN) para la corrección por Internet.

Manual

Contiene instrucciones específicas sobre cómo realizar la aplicación del Q-PAD y su posterior corrección (capítulo 2 de normas de aplicación y corrección), así como pautas para la interpretación de los resultados obtenidos (capítulo 3 de normas de interpretación). La lectura de estos dos capítulos será esencial para realizar un uso ágil y satisfactorio de la prueba.

Además, en este manual se incluye información sobre la fundamentación psicométrica que respalda el uso del Q-PAD en distintos contextos (capítulos 4, 5 y 6 relativos al proceso de construcción y adaptación a lengua española de la prueba y sus evidencias de fiabilidad y validez en distintas muestras) y sobre diversos aspectos sustantivos relacionados con la adolescencia y con los problemas psicopatológicos que suelen presentarse en esa etapa evolutiva (capítulo 7, aspectos teóricos de la adolescencia).

Cuadernillo

El cuadernillo del Q-PAD incluye las instrucciones para responder a la prueba y los ítems. Es un material no fungible, esto es, se reutiliza de aplicación a aplicación. Las personas evaluadas deberán anotar todas sus contestaciones en la hoja de respuestas, sin realizar ninguna anotación en el cuadernillo.

Hoja de respuestas

En la hoja de respuestas se deberán anotar todas las contestaciones a la prueba. Una vez finalizada la evaluación, el aplicador deberá revisar que se hayan anotado adecuadamente las contestaciones a los ítems, sin dejar ninguna pregunta sin responder o en blanco; así mismo, también deberá verificar que se hayan rellenado correctamente todos los datos de identificación.

Clave de acceso (PIN) para la corrección por Internet

Se trata de una hoja que contiene el código que permite realizar la grabación de las respuestas dadas al Q-PAD y su posterior corrección en la plataforma www.teacorriges.com. En el capítulo 2 de este manual se incluyen las instrucciones a seguir para poder proceder a la correcta grabación y corrección de los casos evaluados.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

3. Normas de interpretación

En este capítulo se describen e ilustran los procedimientos de interpretación de las puntuaciones del Q-PAD. En primer lugar, se repasa el significado de las puntuaciones percentiles, que son la base del perfil de la prueba. A continuación, se detallan algunos aspectos a considerar para valorar la validez del protocolo de respuestas. Posteriormente, se describen cada una de las escalas del Q-PAD, su sentido y posibles hipótesis interpretativas asociadas.

El profesional deberá ajustar estas sugerencias interpretativas al caso y al contexto de evaluación. La pericia y la experiencia del profesional determinarán su utilidad y la necesidad de complementarlas, modificarlas o articularlas de acuerdo a la información disponible de la persona evaluada. Cabe recordar que a la hora de interpretar los resultados de cualquier test (y, en general, de cualquier procedimiento de evaluación psicológica) el profesional debe tener en cuenta el grado de disponibilidad, de objetividad, de sinceridad, de motivación y de capacidad intelectual del adolescente, así como cualquier otra variable susceptible de influir en sus respuestas a lo largo del proceso de evaluación.

3.1. El significado de las puntuaciones percentiles

Cualquier evaluación es siempre un ejercicio de comparación. De la misma forma que decir que alguien es alto significa hacer una comparación con otras personas, la evaluación psicológica produce datos que nos indican cómo es la persona evaluada en comparación con otras personas de edades y características similares. Por ello, la interpretación de los resultados de una persona requiere de un proceso comparativo con una muestra de referencia mediante el cual nos informa del grado en que esa persona se parece o difiere al de otras personas y esta diferencia o similitud es expresada por medio de determinadas puntuaciones transformadas.

En el caso del Q-PAD se ha optado por expresar esta puntuación transformada en percentiles. Un percentil indica el porcentaje de la muestra de referencia que está por debajo de una puntuación directa dada. Por ejemplo, un percentil 95 indica que el sujeto tiene una puntuación superior al 95% de la muestra de referencia o, lo que es lo mismo, que la puntuación se encuentra entre el 5% de las puntuaciones más altas de la muestra. Por ejemplo un percentil de 95 en la escala Ansiedad indicaría que esta persona manifiesta tener un nivel de ansiedad superior al 95% de la muestra o, lo que es lo mismo, se encontraría entre el 5% con más ansiedad. Por el contrario, un percentil de 10 indicaría que la persona evaluada tiene una puntuación que solo supera al 10% de la muestra de referencia (estaría entre el 10% con menos ansiedad) o, lo que es lo mismo, que el 90% de los sujetos de la muestra de referencia tienen puntuaciones iguales o mayores a la obtenida por ese sujeto (el 90% de la muestra de referencia tendría más ansiedad que la persona evaluada).

En las tablas 3.1 y 3.2 se sugieren posibles rangos de puntuaciones percentiles a tener en cuenta para la interpretación de las puntuaciones obtenidas. Sin embargo, conociendo las propiedades de las escalas y de las puntuaciones y ajustándolo al objetivo específico de su evaluación, el profesional podrá considerar conveniente emplear otros puntos de corte que se ajusten más adecuadamente a su caso y contexto particular.

Tabla 3.1. Correspondencia entre las puntuaciones percentiles y los posibles niveles interpretativos en las escalas clínicas y en el índice de riesgo psicosocial

| Percentiles (Pc) | Nivel cualitativo | Interpretación |
|------------------|-------------------|---|
| ≥ 96 | Muy alto | Malestar y problemas clínicos destacados |
| 91 - 95 | Alto | Malestar y problemas clínicos |
| 85 - 90 | Medio-alto | Precaución, zona límite con presencia de malestar |
| 1 - 84 | Normal | Sin significación clínica |

Tabla 3.2. Correspondencia entre las puntuaciones percentiles y los posibles niveles interpretativos en la escala Autoestima y bienestar (Aut)

| Percentiles (Pc) | Nivel cualitativo | Interpretación |
|------------------|-------------------|--|
| ≥ 95 | Muy alta | Precaución, excesiva autoestima |
| 61 - 94 | Alta | Buena autoestima |
| 41 - 60 | Media | Normal |
| 21 - 40 | Medio - baja | Precaución, zona límite con presencia de ligero malestar |
| 11 - 20 | Baja | Malestar |
| 1 - 10 | Muy baja | Malestar muy destacado |

Las pautas de interpretación que aparecen a continuación suponen una base fundamental para ayudar a interpretar la prueba pero será el profesional quien habrá de adaptar la interpretación al caso concreto que se está evaluando, introduciendo los matices y particularidades que resulten necesarios. Toda interpretación debe implicar la integración de la información disponible tanto sobre la prueba como sobre la propia persona evaluada. En relación con la prueba deberán tenerse en cuenta no solo las puntuaciones en cada una de las escalas aisladamente sino las relaciones entre ellas y la forma del perfil final obtenido. En relación con la propia persona evaluada deberán considerarse el contexto de la evaluación y todos los datos procedentes de distintas pruebas e instrumentos. El Q-PAD es un instrumento de medida cuya utilidad, como siempre ocurre en estos casos, se incrementa cuando su empleo se realiza por parte de un profesional debidamente cualificado y en el marco de una exploración más completa y amplia.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

terminados grupos clínicos y trastornos...). El profesional deberá ajustar estas sugerencias interpretativas al caso y contexto de evaluación. La pericia y la experiencia del profesional determinarán su utilidad y la necesidad de complementarlas, modificarlas o articularlas de acuerdo a la información disponible de la persona evaluada y a su contexto de evaluación.

Tabla 3.3. Descripción de las escalas del Q-PAD

| Escala | Descripción |
|--|---|
| ESCALAS CLÍNICAS | |
| Insatisfacción corporal (Ins) | Evalúa la presencia de insatisfacción con su aspecto físico y con su peso («Creo que estoy demasiado gordo o demasiado gorda», «Me obsesiona la idea de estar más delgado o delgada») que podría implicar conductas de alimentación potencialmente problemáticas (dietas muy estrictas, rechazo a la comida, atracones, etc.). Suele ir acompañada de problemas emocionales, malestar relacionado con la percepción corporal y sensibilidad interpersonal. |
| Ansiedad (Ans) | Evalúa la presencia de manifestaciones subjetivas de ansiedad, tensión y preocupación tanto a nivel cognitivo como emocional y fisiológico («Casi siempre estoy preocupado o preocupada por algo», «A menudo me siento nervioso o nerviosa», «A menudo estoy tan nervioso o nerviosa que puedo notar cómo me late el corazón con fuerza»). |
| Depresión (Dep) | Evalúa la presencia de manifestaciones subjetivas de tristeza, melancolía, anhedonia o desesperanza («Últimamente me siento triste o con muy poca energía la mayor parte del tiempo», «He perdido el interés en las cosas con las que antes me divertía», «Da igual lo que haga, las cosas no van a mejorar»). |
| Abuso de sustancias (Abu) | Evalúa la presencia de abuso de sustancias y el grado en que puede condicionar el funcionamiento del adolescente en diferentes contextos de su vida. Los ítems de esta escala hacen referencia a las consecuencias negativas del uso de sustancias, de tal manera que las preguntas no susciten demasiada resistencia por parte de los adolescentes («A veces me arrepiento de cosas que he hecho por culpa del alcohol u otras sustancias», «Algunas personas me han dicho que me paso con mi consumo de alcohol o de otras sustancias», «Me he metido en problemas por causa del alcohol»). |
| Problemas interpersonales (Int) | Evalúa la presencia de insatisfacción y dificultades tanto a la hora de relacionarse con los demás como de gestionar los conflictos. Incluye la percepción de sus relaciones con los demás como decepcionantes, conflictivas y frustrantes, lo que le lleva a un cierto distanciamiento u oposición («Hay mucha gente que me enfada o me irrita», «En general, suelo estar en desacuerdo con los demás», «Estoy cansado o cansada de cómo me trata la gente»). Esto puede ser debido a un patrón de desconfianza, recelo o suspicacia, a un patrón más opositorista o a un problema emocional manifestado en forma de hostilidad hacia los demás. |
| Problemas familiares (Fam) | Los ítems de esta escala hacen referencia a conflictos y experiencias de incomprensión familiares, así como al nivel en que estos problemas afectan a su funcionamiento y comportamiento («Mis padres me agobian», «Evito hablar con mis padres», «Procuro pasar poco tiempo en mi casa porque siempre hay discusiones y peleas»). |
| Incertidumbre sobre el futuro (Fut) | Los ítems de esta escala hacen referencia a la indecisión y preocupación sobre su futuro escolar, académico o laboral («Tengo muchas dudas sobre qué hacer en mi futuro», «Me preocupa no conseguir encontrar una profesión que me interese») que afectan al bienestar del adolescente y que requiere de intervención y orientación. |
| ÍNDICE DE RIESGO PSICOSOCIAL | |
| Riesgo psicosocial (Rps) | Evalúa el grado en que la persona tiene dificultades para adaptarse a las reglas sociales, para saber controlar su comportamiento e inhibir las conductas que impliquen un riesgo para su persona y para los demás, ya sea por impulsividad o desinterés («A menudo me dan ganas de pegarle a alguien», «Alguna vez me he saltado mis obligaciones escolares o laborales por haber salido hasta muy tarde la noche»). |
| ESCALA DE BIENESTAR | |
| Autoestima y bienestar (Aut) | Proporciona una medida global y sintética del nivel de bienestar del adolescente. Evalúa su grado de satisfacción consigo mismo, con su entorno y con su estado físico («Me gusta cómo soy», «Confío en mi propia opinión a la hora de hacer las cosas», «Me siento en forma»). |

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

Del análisis de sus puntuaciones en las escalas clínicas destacan las puntuaciones elevadas en Problemas familiares, Problemas interpersonales, Depresión y Ansiedad. Igualmente, muestra una puntuación alta en el Índice de riesgo psicosocial y una puntuación baja en la escala Autoestima y Bienestar.

De acuerdo a su puntuación en Problemas familiares, Santiago manifiesta sentirse insatisfecho e incómodo en su familia de manera clara y persistente. Percibe que sus necesidades se ven ignoradas o descuidadas de manera sistemática y que todas sus vivencias están fuertemente condicionadas por la situación del núcleo familiar. Este nivel de puntuaciones hace conveniente que sea necesario explorar el ambiente familiar para determinar su probable influencia, el grado de cumplimiento de las funciones parentales y la presencia de posibles problemas sociales, educativos o psicológicos a nivel familiar que estén determinando esta situación. En estos casos también es importante evaluar la presencia por parte del adolescente de conductas de riesgo, de problemas con la autoridad, de conductas antisociales o de identificación con grupos conflictivos derivadas o relacionadas con su problemática familiar.

En este sentido, la puntuación elevada de Santiago en el Índice de riesgo psicosocial alerta de que Santiago está presentando problemas importantes para ajustarse a las reglas, las normas y las expectativas sociales y para controlar su impulsividad, siendo frecuente que esté implicado en conductas conflictivas y que presente un marcado riesgo psicosocial que pueda afectar de forma importante a su desarrollo. Esto hace que tenga serias dificultades para adaptarse a contextos más formales (como la escuela) y que pueda tender a aislarse de su grupo de iguales.

Ciertamente sus relaciones con los demás parecen ser difíciles a raíz de su puntuación en la escala Problemas interpersonales. Santiago afirma tener numerosas dificultades a la hora de establecer o mantener relaciones con otros, soliendo experimentar con frecuencia emociones negativas intensas. Muestra una conducta y una actitud hacia los otros de oposición, desconfianza o distanciamiento y suele valorar sus relaciones como decepcionantes, conflictivas o frustrantes. Esto puede estar afectando a sus relaciones con los compañeros, con los adultos o con sus familiares, por lo que deberá ser objeto de atención e intervención.

Este patrón de relaciones puede ser debido a desconfianza, recelo o suspicacia o a un problema emocional manifestado en forma de hostilidad. El nivel de sintomatología ansiosa y depresiva mostrado por Santiago probablemente esté relacionado con este estilo hostil o desconfiado en sus relaciones. Santiago afirma experimentar preocupaciones y tensiones que alternan con sentimientos de tristeza, apatía y desinterés generalizado, de acuerdo a sus puntuaciones en las escalas Ansiedad y Depresión. Este tipo de conducta hostil o desconfiada podría estar relacionada con los aspectos depresivos y ansiosos cuya causa deberá ser investigada atentamente.

Su baja autoestima también le hace muy sensible a las críticas y a los fracasos. Con frecuencia se expresará como insatisfecho consigo mismo y con poca confianza en sus capacidades para resolver problemas, tendiendo a evitar gran parte de los desafíos y dificultades que se encuentre.

La puntuación en Problemas interpersonales también sugiere la presencia de dificultades para gestionar las emociones negativas y para ponerse en el lugar del otro. Este conjunto de percepciones y dificultades puede representar la base para el desarrollo de conductas no adaptativas. Este hecho se ve acentuado por la aparición conjunta de problemas familiares e interpersonales, síntomas ansiosos y depresivos y una baja autoestima que, tal y como indica el Índice de riesgo psicosocial, eleva el peligro de aparición de conductas antisociales, la identificación con grupos conflictivos o el uso de estrategias de afrontamiento no adaptativas. No obstante, ha de señalarse también que no aparecen conductas de Abuso de sustancias, de acuerdo a su puntuación en esta escala, aspecto reseñable e importante de cara a la evaluación global de Santiago.

En síntesis, Santiago parece presentar diversos problemas tanto a nivel familiar como en sus relaciones con los demás y de tipo emocional. En su conjunto, estos problemas derivan en un elevado riesgo psicosocial. Este desajuste social puede resultar relevante por las implicaciones que tienen para su desarrollo social, personal y psicológico. Será conveniente atender a estas puntuaciones para evitar la exclusión social o la identificación del adolescente con estilos de vida, normas y conductas potencialmente dañinas. También será importante investigar la implicación del adolescente en conductas antisociales o de riesgo. La situación de la persona, de su familia y del contexto social al que pertenece, requieren de atención y de una evaluación más detallada mediante otras fuentes de información (entrevistas, historial, resultados en otras pruebas...) para la toma de decisiones más oportuna al caso.

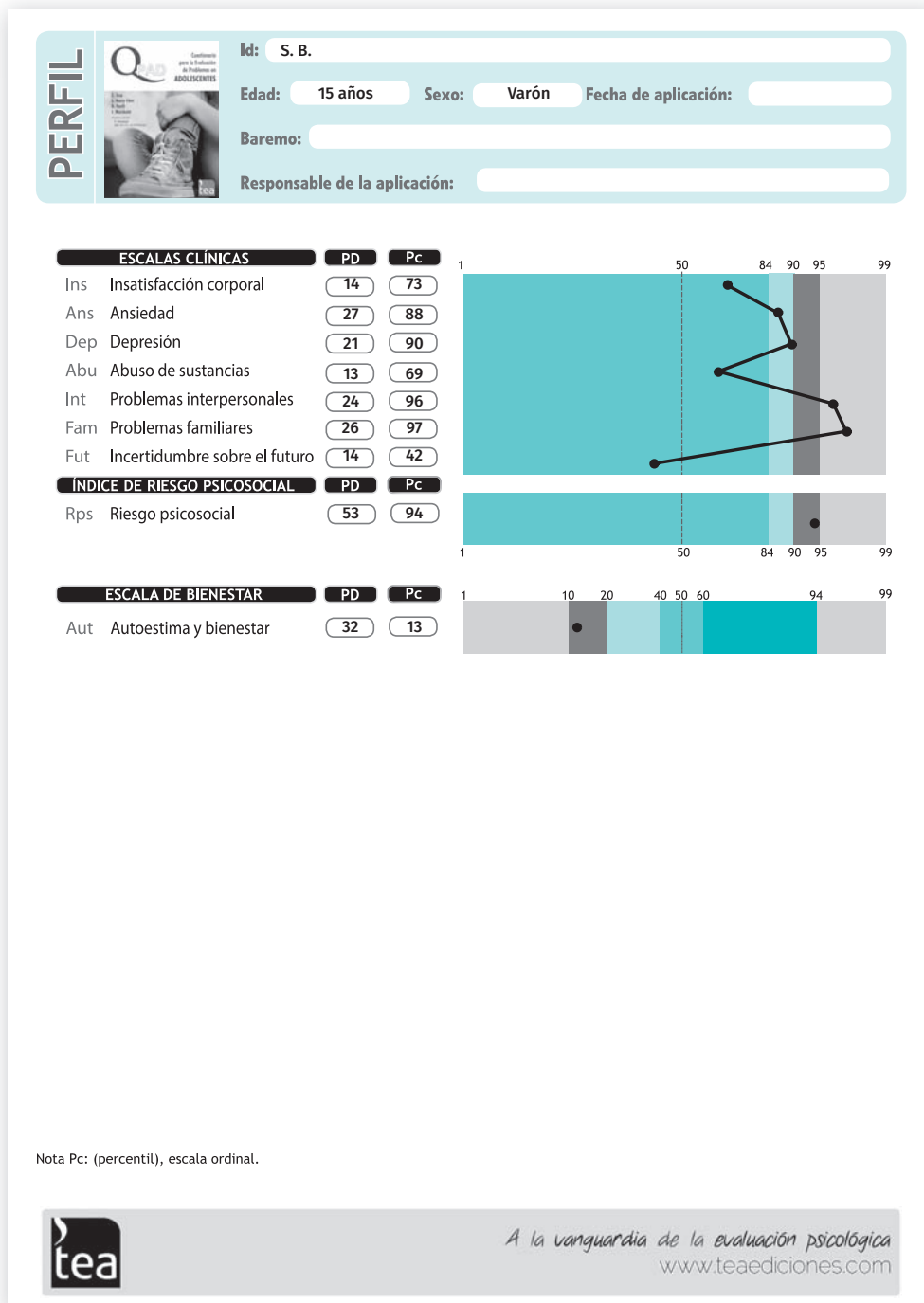


Figura 3.1. Caso ilustrativo Santiago B. del Q-PAD

3.4.2. Caso ilustrativo F. S.

En un centro educativo se aplicó el Q-PAD colectivamente a todos los alumnos y las alumnas de entre 13 y 14 años con el objetivo de hacer un cribaje o detección de posibles problemas o áreas de malestar que requieran de intervención. Una vez hechas todas las evaluaciones, se seleccionaron aquellos casos en los que había aparecido alguna puntuación superior a un percentil de 90 en las escalas clínicas para ser valorados con más detenimiento. Uno de los casos seleccionados fue el de Fátima S., una chica de 14 años. Puede observarse su perfil en la figura 3.2.

Tal y como puede advertirse en la figura 3.2, Fátima obtiene puntuaciones altas en las escalas Insatisfacción corporal, Depresión y Abuso de sustancias y una puntuación baja en la escala Autoestima y bienestar.

La escala Insatisfacción corporal evalúa la presencia de insatisfacción hacia su apariencia física y la preocupación por engordar y controlar su peso (incluyendo ítems como los siguientes: «Creo que estoy demasiado gorda» o «Me obsesiona la idea de estar más delgada»). Una elevación en esta escala suele ir acompañada de problemas emocionales y malestar relacionado con la percepción corporal. Es importante destacar que esta escala no evalúa explícitamente la presencia de conductas inapropiadas de alimentación (p. ej., dietas muy estrictas o rechazo a la comida, atracones) sino que se centra en la insatisfacción con su propio cuerpo y su preocupación por engordar.

De acuerdo a sus respuestas a esta escala, Fátima parece estar preocupada de forma frecuente por su aspecto físico y experimenta malestar en relación con su imagen corporal. Su relación con la comida podría ser problemática, con la posible aparición de regímenes de alimentación excesivamente restrictivos o atracones, aspecto que deberá ser explorado con mayor detenimiento. Será conveniente que se indague en esta área con pruebas específicas y otras fuentes de información para determinar si puede existir algún tipo de alteración de la conducta alimentaria.

Su alta insatisfacción corporal está relacionada con su baja puntuación en la escala Autoestima y bienestar. Fátima muestra una autoestima persistentemente negativa y generalizada a casi todos los ámbitos de su vida. Es insegura y evita de manera sistemática los problemas y desafíos que el entorno le presenta. Es muy sensible a cualquier tipo de crítica. Parece continuamente confundida e insatisfecha. Las puntuaciones bajas en Autoestima y bienestar suelen asociarse en ocasiones a la presencia de quejas somáticas y problemas físicos, aspecto en que podrá ser interesante indagar.

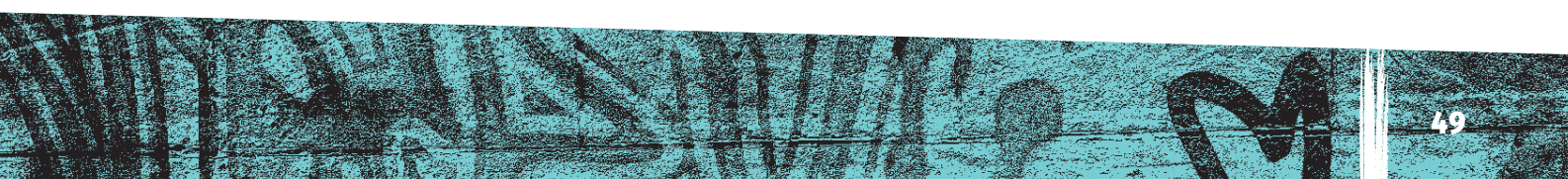
A nivel emocional, tal y como indica su puntuación en la escala Depresión, Fátima afirma presentar episodios de tristeza o irritabilidad de forma repetida. Parece tener problemas a la hora de llevar a cabo sus actividades diarias debido a los pensamientos negativos y a la infelicidad que experimenta. Resultará conveniente indagar sobre el grado de afectación en su vida diaria así como sobre las posibles causas que estén influyendo en la sintomatología depresiva.

Otro aspecto que requiere atención es su puntuación en Abuso de sustancias. Fátima parece consumir con cierta frecuencia alcohol u otras sustancias psicoactivas. Puede que haya sufrido algunos efectos negativos de este consumo como pérdida de consciencia u otros. Parece que pudiera costarle controlar su consumo y evitar aquellas situaciones que lo favorecen. Algunos aspectos de su vida pueden verse afectados de manera relevante, por lo que deberá ser objeto de atención e intervención. En particular, habrá de explorarse la relación entre los aspectos emocionales y de insatisfacción corporal y personal con este abuso de sustancias con el objetivo de desarrollar vías más adaptativas de gestión de las emociones negativas y de los problemas

que manifiesta tener Fátima. También será necesario indagar en si está presente algún tipo de conducta autolesiva dado el perfil de resultados obtenidos.

Su puntuación dentro del rango normal en el Índice de riesgo psicosocial nos indica que F.S. parece estar bien adaptada a su entorno, ajustándose a las reglas y a las normas sociales, sin que exista un riesgo global de desajuste psicosocial. Por lo tanto, parecería que podría considerarse como hipótesis a explorar que sus problemas de abuso de sustancias pudieran estar más relacionados con una vía no adaptativa de control de sus emociones, su insatisfacción corporal y su autoestima, más que enmarcados en una conducta disruptiva, antisocial o de riesgo psicosocial. No en vano, por ejemplo, Fátima ha marcado verdadero a ítems como «A veces tomar alcohol u otras sustancias me ayuda a superar mis problemas». Tampoco aparece una elevación en Problemas interpersonales, señalando que percibe satisfactoriamente sus relaciones con los demás, sin haber elementos hostiles, de desconfianza o distanciamiento. Es importante destacar que la escala Problemas interpersonales no se refiere a problemas de ansiedad social, inhibición o cohibición sino que lo que evalúa es la presencia de desconfianza y oposición en su relación con los demás así como la percepción de que sus relaciones sean decepcionantes, conflictivas o frustrantes. Estos elementos no están presentes en el caso de Fátima a tenor de sus puntuaciones en esta escala. Su nivel de ansiedad o nerviosismo también es bajo, sin que parezcan existir preocupaciones recurrentes o rumiaciones.

La baja puntuación en Problemas familiares es un aspecto importante a tener en cuenta ya que probablemente la persona evaluada percibe de forma positiva su propia familia, hecho que constituye un importante factor de protección y un punto de apoyo sobre el que trabajar en la intervención que se lleve a cabo.



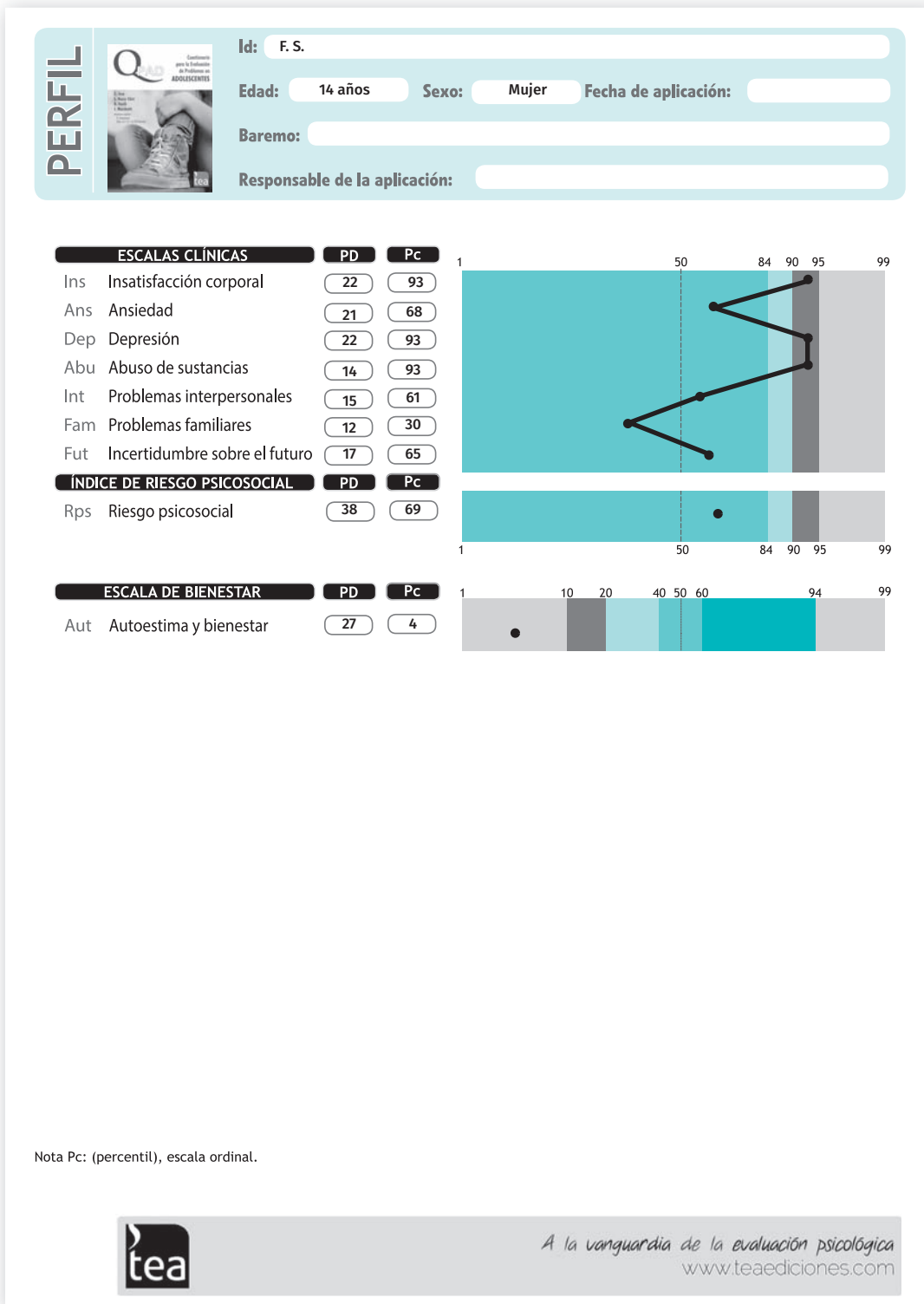


Figura 3.2. Caso ilustrativo Fátima S. del Q-PAD

4. Proceso de creación y desarrollo del Q-PAD y adaptación a lengua española

4.1. Proceso original de creación y desarrollo del Q-PAD

El Q-PAD surgió como respuesta a la necesidad de una medida ágil y rigurosa para la evaluación de la psicopatología en el adolescente. De acuerdo a la concepción de sus autores, tal medida tenía que responder a los siguientes requisitos:

1. Tener un formato de cuestionario de autoinforme que permitiera a los profesionales un uso ágil y a los adolescentes una relativa libertad de expresión dado el formato autónomo y confidencial de respuestas que permite.
2. Ser lo suficientemente breve para disminuir, al menos en parte, la resistencia natural o la falta de interés que una medida de este tipo puede suscitar en los adolescentes.
3. Estar formulado en un lenguaje claro y cercano a los usos lingüísticos de los adolescentes.
4. Comprender los principales dominios de interés psicopatológico descritos en la literatura sobre adolescentes.
5. Ofrecer un índice de riesgo de adaptación o riesgo psicosocial que advierta sobre la necesidad de intervención o de atención.
6. Incluir una medida de bienestar y adaptación, con el fin de proporcionar también una evaluación «en positivo» de la persona o del grupo evaluado.
7. Cumplir con unas propiedades psicométricas rigurosas.

El Q-PAD fue elaborado con estos objetivos a lo largo de un periodo de tres años. A continuación se describe brevemente el proceso que se siguió en la construcción y desarrollo original del Q-PAD⁶.

En primer lugar se procedió a un análisis de la literatura científica en el ámbito de la psicopatología y de los problemas más relevantes en la adolescencia para determinar las áreas clave a evaluar. A partir de dicho análisis, se detectaron una serie de dimensiones fundamentales a incluir en la medida: ansiedad, depresión, abuso de sustancias, autoestima, problemas interpersonales, problemas familiares, problemas relacionados con la elección profesional, insatisfacción corporal, bienestar, antisocialidad/falta de adaptación. Para cada

6. Para una descripción más detallada puede consultarse Sica, Chiri, Favilli y Marchetti (2011).

una de las diez dimensiones establecidas se redactó una serie de ítems que cubrieran los aspectos principales de cada área. Estos ítems fueron formulados de acuerdo a la literatura científica relativa a la psicopatología del adolescente y a los estudios del primer autor del Q-PAD sobre el malestar juvenil y sobre las medidas de psicopatología (Arrindell *et al.*, 1999; Arrindell *et al.*, 2004; Michielin y Sica, 1996; Sanavio y Sica, 1999; Sica *et al.*, 1995; Sica *et al.*, 1997; Sica *et al.*, 1998; Sica *et al.*, 2008; Vidotto, Sica y Baldo, 1995). En total, 115 ítems formaban la versión preliminar del Q-PAD. El formato de respuesta elegido fue una escala Likert de cuatro alternativas de respuesta: A) *Falsa* (la frase NO describe para nada mi situación u opinión), B) *Parcialmente falsa* (la frase describe poco mi situación u opinión), C) *Parcialmente verdadera* (la frase describe algo mi situación u opinión), D) *Verdadera* (la frase describe bien mi situación u opinión). Se eligió este formato porque se consideró que permitía suficiente variabilidad a los jóvenes para expresar su propia experiencia sin dificultar la respuesta, como podría suceder con intervalos de respuesta más numerosos.

Esta versión de 115 ítems del Q-PAD fue aplicada a una muestra de 600 adolescentes procedentes de distintos centros escolares (divididos de manera paritaria por sexo, con una edad media de 16 años) junto con una ficha sociodemográfica con diversas cuestiones sobre sus hábitos y costumbres y otras pruebas de evaluación psicológica (MSCS, *Multidimensional Self Concept Scale*, Bracken, 1992; AIR, *Assessment of Interpersonal Relations*, Bracken, 1993, 19967). A partir de los datos obtenidos, los autores realizaron un análisis factorial sobre las respuestas de la mitad de los individuos de esta muestra. Los resultados mostraron que gran parte de los ítems se reunían en dos posibles modelos estructurales que correspondían en gran medida a las dimensiones teóricas seleccionadas con anterioridad: una compuesta por ocho factores (insatisfacción corporal, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, autoestima/bienestar, problemas interpersonales, problemas familiares, problemas relativos a la elección profesional) y otra compuesta por ocho factores parcialmente diferentes en comparación con el primer modelo (insatisfacción corporal, ansiedad/depresión, abuso de sustancias, autoestima/bienestar, problemas interpersonales, problemas familiares, problemas relativos a la elección profesional, conducta antisocial). Un análisis factorial confirmatorio a partir de los datos de la otra mitad de la muestra indicó que solo la primera solución respetaba unos estándares psicométricos adecuados.

Sucesivamente, cada ítem perteneciente a los 8 factores identificados por el primer modelo, fue evaluado ulteriormente de acuerdo a su validez convergente con el conjunto de pruebas de evaluación psicológica aplicadas conjuntamente con el Q-PAD. Estas pruebas habían sido seleccionadas por incluir diversas medidas criterio de cada una de las escalas del Q-PAD. Se calculó el coeficiente de correlación de cada ítem del Q-PAD con las diferentes escalas de estos tests y se descartaron aquellos ítems que no mostraran una correlación significativa con la escala a la que correspondiera teóricamente (p. ej., los ítems del Q-PAD pertenecientes a los factores Problemas interpersonales y Problemas familiares tenían que mostrar correlación con las diferentes dimensiones del *Assessment of Interpersonal Relations*; los ítems del factor autoestima/bienestar tenían que mostrar correlación con las dimensiones del *Multidimensional Self Concept Scale*). Complementariamente se calcularon las correlaciones corregidas ítem-total para cada una de las ocho dimensiones, eliminando aquellos ítems con un valor de correlación con su propia dimensión inferior a 0,30.

Los ítems del Q-PAD que no fueron asignados a ninguna de las ocho dimensiones de acuerdo a los análisis factoriales fueron examinados de acuerdo a su significación clínica y a su potencial informativo sobre la

7. En el apartado «Evidencias de validez» del capítulo de Fundamentación psicométrica puede encontrarse una descripción más detallada de cada una de estas pruebas.

adaptación del adolescente. Para estos ítems también se calcularon las correlaciones con las diversas pruebas de evaluación psicológica aplicadas (MSCS y AIR) como criterio externo de validez complementario a la valoración del contenido de sus ítems. Se mantuvieron aquellos que cumplían ambas características, significación clínica o potencial informativo sobre el grado de adaptación del adolescente (p. ej., «A menudo me dan ganas de pegarle a alguien») y correlaciones altas con indicadores externos.

Finalmente, se seleccionaron dos grupos de aproximadamente 50 individuos cada uno a partir de la muestra total de adolescentes evaluados: el primer grupo se caracterizaba, según las informaciones proporcionadas en la ficha demográfica, por haber mantenido relaciones sexuales precoces, por el consumo frecuente de alcohol, por la presencia de incidentes y accidentes de tráfico y por tener un rendimiento escolar bajo; el segundo grupo presentaba características opuestas en relación con los mismos elementos (p. ej., escaso o nulo consumo de alcohol, rendimiento escolar satisfactorio...). Todos los ítems que no fueron eliminados anteriormente del Q-PAD (independientemente del hecho de que pertenecieran o no a las ocho dimensiones), fueron analizados de acuerdo a su capacidad discriminativa entre ambos grupos. Aquellos ítems con mayor capacidad discriminativa fueron incluidos en el Índice de riesgo psicosocial.

A partir de todo este conjunto de análisis, la versión final del Q-PAD estuvo compuesta por 81 ítems: 73 pertenecientes a las ocho dimensiones teóricas derivadas del análisis factorial y depuradas posteriormente (Insatisfacción corporal, Ansiedad, Depresión, Abuso de sustancias, Autoestima y bienestar, Problemas interpersonales, Problemas familiares, Incertidumbre sobre el futuro) y ocho ítems que se mantuvieron por su relevancia clínica o de adaptación psicosocial y que, junto con algunos de los 73 anteriores, formaron el Índice de riesgo psicosocial.

Las propiedades psicométricas del Q-PAD fueron investigadas a partir tanto de los datos disponibles en muestras de población general o comunitaria como en muestras de interés clínico, tal y como se ilustra en el capítulo de Fundamentación psicométrica de este manual y en Sica *et al.* (2011).

4.2. Adaptación a lengua española

La adaptación de un cuestionario va más allá de la mera traducción de los elementos. De una traducción solo cabe esperar que refleje los contenidos originales, mientras que de una adaptación cabrá esperar que los elementos en la nueva lengua permitan evaluar los mismos constructos que los originales y que tengan un comportamiento psicométrico similar al que tuvieron en el contexto original. El objetivo final de la adaptación de cualquier test es que las puntuaciones obtenidas con la nueva versión puedan ser interpretadas del mismo modo que se interpretarían las puntuaciones en el test original, en esto se resume esencialmente el concepto de equivalencia entre la versión original y la adaptada (Hambleton, Merenda y Spielberger, 2005). Para conseguir este objetivo, como señalan Van de Vijver y Poortinga (2005), es necesario adoptar un enfoque proactivo en la adaptación, lo que significa realizar una planificación previa y sistemática de los pasos, estudios y análisis que debieran realizarse para garantizar este proceso.

En la adaptación al español del Q-PAD se diseñó previamente un plan de trabajo a seguir que se sintetizaba en las siguientes fases: 1) traducción/adaptación, 2) revisión por jueces, 3) análisis de su legibilidad, 4)

estudio preliminar, 5) estudio de tipificación, 6) análisis de fiabilidad (consistencia interna), 7) análisis de consistencia temporal (test-retest) y 8) análisis de validez (evidencias sobre la estructura interna, evidencias sobre la relación con otras variables...). Se siguieron en este proceso las directrices internacionales para la adaptación de tests de la *International Test Commission* (Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013). A continuación se describirán brevemente los pasos llevados a cabo en cada una de las fases.

El primer paso fue realizar la traducción de los elementos originales al español. Este proceso fue realizado por una profesional bilingüe, doctora en Psicología y experta en el área de evaluación psicológica, que había participado en el proceso de construcción y desarrollo original del Q-PAD y que, en el momento de realizar esta traducción, desarrollaba su labor profesional en España con plena competencia en lengua española (nivel C2 acreditado por el Instituto Cervantes), en coordinación y colaboración con el adaptador de la prueba.

Esta primera versión del Q-PAD en su adaptación española fue entregada a un grupo de cinco expertos con el fin de que realizasen un análisis y revisión de la traducción para garantizar la correcta traducción y adaptación de los ítems a la par que la obtención de enunciados claros, comprensibles y sensibles al contexto cultural específico y a la población adolescente. Estos jueces eran psicólogos con amplia experiencia en evaluación, procedentes de campos profesionales variados que, de forma iterativa y por consenso, proporcionaron una segunda versión de los ítems de la prueba.

Esta segunda versión fue enviada para su revisión lingüística y cultural a seis expertos en evaluación psicológica de varios países y regiones latinoamericanas: México, Colombia, Chile, Argentina, República Dominicana y Guatemala. Se consideró esencial incluir revisores de distintos países debido a las diferencias lingüísticas locales existentes. La inclusión de revisores procedentes de países de Sudamérica, Centroamérica y Norteamérica tuvo la intención de representar, en la medida de lo posible, la heterogeneidad del español hablado en Latinoamérica. Cada uno de estos revisores tuvo acceso al listado completo de ítems e hizo llegar sus comentarios y dudas con respecto a la idoneidad de las conductas evaluadas y, sobre todo, de los términos empleados. Esta revisión tuvo como resultados una cantidad muy reducida de incidencias (solo en un 2% de los ítems), probablemente fruto de los esfuerzos realizados en las fases anteriores por garantizar enunciados claros y comprensibles en distintos países de lengua española y evitar la inclusión de expresiones excesivamente locales o coloquiales. Las dificultades puntuales que se detectaron se resolvieron en la mayoría de los casos optando por algún término alternativo que fuera de fácil comprensión en los distintos países de lengua española, incluyendo varios sinónimos o alguna aclaración entre paréntesis en los casos que fue necesario.

Esta tercera versión fue analizada con relación al nivel de lectura requerido por sus ítems en español. Para ello se utilizó el índice de legibilidad de Flesch-Szigriszt implementado en el programa INFLESZ (Barrio y Simón, 2008). Este índice fue desarrollado por Szigriszt-Pazos (1993) como una adaptación al idioma español del índice RES de Flesch (*Reading Ease Score*) y fue seleccionado para este estudio ya que es uno de los escasos índices de legibilidad cuya fórmula ha sido adaptada al español y validada, inicialmente por Szigriszt-Pazos (1993) y posteriormente por Barrio (2007). Este índice de legibilidad o facilidad para su lectura va de 0 a 100 puntos, siendo valores bajos indicativos de una menor legibilidad y valores altos de una mayor legibilidad. La puntuación obtenida por el conjunto de los ítems del Q-PAD fue de 81,4, que se clasifica en el nivel de lectura «muy fácil» en la escala INFLESZ (Barrio y Simón, 2008), que es el nivel más alto de legibilidad o facilidad de lectura de la escala. Este nivel es el equivalente al requerido a los libros de los cursos de primaria, los cómics o tebeos (Barrio, 2007), lo que garantizaba un nivel alto de accesibilidad para su lectura para la población adolescente objeto de la prueba.

Una vez se dispuso de esta tercera versión del Q-PAD se realizó un primer estudio con una amplia muestra de 444 casos de todas las edades y cursos abarcados por el Q-PAD (aproximadamente 80 casos de cada curso desde 1.º ESO hasta Bachillerato; 48% varones). Estas aplicaciones fueron realizadas personalmente por el equipo adaptador en un centro educativo con diversidad de niveles socioeconómicos y culturales con el objetivo de verificar la adecuada comprensión de los enunciados y detectar cualquier incidencia o aspecto problemático en su uso con adolescentes en cualquier faceta de su aplicación práctica (tiempos requeridos, dificultades de comprensión en distintos cursos, grado de comprensión del sistema de respuesta en escala Likert...). Se detectaron incidencias menores relativas a algunas instrucciones de las normas de aplicación que fueron subsanadas para proceder a la aplicación de la prueba en muestras más amplias para su tipificación y validación.

Para la tipificación del Q-PAD se contactó con un amplio número de centros y profesionales. Se seleccionaron a aquellos centros y profesionales que permitieran una adecuada representación geográfica, social y cultural y que contaran con la experiencia profesional y la formación adecuada a los requisitos del proyecto. En total se contó con la participación de 82 profesionales y de 83 centros participantes que evaluaron a 6.462 casos de distintas regiones geográficas (España y Latinoamérica) y diversos niveles socioeconómicos y educativos.

Tras la recogida de la muestra, todos los protocolos fueron revisados minuciosamente para garantizar que se hubieran respondido correctamente, descartando aquellos casos que mostraron algún tipo de anomalía. En concreto, se eliminaron aquellos casos que tenían un porcentaje significativo de respuestas en blanco, que eran detectados como con un patrón de respuesta azarosa o inconsistente o que tenían edades inferiores o superiores al ámbito de tipificación del Q-PAD (en los capítulos de Fundamentación psicométrica y Tipificación en Latinoamérica se incluye una descripción más detallada de las muestras recogidas durante la adaptación del Q-PAD y del proceso de depuración llevado a cabo, así como sus características socio-demográficas).

Conjuntamente con la tipificación de la prueba se diseñaron estudios de fiabilidad (de consistencia interna y de estabilidad temporal) y de validez (grupos clínicos, estructura factorial, etc.). En el capítulo 5 de este manual se incluye información detallada tanto sobre las muestras recogidas durante su adaptación al español como los estudios de fiabilidad y validez realizados y los principales resultados encontrados.

A partir de los datos recogidos en la tipificación, los ítems fueron analizados en distintas etapas de revisión que iterativamente combinaban los análisis estadísticos con criterios racionales, de forma análoga al proceso original de construcción de la prueba descrito en apartados previos de este capítulo. En concreto, en el análisis se tuvieron en cuenta:

- a. las características principales del ítem (índice de atracción, índice de discriminación y porcentaje de respuestas en cada una de las opciones);
- b. la correlación corregida con su escala (correlación ítem-total);
- c. su correlación con el resto de escalas de la prueba;
- d. sus resultados comparativos en muestras normales, clínicas y grupos clínicos específicos (abuso de sustancias, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria...);
- e. su correlación con las escalas de otras pruebas de evaluación psicológica aplicadas conjuntamente con el Q-PAD.

Con el objetivo de obtener información sobre la valoración del Q-PAD por parte de los profesionales, durante el proceso de tipificación de la prueba se consultó mediante un procedimiento sistematizado a 32 expertos profesionales con distintos perfiles que desempeñaban sus labores en diferentes contextos (educativo, clínico, forense...) y que habían aplicado el Q-PAD a varias decenas de casos cada uno. Para recoger las valoraciones y opiniones de estos profesionales se preparó un cuestionario breve que contenía diversos enunciados sobre diferentes aspectos (adecuación y representatividad de los contenidos que evalúa, claridad de las instrucciones para la persona evaluada, facilidad para su corrección e interpretación, etc.) y se les pedía que indicaran en qué medida estaban de acuerdo con las afirmaciones presentadas utilizando para ello una escala Likert de 5 puntos donde el valor de 1 equivalía a «Muy en desacuerdo» y el valor de 5 a «Muy de acuerdo».

A continuación se muestran los principales resultados hallados:

- El 94%⁸ de los profesionales considera que las normas de aplicación son claras para el examinador (M = 4,6; Dt = 0,6).
- El 90% encuentra que la interpretación del perfil de resultados es clara y sencilla (M = 4,6; Dt = 0,7) y que las pautas de interpretación del manual resultan útiles para comprender el significado de las puntuaciones e interpretar los resultados (M = 4,4; Dt = 0,7). El 83% considera que el perfil de resultados es completo y ofrece una visión amplia y completa de la persona evaluada (M = 4,0; Dt = 1,0).
- El 88% valora que los materiales del Q-PAD (cuadernillos, hojas de respuestas) resultan fáciles y sencillos de utilizar (M = 4,3; Dt = 0,7). El 87% opina que el Q-PAD resulta sencillo y adecuado (instrucciones de aplicación, indicaciones en el cuadernillo, contenidos que evalúa...) (M = 4,3; Dt = 0,8).
- El 81% estima que el *software* de corrección para grabar las respuestas y obtener los resultados es sencillo de utilizar (M = 4,4; Dt = 0,8).
- El 84% considera que las instrucciones de la prueba son fáciles de comprender por la persona evaluada, de manera que se entiende claramente la tarea a realizar y la mecánica de la misma (qué debe hacer en cada momento) (M = 4,2; Dt = 0,7). El 85% considera que la forma de aplicación tanto para el evaluador como para el evaluado resulta sencilla, clara y comprensible (M = 4,3; Dt = 0,7).

En síntesis, los profesionales valoraron de manera muy positiva:

- la calidad de las instrucciones para la aplicación, puntuación e interpretación del test (claras y precisas tanto para la aplicación como para su corrección e interpretación);
- la calidad de las instrucciones para que quienes han de responder al test comprendan con facilidad la tarea (claras y precisas, muy adecuadas para las poblaciones a las que va dirigido el test);
- la calidad de los materiales del test (*software* atractivo y eficiente).
- la facilidad para registrar las respuestas;

Las valoraciones positivas sobre la utilidad de la prueba, sobre la calidad y conveniencia de los materiales y sobre la claridad de los procedimientos y de las instrucciones, así como sobre la idoneidad de la evaluación que proporciona el instrumento suponen un respaldo al Q-PAD en su adaptación a la lengua española.

8. Suma de las respuestas 4 y 5 en la escala Likert.

5. Fundamentación psicométrica

A lo largo de este capítulo se proporcionan evidencias sobre la fiabilidad y la validez de las puntuaciones que ofrece el Q-PAD. Dichas evidencias determinan la confianza que los profesionales pueden tener en los resultados que obtengan con este instrumento. Esta información pretende ampliar la comprensión que tiene el profesional sobre el Q-PAD y describir las propiedades psicométricas que deben guiar su uso. La información obtenida ha de complementarse con la expuesta en el capítulo anterior, relativa al proceso de construcción y adaptación al español del Q-PAD, y con los estudios específicos realizados con muestras de Latinoamérica que se presentan en el capítulo 6.

El primer apartado de este capítulo se centra en la descripción de las **muestras** utilizadas en los distintos estudios de fiabilidad y validez realizados en población española. Este apartado pretende responder a la pregunta acerca del *grado en que las muestras empleadas han sido amplias y representativas de la población objeto del estudio*.

En segundo lugar aparecen los **estudios de fiabilidad** de la prueba. Sus resultados permiten responder a las preguntas sobre *la precisión con la que evalúa el Q-PAD en las muestras consideradas y el grado de error que contienen sus puntuaciones*.

En tercer lugar se incluyen los **estudios de validez**. Estos estudios pretenden informar sobre *qué inferencias o conclusiones podemos extraer a partir de los resultados de la prueba que estén apoyadas empírica y teóricamente*, así como la adecuación y la pertinencia de las decisiones que se tomen de acuerdo a ellos. En este punto ha de recalarse que el establecimiento de la validez de un instrumento es un proceso multifacético y prolongado en el tiempo, que comienza con la publicación del mismo y que continúa a lo largo de toda su vida. Tal y como señalaba Anne Anastasi «la validez de un tests es algo vivo; no expira y se embalsama cuando el tests es publicado» (Anastasi, 1986, p.4). Los profesionales que utilicen el Q-PAD tienen la responsabilidad de examinar las evidencias disponibles en la literatura científica sobre la prueba en diversos contextos aplicados y de investigación y determinar su relevancia para dar respuesta a sus necesidades y prácticas profesionales.

5.1. Descripción de las muestras

La muestra sobre la que se lleva a cabo la tipificación de un test debe representar, de la forma más precisa posible, la población a la que va destinado. La tipificación del Q-PAD se diseñó, por tanto, para obtener una muestra representativa de adolescentes. Para ello se siguieron las especificaciones y proporciones reco-

gidas en diversas fuentes, fundamentalmente del censo de población y viviendas (fuente: INE, www.ine.es) y diversas estadísticas publicadas por el Ministerio de Educación (fuente: www.mecd.gob.es).

Durante la tipificación de la adaptación española del Q-PAD se analizaron diferentes variables sociodemográficas como la región geográfica, el tamaño de la localidad de residencia, el tipo de centro educativo al que acude el evaluado y el nivel educativo de los padres, entre otras, con el objetivo de garantizar el acceso a una cantidad de datos suficiente como para poder generar baremos robustos y realizar los análisis de fiabilidad y validez necesarios.

Una vez diseñado el plan de muestreo se procedió a la selección de los aplicadores que se encargarían de realizar las evaluaciones en las diferentes regiones. Tras un proceso en el que se valoraron diversos aspectos de la formación y experiencia profesional de los aplicadores se seleccionaron un total de 71 profesionales. Estos aplicadores fueron seleccionados debido a su facilidad para acceder a diversas características de la población en términos de edad, tamaño de la localidad, región geográfica y factores socioeconómicos y educativos. A cada uno de ellos se les proporcionó un manual experimental de la adaptación española del Q-PAD en el que se detallaban las instrucciones de aplicación, los procedimientos de evaluación y todas las recomendaciones de buenas prácticas necesarias para garantizar la obtención de datos válidos y fiables. Todas las dudas que surgieron fueron atendidas por el adaptador quien les proporcionó asistencia continua durante toda esta fase.

Los 71 aplicadores cubrieron las cuatro regiones geográficas previstas (20 de ellos fueron de la región Norte, 14 de la región Centro, 17 de la Sur y 20 de la Este⁹), contaron con la colaboración de 73 centros u organizaciones y aportaron casos procedentes de 60 localidades que pertenecían a 30 provincias distintas y a 16 comunidades autónomas diferentes.

La fase de recogida de muestra duró 6 meses en los que se evaluaron 4.964 casos. Todos los protocolos fueron minuciosamente revisados al finalizar la recogida de muestra para garantizar que se habían respondido correctamente y se descartaron aquellos casos en los que se detectó que había habido alguna anomalía. En las aplicaciones colectivas en muestras de adolescentes es particularmente importante controlar la presencia de protocolos que podrían haber sido respondidos al azar o descuidadamente y que podrían alterar sensiblemente los datos de tipificación y validación de la prueba bajo estudio. En el caso del Q-PAD se eliminaron aquellos casos que tenían un porcentaje significativo de respuestas en blanco o que mostraban un patrón de respuesta azarosa o inconsistente de acuerdo a los indicadores y las escalas de inconsistencia de respuesta desarrolladas específicamente para este fin en la versión de tipificación del Q-PAD. Adicionalmente, se excluyeron aquellos casos con edades inferiores a 12 años o superiores a 18. En total se eliminaron 485 casos (9,8% de la muestra total): 51 casos (1,0% de la muestra total) fueron eliminados por presentar un número excesivo de respuestas en blanco; 186 (3,7% de la muestra) por haber sido detectados como casos respondidos descuidadamente a partir de distintas preguntas de control incluidas dentro del cuestionario; 47 (0,9% de la muestra) por mostrar un patrón de respuesta al azar a partir del contraste de pares de ítems con contenido similar situados en distintos puntos de cuestionario (escalas de inconsistencias de respuesta variable y fija creadas particularmente para la fase de tipificación

9. Han sido cuatro las regiones geográficas consideradas para la tipificación del Q-PAD: Centro (Comunidad de Madrid, Castilla La Mancha, Extremadura y Aragón), Este (Cataluña, Comunidad Valenciana e Islas Baleares), Norte (Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco, Navarra, La Rioja y Castilla-León) y Sur (Andalucía, Ceuta, Melilla, Murcia y Canarias).

del Q-PAD) y 201 casos (4,0% de la muestra) por tener edades inferiores o superiores al rango de aplicación del Q-PAD.

Finalmente, tras la depuración de la base de datos, se dispuso de 4.479 casos para su estudio y análisis: 4.115 adolescentes de población general o comunitaria y 364 de diversas poblaciones especiales (clínica, forense...). A partir de la muestra de población general o comunitaria se realizó la tipificación o baremación del Q-PAD en su adaptación española. A partir de las muestras de poblaciones especiales se realizaron diversos estudios de validación. No obstante, solo se seleccionaron aquellas submuestras de poblaciones especiales que contaban con un tamaño muestral suficiente para su análisis. En concreto, se analizaron los resultados en el Q-PAD de dos muestras de poblaciones especiales, una de casos clínicos ($n = 182$) y otra de adolescentes en centros de menores infractores ($n = 57$). A continuación se describirán las características sociodemográficas principales de cada una de las muestras empleadas en la adaptación española del Q-PAD.

5.1.1. Muestra de tipificación o baremación

La muestra de población general de adolescentes del Q-PAD empleada para la baremación de la prueba estuvo compuesta por un total de 4.115 adolescentes distribuidos por edad y sexo de acuerdo a los datos que se presentan en la tabla 5.1. En cuanto al tipo de centro en el que estaban escolarizados los adolescentes, el 44,9% estudiaban en centros públicos, el 54,2% en centros concertados y el 0,9% en centros privados. Con relación al municipio donde residían, el 10,7% lo hacían en municipios rurales (con poblaciones inferiores a 10.000 habitantes), el 43,6% en núcleos urbanos intermedios (localidades con poblaciones entre 10.000 y 50.000 habitantes) y el 45,7% en núcleos urbanos con más de 50.000 habitantes.

Tabla 5.1. Composición de la muestra de tipificación por edad y sexo

| Edad | n | % varones | % mujeres |
|-------|-------|-----------|-----------|
| 12 | 531 | 47,5 | 52,5 |
| 13 | 867 | 49,6 | 50,4 |
| 14 | 991 | 50,2 | 49,8 |
| 15 | 881 | 45,8 | 54,2 |
| 16 | 511 | 48,7 | 51,3 |
| 17 | 253 | 46,0 | 54,0 |
| 18 | 81 | 57,5 | 42,5 |
| Total | 4.115 | 48,5 | 51,5 |

Si atendemos al nivel de estudio de sus progenitores, el 2,9% de las madres de los adolescentes evaluados en la muestra de tipificación no tenían estudios (no habían llegado a obtener ninguna titulación académica de los estudios obligatorios, ni graduado escolar, ni certificado de escolaridad), el 19,1% tenían estudios primarios (habían obtenido la titulación equivalente a haber cursado los estudios mínimos obligatorios tales como graduado escolar, certificado de escolaridad o equivalente), el 39,9% poseía un nivel de estudios secundarios (había realizado estudios posteriores a los obligatorios tales como estudios de Bachillerato, BUP, COU, PREU, Bachiller Superior, Formación Profesional I de Grado Medio...) y un 38,1% tenía estudios superiores (había cursado formación universitaria o de Formación Profesional superior). En el caso

del padre, un 3,5% de los casos no tenían estudios, un 21,3% tenían estudios primarios, un 38,2% estudios secundarios y un 37% estudios superiores.

En síntesis, puede considerarse que la muestra de tipificación del Q-PAD recoge un amplio y heterogéneo número de adolescentes en relación con distintas variables sociodemográficas relevantes. Los adolescentes evaluados no proceden exclusivamente de un número limitado de centros de características similares, sino que proceden de distintas regiones, tipos de localidades, centros educativos y entornos socioeconómicos y educativos, proporcionando una representación adecuada de la población adolescente objeto de evaluación con el Q-PAD.

5.1.2. Muestra clínica

Adicionalmente a la muestra de tipificación del Q-PAD se dispuso de una muestra clínica compuesta por un total de 182 adolescentes distribuidos por edad, sexo y grupo clínico de acuerdo a los datos que se presentan en las tablas 5.2 y 5.3. Los datos procedentes del conjunto de la muestra clínica y de las submuestras clínicas según el área de problemas (problemas emocionales, trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la conducta...) serán analizados en el apartado 5.3.2.2 de este manual.

Esta muestra clínica se obtuvo de manera incidental a partir de los casos remitidos por diversos colaboradores que ejercían su práctica profesional en distintos centros clínicos, de salud o gabinetes públicos y privados de distintas localidades procedentes de las cuatro regiones definidas previamente (Norte, Centro, Sur y Este). Por este motivo, se trata de una muestra heterogénea conformada por casos con problemáticas diversas, que se encuentran representadas en distintas proporciones.

Tabla 5.2. Composición de la muestra clínica por edad y sexo

| Edad | n | % varones | % mujeres |
|-------|-----|-----------|-----------|
| 12 | 17 | 70,6 | 29,4 |
| 13 | 31 | 54,8 | 45,2 |
| 14 | 39 | 46,2 | 53,8 |
| 15 | 23 | 65,2 | 34,8 |
| 16 | 23 | 47,8 | 52,2 |
| 17 | 32 | 46,9 | 53,1 |
| 18 | 17 | 64,7 | 35,3 |
| Total | 182 | 54,4 | 45,6 |

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

5.2. Fiabilidad

La fiabilidad de un test se refiere a la precisión, consistencia y estabilidad de sus puntuaciones a través de diferentes situaciones (Urbina, 2007). Se considera que la puntuación obtenida por un individuo en un test es una aproximación a la puntuación verdadera hipotetizada o, lo que es lo mismo, a la puntuación que la persona evaluada recibiría si el test fuese totalmente fiable. Por lo tanto el concepto de fiabilidad se refiere a la precisión con la que un test sitúa a una persona en el continuo de un rasgo o conducta determinado y diferencia a unos individuos de otros. La fiabilidad siempre debería ser tenida en cuenta a la hora de interpretar las puntuaciones obtenidas por una persona evaluada con una prueba.

En los estudios realizados con el Q-PAD se estudió la fiabilidad entendida como consistencia interna y como estabilidad temporal. A continuación se expondrán los principales resultados obtenidos.

5.2.1. Consistencia interna

El método más extendido para el análisis de la fiabilidad se refiere al grado en el que diferentes partes del test miden de modo consistente el mismo rasgo. Se analiza habitualmente por medio de coeficientes de correlación que reflejan las relaciones entre las puntuaciones de las personas en los ítems o conjuntos de ítems de un test obtenidas en una única aplicación del mismo (*American Educational Research Association et al.*, 2014; Urbina, 2007).

Una de las posibilidades para el estudio de la consistencia interna se basa en el coeficiente alfa de Cronbach (Cronbach, 1951), siendo, sin lugar a dudas, el más usado en las ciencias sociales (Cortina, 1993; Cronbach y Shavelson, 2004; Hogan, Benjamin y Brezinski, 2000; Zumbo y Rupp, 2004). En cuanto a su formulación, se puede considerar una extensión del método de las dos mitades basado en la correlación o la variación promedio entre todos los ítems.

En la tabla 5.5 se presentan los coeficientes de consistencia interna de las puntuaciones del Q-PAD en su adaptación española obtenidos en varios estudios con muestras grandes ($n > 500$) de acuerdo a su edad y sexo. Puede observarse que los coeficientes de fiabilidad obtenidos son excelentes. El valor promedio de los coeficientes de fiabilidad mostrados en la tabla es de 0,85, ponderando el promedio por el tamaño muestral de cada estudio y empleando la transformación propuesta por Hakstian y Whalen (1976) recomendada para el promedio de coeficientes alfas por López-Pina, Sánchez-Meca y López-López (2012).

Tabla 5.5. Coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach) del Q-PAD de la muestra de tipificación de la adaptación española segmentada por edad y sexo

| | 12 - 13 años | | | 14 - 16 años | | | 17 - 18 años | | |
|-------------------------------|----------------|----------------|--------------------|------------------|------------------|--------------------|----------------|----------------|------------------|
| | V (n = 682) | M (n = 716) | V+M (n = 1.398) | V (n = 1.150) | M (n = 1.233) | V+M (n = 2.383) | V (n = 163) | M (n = 171) | V+M (n = 334) |
| Insatisfacción corporal | 0,88 | 0,90 | 0,89 | 0,87 | 0,91 | 0,90 | 0,91 | 0,88 | 0,90 |
| Ansiedad | 0,86 | 0,88 | 0,87 | 0,84 | 0,86 | 0,86 | 0,85 | 0,83 | 0,85 |
| Depresión | 0,82 | 0,87 | 0,85 | 0,83 | 0,87 | 0,85 | 0,82 | 0,86 | 0,84 |
| Abuso de sustancias | 0,67 | 0,80 | 0,74 | 0,82 | 0,83 | 0,83 | 0,78 | 0,71 | 0,76 |
| Problemas interpersonales | 0,82 | 0,84 | 0,83 | 0,78 | 0,81 | 0,80 | 0,77 | 0,74 | 0,76 |
| Problemas familiares | 0,75 | 0,79 | 0,77 | 0,76 | 0,81 | 0,80 | 0,82 | 0,79 | 0,80 |
| Incertidumbre sobre el futuro | 0,85 | 0,89 | 0,87 | 0,91 | 0,91 | 0,92 | 0,91 | 0,93 | 0,92 |
| Riesgo psicosocial | 0,85 | 0,88 | 0,86 | 0,84 | 0,86 | 0,85 | 0,83 | 0,81 | 0,82 |
| Autoestima y bienestar | 0,83 | 0,86 | 0,85 | 0,83 | 0,87 | 0,86 | 0,85 | 0,86 | 0,87 |

Nota. V: varones; M: mujeres; V+M: varones y mujeres.

De manera complementaria, también se muestra en la tabla 5.6. el valor de los coeficientes de fiabilidad en el conjunto de las distintas muestras disponibles durante su adaptación española (muestra de tipificación o población general, muestra clínica y muestra de menores infractores), desglosados para el total así como por sexo (a excepción de la muestra del centro de menores donde solo había 2 mujeres y no se pudo realizar esta segmentación). Los valores también son excelentes, con un valor promedio de 0,85 (Hakstian y Whalen, 1976; López-Pina, Sánchez-Meca y López-López, 2012). Estos valores van en la línea de los obtenidos por Sica *et al.* (2011) con relación al Q-PAD y que se muestran en la tabla 5.7.

Tabla 5.6. Coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach) del Q-PAD de la muestra de tipificación, clínica y de centros de menores de la adaptación española segmentada por sexo

| | Muestra de tipificación | | | Muestra clínica | | | Muestra de menores infractores |
|-------------------------------|-------------------------|------------------|--------------------|-----------------|---------------|------------------|--------------------------------|
| | V (n = 1995) | M (n = 2.120) | V+M (n = 4.115) | V (n = 99) | M (n = 83) | V+M (n = 182) | V+M (n = 57) |
| Insatisfacción corporal | 0,88 | 0,90 | 0,90 | 0,90 | 0,92 | 0,92 | 0,89 |
| Ansiedad | 0,85 | 0,87 | 0,86 | 0,89 | 0,89 | 0,89 | 0,81 |
| Depresión | 0,83 | 0,87 | 0,85 | 0,81 | 0,90 | 0,86 | 0,72 |
| Abuso de sustancias | 0,80 | 0,83 | 0,82 | 0,85 | 0,88 | 0,86 | 0,87 |
| Problemas interpersonales | 0,79 | 0,82 | 0,81 | 0,76 | 0,84 | 0,81 | 0,76 |
| Problemas familiares | 0,76 | 0,81 | 0,79 | 0,75 | 0,79 | 0,77 | 0,77 |
| Incertidumbre sobre el futuro | 0,90 | 0,91 | 0,91 | 0,87 | 0,92 | 0,90 | 0,87 |
| Riesgo psicosocial | 0,85 | 0,87 | 0,86 | 0,84 | 0,89 | 0,87 | 0,86 |
| Autoestima y bienestar | 0,83 | 0,87 | 0,86 | 0,84 | 0,85 | 0,86 | 0,81 |

Nota. V: varones; M: mujeres; V+M: varones y mujeres.

Tabla 5.7. Coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach) del Q-PAD en las muestras de tipificación y clínica de Sica et al. (2011)

| | Muestra de población general (n = 1.454) | Muestra clínica (n = 87) |
|-------------------------------|---|-----------------------------|
| Insatisfacción corporal | 0,89 | 0,91 |
| Ansiedad | 0,84 | 0,82 |
| Depresión | 0,78 | 0,86 |
| Abuso de sustancias | 0,79 | 0,86 |
| Problemas interpersonales | 0,76 | 0,81 |
| Problemas familiares | 0,82 | 0,86 |
| Incertidumbre sobre el futuro | 0,87 | 0,92 |
| Riesgo psicosocial | 0,84 | 0,84 |
| Autoestima y bienestar | 0,85 | 0,86 |

5.2.3. Estabilidad temporal

Además de la consistencia interna de las puntuaciones es importante garantizar su estabilidad en el tiempo, es decir, que las puntuaciones del test sean similares en diferentes momentos o aplicaciones de la prueba siempre y cuando no haya habido cambios subyacentes en la variable evaluada o, lo que es lo mismo, que no oscilen según el momento en que se aplique o las circunstancias particulares del adolescente en ese momento, sino que si aplicáramos la misma prueba en diferentes ocasiones obtendríamos resultados similares. La evaluación de la estabilidad temporal requiere un diseño de recogida de datos en el que la misma prueba se aplique al mismo grupo de personas en dos ocasiones con un intervalo temporal entre ambas (*American Educational Research Association et al., 2014; Anastasi y Urbina, 1997*).

Para estudiar la fiabilidad test-retest del Q-PAD se realizaron varios estudios con muestras de población general de tamaño moderado en los que se aplicó la prueba en dos momentos temporales diferentes (test-retest), con un intervalo temporal entre ambos de entre dos semanas y un mes, sin que hubiera mediado entre ambos ningún tipo de intervención o tratamiento para poder analizar de forma adecuada la consistencia temporal de la medida.

En el estudio realizado en la adaptación española se dispuso de una muestra de 80 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años ($M = 13,2$; $Dt = 1,1$), 40% varones y 60% mujeres, un 51,3% procedentes de centros públicos y un 48,7% de centros concertados. El intervalo entre ambas aplicaciones fue de dos semanas. En el estudio realizado por Sica *et al.* (2011) se aplicó el Q-PAD en dos ocasiones, con un intervalo de un mes entre ambas, a una muestra de 60 adolescentes de población general con una edad media de 16,4 años ($Dt = 1,1$), siendo un 50% varones y un 50% mujeres. En la tabla 5.9 se muestran los resultados obtenidos en ambos estudios.

Tabla 5.9. Coeficientes de estabilidad temporal (test-retest) del Q-PAD en varios estudios

| | Estudio de la adaptación española | Estudio de Sica <i>et al.</i> (2011) |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Insatisfacción corporal | 0,89 | 0,95 |
| Ansiedad | 0,84 | 0,87 |
| Depresión | 0,78 | 0,79 |
| Abuso de sustancias | 0,79 | 0,82 |
| Problemas interpersonales | 0,76 | 0,77 |
| Problemas familiares | 0,82 | 0,82 |
| Incertidumbre sobre el futuro | 0,87 | 0,83 |
| Riesgo psicosocial | 0,84 | 0,87 |
| Autoestima y bienestar | 0,85 | 0,82 |

Tal y como se puede observar, el valor promedio de los coeficientes de estabilidad temporal fue excelente (0,83 en el caso del estudio de la adaptación española y 0,84 en el caso de Sica y colaboradores), con

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

5.2. Evidencias de validez

Messick (1989, p. 13) ya expresó con gran claridad hace décadas el concepto central de la validez: «La validez es un juicio integral acerca del grado en que la evidencia empírica y el fundamento teórico apoya la adecuación y conveniencia de las inferencias y acciones basadas en las puntuaciones del test...». Esta misma concepción es la que sostienen los actuales estándares sobre tests en los que se afirma que «la validez se refiere al grado en que la evidencia y la teoría respalda la interpretación de las puntuaciones del test para los usos pretendidos» (*American Educational Research Association et al.*, 2014, p. 11). Esto supone un giro al concepto más tradicional de validez, enfocada en la prueba, para poner la atención en las inferencias extraídas a partir de la misma. En otras palabras, se podría decir que no son tanto los tests los que se someten a validación sino las inferencias extraídas de los mismos, así como las decisiones que se tomen de acuerdo a ellas. Esto supone, por una parte, incluir al usuario de la prueba dentro de la esfera de la responsabilidad de su uso, ya que la validez estará determinada por la adecuación de las inferencias que manifieste. Por otra parte, realza el hecho de considerar la validez como un asunto de grado y no un concepto dicotómico de todo o nada, lo que implica la acumulación continua de evidencias y argumentos de validez a lo largo de la vida útil del test.

En este sentido, cuando se menciona el concepto de validez ya no se habla de diferentes tipos de validez, sino más bien de diferentes vías o líneas que aportan evidencias sobre la validez de la prueba, todas ellas encaminadas a proporcionar una información relevante para conseguir una interpretación específica de las puntuaciones del test (*American Educational Research Association et al.*, 2014).

Aunque los constructores de test son responsables de aportar evidencias sobre la validez, es el usuario el que debe evaluar si estos datos apoyan el uso que desea realizar de la prueba para un determinado fin. Esto no supone que un test solo sea válido para la finalidad y los propósitos marcados inicialmente por los creadores de la prueba. El examen exhaustivo de los datos sobre su validez incluye los proporcionados en el presente manual así como las investigaciones que se hayan realizado con esta prueba en distintos contextos, poblaciones y con diferentes objetivos de evaluación.

Las evidencias de validez recopiladas sobre el Q-PAD se comentan en los siguientes apartados e incluyen aquellas relacionadas con su estructura interna, con las relaciones con otras variables y con criterios externos al propio test. Los profesionales que utilicen el Q-PAD tienen la responsabilidad de examinar estas y otras evidencias obtenidas en diversos contextos aplicados y de investigación y determinar la relevancia de la prueba para dar respuesta a sus necesidades y prácticas profesionales específicas.

5.3.1. Evidencias sobre la estructura interna

El análisis de la estructura interna de un test permite poner de relieve el grado en que las relaciones entre los ítems se corresponden con los constructos que se pretenden medir (Martínez Arias, Hernández Lloreda y Hernández Lloreda, 2006). Para realizar este tipo de análisis se utilizan técnicas estadísticas que examinan si las relaciones observadas entre las variables se corresponden con las hipotetizadas para los constructos que se están evaluando.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

Tal y como puede observarse en la tabla, cabe destacar la relación entre las escalas Depresión y Ansiedad, trastornos con una elevada comorbilidad, así como entre la escala Autoestima y bienestar y la mayoría de escalas de problemas. En el primer caso, resulta oportuno remarcar que un gran número de publicaciones indican la convivencia entre sintomatología ansiosa y depresiva (véase por ejemplo Sica, Coradeschi, Ghisi y Sanavio, 2006). Ambas escalas también guardan relación con la presencia de problemas interpersonales y familiares. En el segundo caso, tal y como cabría esperar, aquellas personas con un menor nivel de autoestima y bienestar suelen mostrar en el Q-PAD mayor insatisfacción con su imagen corporal, mayor nivel de problemas emocionales y del estado de ánimo (ansiedad y depresión), mayor problemática en sus relaciones interpersonales y familiares, así como un mayor riesgo psicosocial. Finalmente, el índice Riesgo psicosocial, como índice de carácter más global y con indicadores provenientes de distintas escalas, está relacionado con la aparición de problemas emocionales (ansiedad, depresión), problemas en sus relaciones (familiares e interpersonales) y abuso de sustancias.

En síntesis, los resultados mostrados previamente obtenidos con los datos de la adaptación española aportan evidencias que apoyan la estructura del test en lo que se refiere tanto al número de factores como a su interpretación. Las técnicas de análisis empleadas y las decisiones tomadas al aplicarlas (tipo de análisis factorial, método de extracción de factores y de rotación, *software* empleado, etc.) han sido descritas de forma detallada con el objetivo de proporcionar el marco adecuado para la interpretación de los resultados por parte del lector.

5.3.2. Evidencias sobre la relación con otras variables

Un aspecto importante que es necesario considerar al analizar las evidencias de la validez de las puntuaciones de un test es su relación con otras variables de interés que son externas al propio test. Entre estos análisis pueden incluirse, por ejemplo, el examen de las relaciones con las puntuaciones de otros test que miden constructos similares o distintos (véase el apartado 5.3.2.1) o el análisis de las diferencias que muestran las puntuaciones del test entre diferentes grupos o poblaciones especiales (véase el apartado 5.3.2.2).

5.3.2.1. Relaciones con otros instrumentos y variables

En este apartado se presentan resultados acerca de la relación del Q-PAD con otros instrumentos de evaluación, aportándose como evidencias relevantes para la comprensión de la validez convergente y discriminante del test. Este tipo de evidencias están basadas en el grado en que las puntuaciones de las diferentes escalas del Q-PAD se relacionan en mayor grado con las puntuaciones en otras pruebas similares, al tiempo que se relacionan menos con aquellas que miden constructos diferentes.

Con este objetivo, se dispusieron varios estudios con diversas muestras ($n > 200$ en varias de las muestras) en los que se correlacionaron las puntuaciones del Q-PAD con las de otros instrumentos o variables que evaluaban constructos similares o próximos. En concreto, se seleccionaron instrumentos y variables que cubrieran las distintas áreas evaluadas por el Q-PAD para que pudieran servir de marcadores (autoestima, relaciones interpersonales, sintomatología clínica y psicopatología, respectivamente). En su conjunto, el promedio de las correlaciones del test con las escalas de otros tests que medían constructos similares o con los que se esperaban relaciones altas fue de 0,66. Su correlación con escalas con las que no debería estar relacionado fueron próximas a cero.

A continuación se presentan por separado las correlaciones del Q-PAD con cada una de las pruebas, describiendo en primer lugar el test marcador escogido para justificar su elección y sus propiedades psicométricas y, posteriormente, los resultados en cada uno de los estudios.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

5.3.2.2. Estudios con grupos clínicos y poblaciones especiales

A lo largo de este apartado se analizan las puntuaciones obtenidas en el Q-PAD en distintas muestras de poblaciones especiales¹² (muestras clínicas, muestras de menores infractores...). Para ello se compararán las puntuaciones obtenidas en cada una de estas muestras o submuestras clínicas o forenses con las obtenidas por submuestras de la población general de adolescentes. Estas submuestras de población general han sido seleccionadas al azar de la muestra de tipificación o de población general del Q-PAD de forma que estuvieran emparejadas con la muestra clínica o forense a estudio en función de las variables edad, sexo y nivel de estudios de ambos progenitores (nivel de estudios del padre y nivel de estudios de la madre) para que actuara como grupo control o de referencia.

Estos análisis tienen por objetivo aportar evidencias de la validez de las puntuaciones del Q-PAD, estableciendo hipótesis de validación claras y adecuadas. Los resultados obtenidos han permitido observar diferencias significativas en el sentido esperado y atendiendo al tamaño del efecto. Adicionalmente, ha de reseñarse el carácter clínico de las muestras que explica los tamaños muestrales reducidos de los que se ha dispuesto.

A la hora de interpretar los resultados, es importante también tener en cuenta alguna de las limitaciones de estos resultados antes de continuar con la interpretación de los datos. Entre ellas cabe mencionar que las muestras clínicas fueron obtenidas de manera incidental y que no son necesariamente representativas de las distintas patologías clínicas. Además, como se ha señalado anteriormente, los tamaños de las muestras son reducidos. Por todos estos motivos los resultados obtenidos deben ser considerados con la lógica cautela.

En primer lugar se analizará el perfil de puntuaciones en el Q-PAD en el conjunto de la muestra clínica para, posteriormente, pasar a valorar los perfiles de cada una de las submuestras clínicas (problemas emocionales, problemas de consumo de sustancias, problemas de conducta, problemas de conducta alimentaria), que están vinculadas más claramente a conjuntos específicos de escalas del Q-PAD. Finalmente, se explorará el perfil de puntuaciones en un grupo de adolescentes internados en un centro de menores infractores.

Muestra clínica

En primer lugar se compararon los resultados de la muestra clínica de la adaptación española en su conjunto con una submuestra de población general emparejada en edad, sexo y nivel de estudio de ambos progenitores. Dado el carácter global y general de la muestra clínica (sin distinguir áreas de problemas o tipos de patologías) cabría esperar puntuaciones significativamente más elevadas en todas las escalas de Q-PAD relacionadas con aspectos psicopatológicos o clínicos (Insatisfacción corporal, Ansiedad, Depresión, Abuso de sustancias, Problemas interpersonales, Problemas familiares, Riesgo psicosocial) y significativamente más bajas en la escala Autoestima y bienestar. En la escala Incertidumbre sobre el futuro, menos clínica y más relacionada con aspectos vocacionales y de orientación profesional y académica, no cabría esperar diferencias relevantes.

12. En el apartado 5.1 de este capítulo puede encontrarse una descripción de las características sociodemográficas de la muestra clínica y sus distintas submuestras clínicas según el área de problemas (problemas emocionales, trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la conducta, trastornos alimentarios) así como de la muestra de menores infractores.

En la tabla 5.22 se muestran los estadísticos descriptivos en ambas muestras, revelando la presencia de diferencias estadísticamente significativas y con tamaños del efecto entre pequeños y moderados en la muestra clínica en comparación con la muestra control emparejada de población general en las escalas Insatisfacción corporal, Ansiedad, Depresión, Abuso de sustancias, Problemas interpersonales, Problemas familiares, Riesgo psicosocial y Autoestima y bienestar. La única escala en la que no aparecen diferencias es la relativa a Incertidumbre sobre el futuro, una escala menos relacionada con los aspectos más psicopatológicos que motivaban la pertenencia a la muestra clínica. La magnitud de los tamaños del efecto hallada está relacionada probablemente con el carácter indiscriminado y genérico de la muestra clínica, cabiendo esperar tamaños del efecto más elevados en submuestras específicas vinculadas a cada uno de los aspectos evaluados por las escalas del Q-PAD.

Tabla 5.22. Estadísticos descriptivos en el Q-PAD de la muestra clínica y una muestra de población general emparejada en edad, sexo y nivel de estudios de ambos progenitores

| Escalas del Q-PAD | Muestra de población general emparejada a la muestra clínica (n = 182) | | Muestra clínica (n = 182) | | F (1, 362) | p | d |
|-------------------------------|--|------|---------------------------|------|------------|--------|-------|
| | Media | Dt | Media | Dt | | | |
| Insatisfacción corporal | -0,11 | 0,98 | 0,17 | 1,10 | 6,5* | 0,011 | 0,28 |
| Ansiedad | -0,01 | 0,99 | 0,53 | 1,15 | 22,9*** | <0,001 | 0,55 |
| Depresión | 0,06 | 0,98 | 0,45 | 1,16 | 12,2*** | <0,001 | 0,40 |
| Abuso de sustancias | 0,08 | 1,01 | 0,50 | 1,54 | 9,8** | 0,002 | 0,42 |
| Problemas interpersonales | 0,04 | 1,03 | 0,33 | 1,07 | 6,8** | 0,009 | 0,29 |
| Problemas familiares | 0,01 | 1,01 | 0,64 | 1,14 | 31,5*** | <0,001 | 0,63 |
| Incertidumbre sobre el futuro | 0,15 | 1,04 | 0,05 | 1,08 | 0,8 | 0,380 | -0,09 |
| Riesgo psicosocial | 0,11 | 0,96 | 0,71 | 1,26 | 24,9*** | <0,001 | 0,63 |
| Autoestima y bienestar | 0,01 | 1,03 | -0,62 | 1,11 | 30,5*** | <0,001 | -0,61 |

Nota. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$. Para facilitar la interpretación y lectura de la tabla, las puntuaciones en el Q-PAD se han expresado en puntuaciones típicas z (media = 0 y Dt =1) tras la comparación con los baremos por edad y sexo del Q-PAD en su adaptación española. El valor *d* representa el tamaño del efecto de la diferencia entre la muestra correspondiente y la muestra de población general del Q-PAD emparejada en edad, sexo y nivel de estudios a la muestra clínica bajo estudio, calculado según la delta de Glass. Un resultado positivo indica un mayor nivel en esa puntuación en la muestra o submuestra clínica con respecto a la normal, y a la inversa en el caso de un valor negativo.

Muestra clínica con problemas emocionales

La submuestra clínica con problemas emocionales estuvo formada por 50 adolescentes que presentaban distintos tipos de patologías vinculadas a aspectos emocionales y del estado de ánimo y en los que cabría esperar puntuaciones significativamente más elevadas con relación a la población general en las escalas del Q-PAD más vinculadas a estas áreas, como son las escalas Ansiedad, Depresión y Autoestima y bienestar.

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

6. Tipificación en Latinoamérica

Los datos de las aplicaciones del Q-PAD procedentes de distintos países de Latinoamérica han permitido realizar los estudios necesarios para ofrecer baremos específicos de varios países (México y Colombia) y un baremo general de Latinoamérica, así como analizar la fiabilidad y validez de esta prueba en otros países de lengua española. Estos baremos permitirán evaluar a los adolescentes comparando sus respuestas con las de grupos normativos procedentes de su mismo país o región geográfica.

En este capítulo se resume de forma sintética la información de referencia sobre el proceso de tipificación en lo que respecta a la descripción de las características de las muestras y a los datos más relevantes sobre las propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez. No obstante, ha de señalarse que estos datos han de complementarse con los datos de fiabilidad y validez señalados en el capítulo 5 de fundamentación psicométrica y que han sido obtenidos tanto a partir de su adaptación a lengua española como de los estudios internacionales realizados, así como con la información descrita en el capítulo 4 sobre el proceso de creación y desarrollo del Q-PAD y su adaptación a lengua española. También han de integrarse con las publicaciones existentes en la literatura científica (véase por ejemplo el artículo de Galván *et al.* 2016 sobre la validación del Q-PAD en muestras colombianas). Ha de recordarse que el análisis de la validez de una prueba supone tener en cuenta todas las evidencias disponibles que apoyen las inferencias interpretativas que se realicen, teniendo en cuenta para ello tanto su proceso original de desarrollo y su posterior adaptación como los estudios realizados en distintos países y las publicaciones disponibles al respecto. En su conjunto, los datos disponibles aportan evidencias relativas a la fiabilidad y validez del Q-PAD en los distintos países de lengua española donde se ha utilizado.

6.1. Muestra de tipificación o baremación¹³

Los aplicadores que participaron en la recogida de muestra fueron seleccionados de acuerdo a su formación y experiencia profesional. Se les proporcionó un manual experimental de la adaptación a lengua española del Q-PAD en el que se detallaban las instrucciones de aplicación, los procedimientos de evaluación

13. En este apartado se describen de forma sintética las muestras de tipificación o baremación vigentes en la fecha de publicación de esta edición del manual. No obstante, se recomienda al lector que esté atento a la información que pueda aparecer en el menú del Q-PAD dentro de la plataforma de corrección (www.teacorriges.com) para obtener información actualizada y detallada sobre las muestras de tipificación o baremación disponibles en el momento de la evaluación.

y todas las recomendaciones de buenas prácticas necesarias para garantizar la obtención de datos válidos y fiables con este instrumento. Todas las dudas que surgieron fueron atendidas por el equipo adaptador, quien les proporcionó asistencia continua durante toda esta fase.

La fase de recogida de muestra duró seis meses y en total se evaluaron a 1.498 casos (598 casos de Colombia, 557 de México, 241 de Paraguay y 102 de Ecuador). Todos los protocolos fueron minuciosamente revisados al finalizar la recogida de muestra para garantizar que se habían respondido correctamente y se descartaron aquellos casos en los que se detectó alguna anomalía en su aplicación. En las aplicaciones colectivas en muestras de adolescentes es particularmente importante controlar la presencia de protocolos respondidos al azar o descuidadamente que pudieran alterar sensiblemente los datos de tipificación y validación de la prueba bajo estudio. En el caso del Q-PAD se eliminaron aquellos casos que tenían un porcentaje significativo de respuestas en blanco o que mostraban un patrón de respuesta azarosa o inconsistente de acuerdo a indicadores y escalas de inconsistencia de respuesta desarrolladas específicamente para este fin en la versión de tipificación del Q-PAD. También se excluyeron aquellos casos con edades inferiores a 12 años o superiores a 18. En total se eliminaron 289 casos (19,3% de la muestra original), por lo que finalmente se dispuso de 1.209 adolescentes de población general o comunitaria de distintos países distribuidos por edad y sexo de acuerdo a los datos que se presentan en la tabla 6.1.

Tabla 6.1. Composición de la muestra de tipificación de Latinoamérica por país, edad y sexo

| Edad | Colombia | | México | | Paraguay | | Ecuador | | Total Latinoamérica | |
|---------|----------|-----------|--------|-----------|----------|-----------|---------|-----------|---------------------|-----------|
| | n | % mujeres | n | % mujeres | n | % mujeres | n | % mujeres | n | % mujeres |
| 12 - 13 | 103 | 55,3 | 184 | 57,1 | 50 | 56,0 | - | - | 337 | 56,4 |
| 14 - 15 | 165 | 53,9 | 87 | 44,8 | 83 | 57,8 | 27 | 59,3 | 362 | 53,0 |
| 16 - 18 | 239 | 52,3 | 181 | 51,9 | 47 | 51,1 | 43 | 39,5 | 510 | 51,0 |
| Total | 507 | 53,5 | 452 | 52,7 | 180 | 55,6 | 70 | 47,1 | 1209 | 53,1 |

6.2. Fiabilidad

Al igual que en el caso de la muestra de la tipificación española, se estimó la fiabilidad en términos de consistencia interna, utilizando para ello los coeficientes alfa de Cronbach. Tal y como puede advertirse en la tabla 6.2, los valores obtenidos pueden considerarse generalmente satisfactorios, siendo el valor promedio de los coeficientes de fiabilidad igual a 0,80, lo que avala la idoneidad de la prueba para las evaluaciones en cada uno de estos países. Para más información sobre el significado e interpretación de los coeficientes alfa puede consultarse el apartado 5.2 de este manual.

Tabla 6.2. Coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach) del Q-PAD en las muestras de tipificación de Latinoamérica

| | Colombia (n = 507) | México (n = 452) | Paraguay (n = 180) | Ecuador (n = 70) | Latinoamérica (n = 1.209) |
|-------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|------------------------------|
| Insatisfacción corporal | 0,80 | 0,87 | 0,83 | 0,90 | 0,84 |
| Ansiedad | 0,80 | 0,84 | 0,82 | 0,85 | 0,83 |
| Depresión | 0,78 | 0,79 | 0,81 | 0,80 | 0,80 |
| Abuso de sustancias | 0,73 | 0,65 | 0,67 | 0,79 | 0,70 |
| Problemas interpersonales | 0,73 | 0,74 | 0,78 | 0,83 | 0,76 |
| Problemas familiares | 0,70 | 0,73 | 0,73 | 0,83 | 0,73 |
| Incertidumbre sobre el futuro | 0,85 | 0,87 | 0,92 | 0,93 | 0,88 |
| Riesgo psicosocial | 0,83 | 0,79 | 0,83 | 0,89 | 0,82 |
| Autoestima y bienestar | 0,71 | 0,75 | 0,76 | 0,75 | 0,74 |

6.3. Evidencias de validez

Complementariamente a las evidencias de validez sobre el Q-PAD que incluye este manual en los capítulos 4 y 5, a continuación se presenta el análisis de la estructura interna de la prueba en las distintas muestras recogidas en Latinoamérica. Para ello, se puso a prueba la estructura factorial teórica del Q-PAD establecida por Sica *et al.* (2011) mediante análisis factoriales confirmatorios que determinarían la bondad del ajuste del modelo a los datos recogidos en las muestras de tipificación de Latinoamérica. Teniendo en cuenta la escala de medida de los ítems del Q-PAD, se emplearon correlaciones policóricas para el análisis factorial confirmatorio y el estimador WLSMV (*Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted*) disponible en el programa Mplus 6.1 (Muthen y Muthen, 2010).

Los resultados de los índices de ajuste al modelo se muestran en las tablas 6.3 a 6.5 para toda la muestra de Latinoamérica, para la muestra de Colombia y para la muestra de México respectivamente (no se realizaron estos análisis para las muestras de Paraguay y Ecuador debido a su limitado tamaño muestral). Como puede observarse, el modelo del Q-PAD obtuvo satisfactorios índices de ajuste a los datos recogidos en las muestras de Latinoamérica, Colombia y México. Adicionalmente, se evaluó el ajuste de un modelo del Q-PAD con modificaciones menores que habían sido sugeridas en su adaptación española y que reflejaban la esperada relación entre las escalas clínicas y las escalas de bienestar del Q-PAD, o lo que es lo mismo, entre aspectos puntuales de la autoestima y el bienestar y la insatisfacción con la imagen corporal, la depresión y la ansiedad (véase el apartado 5.3.1 del capítulo 5 de este manual).

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com

7. Aspectos teóricos de la adolescencia

En este capítulo se presentarán desde un punto de vista teórico aquellos conceptos fundamentales relativos al periodo evolutivo que supone la adolescencia, sus principales áreas de desarrollo y los dominios de psicopatología y las conductas de riesgo que suelen aparecer.

Con este objetivo, en un primer bloque (apartado 7.1) se repasará históricamente el concepto de adolescencia y su abordaje desde distintos modelos teóricos para, posteriormente, tratar las distintas áreas de desarrollo (físico, cerebral, cognitivo, emocional y afectivo, sexual...). En un segundo bloque (apartado 7.2) se describirán someramente las diferentes áreas de psicopatología que suelen estar presentes en la adolescencia y su relevancia.

En su conjunto, el objetivo de este capítulo es proporcionar al lector interesado en estos aspectos un marco teórico, histórico y conceptual de la adolescencia, su psicopatología y las conductas de riesgo asociadas.

7.1. La adolescencia

El concepto de adolescencia es relativamente reciente en la historia de la humanidad y se considera el resultado de la modernización social que tuvo lugar en la primera mitad del siglo XVIII. Anteriormente no se tenía en cuenta la presencia de una etapa intermedia entre el periodo infantil y la edad adulta, es decir, la adolescencia. Antes de que empezase la industrialización, como nos indica Philippe Ariès en su obra *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen* (1987), en cuanto se le quitaban los pañales al niño se le enviaba a aprender un trabajo en los talleres de artesanía donde el maestro le enseñaba las técnicas y los secretos de un oficio para que se integrara en el mundo de los adultos. Este proceso marcaba el brusco cambio de la infancia a la edad adulta, caracterizado por la consecución de la autonomía física. El niño se consideraba entonces como un «pequeño adulto».

Sin embargo, al pasar del siglo XVIII al siglo XIX tuvieron lugar importantes acontecimientos que llevaron al nacimiento del concepto de adolescencia. La atención dedicada hacia esta franja de edad y las exigencias de los adultos hacia ella y su actitud también se reflejó a nivel legislativo. Todo esto contribuyó a la creación de una etapa dentro del desarrollo evolutivo que se interpuso entre la infancia y la edad adulta. Alrededor de 1900 se empieza a hablar de adolescencia como una fase de la vida humana, como un periodo de transición caracterizado por cambios físicos, psicológicos y sociales necesarios para la construcción de una imagen de sí mismo. Así, a principios del siglo XX la adolescencia fue objeto de numerosos estudios llevados a cabo por psicólogos clínicos, psicoanalistas, antropólogos y sociólogos que, mediante diversas investigaciones, produjeron una gran cantidad de datos sobre la adolescencia. No obstante, entre el mo-

La visualización de estas páginas no está disponible.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla
consulte:

www.teaediciones.com



El **Q-PAD** es una prueba rápida y fácil de aplicar, corregir e interpretar cuyo objetivo es la detección y evaluación de problemas en adolescentes (12-18 años), incluyendo las variables más relevantes: **Ansiedad, Depresión, Insatisfacción corporal, Problemas en las relaciones con los demás, Problemas familiares, Incertidumbre sobre su futuro, Riesgo psicosocial, Abuso de sustancias, Autoestima y bienestar.**

Por sus características, el **Q-PAD** puede ser un instrumento útil en todos aquellos contextos en los que sea necesaria una evaluación psicopatológica o del nivel de bienestar del adolescente:

- a) **Ámbito escolar-educativo:** apoyo en labores de orientación psicopedagógica o vocacional, detección de dificultades de adaptación y problemas, orientación de intervenciones psicopedagógicas, evaluaciones colectivas y *screening* de problemas, análisis de las mejoras producidas por programas de intervención...
- b) **Ámbito clínico:** evaluación inicial, evaluación de las intervenciones o de la mejora clínica, evaluación psiquiátrica...
- c) **Ámbito forense:** evaluación en contextos de centros de menores, tribunales, peritajes...
- d) **Investigación:** por sus satisfactorias propiedades psicométricas, su brevedad y su evaluación de amplio espectro resulta un cuestionario muy adecuado para su aplicación también en investigación como medida complementaria o central del estudio.

Los ítems del cuestionario han sido diseñados y validados para adaptarse a los adolescentes en cuanto a su formato y redacción. Además, la relativa brevedad del cuestionario (**aproximadamente 20 minutos de aplicación**), constituye un punto fuerte que no debe pasarse por alto debido a la escasa motivación y preocupación con la que la población adolescente realiza este tipo de pruebas, a las que suelen ser reticentes. Adicionalmente, los estudios de fiabilidad y validez realizados han mostrado que el **Q-PAD** constituye una herramienta útil en el trabajo con adolescentes tanto en el contexto educativo como en el clínico, social o forense.

Finalmente, su perfil de resultados permite una **interpretación fácil y rápida de las posibles áreas clave de malestar y bienestar de la persona evaluada.**