Revista UNIANDES Ciencias de la Salud 2025; 8(3): 252–268 ISSN: 2661-6556

https://doi.org/10.61154/rucs.v8i3.4187

Visibilizando fortalezas en la vulnerabilidad: un estudio sobre niñez trabajadora en situación de callejización en Quito-Ecuador

Highlighting strengths within vulnerability: a study on working children in street situations in Quito-Ecuador

Silvia Lorena Castellanos Rodríguez [I], Martín Carvajal Castellanos [II], Ester Carvajal Castellanos [II]

[I.] Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Central del Ecuador. Quito, Pichincha, Ecuador. lorenacastellanos10@hotmail.com, https://orcid.org/0000-0003-1079-2470
[II.] Facultad de Sociología, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Pichincha, Ecuador. carvajalcastellanosmartin@gmail.com, https://orcid.org/0000-0003-3620-3726
[III.] Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO. Quito, Pichincha, Ecuador. esterocarvajal@gmail.com, https://orcid.org/0009-0001-0635-0410

Recibido: 29/07/2025 Revisado: 10/08/2025
Aprobado: 20/08/2025 Publicado: 01/09/2025

RESUMEN

Introducción: El estudio analiza las fortalezas individuales y sociales de niños, niñas y adolescentes (NNA) en situación de callejización, utilizando la Escala de Evaluación Emocional y de Comportamiento, segunda edición (BERS-2), Escala de Evaluación para Jóvenes. **Método**: Para tal efecto se realiza una investigación cuantitativa transversal con un solo momento de recolección de datos, aplicando la BERS-2 a 20 NNA del Centro del Muchacho Trabajador de Cotocollao (CMT) en la ciudad de Quito – Ecuador. **Resultados**: Los resultados obtenidos indican que el 90% de NNA del CMT tienen un puntaje de fortalezas emocionales y de comportamiento en el promedio y sobre el promedio. **Conclusiones**: Los hallazgos permiten afirmar que es posible identificar fortalezas en cualquier grupo humano, independientemente de su situación de vulnerabilidad, y que la BERS-2 es un instrumento útil y pertinente para dicha medición.

Palabras clave: Callejización, niñez, vulnerabilidad, escala de evaluación conductual.

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

ABSTRACT

Introduction: This study analyzes the individual and social strengths of children and adolescents (NNA) in street situations, using the Behavioral and Emotional Rating Scale, Second Edition (BERS-2), Youth Rating Scale. **Method**: A cross-sectional quantitative study was conducted with a single data collection point, applying the BERS-2 to 20 NNA from the Centro del Muchacho Trabajador de Cotocollao (CMT) in Quito, Ecuador. **Results**: The findings indicate that 90% of the NNA from CMT scored within or above the average range for emotional and behavioral strengths. **Conclusions**: The results suggest that it is possible to identify strengths in any human group, regardless of their vulnerability, and that the BERS-2 is a useful and relevant instrument for such assessment.

Keywords: Street situation, childhood, vulnerability, behavioral rating scale.

INTRODUCCIÓN

Las evaluaciones tradicionales realizadas a grupos en situación de vulnerabilidad han sido dominadas por el paradigma médico hegemónico (1), basadas en el concepto del proceso de la enfermedad, riesgo, déficit, problemas conductuales o actitudes antisociales (2,3,4). El foco de estas evaluaciones ha sido de una forma o de otra, diagnosticar condiciones patológicas (2).

En el área de trastornos emocionales y conductuales, están disponibles muchas escalas de evaluación que documentan patologías, déficits y problemas en niños, niñas y adolescentes (NNA).[5] La *Revised Behavior Problem Checklist* (RBPC) por ejemplo, es una escala de calificación de problemas de conducta en la cual se incluyen 89 ítems de comportamientos problemáticos, que son calificados de acuerdo con una escala de tres puntos (6).

La *Child Behavior Checklist* (CBCL) se encuentra entre las escalas utilizadas para evaluar problemas emocionales y conductuales juveniles tanto en entornos clínicos como de investigación(7). El *Teacher's Report Form* (TRF) es un instrumento que sirve para evaluar los problemas de comportamiento de estudiantes y ha sido utilizado para medir la adaptación social de los participantes mediante 113 preguntas. Dentro de las preguntas se encuentran ítems que ayudan a identificar la dificultad de seguir instrucciones, molestar a sus compañeros e interrumpir la disciplina en clase (8). El *Youth Self Report* (YSR), es un instrumento ampliamente utilizado, bien

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

documentado y psicométricamente sólido, cuyo objetivo es valorar las manifestaciones psicopatológicas en la infancia y adolescencia(9,10). Este instrumento consta de dos secciones, en la primera se valora a través de 17 ítems las competencias psicosociales y en la segunda, 16 ítems describen comportamientos socialmente deseables y 96 especifican un gran número de conductas problemáticas (10).

Muchos autores critican la tendencia de este tipo de escalas, ya que han sido diseñadas para detectar la presencia de comportamientos negativos y no los comportamientos positivos o potencialidades de los NNA.(11) En el caso específico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) por ejemplo, la escala más utilizada es la de *Conners*(12,13). Están también la *Escala de Evaluación Integral ACTeRS* (14), la *SNAP IV* (15), la *ADHD RS-IV* (16), la *Vanderbilt ADHD Parent Ratings Scale (VADPRS)* y la *FBB-ADHA*, una escala de valoración alemana basada en la clasificación internacional de las enfermedades décima edición (CIE-10) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, cuarta edición DSM IV (17).

Algunas de estas medidas poseen fuertes propiedades psicométricas y son muy útiles para los fines para los cuáles fueron diseñados, como fomentar el entendimiento del comportamiento de NNA (18). Aunque la identificación del déficit o debilidades es con frecuencia fundamental, existe un problema potencial en aquellas evaluaciones diseñadas exclusivamente para determinar los déficits. Éstas pueden limitar innecesariamente el alcance y los tipos de información obtenida y pueden enfatizar excesivamente los aspectos negativos y no los positivos (19). También pueden dificultar la obtención de información crítica para el desarrollo, implementación y monitoreo de los planes de servicios efectivos (9).

Aunque las evaluaciones tradicionales en muchas ocasiones cumplen el propósito para el cual fueron diseñadas, lo que puede ser más ventajoso en la planificación de las estrategias de prevención e intervención en personas en situación de vulnerabilidad es la evaluación basada en fortalezas (9, 18, 20, 21). Este es un enfoque relativamente nuevo en el campo de la Salud Pública, pero utilizado ampliamente en las disciplinas de Trabajo Social y la Psicología (22).

La Evaluación Basada en Fortalezas provee un enfoque holístico para trabajar con programas de intervención con NNA con necesidades emocionales y de comportamiento (18), proporciona además, una base para el desarrollo de las habilidades sociales (23). Ha sido definida como la medición de las habilidades y competencias emocionales y de comportamiento que crean un sentido de realización personal y contribuyen a obtener relaciones interpersonales satisfactorias

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

(23,24). Estas habilidades mejoran la capacidad personal para superar la adversidad, el estrés y a la vez promueven el desarrollo personal, social y académico del individuo (25,26).

Esta perspectiva ofrece además un conjunto de principios guía, con la premisa fundamental que las personas harán su mejor esfuerzo en el largo plazo cuando se les ayuda a identificar, reconocer y utilizar sus propias fortalezas y recursos, además de los de su entorno (4). Demanda que los individuos, familias y comunidad sean vistos a la luz de sus capacidades, talentos, competencias, posibilidades, visiones, valores y esperanzas (27). Se asume desde esta perspectiva, que los seres humanos tienen la capacidad de crecer y cambiar, que aún el niño más problemático y la familia más disfuncional tienen fortalezas, competencias y recursos que pueden ser utilizados para mejorar su calidad de vida (18, 27).

A diferencia de las evaluaciones tradicionales que abusan del ejercicio del poder y refuerzan las estructuras sociales que generan inequidad (2), la evaluación basada en fortalezas promueve el empoderamiento de poblaciones vulnerables (27,28,29,30). Este enfoque busca identificar, visibilizar y potenciar los recursos individuales y contextuales disponibles, con el fin de promover la equidad y la justicia en todos los niveles de la sociedad (2). En este sentido, la Evaluación Basada en Fortalezas ayuda a los individuos, familias y comunidades a descubrir y utilizar sus recursos (27); a reconocer su auto eficacia y su capacidad personal para inducir el cambio o hacer un impacto en el medio ambiente (31). Contribuye a que las familias se involucren y se vean como actoras en el proceso de encontrar soluciones a los problemas que enfrentan (32).

Son pocas las escalas desarrolladas específicamente para evaluar las fortalezas. Entre ellas se destaca el *Clinical Assessment Package for Assessing Clients' Risk and Strength* (CASPARS) (22,33), un conjunto de cinco instrumentos clínicos que consideran tanto las fortalezas como los factores de riesgo en los pacientes. Otro instrumento ampliamente utilizado es el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), desarrollado en el Reino Unido por Robert Goodman en 1997, el cual es actualmente una de las herramientas más empleadas para la detección de problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes de entre 4 y 16 años (34).

El instrumento utilizado en la presente investigación es la Escala de Evaluación Emocional y de Comportamiento Segunda Edición BERS-2 (por sus siglas en inglés), Escala de Evaluación para Jóvenes. Esta escala en su versión original y en su segunda edición, es un instrumento que posee fuertes propiedades psicométricas y mide fortalezas individuales, académicas, familiares y sociales en NNA, además de la probabilidad de presentar trastornos de emocionales y de conducta (5,9,18).

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

Las escalas BERS y BERS-2 han sido aplicadas en diversas poblaciones y con distintos fines. Por ejemplo, se han utilizado para diferenciar las habilidades de comportamiento entre estudiantes referidos por razones disciplinarias y aquellos que no lo han sido (23), así como para evaluar las fortalezas de niños y niñas con Trastornos del Espectro Autista (TEA) (37). También han demostrado utilidad para discriminar entre niños y niñas con Dificultades de Aprendizaje (DA) o Trastornos Emocionales y de Comportamiento (TEC) y quienes no presentan tales condiciones (38). Hasta donde alcanza el conocimiento de los autores, ésta es la primera investigación que aplica dichas escalas para evaluar las fortalezas emocionales y de comportamiento en niños, niñas y adolescentes en situación de callejización.

METODOLOGÍA

Con el propósito de analizar las fortalezas individuales, académicas, familiares y sociales de los NNA en situación de callejización del Centro del Muchacho Trabajador (CMT) en la Parroquia de Cotocollao de la ciudad de Quito, Ecuador, se realiza una investigación cuantitativa transversal con un solo momento de recolección de datos.

Participantes

Para la presente investigación se reclutaron 20 NNA del Centro del Muchacho Trabajador (CMT) de Cotocollao, en la ciudad de Quito, Ecuador. El tamaño de la muestra se sustenta en antecedentes de estudios similares que han trabajado con NNA en situación de vulnerabilidad. Por ejemplo, se incluyeron cerca de 20 NNA en situación de callejización en un estudio realizado en Mekele, Etiopía, con el propósito de analizar la oferta de servicios públicos y privados disponibles para esta población (45); 24 NNA en la ciudad de Concepción, Chile, para examinar las relaciones dialécticas y antagónicas entre la cultura escolar y la cultura familiar en contextos de vulnerabilidad (46); 20 NNA en situación de callejización en la ciudad de México para evaluar su nivel de vulnerabilidad (47); y 26 NNA en Lahore, Pakistán, para identificar los factores que contribuyen a su situación de callejización (48).

La literatura distingue entre *niños de la calle*, aquellos que viven y duermen permanentemente en la vía pública sin mantener vínculos familiares, y *niños en la calle*, quienes pasan la mayor parte del día en espacios públicos, pero conservan contacto con sus familias y, en general, regresan a sus hogares para dormir (41,39,51). Los NNA participantes de la presente investigación se enmarcan en esta última categoría, ya que dedican buena parte de su jornada a actividades laborales en la

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

calle, pero residen en un entorno familiar. Además, la institución a la que pertenecen, el Centro del Muchacho Trabajador (CMT), prioriza el trabajo con las familias como eje fundamental de su intervención.

El CMT, "Una Familia de Familias", fue fundado en 1964 por el Sacerdote Jesuita Juan Halligan con el objetivo de atender en ese entonces, a 200 niños lustrabotas de la ciudad de Quito, que cumplían con el requisito de no estar vinculados a la delincuencia y mantener un vínculo familiar (42). Para el CMT, el trabajo es un valor y el trabajo infantil es considerado un derecho (43). Los egresados del CMT identifican su experiencia en el CMT como una oportunidad de desarrollo personal, social y económico por lo que revalorizan su origen de niños trabajadores en cualquier espacio al que acceden (42). El CMT considera al trabajo infantil como un valor para salir de la pobreza, validando la participación de NNA como fuerza económica y reforzando al trabajo como espacio de aprendizaje (44). La Tabla 1 contiene los descriptores demográficos de la muestra:

Tabla 1. Descripción de la población de estudio

Característica	Cantidad	Porcentaje	Promedio	Rango	Intervalo de Confianza
Género					
Mujeres	10	50%			
Hombres	10	50%			
Edad			12,7	(10 – 16)	(11, 92 - 13,48)
10 - 11 años	6	30%			
12 - 13 años	8	40%			
14 - 16 años	6	30%			
Escolaridad			8,1	(5 - 10)	(7,10 - 9,10)
Quinto – Séptimo	9	45%			
Octavo a Décimo	11	55%			
Grado con respecto a Edad					
Sí	9	45%			
No	11	55%			

Fuente: Datos de encuesta aplicada.

Instrumento

El instrumento utilizado en la presente investigación es La Escala de Evaluación Emocional y de Comportamiento Segunda Edición BERS-2 (por sus siglas en inglés), Escala de Evaluación para Jóvenes. Aunque la BERS-2 no fue desarrollada para diagnosticar ningún tipo específico de trastorno (18), estudios realizados demuestran que es capaz de diferenciar entre niños y niñas con trastornos emocionales y de conducta, de los que no los tienen (38). Esto es posible porque la

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

BERS-2 documenta la ausencia o presencia de fortalezas personales y una baja puntuación en la Escala, significa riesgo de presentar trastornos emocionales y de conducta (18). La BERS-2 mide con 52 ítems las siguientes fortalezas:

- Fortalezas Interpersonales (Fi).
- Fortalezas Intrapersonales (Fintr)
- Fortalezas Afectivas (Fa).
- Participación Familiar (Pf).
- Desempeño Escolar (De) (5,9,18).

La BERS-2 tiene además una sección de preguntas clave, que son una lista de ocho preguntas que proveen información más específica acerca de las fortalezas y recursos de los NNA. Estas preguntas están basadas en parte en investigaciones sobre resilencia y factores de protección (18). Se considera que estas preguntas proveen una información importante y útil para la elaboración de un diagnóstico y de planes de intervención.

Estrategia de análisis

Las fortalezas emocionales y de comportamiento de NNA del CMT fueron identificados con la aplicación y la obtención de los puntajes de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes. Los resultados obtenidos se compararon con las directrices para la interpretación de la BERS-2 que se encuentran en el Manual del Examinador (18). Con estos resultados se determinaron las probabilidades que los NNA participantes del estudio presenten o no, trastornos emocionales y de conducta.

La calificación de la BERS-2 se realiza utilizando tres tipos de puntuación, la puntuación bruta, el rango percentil y la puntuación estándar. La puntuación bruta es un tipo de puntuación que tiene poco valor clínico, su real valor consiste en que puede ser convertida en otro tipo de puntuación que agrega más información al análisis.

El segundo tipo de puntuación es el percentil. El percentil es derivado de la puntuación bruta e indica el porcentaje de los resultados en la muestra normativa, que están por encima o por debajo de la puntuación bruta. El tercer tipo de puntuación de la BERS-2 es la puntuación estándar, la que se deriva también de la puntuación bruta en una muestra normativa. Su utilización es más útil que los percentiles porque está expresada como unidades de desviación estándar para indicar la distancia de una puntuación de la calificación promedio en una muestra normativa. Para las subescalas de la BERS-2, la media de la distribución de la puntuación estándar se ha establecido

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

en 10 y la SD en 3 (18). La puntuación estándar permite a los examinadores comparar el puntaje del NNA con el puntaje de la muestra normativa o comparar su puntuación en una de las subescalas con el puntaje en otra.

Otra calificación generada por la BERS-2 es el *Índice de Fortalezas*, esta es una puntuación estándar que tiene una media de 100 y una desviación estándar de 15 (18). Es la más segura y útil de todas las puntuaciones de la BERS-2, ya que su puntuación es un valor relativo de las fortalezas emocionales y de comportamiento del NNA. Éste se calcula sumando las puntuaciones estándar de cada una de las subescalas y convirtiendo el total obtenido en el Índice de Fortalezas. El Manual del Examinador del BERS-2, contiene una tabla para obtener el Índice de Fortalezas de acuerdo con la sumatoria de cada puntuación estándar obtenida.(18) Las puntuaciones más altas indican mayores fortalezas emocionales y conductuales percibidas.

RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo compuesta por 20 NNA del CMT, con una distribución equitativa por sexo: 50 % mujeres y 50 % hombres. Las edades de los participantes oscilaron entre los 10 y 16 años, con una edad promedio de 12,7 años y un intervalo de confianza del 95 % entre 11,92 y 13,48 años. El promedio de escolaridad del grupo es de 8,1 años, oscilando en un rango de 5 a 13 años, con un Intervalo de Confianza entre 7,1 a 9,1 años. Cabe destacar además que el 55% de la muestra se encuentra en un grado o curso diferente al que le corresponde a su edad y el 45% restante se encuentra en un grado o curso correspondiente a su edad. A continuación, la Tabla 2 con los Indicadores familiares de los NNA participantes:

Tabla 2. Indicadores familiares de participantes

Indicadores	Número	Porcentaje	Promedio	Rango
Hermanos			3,3	(2 – 6)
Miembros en la familia			5,1	(5 – 7)
Tipo de Familia				
Vive solo	0			
Familia Nuclear	20	100%		
Familia Extendida	0			
Familia Extendida + amigos	0			
Con pareja	0			
Cabeza de familia				
Mamá	7	35%		
Mamá y Papá	10	50%		
Mamá y Padrastro	3	15%		

Fuente: Datos de encuesta aplicada.

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

Considerando los indicadores familiares de la población de estudio, se observa que el número de hermanos y hermanas oscila entre 2 y 6, siendo 3,3 el promedio de hermanos/as. El 100% de los entrevistados vive en una familia nuclear, conformada en un 35% por mamá y hermanos/as; en un 50% por mamá, papá y hermanos/as; y en un 15% por mamá, padrastro y hermanos/as.

Como se dijo anteriormente, los resultados obtenidos se compararon con las directrices para la interpretación de la BERS-2 que se encuentran en el Manual del Examinador, obteniéndose de esta forma, las fortalezas individuales, familiares y sociales de los NNA del CMT y su probabilidad de presentar o no trastornos emocionales y de conducta. La tabla 3 presenta los resultados obtenidos de la aplicación de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes y una guía para su interpretación.

Tabla 3. Guía para interpretar los resultados de la BERS-2. Escala de Evaluación para Jóvenes

Fortalezas Emocionales y de Comportamiento	Puntuación Estándar de la Subescala	Probabilidad que el NNA tenga trastornos emocionales y de comportamiento	Índice de Fortalezas	Porcentaje incluido en una distribución normal	# Niños/as del CMT en los rangos	Porcentaje de niños/as del CMT en los rangos
Muy superior	de 17 a 20	Extremadamente baja	> 130	2,34	1	5%
Superior	de 15 a 16	Extremadamente baja	121 - 130	6,87	0	0
Sobre el promedio	de 13 a 14	Muy baja	111 - 120	16,12	8	40%
En el promedio	de 8 a 12	Baja	90 - 110	49,51	10	50%
Bajo el promedio	de 6 a 7	Alta	80 - 89	16,12	1	5%
Escasas	de 4 a 5	Muy alta	70 - 79	6,87	0	0

Fuente: Datos de encuesta aplicada.

De acuerdo con las directrices de interpretación de las BERS-2 que se encuentran en las primeras cuatro columnas de la tabla anterior, la puntuación estándar en cualquiera de las subescalas de 17 a 20 corresponde a un *índice de fortalezas* mayor a 130, que implica que el NNA tiene fortalezas emocionales y de comportamiento muy superiores y una probabilidad extremadamente baja de presentar trastornos emocionales y de comportamiento. Uno de los NNA participantes del estudio (5%) obtuvo este puntaje. Asimismo, la puntuación estándar de 15 a 16 corresponde a un *índice de fortalezas* entre 121 y 130, que implica que el NNA tiene fortalezas emocionales y de comportamiento superiores y una probabilidad extremadamente baja de presentar trastornos emocionales y de comportamiento. No se encontró ningún NNA que obtenga esa puntuación dentro de los participantes del estudio.

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

La puntuación estándar de 13 a 14 corresponde a un *índice de fortalezas* entre 111 a 120, que significa que el NNA tiene fortalezas emocionales y de comportamiento sobre el promedio y una probabilidad muy baja de presentar trastornos emocionales y de comportamiento. Ocho NNA participantes del estudio que corresponde al 40% del total de la muestra, obtuvieron dicha puntuación. La puntuación estándar de 8 a 12 corresponde a un *índice de fortalezas* entre 90 y 110, que significa que el NNA posee fortalezas emocionales y de comportamiento en el promedio y una probabilidad baja de presentar trastornos emocionales y de comportamiento. Dentro de los participantes del estudio, 10 NNA (50%) obtuvieron dicha puntuación.

La puntuación estándar de 6 a 7 corresponde a un *índice de fortalezas* entre 80 y 89, indicando que el NNA tiene fortalezas emocionales y de comportamiento bajo el promedio y una probabilidad alta de presentar trastornos emocionales y de comportamiento. Dentro de la muestra del CMT, un NNA (5%), obtuvo dicha puntuación. Por último, la puntuación estándar de la subescala de 4 a 5, corresponde a un *índice de fortalezas* entre 70 y 79, que indica que el NNA tiene escasas fortalezas emocionales y de comportamiento y una probabilidad muy alta de presentar desórdenes emocionales y de comportamiento. No se encontró ningún NNA que obtuviera dicha puntuación.

La Tabla 4 presenta los promedios de las puntuaciones estándar de cada subescala y el *índice de fortalezas*, obtenidos por cada NNA participantes del estudio.

Tabla 4. Promedios simples de cada subescala de la BERS-2 Escala de Evaluación para Jóvenes por grupos de edad

Grupos de edad	Edades	Código	Fi	Pf	Fintr	De	Fa	Fv	Índice de Fortalezas
10 a 11 años	10	P004	14	11	14	13	12	13	119
	10	P005	9	10	11	8	9	11	96
	10	P011	9	11	12	15	12	13	112
	11	P013	11	10	14	12	13	11	113
	11	P016	13	12	11	16	12	13	119
	11	P018	15	7	11	15	12	13	113
	Promedio		11,83	10,17	12,17	13,17	11,67	12,33	112,00
12 a 13 años	12	P003	9	9	8	14	8	10	97
	13	P001	14	13	11	15	12	11	120
	13	P008	13	8	8	10	9	11	85
	13	P009	17	13	15	16	15	13	135
	13	P012	10	6	11	9	10	11	94
	13	P014	9	8	10	9	7	11	90

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

	13	P017	10	9	11	8	11	11	98
	13	P019	8	10	12	9	13	9	103
	Promedio		11,25	9,5	10,75	11,25	10,63	10,88	102,75
14 a 16	14	P006	9	9	10	9	8	6	93
	14	P010	13	13	12	10	11	12	112
	14	P015	10	14	13	10	12	12	112
	15	P007	10	8	9	10	9	13	94
	15	P020	9	9	10	10	8	10	94
	16	P002	14	10	12	14	7	13	109
	Promedio		10,83	10,50	11,00	10,50	9,17	11,00	102,33

Fuente: Datos de encuesta aplicada.

Se observa una puntuación estándar sobre el promedio en las Fortalezas Intrapersonales (Fintr), de Desempeño Escolar (De) y Fortalezas Vocacionales (Fv) del grupo de edad entre 10 y 12 años; las demás subescalas tienen una puntuación estándar en el promedio. El puntaje más alto obtenido en las subescalas de la BERS-2 es de 13.17, correspondiente a las fortalezas emocionales y de comportamiento sobre el promedio. Este puntaje fue obtenido por el grupo de 10 a 11 años en la Subescala de Desempeño Escolar (De). De este grupo un NNA se encuentra en quinto grado, tres en sexto grado y dos en séptimo grado.

El puntaje más bajo obtenido en las subescalas de la BERS-2 es de 9.17, correspondiente a fortalezas emocionales y de comportamiento en el promedio. Este puntaje fue obtenido por el grupo de 14 a 16 años en la subescala de Fortalezas Afectivas (Fa). Otro puntaje bajo que llama la atención es el puntaje de 9.5 correspondiente a fortalezas emocionales de comportamiento en el promedio. Este puntaje fue obtenido es por el grupo de 12 a 13 años en la subescala de Participación Familiar (Pf). Se observa que el grupo de edad que más alto Índice de Fortalezas posee es el grupo entre los 10 y 12 años, con un valor de 112; el grupo de edad que más bajo Índice de Fortalezas posee es el grupo entre los 14 y 16 años, con un valor de 102,33.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indican que el 90% de los niños, niñas y adolescentes del CMT tienen un puntaje de fortalezas emocionales y de comportamiento en el promedio y sobre el promedio. Desagregando los resultados por subescalas, se encontró que las subescalas de Fortalezas Intrapersonales (Fintr), de Desempeño Escolar (De) y Fortalezas Vocacionales (Fv) del grupo de edad entre 10 y 12 años, obtuvieron una puntuación estándar sobre el promedio. Las demás

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

subescalas tuvieron una puntuación estándar en el promedio. Aunque el estudio no contempló abordar las razones de los puntajes obtenidos, no está fuera de lugar pensar que el excelente rendimiento en las subescalas de Fintr, De y Fv pueden deberse al impacto de los diferentes programas del CMT en la subjetividad de los NNA y a su temprana inserción al mundo laboral en las calles que los pone en contacto con diversos espacios de sociabilidad.

Estos resultados son bastante novedosos tomando en cuenta que los NNA participantes del estudio son una población que tradicionalmente ha sido estudiada desde una perspectiva de vulnerabilidad, carencia y factores de riesgo. Pues son muchas las investigaciones que abordan a los NNA en situación de calle como vulnerables a violencia física, emocional y sexual. A discriminación, exclusión social y estigmatización, así como explotación sexual y laboral. Asimismo, al limitado acceso a los servicios básicos y necesarios para una vida digna, entre muchas otras carencias. Estas intervenciones han abusado del ejercicio del saber poder, reforzando las estructuras sociales que generan inequidad al considerar a este grupo humano únicamente como objeto pasivo de intervenciones, carente e incapaz de contribuir a la solución de sus diferentes problemáticas sociales e individuales. Los resultados obtenidos en la presente investigación son congruentes con el paradigma de las fortalezas que apuesta por los aspectos positivos de cualquier grupo humano por más vulnerable que sea. La aplicación de la BERS-2 Escala de Evaluación para jóvenes permite considerar a los NNA en situación de callejización desde una óptica diferente, desde sus potencialidades y capacidades. Esto contribuye con el propósito de proveer un paradigma diferente para construir intervenciones sociales que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de esta población.

Por otro lado, son interesantes las puntuaciones relativamente bajas obtenidas en la subescala de Participación Familiar (Pf) por los NNA participantes en el estudio, porque precisamente los servicios y programas de la institución a la que pertenecen (el CMT) están orientados al fortalecimiento familiar (42). El CMT es la primera institución en Latinoamérica que aborda la problemática del niño trabajador en su entorno familiar, su lema es “Centro del Muchacho Trabajador – Una Familia de Familias”. La institución se fundó con el objetivo de sacar a los niños trabajadores y a sus familias de la pobreza. El mantener un vínculo familiar es un requisito de ingreso y de continuidad en la institución. El principio de “Familia” atraviesa todas las etapas y todos los programas desde su fundación hasta la actualidad; la familia es definida como el componente esencial y un valor en el que se fundamenta el trabajo de la institución.

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

La puntuación relativamente baja en esta subescala puede deberse a muchas razones, entre ellas al tamaño de la muestra, a la limitada representatividad de la muestra con respecto a la población del CMT, o al hecho que las familias, independientemente de su raza, etnia, cultura, clase social, procedencia, confrontan siempre muchos desafíos para desempeñar efectivamente su rol de crianza. Así pues, si la disfuncionalidad familiar es una situación que afecta a la sociedad en general, lo hace mucho más a las familias de escasos recursos que tienen que acudir al trabajo infantil como una alternativa de supervivencia (41,47).

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio evidencian que la mayoría NNA en situación de callejización atendidos por el Centro del Muchacho Trabajador (CMT) presentan niveles de fortalezas emocionales y de comportamiento en el promedio o por encima del promedio, según los estándares de la escala BERS-2, Escala de Evaluación para Jóvenes. Este resultado representa un giro significativo frente a las evaluaciones tradicionales centradas en el déficit, al demostrar que, incluso en contextos de alta vulnerabilidad social, es posible identificar recursos personales y sociales valiosos. La evidencia empírica recopilada refuerza la pertinencia de aplicar enfoques centrados en fortalezas para comprender de manera más integral las experiencias de la niñez trabajadora urbana. Particularmente, el grupo etario de 10 a 12 años obtuvo los puntajes más altos en subescalas clave como Fortalezas Intrapersonales, Desempeño Escolar y Fortalezas Vocacionales. Este hallazgo sugiere que las intervenciones tempranas, junto con el acompañamiento educativo y familiar ofrecido por el CMT, pueden desempeñar un rol significativo en la construcción de resiliencia y desarrollo de habilidades en NNA expuestos al trabajo infantil y a condiciones adversas. No obstante, el bajo puntaje registrado en la subescala de Participación Familiar, pese al énfasis institucional en el rol de la familia, plantea la necesidad de explorar con mayor profundidad las brechas entre el diseño programático y la realidad cotidiana de los hogares participantes.

Finalmente, el estudio respalda el uso de instrumentos como la BERS-2, Escala de Evaluación para Jóvenes, son importantes en contextos de vulnerabilidad, aportando evidencia que puede informar políticas públicas y estrategias de intervención social. Al visibilizar las capacidades de esta población más allá de sus carencias, se contribuye a un cambio de paradigma que promueve la dignificación, la equidad y el reconocimiento del potencial transformador de la niñez trabajadora en América Latina. Se recomienda ampliar la muestra y replicar este tipo de estudios en otros

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

contextos urbanos del país para validar estos hallazgos y generar evidencia robusta que sustente modelos de intervención más inclusivos y contextualizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Menéndez E. Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud. 1988; 30:451-64.
2. Cowger CD. Assessing client strengths: clinical assessment for client empowerment. Soc Work. 1994;39(3):262-8.
3. Clark M. Interviewing for solutions: a strength-based method for juvenile justice. Correct Th. 1997;59(3):98-118.
4. Graybeal C. Strengths-based social work assessment: transforming the dominant paradigm. Fam Soc. 2001;82(3):233-42.
5. Epstein M, Harniss MK, Pearson N, Ryser G. The Behavioral and Emotional Rating Scale: test-retest and inter-rater reliability. J Child Fam Stud. 1999;8(3):319-27.
6. Merrell KW, Whitcom S. Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents. 3rd ed. New York: Routledge; 2008.
7. Ebesutani C, Bernstein A, Nakamura BJ, Chorpita BF, Higa-McMillan CK, Weisz JR. Concurrent validity of the child behavior checklist DSM-oriented scales: correspondence with DSM diagnoses and comparison to syndrome scales. J Psychopathol Behav Assess. 2010;32(3):373-84.
8. Benner GJ, Beaudoin K, Mooney P, Uhing BM, Pierce CD. Convergent validity with the BERS-2 teacher rating scale and the Achenbach teacher's report form: a replication and extension. J Child Fam Stud. 2008;17(3):427-36.
9. Epstein M, Mooney P, Ryser G, Pierce C. Validity and reliability of the behavioral and emotional rating scale: youth rating scale. Res Soc Work Pract. 2004;14(5):358-67.
10. González LL, Cueto EG. El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. Psicothem. 2000;12:340-3.
11. Ramsay MC, Reynolds CR, Kamphaus RW. Essentials of behavioral assessment. Vol 37. Wiley; 2002.
12. Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. JAMA. 1998;279(14):1100-7.

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

13. Grañana N, et al. Evaluación de déficit de atención con hiperactividad: la escala SNAP IV adaptada a la Argentina. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(5):345.
14. Ullmann RK, Sleator EK, Sprague R. ADD-H comprehensive teacher's rating scale (ACTeRS). Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 1991.
15. Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. JAMA. 1998;279(14):1100-7.
16. Servera M, Cardo E. ADHD Rating Scale-IV en una muestra escolar española: datos normativos y consistencia interna para maestros, padres y madres. Rev Neurol. 2007;45(7):393-9.
17. Breuer D, Görtz-Dorten A, Rothenberger A, Döpfner M. Assessment of daily profiles of ADHD and ODD symptoms, and symptomatology related to ADHD medication, by parent and teacher ratings. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2011;20(2):289-96.
18. Epstein M. The development and validation of a scale to assess the emotional and behavioral strengths of children and adolescents. Rem Spec Educ. 1999;20(5):258-62.
19. Reid R, Epstein MH, Pastor DA, Ryser GR. Strengths-based assessment differences across students with LD and EBD. Rem Spec Educ. 2000;21(6):346-55.
20. Contreras F, Esguerra G. Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. Diversitas. 2006;2(2):311-19.
21. Woodland S, Porter RE, LeBuffe PA. Assessing strengths in residential treatment: looking at the whole child. Res Treat Child Youth. 2011;28(4):283-302.
22. Al-Mutairi H, Al-Khurinej A. The psychometric properties of the Arabic version of the Behavioral and Emotional Rating Scale (BERS). Digit Middle East Stud. 2008;17(2):54-65.
23. Albrecht SF, Braaten S. Strength-based assessment of behavior competencies to distinguish students referred for disciplinary intervention from nonreferred peers. Psych Sch. 2008;45(2):91-103.
24. Epstein M, Sharma JM. Behavioral and Emotional Rating Scale: a strength-based approach to assessment: examiner's manual. Austin, TX: Pro-Ed; 1999.
25. Epstein M. Behavioral and Emotional Rating Scale: a strength-based approach to assessment: examiner's manual. Austin, TX: Pro-Ed; 2004.

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

26. Epstein M, Synhorst L. Preschool Behavioral and Emotional Rating Scale (PreBERS): test–retest reliability and inter-rater reliability. J Child Fam Stud. 2008;17(6):853-62.
27. Saleebey D. The strengths perspective in social work practice: extensions and cautions. Soc Work. 1996;41(3):296-305.
28. Blundo R. Learning strengths-based practice: challenging our personal and professional frames. Fam Soc. 2001;82(3):296-304.
29. MacArthur J, Rawana EP, Brownlee K. Implementation of a strengths-based approach in the practice of child and youth care. Rel Child Youth Care Pract. 2011;24(3):6-16.
30. Okundaye JN, Smith P, Lawrence-Webb C. Incorporating spirituality and the strengths perspective into social work practice with addicted individuals. J Soc Work Pract Addict. 2001;1(1):65-82.
31. Kobin C, Tyson E. Thematic analysis of hip-hop music: can hip-hop in therapy facilitate empathic connections when working with clients in urban settings? Arts Psychother. 2006;33(4):343-56.
32. Early TJ, GlenMaye LF. Valuing families: social work practice with families from a strengths perspective. Soc Work. 2000;45(2):118-30.
33. Gilgun J. CASPARS: new tools for assessing client risks and strengths. Fam Soc. 1999;80(5):450-9. doi:10.1606/1044-3894.1474
34. Aiko M, Yoko K. Normative data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire among Japanese school-aged children. Child Adolesc Psychiatr Ment Health. 2014;8(1):1-24. doi:10.1186/1753-2000-8-1
35. Epstein M, Ryser G, Pearson N. Standardization of the Behavioral and Emotional Rating Scale: factor structure, reliability, and criterion validity. J Behav Health Serv Res. 2002;29(2):208-16.
36. Epstein M, Nordness P, Nelson J, Hertzog M. Convergent validity of the Behavioral and Emotional Rating Scale with primary grade level students. Top Early Child Spec Educ. 2002;22(2):114-21.
37. Cosden M, Koegel LK, Koegel RL, Greenwell A, Klein E. Strength-based assessment for children with autism spectrum disorders. Res Pract Pers Sev Disabil. 2006;31(2):134-43.
38. Reid R, Epstein MH, Pastor DA, Ryser GR. Strengths-based assessment differences across students with LD and EBD. Rem Spec Educ. 2000;21(6):346-55.

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

39. Hutz CS, Koller SH. Methodological and ethical issues in research with street children. N Dir Child Adolesc Dev. 1999;85:59-70.
40. Briceño Ayala L, Pinzón Rondón AM. Efectos del trabajo infantil en la salud del menor trabajador. Rev Salud Publica. 2004;6:270-88.
41. Brasesco MV. Niños de la calle: Buenos Aires SXXI. Cienc Psic. 2011;1:7-18.
42. Calle MA. 42 años abriendo caminos de dignidad. Quito, Ecuador: CMT; 2007.
43. Rodríguez N, Duhalde C, Rojas L. Transformar con amor, metodología del Centro del Muchacho Trabajador. Quito, Ecuador: CMT; 2008.
44. Pico IJ, Sánchez RM. En los márgenes: el trabajo infantil como práctica cultural. Quito, Ecuador: Flacso-Sede Ecuador; 2010.
45. Wells-Bogue M. Interviewing the street children of Mekelle City, Ethiopia: their plight and what help public and private organizations offer. Inq J. 2013;11:1-7.
46. Muñoz C, Ajagan L, Saéz G, Cea R, Luengo H. Relaciones dialécticas antagónicas entre la cultura escolar y la cultura familiar de niños y niñas de contextos vulnerables. Univ (Talca). 2013;28(1):129-48.
47. Gómez ML, de la Luz Sevilla M, Álvarez N. Vulnerabilidad de los niños de la calle. Act Bioeth. 2008;14(2):219-23.
48. Iqbal MW. Street children: an overlooked issue in Pakistan. Child Abus Rev. 2008;17(3):201-9.
49. Díaz FR, Lopez FJB, Font ES, Guijosa LP. Bioestadística: métodos y aplicaciones. Málaga, España: Universidad de Málaga; 2010.
50. Woolfolk A. Psicología educativa. 9th ed. México: Pearson Educación; 2006.

Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)