



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

**Elaboración y validación de un instrumento de
tamizaje para la evaluación y el diagnóstico de
menores en riesgo de exclusión social**

Tesis Doctoral (Mención Internacional)

Programa de doctorado en Ciencias de la Educación

Autora: Inmaculada Ávalos Ruiz

Director: Dr. Manuel Fernández Cruz

Curso 2021/2022

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Inmaculada Ávalos Ruiz
ISBN: 978-84-1117-891-4
URI: <https://hdl.handle.net/10481/82533>

Investigación financiada por el Plan Nacional de Investigación a través de
un contrato predoctoral F.P.U. Ref. FPU16/06326

Índice de contenidos

Resumen	13
Abstract	15
Summary.....	17
CAPÍTULO 1. RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL	27
1. Dimensión del problema de la exclusión social	27
2. Adolescencia y riesgo de exclusión social	29
3. Abordaje preventivo de la exclusión social en la escuela	49
CAPÍTULO 2: FACTORES DE EXCLUSIÓN SOCIAL	59
1. La exclusión social como fenómeno multifactorial	59
2. Factores del constructo "riesgo de exclusión social"	62
CAPÍTULO 3: EVALUACIÓN DEL RIESGO DE EXCLUSIÓN	83
1. Evaluación en la escuela.....	83
2. Evaluación de habilidades sociales.....	84
3. Evaluación del bienestar.....	86
4. Evaluación de las adicciones.....	88
5. Evaluación de las dinámicas familiares	90
6. Revisión de instrumentos de evaluación.....	91
CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA.....	109
1. Problema de investigación	109
2. Objetivos.....	113
3. Muestra.....	113

4. Procedimiento.....	119
CAPÍTULO 5: APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DELPHI PARA LA ELABORACIÓN DE CAREs.....	151
1. Técnica Delphi.....	151
CAPÍTULO 6: RESULTADOS.....	181
1. Validación de CAREs.....	181
2. Aplicación piloto.....	212
CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROSPECTIVA.....	219
1. Discusión de resultados.....	219
2. Conclusiones.....	222
3. Limitaciones.....	225
4. Prospectiva.....	226
5. Conclusions.....	226
Referencias bibliográficas.....	231
Anexos.....	265
Anexo 1. Documentación aportada al Comité de Ética de la Universidad de Granada y certificado del mismo.....	267
Anexo 2. Ejemplos de informes de evaluación del riesgo de exclusión social enviados al centro donde se realizó el estudio para la validez de contenido.....	273
Anexo 3. Cuestionario para Adolescentes en Riesgo de Exclusión Social. CAREs.....	303

Índice de tablas

Tabla 1. Intervenciones para prevención y tratamiento del riesgo.....	57
Tabla 2. Escalas y subescalas del PAI-A.....	91
Tabla 3. Escalas del AECS.....	94
Tabla 4. Escalas del AVE.....	96
Tabla 5. Dominios de la Matriz de Exclusión Social Infantil.....	100
Tabla 6. Datos de los participantes en la validación de criterio.....	112
Tabla 7. Datos de los participantes en la aplicación piloto.....	113
Tabla 8. Control de dominios con los instrumentos revisados.....	150
Tabla 9. Instrumentos seleccionados y condiciones de aplicación.....	151
Tabla 10. Coeficiente de competencia experta.....	153
Tabla 11. Tipos de preguntas habituales.....	155
Tabla 12. Eliminación con rango y percentil.....	157
Tabla 13. Eliminación con media y desviación típica.....	158
Tabla 14. Análisis comparativo y reflexión sobre la dimensión 4.....	160
Tabla 15. Resumen de comentarios de los expertos.....	162
Tabla 16. Cálculo de medias de porcentajes en valor 3 en la dimensión 4.....	164
Tabla 17. Instrumento completo.....	166
Tabla 18: Sugerencias de modificación en la redacción.....	169
Tabla 19. Organización de ítems agrupados por dimensiones.....	170

Tabla 20. Ítems organizados por respuesta original.....	172
Tabla 21. Ítems por respuestas unificadas.....	173
Tabla 22. Puntuaciones asignadas a cada ítem de ETS (Sección III).....	185
Tabla 23. Puntuaciones asignadas a cada ítem de ETS (SecciónV).....	186
Tabla 24. Resultados de la Batería.....	189
Tabla 25. Correspondencia de ítems con escalas, tipo de respuesta y corrección.....	192
Tabla 26. Resultados CAREs.....	194
Tabla 27. Matriz de vaciado de datos.....	195
Tabla 28. Análisis para la validación de criterio según Donis (2012).....	196
Tabla 29. Análisis añadidos para la validación de criterio.....	196
Tabla 30. Resultados de los análisis para la validez de criterio.....	200
Tabla 31. Consideración de riesgo por parte del centro.....	201
Tabla 32. Comparativa de resultados de riesgo evaluando CAREs por dimensiones.....	203
Tabla 33. Coincidencias y discrepancias en los resultados evaluando CAREs por dimensiones.....	204
Tabla 34. Comparativa de resultados de riesgo evaluando CAREs por puntuación directa.....	207
Tabla 35. Coincidencias y discrepancias en los resultados evaluando CAREs por puntuación.....	209
Tabla 36. Resultados de la aplicación piloto.....	210
Tabla 37. Participantes en la aplicación piloto por sexo.....	213

Tabla 38. Participantes en la aplicación piloto por curso.....	213
Tabla 39. Participantes en la aplicación piloto por diagnóstico.....	214

Agradecimientos

Comienzo dando las gracias a mi director, Manuel Fernández Cruz, que me ha obligado a frenar y reflexionar, calmándome en los momentos de más angustia. Gracias por los aprendizajes, gracias por el apoyo. Por favor, sigue estando ahí para mí. Al Departamento de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad de Granada, donde me he sentido como una más desde el primer día, especialmente a los compañeros de andadura doctoral, con quien he compartido risas y llantos durante este proceso. Al grupo de investigación PROFESIOLAB, en el que me acogieron sin dudar y que me han acompañado en esta etapa, ayudándome a crecer como profesional y como persona. A los expertos que han participado en el estudio y a los centros que me han abierto sus puertas, permitiendo que esta investigación saliera adelante. A Karl, mi ángel de la guarda alemán. Qué hubiera sido de mí sin ti durante la estancia...

A mi familia, que sin saberlo ha sido parte del motor que me ha impulsado hasta aquí, haciendo que la imagen de tenerlos sentados frente a mí en la defensa de mi tesis me diera dosis extras de motivación cuando flaqueaban las fuerzas. A mi madre y Antonio, no hubiera podido hacer esto sin vuestro apoyo. A mis abuelos, por hacerme sentir siempre que están orgullosos de mí. A Marta y Álex, por haber estado cerca siempre que la distancia lo ha permitido y por darme a mi sobrina durante este proceso. Noah, espero poder ser un buen ejemplo a seguir para ti. A Rosario, por los oasis de paz junto al mar, que me han permitido ir cogiendo aire.

A todos los amigos y amigas con quienes no he quedado tanto como debiera en estos años y que, cuando hemos quedado, han escuchado mis incansables monólogos sobre la investigación, dándome apoyo y ánimo siempre. En especial a Ana, Helena y Sol. Disculpad si no os nombro a todos, sabéis quiénes sois.

Agradecimiento especial a David, mi compañero de vida, mi apoyo incondicional y mi pilar más importante. Has sufrido esto casi tanto como yo, sin dejar que me rinda, creyendo siempre en mí y recordándome siempre que tú ya estás orgulloso de mí, pase lo que pase. Nunca podré terminar de agradecer el apoyo que me das.

Gracias a todos de corazón.

Resumen

En este estudio se presenta de manera detallada el proceso de elaboración y validación de CAREs como instrumento de screening que puede ser empleado por personal docente para la detección de casos que requieren diagnóstico en profundidad e intervención especializada y para la adaptación del programa escolar y su optimización de cara a la disminución del riesgo de exclusión social en la escuela.

El proceso de elaboración se llevó a cabo utilizando la técnica Delphi, en la que participaron un total de 28 expertos, 14 de ellos académicos y el resto profesionales que trabajan con adolescentes en su día a día. A lo largo de 3 rondas, se pasó de una batería inicial de 286 ítems a los 42 que componen la primera versión del cuestionario. Con este proceso consideramos alcanzada la validez de contenido y la de constructo.

Para analizar la validación de criterio, CAREs se ha administrado a una muestra de 25 adolescentes junto a una batería de diagnóstico especializada integrada por ADITEC, PAI-A, APGAR familiar, MESI, ETS, CUVINO y AVE para estudiar la consistencia de los resultados obtenidos. Estos resultados muestran que CAREs tiene una sensibilidad de 1,00 y una especificidad de 0,64, lo que le otorga un rango de proporción de falsos positivos de 0,36 y de falsos negativos de 0,00.

Tras la validación, se realizó una aplicación piloto del instrumento a una muestra de 71 adolescentes. Este proceso nos llevó a eliminar el ítem 40, pasando el instrumento a contar con 41 ítems en su versión definitiva.

Con los resultados obtenidos, se puede afirmar que todos aquellos estudiantes que se encuentran en riesgo de exclusión social son detectados por el screening y pueden derivarse a servicios psicopedagógicos especializados para su diagnóstico confirmatorio en profundidad. Además, los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento en los centros educativos, independientemente de los sujetos señalados como sospechosos de riesgo, puede resultar útil a los tutores de aula para seleccionar aquellos temas de los que hay una elevada presencia en su aula para programar las sesiones de tutoría en torno a ellos.

Palabras clave: Validación; Pruebas de tamizaje; Adolescentes; Exclusión social.

Abstract

This study presents in detail the process of elaboration and validation of CAREs as a screening instrument that can be used by teaching staff for the detection of cases that require in-depth diagnosis and specialized intervention and for the adaptation of the school program and its optimization in order to reduce the risk of social exclusion at school.

The elaboration process was carried out using the Delphi technique, in which a total of 28 experts participated, 14 of them academics and the rest professionals who work with adolescents in their day-to-day. Over 3 rounds, it went from an initial battery of 286 items to 42 that make up the first version of the questionnaire. With this process we consider content validity and construct validity reached.

To analyze the validation criteria, CAREs has been administered to a sample of 25 adolescents together with a specialized diagnostic battery made up of ADITEC, PAI-A, family APGAR, MESI, ETS, CUVINO and AVE to study the consistency of the results obtained. These results show that CAREs has a sensitivity of 1.00 and a specificity of 0.64, giving it a false-positive ratio range of 0.36 and a false-negative ratio of 0.00.

After validation, a pilot application of the instrument was carried out to a sample of 71 adolescents. This process led us to eliminate item 40; therefore, the instrument final version is comprised by 41 items.

With the results obtained, it can be affirmed that all those students who are at risk of social exclusion are detected by the screening and can be referred to specialized psycho-pedagogical services for their in-depth confirmatory diagnosis. In addition, the results obtained from the application of the instrument in educational centers, regardless of the subjects indicated as suspects at risk, may be useful for classroom tutors to select those topics for which there is a high presence in their classroom to program the tutoring sessions around them.

Keywords: Validity; Screening tests; Adolescents; Social discrimination

Summary

Social exclusion is a phenomenon that advances in developed societies as development indices grow, as this leads to an increase in social inequality. Exclusion figures are worrisome in the Western world, in Europe and Spain it is not left out of this trend. Social Education professionals are especially sensitive to this situation and we are extremely concerned about the size of the problem and its unstoppable advance in recent decades.

Numerous reports, such as the AROPE report, indicate that many people are currently in a situation of social exclusion. These data are also reflected by different indices, such as the Gini index or the Palma index. Many of these people are minors who are at risk of continuing this situation into adult life if the factors that can give rise to this situation are not tackled.

Social exclusion is a multifactorial phenomenon, i.e., caused by different factors that may or may not occur jointly or in isolation. It is not necessary that all the factors are present to lead a person or group to a situation of social exclusion or risk of the latter. There is a certain coincidence in pointing out that six risk factors for social exclusion in adolescence can be considered: (1) addiction to psychoactive substances; (2) addiction to the use of technology and technological devices; (3) anxiety or depression; (4) difficult family situation; (5) risky behaviour in love and sexual relationships; and (6) harassment.

Young people and adolescents constitute a vulnerable group in which the lack of material and social resources, the difficulty in accessing services, the low quality of life, the reduced standards of health and well-being, and the difficulty of inclusion in the educational world or labour become risk factors for social exclusion.

Our review of the characteristics of adolescence as a developmental stage and the situations and behaviours of risk of exclusion that are associated with this stage includes four aspects: the development and management of emotions, social skills, sexuality and relationships, and family dynamics.

We are convinced that the educational institution plays an essential role in the prevention and diagnosis of the risk of social exclusion in minors. Educational centres are the place where boys, girls and adolescents spend most of their time and, therefore, the place where they learn to relate to others, to behave in the society where they live, and the social environment in which they form and compose their identity.

The application of instruments for detecting the risk of exclusion in schools has two difficulties. The first one is that there is no single instrument that covers all the dimensions involved in social exclusion, but there are specific instruments for each dimension associated with the risk of exclusion. The second one is a technical difficulty in applying these instruments, which exceeds the real possibilities of teachers. In practice, the batteries of instruments associated with social exclusion are applied by the centre's psychopedagogical services or specialized cabinets to a few subjects, with a diagnostic character, when social exclusion is already evident.

For this reason, the objective of this dissertation is to design, validate and carry out a pilot application of a screening instrument, CAREs, which identifies those subjects suspected of being in a situation of risk of social exclusion, specifically adolescents attending Compulsory Secondary Education. Given that the concept of social exclusion is multifactorial, it should be noted that the factors taken into account have been the aforementioned: (1) addiction to psychoactive substances; (2) addiction to the use of technology and

technological devices; (3) anxiety or depression; (4) difficult family situation; (5) risky behaviour in love and sexual relationships; and (6) harassment.

In order to prepare CAREs, firstly, a wide-ranging review of validated instruments that diagnose the presence of any factor that could place an adolescent at risk of social exclusion has been carried out.

From the reviewed instruments, a selection has been made of those that allow us to measure the factors that interest us using the fewest questionnaires as possible. The selected instruments have been: PAI-A, ADITEC, family APGAR, Child Social Exclusion Matrix, CUVINO and the Questionnaire on Sexually Transmitted Diseases and HIV / AIDS. The combined use of these instruments as a battery, due to the psychometric properties of each one of them, offers a complete diagnosis of the situation of risk of social exclusion suffered by an adolescent.

The problem with battery usage is that it requires expert management and application time which, in practice, makes its application to the entire population unfeasible. For this reason, we consider that it is of the utmost interest to have a screening instrument that can be universally applied by non-specialized educational staff in a short time, and which allows the referral of the positive cases detected to specialized psycho-pedagogical services for conducting a full diagnosis. The items of all these instruments were extracted, elaborating a battery which comprised 286 items.

The Delphi Technique has been carried out with the intention of reducing the number of items and modifying some of those if needed to elaborate our instrument. Throughout 3 rounds, with the participation of 28 experts, both academic and professional, a questionnaire with a total of 42 items was

obtained. The expert competence coefficient (K) has been analysed for each of the experts.

In the first round, the experts assessed the level of importance of each item based on whether they considered it essential, important, dispensable or inappropriate, taking into account the mean and standard deviation for elimination. In the second round, the experts assessed the congruence, relevance and adequacy of each item, taking into account the rank and the 75th percentile for elimination, maintaining the 5 best items of each dimension and thus, looking for certain proportionality between factors. In one of them, 6 items were selected for having the same score. In addition, the experts recovered some of the items that had been eliminated in the previous round. The last round was devoted to the wording of each item. Expert comments were taken into account in all rounds. Finally, some items were split into several ones. Thus, we obtained CAREs, an instrument that consists of a self-report and that requires approximately 20 minutes for its application.

The construct and content validity were considered to be achieved through the implementation of the Delphi technique, while to achieve the criterion validation, in the first phase of the research, it was administered together with the specialized diagnostic battery, conducting a study on the consistency of results between the screening and the battery.

The distribution was carried out in a Secondary Education School in Granada, in February and March 2021. It is a semi-subsidized school which also has a boarding school that serves students from different areas of the province and students from the child protection centre located in the neighbourhood. This ensures the presence of minors already diagnosed as at risk of exclusion. The selection of the centre was made deliberately to ensure the presence of all types of profiles, especially at risk of social exclusion. The research was

presented and approved by the School Council, after acquiring a confidentiality commitment with the centre. In parallel to the request made to the centre in order to carry out the research, the certificate from the Ethics Committee of the University of Granada was requested, which was granted.

The centre selected the classrooms for the questionnaires administration and gave families an information handout for the participant and an informed consent for parents or tutors.

25 students were intentionally selected with the following criteria: maintain gender parity; cover the age range for which the instrument has been designed, 12 to 16 years of age; include representation of subjects from urban and rural areas; have both boarding and day students; ensure different origins in terms of socio-economic and cultural levels; include representation of foreign students; ensure the representation of students belonging to ethnic minorities; and include adolescents who have already been diagnosed at risk of social exclusion along with others who are considered, under the technical criteria of the centre, that they do not belong to a risk group.

The instruments were applied by the researcher and a total of 5 sessions were needed with each participant. In the first session, the CAREs and the PAI-A were applied; in the second the ADITEC-M and the AVE; in the third ADITEC-V, APGAR and MESI; in the fourth ADITEC-I and CUVINO; and in the fifth ETS. This first application of CAREs led to the modification of item 23 and the elimination of item 40. Therefore, the instrument has finally 41 items.

During the data collection process, a Field Diary, a Data Collection Record and a Control of the completion of the questionnaires were prepared and filled in.

To correct the questionnaires that make up the battery, the guidelines indicated in the manuals were followed. In the case of ADITEC, PAI-A and AVE, the correction platform of the publisher TEA, to which they belong, was used. The rest of the instruments were corrected using typical scores. To determine if the set of battery results implies a situation of risk of social exclusion, it was decided to consider general positivity if the subject scores positive in at least 3 of the factors.

Two different methods were used to correct each item of the CAREs. The first one consists of evaluating each of the items as it is evaluated in its original instrument, considering them by dimensions. The second consists of assigning each response a value of suspicion or no suspicion of risk depending on the meaning of the item.

The results of applying the battery show that 14 of the 25 adolescents are at risk. The others, even having been given a positive score in some of the instruments, are not considered as subjects at risk in the whole battery.

Measurement with CAREs yielded a total of 18 subjects suspected of being positive in the diagnosis of risk of social exclusion.

Taking the total number of subjects at risk of social exclusion found in the battery and the total suspicions of positives offered by CAREs, a comparison matrix is made of the results of suspicion revealed with the screening and positivity diagnosed through the battery.

Sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, proportion of false positives, proportion of false negatives and percentage of coincidence have been performed. Different tests were carried out, with different ways of evaluating the CAREs, until satisfactory results were achieved.

The analyses carried out indicate that the designed instrument has a sensitivity of 1 and a specificity of 0.64. Although the CAREs maintains a percentage of 36% of false positives, the same does not happen with false negatives, whose value is 0, so we can affirm that those students who are at risk of social exclusion will be indicated by the instrument, having adolescents who are discarded as subjects at risk after an in-depth diagnosis.

Once the comparative analyses for the validity of the criteria had been carried out, an interview was arranged with staff from the educational centre in order to find out their opinion about the risk of social exclusion of each of the study participants. The meeting was celebrated without the results, in order not to condition the answers offered by the centre or the questions asked. The session is planned based on enumerating the participants and taking notes on what is being indicated by the staff. Once the notes on each participant have been taken, they are read again in case it is considered necessary to add any more information. With this information, the results obtained with the CAREs and with the battery of instruments are compared, establishing the risk levels based on the analyses that obtained the best results by dimensions.

We can analyse various questions from these data. In the first place, the coincidences in which there is no risk of social exclusion. Second, coincidences in which there is a risk of social exclusion. Finally, the subjects in which there is no match. Those cases in which there is no match are described.

Later, in the second phase of the research, a pilot application of CAREs was carried out, expanding the sample to 71 participants. The instrument used on this occasion already had item 23 modified and item 40 removed. The data collection was carried out in one morning, passing through the different courses in the company of the headteacher. Due to their level of maturity, the 4th year Compulsory Secondary Education students were asked if they considered that it

could be a useful instrument for them to use in order to ask for help, to which they all answered that they considered it useful, though they were not in that situation themselves but they thought that if someone was, thanks to the instrument, they could communicate their situation to the centre so that they could get help from the staff.

Regarding the elaboration of the instrument, the Delphi method has turned out to be a very effective technique. Through the successive rounds, items have been eliminated until the instrument for which the validation was carried out was achieved. The results obtained in the validation process (phase 1) are satisfactory, obtaining a valid instrument to screen the risk of social exclusion. Depending on the objectives of the professional who applies the questionnaire, they should assess what form of correction is most useful to them. With both correction methods, sufficiently good results are achieved to avoid having to apply a whole battery of specific instruments, being able to use the one designed as a first step in this evaluation and perform a screening to, later, confirm and specify the results obtained with specific tests.

Given the simplicity of the instrument and its correction, it can be applied by the tutors, allowing them to point out those students who need a more in-depth diagnosis, as well as make possible referrals in those cases where required. In addition, the results obtained with the application of CAREs can guide tutors on issues that require special attention, organizing the hours of tutoring around these topics. For example, if there are students in a classroom who have indicated that their partner controls their mobile, they can dedicate a session to work on violence towards partners.

We consider that our study has served to reveal situations not known by the centre regarding the situation of the students that made up the sample participating in the study leading to the validation of criteria. After applying the

battery of instruments and the CAREs, a detailed report was prepared for each of the participants, explaining the results obtained in each of the questionnaires. These reports were sent to the centre to inform them of the problems detected and their seriousness, leaving the possibility or not of intervening in their hands.

As results of phase 2, evaluating the CAREs through the Direct Score, with the cut-off at 60 points, as was finally established, a total of 42 subjects with suspected risk were found. It seems to be a high number, but due to the conditions of the second centre and the type of students that attend to it, it was not a surprise to find such a result.

If we consider the complete sample, we cannot specify in which dimension they are presenting risk, since the CAREs acts as a risk indicator, but does not specify the dimension. In any case, the total percentage obtained of subjects for whom there is a suspicion of risk is quite high, since more than 50% of the participants have this condition. We cannot forget the False Positive Ratio of the instrument, 0.36. This means that in 36% of the cases indicated as suspects of risk of social exclusion it could be wrong.

As limitations of the research, the first point is the pandemic situation, which has made access to the sample difficult and has delayed the data collection process. Second, the technical difficulty of distributing questionnaires. Both aspects have influenced the sample, which is also a limitation, since it would be interesting to analyse the results with a larger sample. This would allow conducting analyses that would strengthen the validity of the instrument, such as the Confirmatory Factor Analysis.

This thesis lays the foundations for continuing research in the development of screening instruments, being able to use the same methodology that is presented, as well as on minors at risk of social exclusion.

In addition, the research presented will continue with the development of a CAREs application manual accompanied by a protocol for the referral of students suspected of being at risk of exclusion to specialized psycho-pedagogical services.

CAPÍTULO 1. RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

1. Dimensión del problema de la exclusión social

La exclusión social es un fenómeno que avanza en las sociedades desarrolladas a medida que crecen los índices de desarrollo, pues ello conlleva un aumento de la desigualdad social. Las cifras de exclusión son preocupantes en el mundo occidental y España no queda fuera de esa tendencia. Los profesionales de la Educación Social somos especialmente sensibles ante esta situación y nos preocupa enormemente la dimensión del problema y su avance imparable en las últimas décadas.

El Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, a través de la Encuesta de Condiciones de Vida del INE, señala que la tasa de riesgo de pobreza y exclusión social en Andalucía alcanza un valor, en el año 2020, de 35,1. Este valor se traduce en que hay un 28,5% de la población andaluza en riesgo de pobreza, un 8% presenta carencia material severa y un 13,5% vive en hogares con baja intensidad en el trabajo. Los datos que arroja el informe, sin tener en cuenta el alquiler imputado, señalan que el porcentaje de menores de 18 años en riesgo de pobreza en Andalucía es un 22,6%, mientras que a nivel nacional ese porcentaje baja hasta un 21,9%. Además, un 9,3% de los menores de 18 años presenta carencia material severa.

La Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES), destaca cómo las tasas de riesgo de pobreza y/o exclusión social (AROPE) en Andalucía llevan años situándose muy por encima de la media del país y ocupando los puestos más altos al hacer análisis por regiones. En el año 2020, el undécimo informe (2021) recoge que esta tasa es de

un 28,5% en Andalucía, siendo un 36% superior a la tasa nacional, que se sitúa en un 26,4%. En el informe se señala que, para cumplir los objetivos de la Estrategia Europa 2020, la tasa AROPE en España debería estar por debajo del 14,3% para el año 2030.

El número total de personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social en la comunidad autónoma alcanza los 2,97 millones de personas, de las que un total de 469.995 son menores de 18 años. A pesar de que los datos sobre la tasa AROPE han mejorado con respecto a los del año anterior, siguen siendo peores que en 2008, cuando la EAPN-ES realizó su primer informe. Además, se encuentran diferencias evidentes entre las distintas regiones españolas, lo que lleva a que la EAPN-ES concluya que el propio territorio supone una fuente significativa de desigualdad, encontrando que las regiones situadas en la mitad norte del país tienen tasas de pobreza y/o exclusión social que podrían asemejarse a las que presentan los países europeos más avanzados, mientras que aquellas regiones que se ubican en la mitad sur tienen unas tasas más elevadas, superando incluso la media nacional, que es, a su vez, más elevada que la media europea.

El índice Gini supone otro indicador relevante cuando se habla de exclusión social y desigualdad, que es utilizado por diferentes autores y ampliamente aceptado (Ávalos y Fernández Cruz, en prensa). Según recoge el Consejo General de la Juventud (2018), este índice ha ido en aumento para los jóvenes desde el año 2007, cuando el índice era de 29,9, hasta el 2016, cuando se situó en 36,0. Según la EAPN-ES (2021), en el año 2020 este índice alcanza un valor de 32,1, por lo que se puede observar un descenso que no evita que las cifras generales en Europa sigan siendo demasiado elevadas. En cualquier caso, España se sitúa 2,3 puntos por encima de la media europea, siendo el quinto país con la cifra más alta, según el informe.

La EAPN-ES (2021) también analiza el índice de Palma, que se basa en la desigualdad que se genera en función de las diferencias que se dan en el nivel de ingresos entre los extremos de la sociedad, es decir, la diferencia que existe entre los que más y los que menos ingresos tienen. En el año 2020, el índice de Palma fue de 1,2.

Por otro lado, según los resultados del Barómetro juvenil sobre Salud y Bienestar (Ballesteros et al., 2020), 3 de cada 10 encuestados, con edades comprendidas entre 15 y 29 años, manifiesta sentirse excluido y no encajar, mientras que 1 de cada 4 señala vivir una situación de aislamiento social.

Estos datos no hacen más que confirmar que exclusión social en España y, más concretamente, en Andalucía es un problema relevante y en avance, que debe preocupar a toda la sociedad y, especialmente, a los profesionales de la educación, quienes deben contar con herramientas de prevención y tratamiento de los factores de riesgo.

2. Adolescencia y riesgo de exclusión social

La revisión que hacemos sobre las características de la adolescencia en cuanto etapa de desarrollo y las situaciones y conductas de riesgo de exclusión que se asocian a la etapa, incluye cuatro aspectos: el desarrollo y gestión de las emociones, las habilidades sociales, la sexualidad y relaciones, y las dinámicas familiares.

2.1. Desarrollo y gestión de las emociones

La competencia emocional, como señalan Domitrovich et al. (2017), se asocia a resultados conductuales, sociales y académicos que llevan a un desarrollo infantil y juvenil saludable. Además, brinda la posibilidad de prever,

en función del nivel de adquisición de habilidades específicas, estados emocionales relevantes que marcarán la vida en la edad adulta.

Para Deng, Sang y Chen (2017), la forma en la que se gestionan las emociones influye en los propios estados o resultados emocionales. Como ejemplo de ello, el estudio de Ennis, Harris, Lane y Mason (2014), en el que se analizan distintas intervenciones centradas en el desarrollo de estrategias autorreguladoras puestas en marcha con estudiantes que presentan trastornos emocionales y del comportamiento, concluye con la necesidad de desarrollar estrategias que aumenten el compromiso académico del alumnado, de abordar su comportamiento y sus necesidades académicas, de superar el absentismo y promover el mantenimiento, y de aumentar la aceptación de los docentes. Plantean estas lecciones como un informe para profesionales e investigadores, además de incluir pautas para su puesta en práctica.

La autorregulación de los estados emocionales, en un sentido u otro, usando una estrategia de afrontamiento u otra, produce, finalmente, situaciones más propicias a la exclusión cuando no sigue el camino adecuado. Ejemplos de ello lo ofrecen el estudio de Marsh et al. (2016), quienes señalaron que la depresión es un factor que conduce a la victimización, o el estudio de Park et al. (2017) sobre la regulación de la ira ante situaciones de discriminación racial y étnica, en el que encuentran que la expresión de la ira resultó ser un factor de mediación, mientras que la supresión de la misma o su control no tuvieron este efecto. Una mayor discriminación por razón de raza o etnia implicó una expresión de la ira más frecuente. Esta expresión frecuente de la ira se tradujo, también, en niveles de ansiedad y depresión más altos. En la misma línea, Perry-Parrish et al. (2017) analizaron la influencia de la ira en la aceptación social, a través de autoinformes realizados por adolescentes. Según los resultados obtenidos, para los jóvenes, la inhibición de la ira se asocia a un mayor nivel de

aceptación social, mientras que su desregulación lleva a una aceptación social menor.

También se han analizado emociones como la culpa o la vergüenza en relación a la agresividad. El estudio fue realizado por Roos et al. (2015), en Finlandia. También utilizaron el autoinforme como metodología. Los resultados indicaron que emociones como la culpa o la vergüenza sí tienen un bajo nivel de regulación, se asocian con unos niveles bajos de agresividad, mientras que, si son capaces de regularlas, los niveles de agresividad suben. Esto indica que la regulación efectiva de emociones puede llevar a una desvinculación que hace que estas emociones se inhiban, por lo que es más frecuente tener una respuesta agresiva. Caprara et al. (2014) concluyeron en su estudio que esta desvinculación, junto a la irritabilidad y la reflexión obsesiva, llevan a tendencias agresivas. Además, apuntan que la irritabilidad y la rumiación se desarrollan de manera recíproca a lo largo del tiempo. Por otro lado, la reflexión obsesiva y la desvinculación moral actúan en la relación entre irritabilidad y violencia.

También centrada en la salud mental encontramos la investigación de Valois et al. (2017), quienes analizan la relación entre la gestión de emociones y los comportamientos agresivos. El estudio se realiza en EEUU y en los resultados se puede ver cómo el hecho llevar un arma a la escuela o ser amenazado o herido por una pistola, se asocia con un bajo nivel de autoeficacia emocional. El trabajo realizado por Calero et al. (2018) analiza la relación entre la inteligencia emocional y la necesidad de pertenencia al grupo de los adolescentes. Los resultados indican que aquellos adolescentes que prestan menos atención a sus emociones muestran un mayor índice de necesidad de pertenencia.

La competencia emocional se puede mejorar a través de intervenciones rentables y viables y que juegan un papel crítico cuando se pretenden lograr cambios comportamentales. En base a esto, Domitrovich et al. (2017) proponen

un modelo de intervención centrado en la forma en la que las escuelas pueden mejorar el aprendizaje emocional y social, de forma que se favorezca la resiliencia, y ofrecen una serie de sugerencias que apoyan la implementación del modelo propuesto. También Sánchez-Gómez et al. (2020), publican una intervención para desarrollar las habilidades socio-emocionales en adolescentes de entre 12 y 17 años. Dicha propuesta se divide en 18 sesiones, de 50 minutos de duración, en las que se va trabajando el autoconcepto, la autoestima y el autoconocimiento, la gestión del estrés, la asertividad o la toma de decisiones, entre otras.

El efecto recíproco que tienen competencia emocional y aprendizaje en niños y adolescentes ha sido estudiado por autores como García-Fernández et al. (2015), quienes plantearon una investigación en torno a la determinación de perfiles de inteligencia emocional y su relación con el aprendizaje. En ella establecen cuatro perfiles distintos al relacionar la inteligencia emocional con la atención emocional y las habilidades de reparación. Del establecimiento de los perfiles concluyeron que los adolescentes con una alta puntuación en inteligencia emocional, baja atención emocional y alta reparación, obtuvieron también puntuaciones más altas en distintas estrategias de aprendizaje.

Este tipo de estudios se complementan con aquellos que incluyen la perspectiva docente, como el de Poulou (2017), quien analiza la relación entre la percepción de los maestros sobre la inteligencia emocional, las habilidades de aprendizaje social y emocional y la eficacia de la enseñanza, y la percepción de la relación entre profesor y alumno. El estudio demuestra que la percepción de los maestros sobre las habilidades sociales del alumnado determina la interacción didáctica y el sentido en el que opera el docente ante posibles dificultades emocionales y de comportamiento de los estudiantes.

2.2. Habilidades sociales

La relación con los pares en la adolescencia influye en distintos aspectos de la vida de los jóvenes que marcan la tendencia a la inclusión o la exclusión social. En este sentido, Aliaga y Martín-Cilleros (2019) analizan las relaciones interpersonales que se dan en el aula, considerando que estas pueden llevar a los niños a la inclusión o la exclusión. Su muestra estuvo compuesta por 116 alumnos de Educación Primaria y se sirvieron del sociograma como instrumento para conocer las relaciones. Los resultados obtenidos permitieron conocer la situación real de los participantes dentro del grupo y proporcionarles así las herramientas necesarias para mejorar la relación con sus iguales, logrando así la inclusión. En etapas superiores, Ladd et al. (2014) analizaron las percepciones de adolescentes con problemas de comportamiento o de rechazo, sobre las características relacionales de los compañeros. De su estudio obtuvieron como resultados que las diferencias en las percepciones sobre el apoyo y la confiabilidad estaban relacionadas con la vulnerabilidad individual permanente en el tiempo y con el rechazo del grupo de pares.

La relación con los compañeros también se relaciona con la cohesión y la jerarquía en el aula, en base a la victimización y la agresión. Extraemos este dato de una investigación realizada en España por Martín et al. (2017). Con una muestra de 6.600 alumnos, mostraron que en las aulas en las que encontramos un nivel alto de cohesión y jerarquía, también hay un nivel mayor de victimización, que también se veía influido por el rechazo de los compañeros. Además, señalan que, en el caso de los hombres, la agresión se relaciona con la aceptación de los compañeros en aquellas aulas que están menos jerarquizadas. Lo mismo ocurre con los riesgos que son capaces de asumir en un momento dado, según Smith et al. (2014). Utilizaron un sistema de apuestas, en el que informaban a los adolescentes de la probabilidad de ganar o perder, y comprobaron que, cuando los jóvenes creían que sus compañeros les estaban

observando, apostaban en más ocasiones, incluso si se les había dicho la probabilidad de perder. Sus resultados demuestran que la presencia de los pares puede aumentar la toma de riesgos, quedando así reflejada la influencia del grupo en la toma de decisiones de los adolescentes.

Otro factor en el que influyen las relaciones con los pares durante la adolescencia, según Suldo et al. (2015), es la salud mental centrada en el bienestar subjetivo, es decir, satisfacción con la vida, y en la psicopatología, significando un comportamiento agresivo. En su estudio explican la relación entre el afecto positivo y la psicopatología, siendo la victimización un factor clave para internalizar la psicopatología. Este afecto positivo se predice, según los autores, a través de los actos prosociales de los pares que, sin embargo, no actúan como factor de protección en la relación entre la victimización y la salud mental. Por otro lado, en la misma investigación, se comprueba cómo la presencia de victimización anula los efectos positivos de la conducta prosocial sobre la buena salud mental. Los autores concluyen su trabajo con la idea de que limitar la victimización entre iguales y facilitar las experiencias positivas en el grupo son acciones necesarias que facilitan la salud mental completa en los adolescentes que cursan estudios secundarios.

Sanchagrin et al. (2017) también establecen una relación entre la influencia de tener amigos delincuentes y la posibilidad de delinquir. En su investigación, se basaron en las redes sociales para examinar el impacto de la amistad entre personas tanto del mismo sexo como de diferente, en la desviación y en la delincuencia. Los resultados muestran que la relación con pares delincuentes actúa como predictor en el caso de los hombres, mientras que, en el caso de las mujeres, la relación es menor. En cualquier caso, los autores concluyen que los vínculos sociales de los adolescentes son predictores importantes de la delincuencia.

La capacidad que tengan los adolescentes para la resolución de conflictos también es un tema relevante para la valoración del riesgo de exclusión social. Camacho (2016) analiza las interacciones de los adolescentes en el entorno escolar, familiar y de amigos, prestando especial atención a las conductas inapropiadas y a las estrategias de resolución de conflictos, con el fin de establecer los factores que llevan a un adolescente al suicidio. Realizó el estudio con cuatro adolescentes de 14 y 15 años, a través de entrevistas, observaciones y narrativas, concluyendo que son varios los factores sociales, que se dan en la interacción con los otros, que pueden actuar como desencadenantes de las conductas suicidas.

Otro elemento clave en la resolución de conflictos, desde una perspectiva prosocial, es, como indican Van Lissa et al. (2017), la empatía. A través de un estudio longitudinal, los autores tratan de comprobar si el conflicto con los padres actúa como predictor de una baja regulación emocional en los adolescentes con un mayor nivel de empatía. Utilizaron medidas sobre el estado de ánimo, en varias ocasiones, y el nivel de disposición reflejado en autoinforme. Tal y como esperaban, se confirmó que los adolescentes con alto nivel de empatía, que tienen conflictos con sus padres de manera frecuente, presentan más variaciones en su humor y tienen dificultades para regular sus emociones. Esto no se cumple en el caso de los adolescentes con un nivel de empatía bajo. Además, también obtuvieron como resultado que la variabilidad del humor, unida a la baja regulación de emociones, actuaba como predictor de un mayor nivel de conflicto con los padres, que no se vieron moderados por el nivel de empatía. En el caso de los adolescentes con un alto nivel de empatía, el conflicto contribuyó a la desregulación emocional y viceversa. Concluyeron, finalmente, que un nivel de empatía alto puede resultar perjudicial cuando se da un elevado nivel de conflicto entre padres e hijos.

García-Moya et al. (2014) analizan la influencia del sentido de coherencia, consistente en la solución de problemas de manera adaptativa a situaciones estresantes, en la prevalencia y las consecuencias de la victimización. De su estudio concluyeron que los adolescentes con un bajo sentido de coherencia tienen un mayor riesgo de convertirse en víctimas de intimidación y de que la victimización tenga un efecto más negativo sobre ellos, si los comparamos con los adolescentes con un alto sentido de coherencia.

La asertividad es una habilidad que permite al adolescente expresar su opinión y defender su postura de manera firme, sin vulnerar los derechos de los demás ni permitir que se vulneren los propios. En este sentido, resulta interesante el estudio de Travis y Scott (2017), centrado en los insultos. Los autores señalan que los insultos incomodan al receptor, salvo que este sea capaz de despersonalizarlos. Indican que se aboga por restricciones previas a que se den, o por sanciones cuando ya se han dado, pero señalan que hay quien piensa que esto coarta la libertad de expresión, por lo que los insultos están protegidos públicamente. En cualquier caso, los autores señalan que los campus universitarios, en su caso, no pueden permitir esta libertad de expresión mientras los estudiantes no estén preparados para respetar a todas las culturas que se pueden encontrar en este tipo de espacios.

El bienestar subjetivo es un concepto que abarca las evaluaciones que realiza un individuo sobre su vida y las emociones que le genera (Savi y Tagay, 2017). Pero es una cuestión que, generalmente, se asocia al nivel de ingresos familiares, en relación a la situación material. Gross-Manos (2017) realizó un estudio en el que examinó la relación existente entre la situación material y el bienestar subjetivo, en niños. Para llevar a cabo su investigación, midió, por un lado, los recursos materiales y, por otro, la exclusión social. De sus resultados se concluye que un nivel de recursos materiales bajo, unido a un alto nivel de

exclusión social, da como resultado un bajo bienestar subjetivo, explicándolo, en mayor medida, la exclusión social.

El bienestar subjetivo también se mide en relación al apoyo social percibido en una investigación realizada por Savi y Tagay (2017), en relación a las conductas de riesgo y a la autoestima de los adolescentes. Según su estudio, un bajo nivel de bienestar subjetivo tiene un efecto negativo sobre las conductas de riesgo, que puede ser reducido si el adolescente cuenta con un buen nivel de autoestima. Señalan, además, que estos comportamientos de riesgo, se reducen a medida que aumenta el nivel de satisfacción con la vida.

Encontramos estudios como el de Vela et al. (2017), en el que analizan las propiedades psicométricas de dos escalas encaminadas al bienestar subjetivo. Las escalas son la Escala de Satisfacción con la Vida y la Escala de Felicidad Subjetiva. Encontraron que ambas tenían una buena consistencia y que son aptas para medir el bienestar subjetivo de los adolescentes. Por su parte, Renshaw y Bolognino (2017) analizaron la escala llamada "detector psicológico de bienestar y angustia". Se compone de diez ítems y se elaboró con elementos de la encuesta de autoinforme de Conducta de salud en niños en edad escolar. Su muestra estuvo compuesta por jóvenes estadounidenses y el estudio confirmó la existencia de dos factores: bienestar psicológico y angustia psicológica.

En relación al bienestar subjetivo, veremos la resiliencia, la autodeterminación, la satisfacción con la vida y el autoconcepto, ya que son factores que juegan un papel importante en este sentido.

La resiliencia, como señala Masten (2014), es una cuestión que genera gran interés debido a las amenazas al bienestar, a nivel mundial, que existen con respecto a temas como enfermedades, maltrato o violencia política, entre

otros. Por esto, la autora plantea una investigación en la que pretende comprender las variaciones que se dan en la adaptación a situaciones adversas. Concluye su estudio con la necesidad de realizar esfuerzos a nivel internacional, con el fin de promover la resiliencia.

Por otro lado, en un nivel más concreto, Larson y Moses (2017) señalan que la resiliencia se define en los adolescentes como la ausencia de resultados negativos, en lugar de ser definida como la existencia de resultados positivos. Por ello, realizaron un estudio en el que midieron la relación entre la exposición a una situación estresante y el funcionamiento adaptativo, con el fin de comprobar si un nivel moderado de estrés generaba en los adolescentes más o menos conductas prosociales que aquellos que estaban expuestos a niveles muy altos o muy bajos. Obtuvieron como resultado que la exposición al estrés se asociaba al comportamiento prosocial.

Prince-Embury (2015) aborda el análisis psicométrico de la escala de resiliencia para niños y adolescentes. El instrumento mide la capacidad de recuperación personal de niños y jóvenes en el entorno escolar. Posteriormente Prince-Embury et al. (2017) validaron la escala de resiliencia para adultos jóvenes, que es una extensión de la anterior escala mencionada.

En un ambiente multicultural como es el propio de Nueva Zelanda, Sanders et al. (2017) validaron la escala de Medida de Resiliencia Infantil y Juvenil, compuesta por 28 ítems. Obtuvieron una estructura de dos factores contextuales, un factor familiar y otro individual. Concluyeron que el instrumento es una buena opción para medir la resiliencia, independientemente del origen étnico de los adolescentes.

La capacidad de autodeterminación del alumno puede predecir algunos de los logros o fracasos posteriores al egreso escolar, tal y como podemos ver

en la investigación de Shogren et al. (2017). En su estudio miden cómo algunos componentes de la autodeterminación, autonomía, autorrealización y empoderamiento psicológico influyen en el empleo y el salario que logra el alumno en la edad adulta. Usaron el Inventario de autodeterminación: informe del alumno. Fue validado por Shogren et al. (2017). El instrumento cuenta con 50 ítems y demostró un ajuste aceptable.

En cuanto a la satisfacción con la vida, es un constructo que analizan Chen et al. (2015). Su estudio se realizó con adolescentes en transición a la edad adulta y se centraron en la satisfacción con la familia, con el rendimiento académico y con el ocio. Comprobaron que el perfil se iba modificando a medida que los jóvenes entraban en la edad adulta. En la misma línea encontramos el estudio de Guevara y Urchaga (2018), quienes estudiaron la relación entre la satisfacción vital y la satisfacción con las relaciones familiares y con los iguales. Contaron con una muestra de 1.409 adolescentes a los que aplicaron cuatro escalas. Tras analizar los resultados, concluyeron que una satisfacción con la vida positiva se asocia, principalmente, con unas buenas relaciones en el ámbito familiar, y en menor medida, con las relaciones que establecen con sus iguales.

Tatlow-Golden y Guerin (2017) realizaron una investigación para conocer el punto de vista de los jóvenes en cuanto al autoconcepto. Según los autores, las escalas existentes para medir el autoconcepto omiten factores que son relevantes para los jóvenes, por lo que ponen en duda su validez de contenido. Además, señalan los autores que las escalas existentes no representan a todos por igual y que se centran demasiado en cuestiones académicas y se centran en la autoestima extrínseca, en lugar de en la intrínseca.

2.3. Sexualidad y relaciones

La conformación de la identidad y orientación sexual en la adolescencia, las prácticas sexuales, las relaciones amorosas y las conductas asociadas, son elementos clave de equilibrio personal o riesgo de exclusión. Sobre estos asuntos se han realizado multitud de investigaciones que abordan la descripción, prevención, diagnóstico y tratamiento educativo de conductas de riesgo. McSharry (2017) ha abordado las desigualdades de género relacionadas con el deporte que viven los adolescentes en las escuelas secundarias. El estudio se ubica en tres escuelas secundarias públicas, de carácter mixto, en Irlanda, que son conocidas por el éxito en deportes como el fútbol gaélico, el rugby y el hurling. Se plantea, y se confirma a través del estudio, cómo las niñas, y algunos niños, tienen dificultades para conseguir un reconocimiento en el deporte, además de experimentar discriminación a la hora de acceder a ciertos deportes que, en teoría, están más orientados a ellos. Concluyen que la administración escolar normaliza y protege esta situación y que las niñas, a través de la reflexión sobre sus experiencias, intentan cambiarla.

Por otro lado, Nascimento et al. (2017) relacionan las diferencias de género con la pobreza, encontrando una relación determinante en el acceso a los estudios en comunidades pesqueras seminómadas de Madagascar. Los autores muestran cómo la mayoría de los varones van a pescar desde pequeños, mientras que las niñas se quedan encargadas de las labores domésticas y apuntan a que, tanto niños como niñas, están en una situación marginal. Señalan que tanto la discriminación positiva para las niñas, como los instrumentos de diseño de políticas globales, resultan inadecuados para solucionar el problema, por lo que piden un enfoque más centrado en el contexto de estas comunidades para poder abordar los desafíos que plantean.

Inevitablemente, la temática relacionada con el género, nos lleva a la diversidad sexual, que también se hace cada vez más visible en el entorno educativo. Poteat (2017) escribe sobre lo que llama "alianzas gay-hetero" para conseguir un clima más seguro en las escuelas y un alumnado más resiliente. Estas alianzas están vinculadas a los resultados positivos de los estudiantes, además de promover el bienestar. Los adolescentes que pertenecen al colectivo LGBTQ experimentan discriminación en las escuelas, por lo que encuentran un apoyo en estas alianzas, conocidas en inglés como Gay-Straight Alliances, que también les apoyan fuera de la escuela, a través de programas extracurriculares, sobre todo en comunidades en las que no encuentran ese apoyo. Esto contribuye a un mayor bienestar en estos jóvenes, que desemboca en mejores experiencias, tanto a nivel académico como social.

Una investigación relacionada sobre este tema es la que realiza Grozelle (2017) en Minnesota. Analiza la forma en la que la ideología de una comunidad puede afectar a este colectivo, llevando en algunos casos al suicidio. El estudio se centra en el Distrito Escolar de Anoka-Hennepin, que se vio convertido en caldo de cultivo de la violencia homofóbica y la discriminación a través del discurso de grupos cristianos conservadores, que pretendían mantener un orden social heteronormativo.

Kurt (2017), por su parte, se centra en los estudiantes transgénero, quienes también sufren discriminación sexual en las escuelas. En su artículo podemos encontrar estrategias para los orientadores, que se pueden poner en marcha con el fin de favorecer un clima escolar seguro y equitativo, encaminado al éxito académico y al bienestar de estos estudiantes.

La adolescencia es el momento en el que los jóvenes se inician en la sexualidad, en muchos casos sin tener información adecuada. En este sentido, el autoconcepto y la autoeficacia funcionan como factores de protección que

contribuyen a evitar conductas sexuales que resulten de riesgo para la salud, optando por conductas de prevención, tal y como señalan Orcasita et al. (2018). Eversole et al. (2017) utilizaron una encuesta con el fin de examinar la relación entre la fuente de información que tenían los jóvenes latinos, referente al sexo, y su intención de utilizar preservativos, además de contemplar la influencia de factores como la edad o el nivel socioeconómico, entre otros. Hallaron que las fuentes de información, expuestas de mayor a menor uso, fueron los padres, otro familiar, la escuela y los amigos. Como resultados, señalan que los jóvenes cuya fuente de información eran los padres tenían mayor intención de utilizar el preservativo como medio de anticoncepción en sus prácticas sexuales, mientras que aquellos que se dejaban llevar más por los amigos tenían menor intención. Los autores plantean la necesidad de que los jóvenes dispongan de más fuentes de información sexual, en relación a conductas sexuales saludables, incluso plantean intervenciones dirigidas a los familiares con el fin de mejorar la comunicación en este sentido.

Por otro lado, Cederbaum et al. (2017), también centrados en las influencias que reciben los jóvenes en cuanto a prácticas sexuales, analizaron la influencia de la comunicación sexual entre padres e hijos. Para ello tuvieron en cuenta las actitudes de los adolescentes, las normas percibidas y las intenciones de mantener relaciones sexuales. Además, contemplaron la función moderadora que puede tener el apoyo social de los adultos en los centros educativos. La investigación se llevó a cabo en California y mostró que el aumento de la comunicación entre padres e hijos, en torno al sexo, se asoció a las intenciones de mantener relaciones, dando lugar a una mayor seguridad, aumentando las actitudes de abstinencia y disminuyendo la intención a través del apoyo de adultos en las escuelas. Por esto, los autores apuntan hacia el compromiso de los padres y a la relación con la escuela como método para reducir las prácticas sexuales de riesgo.

Robinson y Robinson (2017) diseñan un recurso de apoyo a los profesionales que no estén relacionados con la salud sexual, como podrían ser los docentes, pero que trabajan con jóvenes que pueden encontrarse en riesgo de vivir un embarazo no deseado. El objetivo del estudio giraba en torno al uso de una herramienta de detección y de intervenciones educativas centradas en disminuir las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes, o bien la derivación de los mismos a un profesional adecuado. Se examinaron las percepciones de aquellos que habían utilizado el recurso propuesto, focalizado en la evaluación de necesidades. Se utilizó un cuestionario en línea y en entrevistas telefónicas con profesionales para concluir que las intervenciones educativas realizadas habían dotado de conocimiento a los estudiantes e, incluso, habían mejorado la comunicación, la reflexión, la autoconciencia, las actitudes, la confianza y la clarificación de valores. Los autores sugieren que su trabajo está permitiendo una intervención temprana, en lo que se refiere a salud sexual.

Helm et al. (2017) analizan las citas y relaciones que se tienen en la época de la adolescencia, distinguiendo entre saludables y no saludables, ya que las entienden como un factor que influye en el bienestar de los adolescentes. Realizaron su estudio a través de grupos de discusión en los que los adolescentes debían describir cómo era una relación a su edad. Del análisis de los grupos de discusión establecieron cuatro etapas.

Una fase denominada "entrada", en la que se habla de lo hipotético antes de entrar en la relación. Los adolescentes reflejaron la puesta en valor que hacen sobre las relaciones, lo que piensan sobre la edad de inicio (señalando que todo empieza en la adolescencia), la necesidad de hablar de estos temas en la escuela, la diferencia de edad, el uso de las redes sociales para iniciar una relación (generalmente, por parte de los chicos) y el desacuerdo de los padres que, en ocasiones, se oponen.

En la fase llamada "estar en" ya se habla de situaciones reales cuando se está en una relación saludable. Esta fase del grupo de discusión se centra en hablar sobre lo que los adolescentes hacen cuando están en una relación, la exclusividad y la confianza, y el respeto mutuo.

Otra fase, a la que denominaron "permanecer en", englobó las situaciones en las que los adolescentes hablaban de citas que no eran saludables y de relaciones en las que había violencia. Destacan que los jóvenes normalizaban el hecho de permanecer en una relación de estas características, en lugar de considerar terminar con ella. La conversación se centró en ejemplos de malas relaciones (gritos, agresiones...), sus causas (consumo de sustancias, falta de confianza, celos...) y consecuencias (autolesiones, suicidio, escalada de violencia...) y las razones para seguir en una relación así (se sienten atados a la otra persona, falsos mitos del amor romántico...).

Por último, los autores establecen una fase más, llamada "saliendo". El momento de salir de una relación fue el menos debatido y se concibió como un desafío, en el que es necesario el apoyo de amigos y familiares.

Queda claro, pues, que las relaciones deben ser tratadas con los adolescentes para poder ayudarles a identificar lo que es una relación sana y animarles a salir si se encuentran en una que no lo es.

La investigación realizada por Kim et al. (2017) se centra en las dificultades que los adolescentes encuentran en una relación, a través del análisis de un foro en el que buscan asesoramiento. El análisis se centró en cuatro tipos de problemas: los relacionados con el control, las rupturas, los problemas de confianza y la crueldad con el otro. La categorización de los consejos se realizó en torno a "juicio", "recomendación", "palabras de bondad", "experiencia personal" y "preguntas inquisitivas". Del análisis establecen que los

foros de adolescentes no suponen vías reales y sólidas de apoyo. Detectan también que las respuestas varían en función de si se está respondiendo a un post escrito por una adolescente o por un adolescente, es decir, hay diferencias de género. En cualquier caso, los autores consideran que debe ser una vía de apoyo complementaria a otras actuaciones.

Como propuesta de prevención destacamos la realizada por Egea (2019), quien desarrolla un proyecto para ofrecer a los adolescentes conocimientos y contribuir al desarrollo de actitudes y habilidades que prevengan cualquier tipo de violencia en las relaciones que establezcan. Propone una metodología que califica como activa, participativa, dinámica, experiencial, crítica e integradora, que llevó a cabo con dos grupos de 25 estudiantes de 3º de ESO. Se aplicó un test al finalizar la intervención, además de un cuestionario de satisfacción a los participantes, junto a una evaluación realizada por personal del centro donde se desarrolló la intervención, obteniendo resultados positivos.

2.4. Dinámicas familiares

Como hemos ido viendo de manera transversal, las dinámicas que se dan en el entorno familiar afectan a los adolescentes y a su manera de relacionarse. De ahí que sea un factor interesante de estudio cuando hablamos del riesgo de exclusión social en adolescentes. Encontramos estudios como el de Onukwufor y Chukwu (2017), que señalan la influencia de un estilo de crianza autoritario en el consumo de sustancias de los adolescentes. También el apoyo que reciben los jóvenes de sus familias influye en la regulación de la angustia a través de las relaciones entre iguales y marca la tendencia a la co-rumiación de los adolescentes, como vemos en la investigación de Stone et al. (2017).

La relación que los adolescentes tengan con sus padres determina, en parte, el tipo de relaciones que ellos mismos van a tener. Rice et al. (2017)

analizan la influencia de la educación relacional en las relaciones de los adolescentes, tanto con sus padres como con iguales o parejas. Normalmente, esta educación relacional está enfocada a iguales pero los autores, con su estudio, demuestran como también afecta a las habilidades relacionales de los adolescentes con sus padres.

En el caso de las dinámicas familiares, Guo et al. (2017) presentan la validación de una escala para medir el ajuste familiar y las habilidades parentales y familiares en padres chinos. Si concretamos en las prácticas de crianza, encontramos el trabajo de Kahraman et al. (2017). Los autores desarrollaron una escala para evaluar las prácticas de crianza con padres de niños en edad escolar. En su versión final, la escala cuenta con seis dimensiones y 52 ítems, con una validez aceptable y con la capacidad de medir, no solo las prácticas parentales, sino las estructuras psicológicas de los padres que les llevan a un tipo de prácticas u otro.

También Lawson et al. (2017) presentan la validez del inventario de crianza de adultos y adolescentes. No obtuvieron unos resultados sólidos, por lo que en sus conclusiones indican una mayor investigación y la réplica con otras muestras.

Como ejemplo de diferencia de relaciones parentales en entornos culturales distintos, citamos el trabajo de Buist et al. (2017), cuya muestra estuvo compuesta por adolescentes indios y holandeses y se centró en la calidad de las relaciones entre padres y entre hermanos en relación a problemas de internalización o externalización. En su estudio comprobaron que los adolescentes indios señalaban una mayor calidez en la relación entre hermanos pero una interacción con los padres más negativa, en comparación con los holandeses. En cualquier caso, los resultados en cuanto a la relación entre hermanos y la calidad de la relación con los padres, con los problemas de

internalización o externalización, fueron similares. Con estos datos, los autores concluyen que existen diferencias culturales en las dinámicas familiares, pero no en los problemas de internalización o externalización.

Eisenberg et al. (2015), por su parte, analizaron la relación entre las prácticas de socialización de las madres en la infancia y la adolescencia con la preocupación por sus hijos en la adultez temprana. De su estudio concluyeron que la manera en la que la madre se había relacionado durante su infancia y su adolescencia influía en el nivel de preocupación que sentían por sus hijos cuando llegaban a esta edad.

En cuanto a la relación entre situaciones de acoso escolar y las dinámicas familiares, contamos con el trabajo de Higueta-Gutiérrez y Cardona-Arias (2017). Los autores concluyen que la prevalencia del acoso es mayor en los casos en los que los adolescentes informan de una disfunción familiar, entre otras cuestiones. Esto nos sirve para comprobar, una vez más, la influencia de la relación familiar en los adolescentes. Los autores señalan, para finalizar, que el acoso involucra tanto el marco social, como el relacional a nivel familiar y con los maestros. En la misma línea encontramos la investigación de Valdés y Carlos (2014), quienes señalan que las variables escolares y familiares están relacionadas de forma significativa con el acoso, apuntando, al igual que en el anterior estudio, a un enfoque ecológico del problema del acoso escolar.

También Lansford et al. (2018) analizan la influencia de las creencias y conductas de los padres en el comportamiento y ajuste de los adolescentes. Fue un estudio internacional, contemplando nueve países (China, Colombia, Italia, Jordania, Kenia, Filipinas, Suecia, Tailandia y Estados Unidos), y examinaron aspectos de la crianza en relación al ajuste juvenil. Como aspectos de crianza, tuvieron en cuenta las expectativas sobre las obligaciones familiares, el afecto o el control psicológico, entre otros. Como ajuste juvenil se consideraron la

conducta prosocial, el rendimiento académico y la competencia social, entre otros. En los casos en los que la normatividad cultural moderaba el vínculo entre crianza y ajuste juvenil encontraron que, además, el vínculo entre una conducta parental particular y el ajuste juvenil se veía magnificado en contextos culturales con un comportamiento parental más normativo. Larraz et al. (2020) se propusieron conocer la relación existente entre la satisfacción familiar, la inteligencia emocional y la agresividad en adolescentes. Para ello, contaron con una muestra de 190 adolescentes de entre 15 y 18 años. Encontraron correlaciones entre la atención emocional y la expresión de la ira, que a su vez correlaciona con la regulación de las emociones. Concluyen que la existencia de una base familiar sólida, junto a la satisfacción con la familia, favorece la gestión de las emociones y, por ende, se dan comportamientos más adaptativos.

La relación con los hermanos también influye en los adolescentes, como vemos en la investigación de Bouchey et al. (2010). En su estudio investigaron la relación entre el apoyo brindado por los hermanos mayores a los menores y el compromiso y ajuste académico de los menores. En el caso de hermanos de distinto sexo, se comprobó que la percepción que tenía el hermano menor sobre el apoyo del mayor, junto a una imagen positiva del mismo, predijeron disminuciones en la autopercepción académica y en el rendimiento del hermano menor. También el nivel de compromiso de los hermanos mayores predijo un mayor ajuste académico de los menores.

Además del estilo comunicativo con los padres y el nivel de autoridad de los mismos, es un factor relevante el hecho de encontrarnos ante una familia monoparental, bien a causa de una separación, de una defunción o de padres solteros. Abedini et al. (2017) analizan las diferencias entre los estilos de identidad, la calidad de vida y el comportamiento en adolescentes con padres solteros y padres adolescentes. De su estudio concluyen que no hay diferencias muy significativas en lo referente a la calidad de vida, es decir, relaciones

sociales, salud física y mental... Sin embargo, encontraron diferencias en cuanto a problemas de comportamiento. Los hijos de padres solteros resultaron ser más ansiosos y más depresivos que los hijos que tenían a los dos padres, aunque hubieran sido padres adolescentes.

Motamedi et al. (2017) señalan que la ausencia de uno de los padres tiene un efecto negativo en el desarrollo de los niños y los adolescentes, llevándoles a la posibilidad de sufrir trastornos psicológicos y problemas de conducta. Por este motivo, los autores desarrollaron un programa enfocado al entrenamiento de la inteligencia emocional para adolescentes con problemas de comportamiento y emocionales, insertos en familias monoparentales. A través de un diseño pretest-postest elaboran e implementan un programa que aumenta la inteligencia emocional en este tipo de adolescentes.

3. Abordaje preventivo de la exclusión social en la escuela

Estamos convencidos de que la institución educativa juega un papel esencial en la prevención y el diagnóstico del riesgo de exclusión social en menores. Los centros educativos son el lugar en el que más tiempo pasan niños, niñas y adolescentes y, por tanto, el lugar en el que aprenden a relacionarse con los demás, a comportarse en la sociedad en la que viven, y el medio social en el que forman y conforman su identidad.

Dada la complejidad de la situación, se hace necesario comenzar a tener en cuenta el ámbito social en los centros educativos, como señala la investigación de Stetsenko (2017), en la que pretende romper con la idea del determinismo biológico y los mitos que difunde. El autor se basa en distintas ciencias para afirmar que todas las personas tienen potencial si se permite la puesta en práctica de procesos de desarrollo dinámicos y abiertos, que obedezcan a apoyos socioculturales, mediaciones, herramientas y acceso a los

recursos, a través de la educación. Afirma, en este sentido, la importancia que tiene la política educativa en la lucha contra la marginación y la discriminación.

Señalan Eklund y Kilgus (2017) que en la escuela se pueden identificar niños en situación de riesgo y proporcionar una intervención adecuada. Destacan, también, el papel de los psicólogos escolares en esta tarea y consideran que la manera de intervenir es a través del cribado o tamizaje, de la intervención temprana y del proceso de monitoreo del progreso. Hartman et al. (2017) apoyan la idea de la detección e intervención, con respecto a riesgos emocionales y conductuales, desde la escuela, indicando que una identificación temprana puede contribuir a reducir los trastornos emocionales y del comportamiento. En la misma línea, Dowdy et al. (2016) señalan la importancia de contar con instrumentos de cribado válidos en la escuela. También Lloret (2015) señala la necesidad de contar con instrumentos de screening para identificar a individuos en riesgo y que, además, brinden una orientación en cuanto a las estrategias más adecuadas.

Darretxe et al. (2020) analizan la evolución de los conceptos ligados a la exclusión en el ámbito escolar y señalan cómo se ha ido pasando de hablar de exclusión a segregación, luego a integración y, finalmente, a inclusión para referirnos a la diversidad. Tras su análisis, realizan una apuesta ideológica en la que se deben asumir compromisos políticos, luchando contra el enriquecimiento continuo de las personas más ricas, tomando conciencia de la importancia de construir desde los sectores más desfavorecidos y desafiando el papel de la educación.

Por su parte, Ocampo (2015) realiza un análisis sobre las condiciones y los procesos que certifican la construcción de una institución educativa que tenga un carácter inclusivo, dada la exclusión. En su análisis, reflexiona sobre la ausencia de un paradigma que sea capaz de enfrentarse a este tipo de desafíos,

identificando los obstáculos existentes para ello. Asimismo, tras el análisis, aborda las cuestiones epistemológicas ineludibles para permitir que la escuela pueda hacerse cargo de los desafíos que se plantean en torno a la educación inclusiva en la época actual. El trabajo concluye poniendo de manifiesto la necesidad de superar el modelo actual de la educación inclusiva, el cual se centra en la educación especial. Esto supondría una repercusión en la calidad de las estrategias de intervención encaminadas a dar respuesta a las necesidades sociales y a los intereses del conjunto de ciudadanos.

En un sentido sociológico, nos resulta relevante la investigación realizada por Mallett (2017), quien utiliza la expresión “tubería de la escuela a la prisión” para referirse a aquellos estudiantes que, debido a los efectos que el talante punitivo de la escuela ejerce sobre ellos, acaban, en muchos casos, siendo delincuentes. Curiosamente, el alumnado al que se considera dentro de esa tubería, de manera desproporcionada, son, según la investigación, los de color, los pobres, los que tienen alguna discapacidad, las víctimas de maltrato y las lesbianas, los gays, los bisexuales y los transexuales.

En el ámbito educativo, Bettez (2017) señala la popularidad de temas como la diversidad y la inclusión en la escuela, por lo que adopta un enfoque centrado en comprender la inequidad y que, además, conduzca a los jóvenes a ser más inclusivos y a tomar medidas contra la opresión y la discriminación. El miedo y el fanatismo también son actitudes que se han extendido en las escuelas, tal y como analiza Darling-Hammond (2017). Este autor pone el énfasis en una educación antirracista y en la necesidad de actuaciones contra la misma, con el fin de contrarrestar la extensión de estas actitudes que se centran en un discurso basado en el odio. Propone, pues, una serie de actuaciones encaminadas a este fin, entre las que se encuentran la igualdad en la distribución de recursos, el establecimiento de planes de estudio que brinden a

todos las mismas oportunidades, el desarrollo de habilidades sociales y emocionales, y el apoyo a las relaciones entre los estudiantes.

Hanna (2017), por su parte, se centra en Irlanda del Norte y en Israel, zonas divididas por los conflictos, para desarrollar una investigación, de carácter cualitativo, en la que triangula la opinión de docentes, estudiantes y responsables de políticas educativas. Su estudio explora la manera en la que se tratan las diferencias dentro del ámbito de la educación para la ciudadanía. Se centra en la forma en la que se interpretan la libertad de expresión y la no discriminación y, además, en cómo se equilibran al sacar a la palestra cuestiones que resultan controvertidas, en un aula en la que encontramos el reflejo de una sociedad dividida.

En esta misma línea, es decir, la raza, y sumando el género, encontramos la investigación de Gregory et al. (2017), quienes pretenden aumentar la equidad en la escuela. Lo hacen a través de un marco que establece diez principios para ayudar a los educadores a afrontar, de una forma encaminada al desarrollo y a la reducción de las diferencias de raza y género, el comportamiento de los alumnos. Además, los autores ofrecen, en ese mismo marco, una serie de instrucciones que guíen futuras investigaciones en cuanto a la disciplina escolar. Previamente a esto, Skiba et al. (2014) ya sugerían que aquellas escuelas que quisieran reducir las diferencias étnicas y raciales, en lo que a disciplina se refiere, deberían centrar sus esfuerzos en las intervenciones escolares y en el aula.

Continuando con el género, Funk y Funk (2017) realizan una investigación en la que señalan la importancia de incluir temáticas relacionadas con el género en los planes de estudios y que esto, para aquellos que lo ven como una temática difícil, resulta frustrante. Apuntan, además, al papel crítico que desempeñan los educadores ya que, el estudio de temas de género, implica

el desafío a la discriminación contra las personas que manifiestan ser de un género distinto al que, en un principio, se podría dar por hecho. En cualquier caso, afirman la necesidad de evolucionar con el discurso del género y aquellas implicaciones que puede tener en el aula, ya que lo señalan como una cuestión de justicia social.

Haciendo alusión a la preparación de los docentes para atender a la diversidad, encontramos el informe final al respecto que realiza la Comisión Europea (2017). En este informe se señala la diversidad, cada vez mayor, que se ha generado por los movimientos migratorios y la globalización, y la manera en la que afecta al plano escolar. El informe apunta al hecho de que la intolerancia y la exclusión social se encuentran en aumento, tanto en la sociedad como en las escuelas, y que esto pone a los docentes en una situación en la que deben reconsiderar sus estrategias y sus prácticas cotidianas, con el fin de satisfacer las necesidades de aprendizaje de un alumnado cada vez más diverso.

Dudovitz et al. (2017), por otro lado, plantean el papel del docente en el desarrollo del autoconcepto, tanto académico como conductual. Realizaron su trabajo a través de encuestas a adolescentes de familias con un bajo nivel de ingresos, centrándose en el autoconcepto, el consumo de sustancias y las redes sociales. También tuvieron en cuenta la influencia de los familiares, de los compañeros y del entorno, considerando, además, las relaciones con los profesores o con sus entrenadores. Sus resultados apuntan a que, si el estudiante tiene una relación en la que sienta apoyo por parte del docente, disminuye la probabilidad de que caiga en el consumo de sustancias, además de obtener unos mejores resultados académicos y un mejor comportamiento. Con esto, concluyen que las escuelas, siempre que ofrezcan un clima de apoyo, influyen de manera positiva en el autoconcepto de los adolescentes, actuando como medio de prevención en el consumo de sustancias. También McGeown et

al. (2017) discuten las implicaciones que puede tener para los propios docentes el hecho de fomentar atributos positivos psicológicos en los adolescentes.

En esta misma línea, encontramos estudios como el de Caprara et al. (2014), en el que analizan la efectividad de un programa piloto destinado a promover el comportamiento prosocial en adolescentes. Se contó con un grupo de intervención, compuesto por 151 estudiantes, y un grupo de control, en el que había 173. Los resultados del pilotaje pusieron de manifiesto cómo en el grupo de intervención disminuyó notablemente el nivel de agresiones, tanto verbales como físicas, y aumentó el comportamiento de ayuda. Además, los integrantes del grupo de intervención obtuvieron mejores resultados académicos, por lo que los autores concluyen que se puede mejorar el rendimiento académico y disminuir la conducta agresiva si se fomenta el comportamiento prosocial.

Por otro lado, Cabezas y Monge (2014) se centran en la influencia del contexto en el que se ubica el centro educativo. Los autores concluyen, con su estudio, que se dan más casos de agresión entre iguales en aquellas escuelas que se ubican en contextos que muestran un riesgo social mayor. También Nichols (2017) estudia la relación entre la escuela, el hogar y el contexto, teniendo en cuenta los tribunales. Señala cómo las prácticas institucionales reproducen las relaciones sociales a través de prácticas como el silenciamiento y la tergiversación, haciendo que los estudiantes no puedan salir de las situaciones de exclusión en las que se encuentran.

Una opción que se ofrece en España, como parte de la lucha contra la exclusión social, es la de las escuelas de segunda oportunidad. Estos centros se caracterizan por acoger a alumnos cuya trayectoria es de fracaso escolar y que, además, se encuentran en riesgo de exclusión social. Corchuelo (2014) establece

su investigación en este tipo de centros con el fin de detectar prácticas docentes que contribuyan a paliar los efectos de estas situaciones.

Arredondo y Vizcaíno (2020) realizan un estudio con personas que abandonaron los estudios y se encontraban preparando pruebas de acceso a la Educación Secundaria y a Ciclo Formativo de Grado Medio en un recurso alternativo. Tras el análisis de los datos obtenidos, señalan como principal motivo de abandono la desmotivación, mientras que el principal aliciente para retomar los estudios es conseguir una mejora en la situación personal.

Al hilo de esta investigación, encontramos la de Tutters y Portelli (2017), quienes se plantean si los líderes de las escuelas están realmente preparados para atender a todas las necesidades del alumnado, en relación a la inmigración, a los refugiados y a la diversidad cultural. Realizan su estudio en Ontario (Canadá), a través de un análisis documental y de entrevistas a los propios dirigentes, quienes apuntan que sienten falta de apoyo y señalan la escasez de recursos con los que cuentan para atender a las situaciones que se dan en sus respectivos centros. Los autores concluyen, además, que los dirigentes no cuentan con la suficiente formación al respecto.

Desde el enfoque de la salud mental, encontramos la investigación de Moffa et al. (2016), en la que señalan la necesidad de incluir una evaluación de la pertenencia que sienten los estudiantes con respecto a su grupo-clase como un factor del proceso de evaluación de la salud mental. En esta evaluación, además tuvieron en cuenta el bienestar socioemocional y la angustia interna. De su estudio concluyeron que existe una relación entre el sentimiento de pertenencia y el nivel de satisfacción con la vida, pudiendo predecir esta última, junto a la angustia psicológica, el nivel de bienestar y el de angustia interna.

Desde este punto, podemos pasar a cuestionar si, al igual que hay factores psicológicos que se relacionan con la escuela, los hay emocionales. Esto nos lleva al estudio realizado por Stormont et al. (2017), quienes trataron de establecer una relación entre lo que los propios autores denominan calificaciones sociales y emocionales, y el rendimiento académico de los alumnos. Se realizó con niños pequeños, por lo que fueron los propios maestros quienes realizaron las evaluaciones, tanto sobre aspectos socioemocionales como en relación a las habilidades de lectoescritura que comenzaban a desarrollar sus alumnos. De esta manera, entre otros hallazgos, determinaron qué estudiantes estaban preparados para comenzar la escuela y qué estudiantes no lo estaban.

Por su parte, De la Cruz y Matus (2017) estudian la participación escolar como uno de los mecanismos de exclusión e inclusión. Su estudio fue de tipo cualitativo y se centraba en los grupos de discusión para determinar una serie de cuestiones relativas a la participación. Al analizar las respuestas identificaron distintos canales para participar, tanto formales como informales, estableciendo distintos grados de participación y concluyendo que resulta prioritario, especialmente en estudiantes que presentan un bajo rendimiento, promover la participación para contribuir a su inclusión.

García-Raga et al. (2021) detectan en su estudio opciones de participación, identificando la expresión de la opinión propia como la opción más extendida, seguida por la intervención en la resolución de los conflictos propios. Concluyen que la participación de los niños en las escuelas no se reduce únicamente a la expresión de la opinión, sino que participan en la toma de decisiones a través de votaciones o en la elaboración de trabajos en grupo. Señalan que es necesario encontrarse en una escuela democrática para que esta participación pueda tener lugar.

La investigación de Ainscow et al. (2016), por su parte, realizada en Inglaterra, apunta hacia la elaboración de políticas nacionales que permitan una mayor flexibilidad a nivel local, permitiendo así que los profesionales puedan analizar las circunstancias particulares y determinar, en función de este análisis, cuáles son las prioridades de cada individuo. Apuestan por la realización de estos cambios para conseguir el fomento de una mayor equidad en los centros educativos, en los que consideran como elementos de mejora la autonomía escolar, la responsabilidad y la competencia.

CAPÍTULO 2: FACTORES DE EXCLUSIÓN SOCIAL

1. La exclusión social como fenómeno multifactorial

La exclusión social es un fenómeno multifactorial, es decir, provocado por distintos factores que pueden o no darse de manera conjunta o aislada. No es necesario que todos los factores estén presentes para llevar a una persona o grupo a una situación de exclusión social o de riesgo de la misma. Debido a esto, nos disponemos a analizar la visión de distintos autores con el fin de determinar los dominios que pueden componer la exclusión social, centrándonos en el colectivo compuesto por los adolescentes.

Meisels y Shonkoff (1990) publican un manual sobre intervención en la primera infancia en el que realizan una conceptualización sobre las bases neurológicas del desarrollo de la vulnerabilidad, los estilos parentales, el riesgo temprano, las diferencias culturales y los factores de protección y la resiliencia. Además de encajar estas bases en un marco teórico, realizan una aproximación al asesoramiento en intervenciones con menores en riesgo y en las interacciones filio-parentales, teniendo en cuenta las características de la comunidad en la que se insertan. Señalan como modelos la atención preventiva en salud, la atención y educación tempranas, la intervención temprana con niños y familias de bajos ingresos, los servicios para niños con discapacidades y la salud mental en la infancia, dedicando un apartado a profesionales y otro a la preparación del personal para llevar a cabo las intervenciones tempranas. Ponen énfasis en la evaluación del impacto de las distintas intervenciones e indican unas directrices o retos para el s. XXI. Entre estos desafíos encontramos el papel de las políticas internacionales en cuanto a intervención en la primera infancia,

el modelo que llaman “empoderamiento colectivo”, haciendo referencia a las asociaciones entre familia y profesionales y, finalmente, destacan la importancia de la resiliencia.

Hersen y Ammerman (1997) se presentan como editores de un handbook centrado en la prevención y el tratamiento con niños y adolescentes, proporcionando un enfoque de intervención centrado en el contexto. Abordan temáticas generales, como la pobreza o la relación con la comunidad, aportando ideas para la intervención tanto grupal como individual, desde los servicios residenciales y desde la escuela y la comunidad. Consideran distintos factores, dividiéndolos entre intervenciones preventivas e intervenciones de tratamiento, las cuales presentamos en la tabla 1.

Tabla 1. Intervenciones para prevención y tratamiento del riesgo

INTERVENCIONES PREVENTIVAS	INTERVENCIONES DE TRATAMIENTO
Intervención temprana con niños pequeños y sus familias	Desórdenes depresivos
Tabaco	Desórdenes de ansiedad
Uso y abuso de sustancias	Trastornos por estrés postraumático y por estrés agudo
Problemas de conducta y comportamiento antisocial	Retraso mental y trastornos del desarrollo
Salud mental	Trastornos de conducta
Promoción de la salud	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
Maltrato, abuso y negligencia	Trastornos alimentarios
Abuso sexual	Trastornos relacionados con sustancias
SIDA y enfermedades de transmisión sexual	

Fuente: Hersen y Ammerman (1997)

El manual publicado por Walker y Gresham (2013) presenta prácticas basadas en la evidencia para tratar problemas emocionales y de comportamiento desde la escuela. Señalan la importancia de la evaluación desde las escuelas y se centran en aspectos como los programas de salud mental basados en el rendimiento académico, los problemas multiculturales en la escuela y los alumnos con trastornos emocionales y de comportamiento, pasando por la legislación y los servicios de apoyo con los que cuentan los estudiantes que sufren algún trastorno. Indican que se deben evaluar las habilidades sociales y presentan ejemplos de escuelas de Estados Unidos y Finlandia. En cuanto a los desórdenes específicos a los que hacen referencia, señalamos la intimidación y la agresión en el entorno escolar, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, la externalización e internalización de los trastornos de conducta en el contexto escolar y la ansiedad y los trastornos relacionados. Además, se centran en la educación secundaria con problemas emocionales y del comportamiento abordando los enfoques generales de intervención, donde también tienen en cuenta el ambiente doméstico. Destinan un apartado del manual a la atención temprana y señalan la necesidad de investigación en la evaluación de intervenciones encaminadas a los trastornos del comportamiento relacionados con la escuela.

Tal y como señala Contreras-Montero (2020), la exclusión social se puede abordar desde diferentes paradigmas: el de la solidaridad, donde la exclusión se daría al romperse el vínculo social del individuo con el Estado pero en el que quedaría la solidaridad como vínculo entre la sociedad y el individuo; el de la especialización, donde se encuentran diferentes esferas en la sociedad y reina la meritocracia, siendo el mercado el que regula en lugar del Estado; y el del monopolio, donde los que tienen el poder limitan el acceso a los recursos de aquellos que no lo tienen.

2. Factores del constructo “riesgo de exclusión social”

La exclusión social es un fenómeno complejo y multidimensional que afecta a la calidad de vida de quienes la padecen, así como a la equidad y cohesión social de una comunidad. Para Crous y Bradshaw (2017) es un proceso que implica la falta o la negación de recursos, derechos, bienes y servicios, y genera incapacidad de participar en las actividades disponibles para la mayoría de las personas, ya sea en el ámbito económico, social, cultural o político. Desde aportaciones al campo clásicas como la Meisels y Shonkoff (1990) o Hersen y Ammerman (1997), al manual de Walker y Gresham (2013), y los estudios recientes de Marsh et al. (2016), o Domitrovich et al. (2017), o Valois et al. (2017), que ya hemos citado, hay una cierta coincidencia en señalar que se pueden considerar seis factores de riesgo de exclusión social en la adolescencia: (1) adicción a sustancias psicoactivas; (2) adicción al uso de la tecnología y dispositivos tecnológicos; (3) ansiedad o depresión; (4) situación familiar difícil; (5) conducta de riesgo en relaciones amorosas y sexuales; y (6) acoso.

2.1. Adicción a sustancias psicoactivas

La exclusión social de los adolescentes, tanto a nivel educativo como laboral, puede afectar a su salud mental y manifestarse a través de problemas de adicciones, como señalan Pérez et al. (2016). Estos autores realizaron un estudio en el que pretendían comprender la percepción de los jóvenes, en su caso mejicanos, sobre su exclusión y el uso de sustancias. Presentan, a través del análisis de entrevistas, el hecho de que estudiar para, después trabajar no es una expectativa de vida para los jóvenes, quienes reconocen que no estar ocupados no es algo gratuito o que sea una elección. En su discurso, los jóvenes reflejan una crisis de sus instituciones de referencia, es decir, la familia, la escuela y el trabajo, que les hace verse en una situación de vulnerabilidad en la que se sienten excluidos y expuestos a ciertos riesgos, como es el caso del

consumo de sustancias. De esta manera, los autores concluyen que esta crisis de instituciones es lo que hace que los jóvenes se sitúen en una situación de exclusión social en la que buscan el sentido de sus vidas a través del consumo que, finalmente, favorece la marginación.

Momeñe et al. (2021) achacan el consumo a la dependencia emocional, los estilos de apego y las dificultades en la regulación emocional. Su estudio se realizó en Ecuador, con una muestra de 1.533 estudiantes de entre 13 y 22 años. Los resultados obtenidos les permiten concluir que un mayor consumo de sustancias se traduce en una mayor dependencia emocional, peor estilo de apego y mayores dificultades para la regulación emocional. En la misma línea, Acosta (2021) liga el consumo al ambiente social y familiar del adolescente.

La adicción al alcohol y al tabaco también es un tema preocupante en la adolescencia, ya que en ocasiones los adolescentes realizan estas prácticas por cuestión de inseguridad o de ocupación del tiempo libre y terminan desembocando en un problema de adicción. Harvey y McKay (2017) analizaron la consideración de las consecuencias futuras en un grupo de adolescentes, ya que un nivel más elevado se asocia a un menor consumo de alcohol. Su objetivo era conocer las opiniones de estos adolescentes sobre la consideración de las consecuencias del consumo de alcohol, además de ver si la consideración de las consecuencias futuras distingue entre consecuencias inmediatas y consecuencias a largo plazo. Su investigación mostró que la mayoría de los adolescentes no tienen en cuenta las consecuencias que puede tener el consumo de alcohol y que aquellos que son conscientes de ellas las ignoran. En el caso de los adolescentes que se abstienen del consumo de alcohol, son las consecuencias inmediatas las que influyen en su toma de decisiones. Los autores sugieren que estos resultados sirvan como base para el desarrollo de iniciativas de promoción de la salud.

Entre las consecuencias para los adolescentes del consumo de alcohol, Rubio (2016), con su estudio realizado en Andalucía, señala la continuidad en el consumo, tanto de alcohol como de otras sustancias, problemas académicos, prácticas sexuales de riesgo, actuaciones delictivas, lesiones cerebrales, accidentes de tráfico, trastornos emocionales y neurodegeneración. La autora señala que en la prevención del consumo de alcohol es necesario tener en cuenta el contexto familiar, escolar y de los iguales, por lo que se plantea como objetivo analizar los cambios que se producen durante la adolescencia en el consumo de alcohol y ver la manera en la que influye el contexto, además de encontrar predictores. Sus resultados muestran un aumento considerable del consumo de alcohol en la adolescencia media, equiparándose el nivel de consumo por sexos en este punto, con influencia del apoyo percibido para la compra y consumo de alcohol, la permisividad de amigos y hermanos y la percepción de peligrosidad. Además, la autora establece una clasificación de los adolescentes en cuatro grupos, dos que agrupan a aquellos que no consumen nunca, o lo hacen raramente, y dos que engloban a los adolescentes que consumen una vez al mes o semanalmente. En los dos primeros grupos se refleja una influencia positiva del contexto, con indicios de colaboración entre la familia y la escuela, y muestra una percepción alta del riesgo del consumo de alcohol, a la vez que una baja permisividad por parte de sus iguales. En cuanto a los adolescentes que señalan consumir alcohol una vez al mes, suelen ser chicas de áreas semiurbanas, con baja percepción del riesgo de emborracharse, percepción positiva de familia e iguales y bajo rendimiento académico. Por último, en relación al grupo que consume alcohol de manera semanal, suelen ser chicos con una baja percepción de riesgo de emborracharse y una valoración negativa de los contextos familiar y escolar, resultándoles fácil comprar y consumir alcohol. La autora plantea el uso de esta información en el diseño de programas de prevención del consumo de alcohol.

Por otro lado, Herman-Stahl et al. (2017) analizaron si la depresión de las madres influye en el consumo de alcohol de sus hijos adolescentes. Según sus resultados, esta relación estaba mediada por los síntomas depresivos de las adolescentes, solo en el caso de las niñas.

En una línea más amplia, Zullig et al. (2014) analizan el consumo de alcohol y el de tabaco en relación a la autoeficacia emocional. Los resultados de su estudio apuntan a que unos niveles bajos de autoeficacia emocional influyen en el consumo de alcohol y tabaco, y señalan la importancia de tener en cuenta la autoeficacia emocional.

No solo el consumo de tabaco y alcohol preocupa cuando hablamos de adicciones. En la actualidad, el culto al cuerpo está a la orden del día, por lo que Elkins et al. (2017) investigan la influencia del uso de esteroides en las conductas problemáticas. Consideraron como conductas problemáticas la victimización violenta escolar, la violencia escolar y las ideaciones suicidas, comprobando cómo el uso de esteroides se relacionó con las tres situaciones. Los resultados fueron distintos en función de variables como el sexo, el grado escolar y la raza.

Indica Meehan (2017) que aquellas personas que consumen drogas a menudo llevan un estigma que conduce a su discriminación, marginación y exclusión social. La autora, siendo consciente del papel que juega la escuela en la formación al respecto, plantea una investigación en la que analiza los conocimientos que tienen los adolescentes sobre las drogas, sobre quienes las consumen y sobre la educación que reciben al respecto. En el mismo estudio se analizan las limitaciones de los maestros para la educación sobre drogas y sus actitudes hacia los consumidores. Del análisis, la autora concluye que los maestros se centran en la información, empleando un enfoque que denomina "horror y horror" para disuadir a los adolescentes del consumo, presentando a los adictos como individuos amenazantes o enfermos. Concluye con la idea de

que este tipo de formación resulta ineficaz y, en algunos casos, contraproducente y que, además, acentúa el estigma que llevan aquellas personas que consumen drogas. Propone, para finalizar, alternativas más eficaces pedagógicamente.

En cuanto al consumo de drogas encontramos el trabajo de Lloret (2015), en el que elabora una batería de escalas orientadas al diagnóstico temprano del riesgo de consumo de drogas. Su trabajo se divide en cinco áreas: macrosocial, microsocia escuela, microsocia familia, microsocia amigos e individual. Su muestra estuvo compuesta por estudiantes de educación secundaria y obtuvo unos resultados que avalaron todas las escalas propuestas, salvo la individual, que se dividió en tres. De esta forma, consiguió una batería de siete escalas con una validez satisfactoria. Señala el autor que con su batería de escalas se puede diagnosticar el riesgo de un individuo o grupo, permitiendo la planificación de intervenciones efectivas.

Al igual que en el estudio de Rubio (2016) sobre el consumo de alcohol, Epstein et al. (2015) también establecen cuatro perfiles pero, esta vez, en función del consumo de marihuana. Presentan un grupo de no usuarios, uno de adolescentes con un consumo limitado, uno de aparición tardía y, por último, uno de crónicos, comprobando cómo les va a los 33 años, para establecer la influencia que ha tenido en su vida el uso de marihuana. El grupo crónico fue el que se presentó en peores condiciones, seguido del grupo de inicio tardío, que mostró un mayor uso de sustancias y de comportamientos sexuales de riesgo que el grupo de no usuarios. En cuanto al grupo de adolescentes con un consumo limitado, presentaron una situación económica y formativa menor que los grupos de inicio tardío y de no usuarios. El grupo de adolescentes con un consumo limitado y el de inicio tardío tuvieron más problemas de funcionamiento en el periodo en el que se intensificó el uso, notando una mejora en el momento de inicio del desistimiento.

En cuanto a la relación entre el uso de sustancias y la discriminación racial, contamos con el trabajo de Garrett et al. (2017). En sus resultados se puede comprobar que una frecuencia elevada en la discriminación racial percibida estaba asociada a un riesgo más alto de consumo excesivo de alcohol, de uso inadecuado de medicamentos recetados y de uso de otras drogas. También Ma et al. (2017) examinan la relación entre los factores culturales y el uso de sustancias en adolescentes. Como factores culturales consideraron familiaridad (conectividad familiar), simpatía (armonía de relación interpersonal), respeto y orgullo étnico, analizando el consumo de los 3 últimos meses. Los resultados de su investigación señalaron una asociación significativa del uso de sustancias con una mayor familiaridad, simpatía y respeto, siendo la simpatía el único factor que se asoció al consumo de alcohol. Cuanto más alto el nivel de simpatía, mayor nivel de abstinencia. Una mayor presencia de simpatía y familiaridad apoyaron la ausencia de uso de drogas, siendo la simpatía la que presentaba una asociación mayor.

En cuanto a la relación entre el consumo de sustancias y la autoeficacia social, encontramos el trabajo de Zullig y Valois (2016), quienes analizan la percepción de los adolescentes en cuanto a la relación entre el daño provocado por el consumo de tabaco, alcohol, marihuana y cocaína y la autoeficacia social. En sus resultados podemos comprobar que una percepción baja del daño de cada una de las sustancias se asocia con una autoeficacia social más baja. De ahí que los autores concluyan la importancia de incluir temas relacionados con la autoeficacia social en los programas de prevención del uso de sustancias.

El consumo de drogas también se analiza en relación al acoso escolar en la investigación de Ttofi et al. (2016). En ella, los autores plantean que los adolescentes que acosan a otro tienen, al menos, el doble de probabilidades de consumir sustancias en etapas posteriores de la vida, aunque hay otros factores que tienen una mayor influencia. Entre estos otros factores, presentan los

riesgos infantiles a nivel individual, familiar y escolar. Concluyen que el acoso escolar, el consumo de sustancias y otras conductas problemáticas están intercorrelacionadas entre sí.

En otra línea, esta vez enfocada a la intervención, en lugar de a la prevención, se enmarca el trabajo de Trudeau et al. (2017). En su estudio evalúan la eficacia de un programa en línea enfocado a mejorar la recuperación y evitar las recaídas en adolescentes. Gracias a la existencia un de grupo experimental y un grupo de control, además de la toma de medidas en distintos momentos, pudieron justificar que el grupo experimental mostró una mayor motivación para reducir el consumo o, incluso, dejarlo, además de reflejar una disminución en el consumo durante el transcurso de la intervención. Como factor moderador encontraron la edad, siendo más efectivo el programa en aquellos adolescentes más jóvenes.

2.2. Adicción al uso de la tecnología y dispositivos tecnológicos

Además de la adicción al tabaco, al alcohol y a otras sustancias, la adicción a internet de los adolescentes es un tema cada vez más relevante, tal y como muestran distintas investigaciones. Veremos algunas de ellas a continuación.

Comenzamos con el estudio de Lim y Nam (2017), en el que comprueban los patrones sobre el uso de Internet en Corea, con adolescentes. En su investigación comprobaron que los adolescentes de familias tanto monoculturales como multiculturales, utilizan internet, en primer lugar, para juegos, en segundo para estudiar y, en tercero, para búsqueda de datos. En lo que sí afectó la cultura fue en el tiempo que dedican los jóvenes a navegar por Internet, dando como resultado un mayor tiempo aquellos adolescentes que viven en familias multiculturales y cuyas madres no tenían estudios. Los autores

proponen que el gobierno proporcione ayuda a las madres con un nivel educativo más bajo para que puedan realizar un control efectivo y constructivo del uso que hacen sus hijos de Internet.

Dhir et al. (2017) validaron un instrumento encaminado a detectar las gratificaciones que proporciona a los jóvenes el uso de Internet. El instrumento constaba de 27 ítems, divididos en seis factores: exposición, coordinación, influencia social, búsqueda de información, conexión y entretenimiento. Tras los análisis pertinentes, el instrumento mostró una alta fiabilidad. Por su parte, Dönmez et al. (2017) se centraron en una escala para medir la percepción de los maestros en cuanto a los riesgos a los que se exponen los adolescentes al estar en línea. Obtuvieron un instrumento válido compuesto por 20 ítems y seis factores.

Por otro lado, Lin et al. (2017) se centran en las redes sociales, ya que parten de la hipótesis de que se relacionan con la exclusión social y tienen un efecto sobre el nivel de ansiedad. Por ello, evaluaron si la ansiedad social influye en la relación entre las redes sociales y la exclusión social. Realizaron su estudio a través de un juego en el que creaban exclusión social, al cual le seguía un periodo de espera, para ver si en ese momento los adolescentes recurrían a las redes sociales. Además, midieron la recuperación de las respuestas negativas hacia la exclusión. Con esta metodología, pudieron comprobar cómo el uso de las redes sociales contribuyó a una mejor recuperación en el grupo que presentaba ansiedad social, además de influir en el sentimiento de una existencia significativa. No ocurrió lo mismo con el grupo de baja ansiedad social, por lo que concluyen que las redes sociales benefician a las personas con un elevado nivel de ansiedad social después de la exclusión, pero dificultan la recuperación de aquellos que tienen un nivel de ansiedad social bajo. Centrado en las redes sociales, encontramos el estudio de Valencia-Ortiz et al. (2021), quienes realizan una revisión bibliográfica sobre la cuestión y concluyen que

una adicción a las redes sociales puede derivar en problemas académicos, psicológicos, de salud y afectivos. Señalan que esto hace necesaria una intervención desde las instituciones educativas para la que tanto los docentes como los padres necesitan formación.

So et al. (2017) analizaron la probabilidad de sufrir una adicción a Internet en el caso de adolescentes con trastorno del espectro autista (TEA) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Realizaron su investigación en Japón y de sus resultados concluyen la necesidad de realizar un cribado que permita intervenir cuanto antes en la adicción a Internet en los servicios psiquiátricos, cuando atienden a adolescentes con TEA o con TDAH.

Destacamos, en último lugar, el estudio realizado por Vicente-Escudero et al. (2019), quienes analizaron la relación entre psicopatología y abuso del móvil e internet en adolescentes. Contaron con una muestra de 269 estudiantes de Educación Secundaria y emplearon tres instrumentos de medida diferentes. Concluyen que el abuso del móvil e internet y el abuso de la tecnología aumentan con la edad, estando relacionados con problemas de atención y sintomatología externalizante. Como factores de protección ante esta problemática destacan el hecho de pertenecer a alguna organización, tener una relación adecuada con los padres, ser autónomo y tener un rendimiento aceptable en asignaturas científicas.

2.3. Ansiedad o depresión

En relación a la ansiedad, Gonzalez et al. (2017) examinaron la validez de la escala de autoinforme de situaciones sociales ambiguas para jóvenes. Obtuvieron dos factores: acusación/culpa y rechazo social. En base a la escala, desarrollaron una intervención que también resultó efectiva, ya que tras su puesta en marcha, las puntuaciones obtenidas se vieron reducidas. Por otro

lado, Lagos (2015) detectó la inexistencia de una escala que midiera la ansiedad en Chile, por lo que validó el Inventario de Ansiedad Escolar. Este instrumento estaba validado previamente en España y sus factores hacen referencia a ansiedad ante situaciones tales como el fracaso escolar, la evaluación social, la evaluación escolar y la agresión. El instrumentó resultó satisfactorio en el contexto Chileno. Lo mismo hicieron Moore et al. (2017) con una escala de depresión, ansiedad y estrés. En su caso, validaron la escala con adolescentes estadounidenses.

García-Escalera et al. (2020) analizan la eficacia de un programa para la prevención de la ansiedad y la depresión. El programa se basa en la terapia cognitivo-conductual y se llevó a cabo con un total de 151 adolescentes, con una edad media de 15,05 años. El programa resultó efectivo, ya que los síntomas de ansiedad y depresión disminuyeron de manera significativa en el conjunto de la muestra y proponen que las futuras intervenciones sean llevadas a cabo por los docentes, ya que en este estudio fueron profesionales de la psicología quienes guiaron la intervención.

Padecer ansiedad supone un riesgo para el bienestar y el desarrollo en niños y adolescentes, como afirman Lagos-San Martín et al. (2014). Estos autores señalan que un nivel alto de ansiedad reduce la eficiencia en el aprendizaje, ya que deriva en una menor atención, concentración y retención de información. En su investigación, se plantearon como objetivo analizar la ansiedad en adolescentes en función del género y la edad en Chile. Encontraron, en función del género, que los hombres presentan unos niveles más bajos de ansiedad que las mujeres y, en función de la edad, diferencias en la ansiedad ante el fracaso y ante la agresión.

También encontramos investigaciones como la de Delgado et al. (2013), en la que analizan la relación entre la ansiedad social y el autoconcepto en

adolescentes. Como resultados de su trabajo, señalan que aquellos adolescentes que tienen una mayor ansiedad social cuentan con una mayor predisposición a percibir de forma negativa su relación con iguales, además de mostrar una autoestima y una estabilidad emocional menor que aquellos que no presentan ansiedad social. En otro estudio, García-Fernández et al. (2013), analizan la relación entre la ansiedad y el rendimiento académico. Obtuvieron como resultados que los estudiantes con un mayor rendimiento en las asignaturas de lengua y literatura y matemáticas, presentaban unos niveles de ansiedad más altos ante la posibilidad de fracaso escolar, castigos y agresión. Sin embargo, aquellos alumnos con un rendimiento académico bajo mostraban más ansiedad en cuanto a la evaluación social. Los autores concluyen que aquellos alumnos que tienen algunos temores a nivel escolar tienen, también, un mayor rendimiento.

En cuanto a cuestiones como la depresión, autores como Kassis et al. (2017) indican que es un problema complejo y que representa un desafío a la salud pública, viéndose afectada la calidad de vida si se padece y no se detecta ni se trata. Analizan los factores de riesgo y de protección en relación a la depresión en adolescentes, enfocándose en el contexto individual, en el familiar y en el social. Realizan su estudio en varios países europeos con la intención de comprobar si estos factores se ven afectados por la cultura. De su estudio concluyen que la cultura no afecta pero que la depresión adolescente está vinculada a muchos factores que tienen que ver con la protección individual y social. Establecen una combinación de factores de riesgo y de protección que justifican la necesidad de tomar un enfoque multifacético para la evaluación de la salud mental en adolescentes, así como para su prevención y tratamiento.

Por otro lado, Luo et al. (2017) analizan la depresión en adolescentes en torno a las relaciones interpersonales y el apoyo social percibido. Hallaron que, tanto las relaciones interpersonales como el apoyo social percibido, tuvieron

efecto sobre los síntomas depresivos. Además, señalan que el apoyo social percibido actúa como mediador entre la depresión y las relaciones interpersonales. Profundizando en las relaciones, en este caso románticas, entre adolescentes de la misma raza e interraciales, con relación a la depresión, encontramos en estudio de Miller (2017). El autor encontró que los adolescentes heterosexuales en relaciones de la misma raza, tienen más posibilidades de sufrir depresión. Concluye manifestando la necesidad de examinar el bienestar de los padres interraciales.

Rausch et al. (2017) señalan que los síntomas depresivos en la adolescencia vienen marcados por la ansiedad social que, a su vez, es precedida por síntomas depresivos. De ahí que planteen la necesidad de analizar más la ansiedad social. Realizaron una investigación, basada en el autoinforme y en el informe de los padres, en relación a la ansiedad social y otros síntomas depresivos en los adolescentes, concluyendo que, tanto unos como otros, pueden realizar informes sólidos y relevantes en la evaluación de síntomas depresivos, teniendo en cuenta la ansiedad social. Desde otra perspectiva, Xavier et al. (2017) plantean la posibilidad de que los síntomas depresivos sean capaces de predecir las autolesiones no suicidas en adolescentes. Concluyen que las autolesiones no suicidas se mantienen en el tiempo alimentadas por la concentración en sentimientos de odio, de disgusto y en síntomas depresivos.

2.4. Situación familiar difícil

Calvete et al. (2015) señalan que la violencia doméstica y un estilo de crianza ineficaz influyen en la percepción de los niños sobre sí mismos y sobre su entorno, normalizando la agresión. Los autores realizaron un estudio longitudinal en el que encontraron que la exposición a la violencia durante el primer año de vida actúa como predictor de la agresión por parte de los hijos hacia los padres en el tercer año de vida. También hallaron que la falta de

calidez durante ese primer año se relacionaba con el narcisismo y con el rechazo en el segundo año de vida. Además, los autores realizaron una comparativa de género, en la que detectaron que estos factores son predictores más efectivos en niños que en niñas. Por su parte, Deu (2015) analizó la forma en la que afecta a la adaptación social de los niños el hecho de vivir en un hogar en el que se da violencia de género. La autora concluye que estos menores, a los que llama víctimas invisibles, pueden sufrir trastornos emocionales, inestabilidad emocional y conducta antisocial. Además, la situación puede influir en los resultados académicos de los niños.

En la misma línea realizan su estudio Izaguirre y Calvete (2017). Los autores apuntan que la victimización directa de los padres actúa como predictor de un aumento de la violencia por parte del niño hacia sus progenitores, inicialmente a la madre y, con el tiempo, también al padre. La exposición a la violencia de género también predijo, en el caso de esta investigación, una victimización por violencia de pareja en el caso de las niñas.

También el consumo de alcohol por parte de los padres influye en los niños, como señalan Guttmanova et al. (2017). Destacamos de este estudio que el consumo regular de alcohol, en concreto por parte del padre, predijo un bajo nivel socioeconómico en la familia, que actuó como predictor de madres poco capacitadas para la crianza y de retraso en el desarrollo de los niños. Continuando con el nivel socioeconómico, encontramos la investigación de Farley y Kim-Spoon (2017). Los autores analizan las relaciones entre un bajo nivel socioeconómico, un bajo conocimiento parental, el bajo rendimiento académico de los adolescentes, el elevado consumo de sustancias y el bajo autocontrol en cuanto a la conducta. Concluyen que el conocimiento de los padres, influido por el nivel socioeconómico de la familia, es un factor importante en el ajuste de los adolescentes y su autocontrol conductual.

El bajo nivel socioeconómico en el ámbito familiar puede contribuir a que se den situaciones de trabajo infantil. Por este motivo, Morales (2015) realiza una propuesta de intervención con el fin de hacer partícipes a la familia y a la escuela en el proceso de implementación de estrategias para abordar la problemática de los niños y adolescentes trabajadores.

Esteves et al. (2020) realizan un estudio para conocer la relación existente entre la funcionalidad familiar y las habilidades sociales de los adolescentes. Contaron con una muestra de 251 adolescentes y los resultados les llevaron a concluir que existe una correlación positiva entre ambas variables, lo que se traduce en que la funcionalidad o disfuncionalidad familiar resulta determinante en el desarrollo de las habilidades sociales.

2.5. Conducta de riesgo en relaciones amorosas y sexuales

Dado que la violencia de género es una preocupación en los centros educativos, Halstead et al. (2017) presentan un estudio en el que describen las prácticas por las que se detecta una situación de violencia sexual, en Florida, en centros de salud estudiantiles ubicados en universidades, tanto públicas como privadas. La investigación consistió en un estudio descriptivo, de corte transversal, en el que se administró una encuesta telefónica. Los resultados desvelaron que no todos los centros de salud estudiantiles usaban estrategias de detección efectivas y que, en algunos casos, las preguntas utilizadas en la detección no eran específicas. Plantean sus resultados como una ayuda para las universidades y hacen propuestas para hacer más efectivas las estrategias de evaluación.

Casola et al. (2017) establecieron una relación entre el consumo de sustancias y las prácticas sexuales de riesgo. Para ello se sirvieron de una encuesta de comportamiento de riesgo juvenil y examinaron los indicadores de

actividad sexual, uso de sustancias y violencia, salud mental y la no utilización de métodos anticonceptivos. La realizaron a jóvenes sexualmente activos, en Filadelfia. Establecieron que la falta de uso de anticonceptivos contaba, como factores de riesgo, con el consumo de marihuana y con la disponibilidad de drogas en el entorno escolar. Concluyen su estudio con la necesidad de promover el uso de anticonceptivos entre los adolescentes, en los centros educativos.

Un paso más allá, centrados en la tasa de embarazo en adolescentes, se sitúan Martínez y Abma (2015). Realizan un informe en el que señalan que, afortunadamente, la tasa de embarazo en adolescentes ha disminuido en EEUU pero que, a pesar de esta reducción, sigue situándose por encima de la de otros países. En el informe presentan las tendencias sobre la actividad sexual, el uso de métodos anticonceptivos y la maternidad en adolescentes de entre 15 y 19 años.

Desde el campo de la enfermería, tenemos también en cuenta la investigación de Martínez (2015) sobre las necesidades de las adolescentes madres en el sistema educativo. Para ello utilizó el grupo de discusión como herramienta y realizó un análisis interpretativo. De las necesidades presentadas como resultados, se concluye que se puede favorecer el respeto a las necesidades de las madres adolescentes en el sistema educativo a través de políticas públicas que tengan en cuenta los cambios físicos que sufren (en relación a los centros en los que se utiliza uniforme), la necesidad de tener sillas y pupitres adecuados, la adaptación de los horarios escolares, un espacio específico para dar el pecho a sus hijos y la posibilidad de tener algo de tiempo para verlos. Y también desde el campo de la salud resulta relevante la investigación realizada por Barbosa et al. (2019), quienes analizaron la percepción y el conocimiento de 38 adolescentes sobre las Infecciones Sexualmente Transmisibles (IST), el embarazo y las formas de prevención. Los

resultados del estudio revelaron que los adolescentes no tienen información para protegerse, lo que aumenta las posibilidades de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo.

2.6. Violencia, acoso y agresividad

La violencia juvenil es un tema que preocupa a nivel de salud pública y que muchas comunidades han aceptado, como señalan David-Ferdon y Simon (2014). Pero también indican que se puede prevenir. Con el fin de ayudar a estas comunidades que aceptan la violencia juvenil, elaboran un recurso en el que se resume lo que se sabe hasta el momento sobre la prevención del problema, teniendo en cuenta las consecuencias, las tendencias, las causas y las estrategias de prevención. En su informe incluyen ejemplos concretos que han resultado eficaces, enfocados en reducir los factores de riesgo que llevan a los jóvenes a la violencia y en reforzar los factores de protección.

Con el fin de predecir el acoso, Solomontos-Kountouri et al. (2017) establecieron una serie de variables y trataron de establecer un perfil de los agresores. Como resultados de su investigación, señalan que las variables de tipo socioemocional, demográfico y académico, unidas al ciberacoso, predijeron situaciones de acoso tradicional que, a su vez, fue predicho por el acoso tradicional y las variables académicas. En cuanto a la victimización, fueron las variables de tipo socioemocional y la cibervictimización las que pudieron predecirla, uniendo el hecho de ser hombre, mientras que la cibervictimización se predijo a través de la victimización tradicional y las variables académicas. En lo referente al perfil, los autores establecen, basándose en sus resultados, que los agresores indicaban niveles más bajos en las variables académicas. Una investigación similar fue la de Stefanek et al. (2017), en la que establecieron que los adolescentes que no estaban implicados en situaciones de acoso tenían el nivel más alto de satisfacción en la escuela y el más bajo de depresión. Señalan,

también, que las víctimas tenían menos amistades y eran percibidas como alumnos con menos popularidad. En cuanto a las víctimas más severas, mostraron unos niveles más altos de depresión y más bajos de satisfacción con la escuela.

Levasseur et al. (2017) investigan la forma en la que los roles de aquellos adolescentes que participan en la intimidación se relacionan con el razonamiento moral. Su estudio reveló que aquellos adolescentes que defendían a la víctima tenían una mayor sensibilidad moral que, además, era más uniforme que aquella que tenían los agresores y los espectadores. La investigación contribuyó a la distinción entre líderes intimidantes, seguidores de matones y espectadores pasivos. Estos espectadores, según Salmivalli (2014), proporcionan recompensas sociales a aquellos que intimidan a otros. La autora explica que cuantas más recompensas y menos defensa de las víctimas se dé, mayores probabilidades hay que de que la intimidación se mantenga. Señala que los espectadores no suelen ser conscientes del efecto de sus respuestas y que, en muchos casos, es posible que no sepan cómo ayudar a la víctima. Concluye, además, que si se consiguen cambiar las respuestas de los espectadores se pueden reducir tanto la intimidación como la victimización.

También Sosa et al. (2014) realizan un estudio sobre las necesidades de los adolescentes en una escuela de El Salvador, en relación al acoso escolar, en el que contemplan el contexto en el que se ubica el centro, la descripción de la problemática y las instituciones que deben responder a la misma. Además, presentan narraciones y textos sobre los que realizan una categorización para hacer una comparativa. Junto a sus reflexiones finales, presentan, para finalizar el trabajo, una propuesta de intervención. También tiene en cuenta el contexto, en su investigación, Mooij (2015), quien desarrolló un modelo en el que tuvo en cuenta variables familiares, personales, educativas y escolares para explicar la gravedad de la violencia experimentada por un alumno. La investigación se llevó

a cabo en Holanda, con alumnos de educación secundaria, y dio como resultado que el perfil de alumno que experimenta una violencia más severa es aquel que es varón joven, sin familia intacta, no religioso y con notas bajas en lengua y matemáticas. La discusión del estudio se centra en la estimulación y el control de la mejora de la cohesión social en el entorno escolar.

Holt et al. (2014), por su parte, estudiaron si la victimización por acoso infantil se relacionaba con el funcionamiento psicosocial y académico en la etapa universitaria. A través de una encuesta en línea, obtuvieron sus resultados, que apuntan a que la intimidación o la victimización se asociaban a problemas de salud mental y afectaban a las percepciones en cuanto a la salud física y mental, pero sin que se diera una percepción de relación con la vida universitaria, ni a nivel social ni académico. Por otro lado, Rasalingam et al. (2017) relacionan la victimización con problemas de salud mental y el impacto que puede llegar a tener en la vida cotidiana, además del papel que juegan padres y compañeros como mediadores. En el caso de los adolescentes que indicaron victimización, los resultados señalan que había más síntomas de problemas de conducta, emocionales e hiperactividad, siendo mayores los problemas emocionales en el caso de los niños. Además, en todos los casos se señaló el impacto en la vida cotidiana, mientras que el apoyo de padres y compañeros amortiguó los problemas de salud mental. Los autores concluyen con la importancia de fortalecer el apoyo de los compañeros cuando nos encontramos ante un caso de victimización temprana.

Debido a las nuevas tecnologías, la victimización es algo que ahora puede experimentarse a través de las redes sociales. Autores como Gardella et al. (2017) llaman a esta situación cibervictimización e indican que tiene efectos similares. Realizan una investigación en la que analizan la relación entre esta cibervictimización con los resultados académicos en adolescentes de entre 12 y

17 años. Su análisis mostró una asociación entre los problemas de asistencia escolar y de rendimiento académico y la cibervictimización.

Gladden et al. (2014) elaboraron un documento con un amplio análisis sobre la intimidación, ya que, como señalan, es un tema que amenaza a los adolescentes tanto en el entorno escolar como en su propio vecindario. Los autores pretenden que su documento sirva como herramienta de ayuda para definir la intimidación y mejorar su prevención. Señalan que la concepción actual de la intimidación se centra en el abuso entre iguales, obviando las situaciones en las que se da por parte de adultos hacia niños o jóvenes, o las situaciones de violencia familiar o de género. El documento contiene desde el debate en cuanto a la definición hasta un listado de elementos que ayuden a la investigación sobre esta temática. Por su parte, Sánchez-Queija et al. (2017) distinguen entre intimidación denunciada e intimidación observada y además, apuntan a la necesidad de una medida de diagnóstico para casos de intimidación sin dejar de trabajar desde la prevención y la concienciación.

Por otro lado, Hadley et al. (2017) investigaron las diferencias de género y el papel mediador de la autoeficacia para la agresión como factores mediadores entre la aprobación de la agresión y la agresión proactiva. Con su estudio se demostró que existe relación entre la autoeficacia, la aprobación de la agresión y la agresión proactiva, en mayor medida en hombres que en mujeres. Estos resultados coinciden con los publicados por Ruiz et al. (2020), quienes también señalan que se da una mayor prevalencia de acoso en hombres que en mujeres.

En cuanto a las tendencias agresivas en adolescentes femeninas, encontramos el trabajo de Cotter y Smokowski (2017), quienes plantean la identificación del riesgo y de los factores que promocionan la agresión femenina adolescente. El estudio se realizó en Carolina del Norte y estableció,

como factores de riesgo, la internalización, las relaciones con amigos delincuentes, el conflicto entre padres e hijos y la presión del grupo. Según sus resultados, las intervenciones deben actuar sobre el dominio tanto de padres como de compañeros, siendo necesaria la puesta en marcha de servicios de salud mental que puedan tratar a las jóvenes agresivas.

Ttofi et al. (2014) apuntan a la resiliencia como herramienta para acabar con la continuidad de la intimidación, con la victimización y con los problemas que genera en etapas posteriores de la vida. Además, señalan que los programas enfocados a la problemática del acoso pueden interrumpir la continuidad de estas situaciones, lo que debe servir como motivación para la continuidad de la investigación en el tema. En la línea de buscar herramientas para prevenir las situaciones de acoso, destacar, en último lugar, el trabajo realizado por Menéndez et al. (2021). Evaluaron las relaciones entre el acoso escolar, la satisfacción con la vida, la responsabilidad y las necesidades psicológicas básicas, estableciendo diferentes perfiles de adolescentes y concluyendo que el acoso se puede prevenir si se cubren necesidades como la autonomía, por ejemplo, desde la escuela.

CAPÍTULO 3: EVALUACIÓN DEL RIESGO DE EXCLUSIÓN

1. Evaluación en la escuela

Amorocho (2019) destaca que en la escuela es necesario reconocer la tolerancia, la libertad, el respeto por el otro y un reconocimiento activo, de manera que las relaciones interpersonales en el aula se vean favorecidas. Señala que una pedagogía del reconocimiento favorecería el desarrollo de habilidades de comunicación, cooperación y empatía, que se traducirían en beneficios para la equidad social.

Por supuesto, los maestros también juegan un papel importante, de ahí que Kilgus et al. (2017) analizaran la medida en la que las calificaciones de los maestros sobre el comportamiento de los alumnos actuaban como predictor de los logros académicos. También centrados en la relación entre docente y alumno, Suldo et al. (2014) evaluaron el Inventario de relaciones entre docentes y alumnos (TSRI). Los factores que componen el instrumento son: ayuda instrumental, satisfacción y conflicto. Con su investigación concluyen que el instrumento es válido para usarlo con adolescentes estadounidenses y, además, señalan que la satisfacción de los docentes resulta relevante para el funcionamiento académico y psicológico de los alumnos.

De la misma manera que influyen los maestros, influye la familia y el contexto, por lo que Thompson et al. (2014) validan una escala para medir el apoyo que reciben los niños en todos los contextos.

La evaluación del riesgo se enfoca al uso de programas de tratamiento, como es el caso del software Módulo de Apoyo a la Gestión del Riesgo Social

en la Infancia y la Adolescencia, traducido y adaptado en un trabajo de Zanatta y Castellá (2015). El programa sirve de apoyo a los profesionales en la identificación y elección de procedimiento ante casos de sospecha de abuso hacia niños y adolescentes.

Es necesario detectar las situaciones de riesgo desde la escuela y poner a cada alumno en su contexto ya que, de lo contrario, como indican Del Pino et al. (2019), no se podrán conocer las metodologías más adecuadas, potenciar las habilidades en desarrollo de los alumnos o crear un clima de aula en el que se dé un crecimiento afectivo y moral. Añaden que es obligación de la escuela inclusiva crear ambientes participativos, democráticos, relajados, cálidos y de cooperación, teniendo presente que la participación resulta un elemento imprescindible para lograr la transformación de un determinado contexto social.

2. Evaluación de habilidades sociales

Oakes et al. (2017) señalan como prioridad que las escuelas aborden, además del aprendizaje académico, las necesidades que puedan tener los alumnos a nivel social y emocional. En el caso de las habilidades sociales son numerosos los instrumentos que se han diseñado. Sosu y Schmidt (2017) analizan si el Cuestionario de Fuerza y Dificultades (SDQ) es válido para realizar una investigación longitudinal. El instrumento mide dificultades emocionales y de comportamiento en niños. A través de un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), contando con una amplia muestra, concluyen que es un instrumento válido para utilizar en estudios longitudinales.

Chui et al. (2017), validan la escala CRIME-PICS II, en China. Este instrumento evalúa las actitudes de los adolescentes en relación a la delincuencia. Aunque lo validan con la intención de que sea utilizado a nivel judicial, consideramos relevante añadir su investigación a nuestro trabajo, ya

que desde la escuela se pueden prevenir situaciones de delincuencia si se detectan ciertas actitudes de forma temprana. Dowdy et al. (2016) examinan la validez predictiva del Sistema de Evaluación del Comportamiento para Niños-2 del Sistema de Evaluación de Conducta y Emocional del Estudiante, ubicando su investigación en el entorno urbano. Señalan que el instrumento predice los síntomas de internalización y lo hace mejor en el caso de las mujeres.

Ito et al. (2015) se centran en validar la Encuesta de Salud Social y Emocional-Versión secundaria (SEHS-S), con estudiantes japoneses. Del AFC obtienen cuatro factores: creencia en sí mismo, creencias en otros, competencia emocional y vida comprometida. Con la validación comprobaron que el instrumento es capaz de medir el rendimiento académico, el comportamiento prosocial y las relaciones sociales. Posteriormente, Telef y Furlong (2017) validaron la adaptación al turco del mismo instrumento.

Krach et al. (2017) investigan la capacidad de evaluación del Sistema de mejora de habilidades sociales: Guía de evaluación del rendimiento (SSIS-PSG). El instrumento contempla la conducta prosocial, las habilidades de lectura y las habilidades matemáticas. Comprobaron que el instrumento es un buen predictor de las habilidades lectoras y matemáticas, pero no del comportamiento.

Nilsson et al. (2017) desarrollan y validan la Escala de incidencia de problemas sociales, la cual contempla incidencia política y social, confrontación de la discriminación, conciencia política y conciencia social. Del estudio concluyen que el instrumento tiene una elevada fiabilidad y validez.

Lane et al. (2016) validan la subescala referente a la internalización de la Escala de evaluación del riesgo del estudiante para internalización y externalización, estableciendo puntuaciones en la internalización de patrones de

comportamiento. Previamente, Lane et al. (2015), llevan a cabo la validación de la Escala de evaluación de riesgo del alumno para la versión de la primera infancia.

Bakioglu y Turkum (2017) hacen la validación de la Escala de Eficacia Social y Expectativas de Resultados. Se aplicó a una muestra de estudiantes universitarios. Encontraron una validez aceptable y una compatibilidad con la escala original al pasar a la traducción al turco.

Rubio-Rodríguez et al. (2019) desarrollan y validan un cuestionario para identificar valores sociales y personales en niños deportistas de entre 10 y 14 años, en Colombia, obteniendo resultados satisfactorios.

3. Evaluación del bienestar

El bienestar de los adolescentes también es un tema que ha generado múltiples estudios sobre su evaluación y el uso de instrumentos diversos. Encontramos estudios como el de Vela et al. (2017), en el que se analizan las propiedades psicométricas de dos escalas encaminadas al bienestar subjetivo. Las escalas son la Escala de Satisfacción con la Vida y la Escala de Felicidad Subjetiva. Encontraron que ambas tenían una buena consistencia y que son aptas para medir el bienestar subjetivo de los adolescentes. Renshaw y Bolognino (2017) analizaron la escala llamada Detector psicológico de bienestar y angustia. Se compone de diez ítems y se elaboró con elementos de la encuesta de autoinforme de Conducta de salud en niños en edad escolar. Su muestra estuvo compuesta por jóvenes estadounidenses y el estudio confirmó la existencia de dos factores: bienestar psicológico y angustia psicológica.

En relación a la ansiedad, Gonzalez et al. (2017) examinaron la validez de la escala de autoinforme de situaciones sociales ambiguas para jóvenes.

Obtuvieron dos factores: acusación/culpa y rechazo social. En base a la escala, desarrollaron una intervención que resultó efectiva, ya que tras su puesta en marcha, las puntuaciones obtenidas se vieron reducidas. Lagos (2015) detectó la inexistencia de una escala que midiera la ansiedad en Chile, por lo que validó el Inventario de Ansiedad Escolar. Este instrumento estaba validado previamente en España y sus factores hacen referencia a la ansiedad ante situaciones tales como el fracaso escolar, la evaluación social, la evaluación escolar y la agresión. El instrumentó resultó satisfactorio en el contexto chileno. Lo mismo hicieron Moore et al. (2017) con una escala de depresión, ansiedad y estrés. En su caso, validaron la escala con adolescentes estadounidenses.

Prince-Embury (2015) aborda el análisis psicométrico de la escala de resiliencia para niños y adolescentes. El instrumento mide la capacidad de recuperación personal de niños y jóvenes en el entorno escolar. Posteriormente Prince-Embury et al. (2017) validaron la escala de resiliencia para adultos jóvenes, significando una extensión de la anterior escala mencionada.

Sanders et al. (2017) validaron la Medida de Resiliencia Infantil y Juvenil de 28 ítems. Obtuvieron una estructura de dos factores contextuales, un factor familiar y otro individual. Realizaron el estudio en Nueva Zelanda y concluyeron que el instrumento es una buena opción para medir la resiliencia, independientemente del origen étnico de los adolescentes.

Como evaluación de la salud mental en casos de depresión y ansiedad, contamos el Cuestionario de evitación y fusión para jóvenes, de Renshaw (2017). Se validó con estudiantes de secundaria en entorno urbano y demostró una alta validez para distinguir entre adolescentes con y sin depresión.

Torcasso y Hilt (2017) evaluaron los resultados de un programa de detección de suicidio en estudiantes de secundaria, el cual resultó efectivo ya

que tras su implementación se dio un aumento en la utilización de servicios de salud mental y disminuyeron tanto las ideas suicidas como los intentos de suicidio.

Ginevra et al. (2017) desarrollaron un instrumento para medir las visiones de futuro de los adolescentes italianos. Demostraron que estas medidas se relacionan con la satisfacción con la vida y la capacidad de adaptación profesional.

El Inventario de autodeterminación, informe del alumno, fue validado por Shogren et al. (2017). Se enfoca en la autodeterminación de jóvenes con y sin discapacidad. El instrumento cuenta con 50 ítems y demostró un ajuste aceptable.

Calleja y Mason (2020) desarrollan un cuestionario para medir el bienestar subjetivo, la Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8). Desarrollan el instrumento y una versión corta del mismo, realizando el estudio de validación con una muestra de 320 estudiantes universitarios. Ambas versiones del instrumento ofrecieron una validez y una confiabilidad satisfactorias.

4. Evaluación de las adicciones

Dada la preocupación por el riesgo de los adolescentes de caer en una adicción a Internet, Dhir et al. (2017) validaron un instrumento encaminado a detectar las gratificaciones que proporciona a los jóvenes el uso de la red. El instrumento consta de 27 ítems, divididos en seis factores: exposición, coordinación, influencia social, búsqueda de información, conexión y entretenimiento. Tras los análisis pertinentes, el instrumento mostró una alta fiabilidad.

En la misma línea, Salas-Blas et al. (2020) se proponen validar una versión corta del cuestionario de Adicción a Redes Sociales (ARS-6). En su estudio participan un total de 839 adolescentes y jóvenes y, como resultados, obtuvieron evidencia de validez interna del instrumento y fiabilidad de las puntuaciones para su utilización.

Dönmez et al. (2017) se centran en una escala para medir la percepción de los maestros en cuanto a los riesgos a los que se exponen los adolescentes al estar en línea. Obtuvieron un instrumento válido compuesto por 20 ítems y seis factores.

Lloret (2015) elabora una batería de escalas orientadas al diagnóstico temprano del riesgo de consumo de drogas. Su trabajo se divide en cinco áreas: macrosocial, microsocia escuela, microsocia familia, microsocia amigos e individual. Su muestra estuvo compuesta por estudiantes de educación secundaria y obtuvo unos resultados que avalaron todas las escalas propuestas, salvo la individual, que se dividió en tres. De esta forma, consiguió una batería de siete escalas con una validez satisfactoria. Señala el autor que con su batería de escalas se puede diagnosticar el riesgo de un individuo o grupo, permitiendo la planificación de intervenciones efectivas.

Por su parte, López-Ramírez e Inozemtseva (2019) realizan un estudio para la validación del Cuestionario de Factores de Riesgo Interpersonales para el consumo de Drogas en Adolescentes (FRIDA), elaborado en España, con población mexicana. Obtuvieron resultados que confirmaron la validez del instrumento en Méjico, habiendo reducido el número de ítems del mismo y contando con una muestra de 1.244 estudiantes de escuelas secundarias.

5. Evaluación de las dinámicas familiares

Guo et al. (2017) presentan la validación de una escala para medir el ajuste familiar y las habilidades parentales y familiares en padres chinos. Obtuvieron fiabilidad y validez satisfactorias. Kahraman et al. (2017) desarrollan una escala para evaluar las prácticas de crianza con padres de niños en edad escolar. En su versión final, la escala cuenta con seis dimensiones y 52 ítems, con una validez aceptable y con la capacidad de medir, no solo las prácticas parentales, sino las estructuras psicológicas de los padres que les llevan a un tipo de prácticas u otro.

Marín y Hernández (2020) desarrollan y validan el EDFA-f (Evaluación de las Dinámicas para el Fomento de la Asertividad: cuestionario para las familias), sometiéndolo a una validación interjueces mediante la técnica Delphi. Concluyen que el instrumento diseñado resulta adecuado para analizar la asertividad dentro de los contextos familiares en los que hay adolescentes cursando la Educación Secundaria Obligatoria.

Lawson et al. (2017) presentan la validez del Inventario de crianza de adultos y adolescentes. No obtuvieron unos resultados sólidos, por lo que en sus conclusiones, indican que se necesita una mayor investigación y la réplica con otras muestras.

Con toda esta información se puede comprender la necesidad de un instrumento eficaz, enfocado al riesgo de exclusión social, que resulte de fácil aplicación por parte de orientadores o tutores de curso, que permita señalar a aquellos estudiantes de los que haya sospecha de riesgo de exclusión social. Esto permitirá activar protocolos o realizar derivaciones basadas en los resultados de un instrumento con una validez comprobada.

6. Revisión de instrumentos de evaluación

Presentamos una revisión de instrumentos de evaluación y diagnóstico del riesgo de exclusión social en la que detallamos las características de cada uno de los instrumentos que hemos considerado que son más oportunos y eficaces para la detección del riesgo en adolescentes.

BASC. Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes (adaptación español) (González et al., 2004)

El BASC es un instrumento diseñado para un amplio rango de edades, pero en nuestro análisis nos centramos en la parte enfocada a adolescentes de entre 12 y 18 años. Tienes distintas utilidades entre las que encontramos el diagnóstico de problemas de conducta y de trastornos emocionales y del comportamiento.

Consta de 3 tipos distintos de cuestionarios, que deberán ser contestados por los propios adolescentes (S3), por los padres (P3) y por los tutores (T3). Las dimensiones y el número de ítems de cada uno de los cuestionarios son:

Autoinforme (S3). 185 ítems:

- Desajuste clínico: ansiedad, atipicidad, locus de control, somatización.
- Desajuste escolar: actitud negativa hacia el colegio, actitud negativa hacia los profesores, búsqueda de sensaciones.
- Otros problemas: depresión, sentido de incapacidad, estrés social.
- Ajuste personal: relación con los padres, relaciones interpersonales, autoestima, confianza en sí mismo.
- Índice de síntomas emocionales (ISE).

Cuestionario padres (P3). 123 ítems:

- Exteriorizar problemas: agresividad, hiperactividad, problemas de conducta.
- Interiorizar problemas: ansiedad, depresión, somatización.
- Problemas de atención.
- Otros: atipicidad, retraimiento.
- Habilidades adaptativas: liderazgo, habilidades sociales.
- Índice de síntomas comportamentales (ISC).
- Cuestionario tutores (T3). 137 ítems:
- Exteriorizar problemas: agresividad, hiperactividad, problemas de conducta.
- Interiorizar problemas: ansiedad, depresión, somatización.
- Problemas escolares: de atención, de aprendizaje.
- Otros: atipicidad, retraimiento.
- Habilidades adaptativas: liderazgo, habilidades sociales.
- Otras habilidades adaptativas: estudio.
- Índice de síntomas comportamentales (ISC).

Además, cuenta con un documento llamado "Historia estructurada del desarrollo" que debe ser rellenado con ayuda de los padres, y que contempla cuestiones como el historial médico, las aficiones, las relaciones del menor y el historial escolar, entre otras.

El último documento que encontramos consiste en un sistema de observación del estudiante, siendo el investigador quien debe rellenarlo a través de la observación, y que se compone de tres partes:

La parte A consiste en un inventario de conductas clave en el que el investigador debe marcar la frecuencia con la que las observa.

La parte B supone un muestreo temporal por intervalos, en el que se realiza una observación cada 30 segundos y se marcan las conductas observadas. Al pasar 15 minutos, se calcula el total de marcas.

La parte C se centra en la interacción entre el profesor y el estudiante durante la observación, enfocándose en las técnicas utilizadas por el docente para cambiar la conducta del estudiante.

La muestra estuvo compuesta por un total de 743 participantes, contemplando profesores, padres y estudiantes. El tiempo que se emplea en rellenar cada uno de los cuestionarios (P3 y T3) ronda entre los 10 y los 20 minutos. En el caso del autoinforme (S3) se emplean unos 30 minutos y en la observación 15 minutos.

Para la corrección del instrumento debemos tener en cuenta las puntuaciones T, que señalan la distancia con respecto a la media del grupo, y que se clasifican en intervalos de puntuación. Además, el instrumento recoge distintos índices para comprobar la calidad de un cuestionario que ya ha sido rellenado y que contemplan acciones como responder automáticamente de forma excesivamente negativa o positiva, correspondencia entre ítems similares o contestar con un patrón de respuestas. Los autoinformes que deben ser rellenados por los adolescentes incluyen, además, ítems con enunciados casi imposibles.

PAI-A. Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes (adaptación a la lengua española) (Cardenal et al., 2018)

El PAI-A es un instrumento diseñado para evaluar la personalidad y la psicopatología en adolescentes de entre 12 y 18 años. Se componen de 22 escalas, que suponen un total de 264 ítems, de los cuales se señalan aquellos

ítems que se consideran críticos por apuntar a indicios claros de una situación problemática. De esas 22 escalas, encontramos 4 de validez, 11 escalas clínicas, 2 de relaciones interpersonales y 5 de consideraciones para el tratamiento.

Las 4 escalas de validez incluyen: inconsistencia, infrecuencia, impresión negativa e impresión positiva. Si pasamos a las 11 escalas clínicas podemos encontrar: quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad, depresión, manía, paranoia, esquizofrenia, rasgos límites, rasgos antisociales, problemas con el alcohol y problemas con las drogas. En el caso de las escalas centradas en las relaciones interpersonales, contamos con: dominancia y afabilidad. En cuanto a las escalas de consideraciones para el tratamiento abarcan: agresión, ideaciones suicidas, estrés, falta de apoyo social y rechazo al tratamiento.

A su vez, existen una serie de subescalas que presentamos a continuación en forma de tabla con el fin de facilitar la comprensión del instrumento, que se recogen en la tabla 2:

Tabla 2. Escalas y subescalas del PAI-A.

TIPO	ESCALA	SUBESCALA
Escalas de validez	Inconsistencia	
	Infrecuencia	
	Impresión negativa	
	Impresión positiva	
Escalas clínicas	Quejas somáticas	Conversión
		Somatización
		Hipocondría
	Ansiedad	Cognitiva
		Emocional

	Fisiológica
Trastornos relacionados con la ansiedad	Obsesivo-compulsivo
	Fobias
	Estrés postraumático
Depresión	Cognitiva
	Emocional
	Fisiológica
Manía	Nivel de actividad
	Grandiosidad
	Irritabilidad
Paranoia	Hipervigilancia
	Persecución
	Resentimiento
Esquizofrenia	Experiencias psicóticas
	Indiferencia social
	Alteración del pensamiento
Rasgos límite	Inestabilidad emocional
	Alteración de la identidad
	Relaciones interpersonales problemáticas
	Autoagresiones
Rasgos antisociales	Conductas antisociales
	Egocentrismo
	Búsqueda de sensaciones
Problemas con el alcohol	
Problemas con las drogas	
Relaciones	Dominancia

interpersonales	Afabilidad	
		Actitud agresiva
	Agresión	Agresiones verbales
		Agresiones físicas
Consideraciones para el tratamiento	Ideaciones suicidas	
	Estrés	
	Falta de apoyo social	
	Rechazo al tratamiento	

Fuente: Cardenal et al. (2018)

La muestra estuvo conformada por un total de 969 adolescentes y el tiempo que lleva completar el cuestionario ronda los 45 minutos.

En cuanto a la corrección, al igual que el BASC, proporciona puntuaciones T, que posibilita la comparación con la media del grupo. Además, el instrumento ofrece la posibilidad de contestar exclusivamente a los primeros 165 ítems para obtener unos resultados iniciales.

AECS. Cuestionario sobre Actitudes y Estrategias Cognitivas Sociales (Moraleda et al., 1998)

El AECS es un instrumento que valora la competencia social de los adolescentes, de entre 14 y 17 años, y sus estrategias de pensamiento social. Se compone de un total de 19 escalas, contando con un total de 137 ítems.

Entre las escalas de actitud social encontramos escalas prosociales, antisociales y asociales. Entre las de pensamiento social, el instrumento cuenta con escalas de estilo cognitivo, de percepción social y de estrategias en la solución de problemas sociales.

Al igual que hemos hecho con el instrumento anterior, presentamos en la tabla 3 las distintas escalas y sus dimensiones:

Tabla 3. Escalas del AECS

TIPO DE ESCALA		ESCALA
Escalas de actitud social	Escalas prosociales	Conformidad con lo que es correcto
		Sensibilidad social
		Ayuda y colaboración
		Seguridad y firmeza en la interacción
		Liderazgo prosocial
	Escalas antisociales	Agresividad y terquedad
		Dominancia
	Escalas asociales	Apatía-retarimiento
		Ansiedad-timidez
	Escalas de pensamiento social	Estilo cognitivo
Dependencia-independencia de campo		
Divergencia-convergencia		
Percepción social		Percepción y expectativas sobre la relación social
		Percepción positiva autoridad paterna
		Percepción calidad de la aceptación
Estrategias en la solución de problemas sociales		Dificultad información situaciones sociales
		Dificultad solución problemas sociales
		Dificultad anticipación de consecuencias
		Dificultad elección de medios-fines

Fuente: Moraleda et al. (1998)

El tiempo que lleva rellenar el cuestionario es de 45 minutos.

Escalas de agresión y victimización (adaptación al español) (López y Orpinas, 2012)

Estas escalas resultan útiles para la evaluación de situaciones de agresión entre compañeros. La escala de agresión cuenta con 11 ítems, en los que se refleja una lista de comportamientos agresivos, tanto físicos como verbales. Además, esta escala contempla emociones como el enfado, asociadas a la agresión. En cuanto a la escala de victimización, se compone de 10 ítems, teniendo en cuenta la victimización física y verbal. En total suman 21 ítems.

La muestra estuvo compuesta por 1.004 estudiantes y el tiempo empleado en rellenarlas es de 40 minutos, indicando cada participante el número de veces que ha realizado o sufrido cada una de las conductas que aparecen, durante la semana previa a la realización.

AVE. Acoso y violencia escolar (Piñuel y Oñate, 2006)

El AVE es un instrumento diseñado para detectar el acoso y la violencia escolar. Su funcionamiento es muy similar al de las escalas de agresión y victimización, contando con dos partes en las que los estudiantes deben responder indicando la frecuencia o la veracidad de distintas situaciones que se plantean.

En la primera parte encontramos 50 preguntas sobre conductas que el alumno puede sufrir, mientras que en la segunda podemos ver 44 afirmaciones para evaluar daños psicológicos. Aunque son dos partes, son más las escalas que contempla el instrumento, las cuales recogemos en la tabla 4:

Tabla 4. Escalas del AVE

TIPO DE ESCALA	ESCALA
Escalas de acoso y violencia escolar	Hostigamiento
	Intimidación
	Amenazas a la integridad
	Coacciones
	Bloqueo social
	Exclusión social
	Manipulación social
	Agresiones
Escalas clínicas	Ansiedad
	Estrés postraumático
	Distimia
	Disminución de la autoestima
	Flashbacks
	Somatización
	Autoimagen negativa
Autodesprecio	
Escala de contradicciones y dimensiones globales	Contradicciones
	Dimensiones globales

Fuente: Piñuel y Oñate (2006)

El tiempo empleado en rellenar las escalas ronda los 35 minutos. El total de la muestra fue 4.062, aunque en la franja que nos interesa, Educación Secundaria Obligatoria, la muestra fue de 2.348 alumnos.

El diagnóstico que ofrece la prueba consta de cuatro categorías: acoso sin constatar (SC), acoso constatado (C), acoso bien constatado (CC) y acoso muy constatado (CCC).

ETS. Estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes (Cortés et al., 2000)

Este instrumento supone un cuestionario de 42 ítems y se sugiere la aplicación mediante entrevista. Los ítems se organizan en cinco secciones distintas: datos sociodemográficos, conocimiento sobre ETS/SIDA, actitudes y comportamientos sexuales, antecedentes de ETS/VIH/SIDA y manifestaciones clínicas relacionadas, y factores relacionados con estas enfermedades.

La muestra estuvo compuesta por 2.793 estudiantes de entre 11 y 19 años.

CUVINO. Cuestionario de Violencia de Novios (Rodríguez-Franco et al., 2010)

El CUVINO es un instrumento diseñado para detectar la violencia en la pareja en las relaciones adolescentes y entre jóvenes. La muestra estuvo compuesta por alumnos de entre 15 y 26 años, contando con alumnos de niveles preuniversitarios y universitarios. El cuestionario se constituye a través de 42 ítems en los que se debe indicar, mediante escala Likert, la frecuencia con la que se dan las afirmaciones.

El tiempo empleado en rellenar el cuestionario es de 45 minutos y cuenta con ocho dimensiones: desapego, humillación, violencia sexual, coerción, violencia física, violencia de género, castigo emocional y violencia instrumental.

ADITEC. Evaluación y prevención de la Adicción a Internet, Móvil y Videojuegos (Chóliz et al., 2016)

El ADITEC es un instrumento diseñado para detectar conductas adictivas hacia el uso de Internet (ADITEC-I), los teléfonos móviles (ADITEC-M) y los videojuegos (ADITEC-V) en adolescentes. Se compone de tres cuestionarios, uno para cada elemento, que pueden ser aplicados de manera conjunta o individual.

Cada cuestionario se compone de dos partes. En la primera se debe responder indicando la frecuencia de las conductas expuestas, mientras que en la segunda se debe indicar el grado de acuerdo o desacuerdo con una serie de afirmaciones.

El cuestionario de adicción a Internet está compuesto por 23 ítems y consta de cuatro dimensiones: abuso, abstinencia, perturbación y ausencia de control, y escape. La muestra estuvo compuesta por 2.066 participantes de entre 12 y 17 años.

En el caso del cuestionario de adicción al móvil, encontramos un total de 22 ítems y cuatro dimensiones: tolerancia y abstinencia, dificultad para controlar el impulso, problemas derivados del gasto económico y abuso. El número de adolescentes que participaron como muestra es de 2.438, teniendo edades comprendidas entre los 12 y los 17 años.

Por último, el cuestionario de adicción a videojuegos tiene 24 ítems y cuatro dimensiones: juego compulsivo, abstinencia, tolerancia e interferencia con otras actividades, y problemas asociados y escape. En este caso, la muestra contó con 1.676 participantes que, al igual que en los casos anteriores, tenían entre 12 y 17 años.

El tiempo de realización de cada uno de los cuestionarios es de entre 10 y 15 minutos. Las puntuaciones están planteadas de manera que, cuanto más altas sean en cada una de las dimensiones, mayor probabilidad de adicción.

APGAR Familiar (Suárez y Alcalá, 2014)

El APGAR familiar es una herramienta para detectar posibles disfunciones en el entorno familiar y surge desde el ámbito sanitario. Consta de cinco dimensiones cuyas iniciales componen su nombre: adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto y recursos. Tiene formato de autoinforme y las respuestas apuntan hacia la frecuencia mayor o menor de los ítems.

En cuanto a las puntuaciones que ofrece la prueba, es posible detectar cuatro situaciones: situación familiar normal, disfunción leve, disfunción moderada y disfunción severa.

Está diseñado para adultos, aunque existe una versión para niños en la que el diagnóstico ofrece tres posibilidades: funcionalidad normal, disfunción moderada y disfunción grave.

La versión de adultos cuenta con 9 ítems mientras que la versión para niños se compone de 5.

Matriz de Exclusión Social Infantil (Crous y Bradshaw, 2017)

Crous y Bradshaw (2017) no presentan un instrumento como tal, pero se basan en la literatura para diseñar una serie de ítems que permitan detectar el riesgo de exclusión social en niños. Aunque sea para niños, nos parece interesante adaptar aquellos ítems que lo requieran de manera que se pueda aplicar a adolescentes.

Presentan una matriz en la que se pueden ver los dominios establecidos, los subdominios que los componen y los ítems para su detección. Presentamos esa matriz a continuación, en la tabla 5:

Tabla 5. Dominios de la Matriz de Exclusión Social Infantil

DOMINIO DE RECURSOS		DOMINIO DE PARTICIPACIÓN		DOMINIO DE CALIDAD DE VIDA	
Indicadores		Indicadores		Indicadores	
SUBDOMINIO: RECURSOS MATERIALES Y ECONÓMICOS	Índice de privación: si NO tiene uno de estos elementos:	SUBDOMINIO: PARTICIPACIÓN	No estoy de acuerdo o estoy un poco de acuerdo en que mis padres / cuidadores me escuchan y toman en cuenta lo que digo.	SUBDOMINIO: SALUD Y BIENESTAR	Satisfacción con su salud 5 o menos de 5.
	<ul style="list-style-type: none"> - Ropa en buen estado para ir a la escuela en. - Acceso a una computadora en casa. - Acceso a Internet. - Teléfono móvil. - Libros para leer por diversión. Coche familiar para el transporte. Satisfacción con todas las cosas que tienes 5 o menos. Ninguno de los adultos con los que vives tiene un trabajo remunerado		No estoy de acuerdo o estoy un poco de acuerdo en que mis maestros me escuchan y toman en cuenta lo que digo. Satisfacción con la forma en que lo escuchan los adultos en general 5 o menos de 5. No estoy de acuerdo o estoy un poco de acuerdo en que el ayuntamiento pide a los niños y jóvenes su opinión sobre las cosas que son importantes para ellos. Satisfacción con la forma en que usa su tiempo 5 o menos de 5. Rara vez o nunca paso		Satisfacción con la libertad que tienes 5 o menos de 5. Satisfacción con tu autoconfianza 5 o menos de 5. Satisfacción con la forma en que te ves 5 o menos de 5. Satisfacción con tu propio cuerpo 5 o menos de 5. La puntuación media de SLSS es 50 o menos de 50. El núcleo afecta la puntuación media de 50 o menos de 50. Bienestar psicológico: puntuación media de 50 o menos de 50.

<p style="text-align: center;">SUBDOMINIO: ACCESO A SERVICIOS</p>	<p>No estoy de acuerdo o estoy de acuerdo un poco en que en mi área hay suficientes lugares para jugar o para pasar un buen rato.</p> <p>Satisfacción con las áreas al aire libre que los niños pueden usar en su área 5 o menos de 5.</p> <p>Satisfacción con la forma en que son tratados con los médicos 5 o menos de 5.</p> <p>Satisfacción con la policía local en su área 5 o menos de 5.</p> <p>No estoy de acuerdo o estoy de acuerdo un poco en que me gusta ir a la escuela.</p> <p>Satisfacción con la forma en que son tratados con los médicos 5 o menos de 5.</p> <p>Satisfacción con la policía local en su área 5 o menos de 5.</p> <p>No estoy de acuerdo o estoy de acuerdo un poco en que me gusta ir a la escuela.</p>		<p>tiempo en actividades organizadas de tiempo libre.</p>	<p style="text-align: center;">SUBDOMINIO: VIVIENDA Y ENTORNO LOCAL</p>	<p>Vivo en un hogar de acogida, un hogar para niños u otro tipo de hogar (no el hogar de mi familia).</p> <p>No estoy de acuerdo o estoy de acuerdo un poco en que tengo un lugar tranquilo para estudiar en casa.</p> <p>No tengo mi propia habitación.</p> <p>Satisfacción con la casa o apartamento donde vives 5 o menos de 5.</p> <p>Satisfacción con el área en que vive en general 5 o menos de 5.</p>
---	--	--	---	---	---

SUBDOMINIO: RECURSOS SOCIALES	<p>Satisfacción con las personas con las que vives 5 o menos de 5.</p> <p>Satisfacción con la vida familiar 5 o menos de 5.</p> <p>Satisfacción con tus amigos 5 o menos de 5.</p> <p>No estoy de acuerdo o estoy un poco de acuerdo en que mis amigos suelen ser amables conmigo.</p> <p>Amigos</p> <p>No estoy de acuerdo o estoy de acuerdo un poco en que tengo suficiente.</p> <p>Satisfacción con otros niños en su clase 5 o menos de 5.</p> <p>Satisfacción con su relación con los profesores 5 o menos de 5.</p> <p>Satisfacción con las personas en su área 5 o menos de 5.</p>			SUBDOMINIO: DAÑO SOCIAL	<p>Intimidación: me han dejado fuera y / o golpeado por otros en el último mes.</p> <p>No estoy de acuerdo o estoy de acuerdo un poco en que me siento seguro en casa.</p> <p>No estoy de acuerdo o estoy de acuerdo un poco en que me siento seguro en la escuela.</p> <p>No estoy de acuerdo o estoy un poco de acuerdo en que me siento seguro cuando camino por el área donde vivo.</p> <p>- Satisfecho con lo seguro que se siente 5 o menos de 5.</p>
-------------------------------	--	--	--	-------------------------	---

Fuente: Crous y Bradshaw (2017)

SDQ. Cuestionario de capacidades y dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire) (versión española) (Rodríguez-Hernández et al., 2014)

El SDQ supone un instrumento de screening encaminado a la detección de problemas emocionales y comportamentales en niños y adolescentes. Existe

una versión para profesores, una para padres y un autoinforme, dirigido a adolescentes de entre 11 y 17 años.

Consta de cinco dimensiones: problemas emocionales, problemas conductuales, problemas con los compañeros, hiperactividad y conducta prosocial. Las cuatro primeras dimensiones hacen referencia a las dificultades mientras que la última se refiere a las capacidades. El instrumento tiene 25 ítems, aunque también existe un “suplemento de impacto”, que supone una versión extendida.

Las respuestas se proporcionan indicando el grado de acuerdo o desacuerdo con distintas afirmaciones durante los últimos 6 meses. En cuanto a las puntuaciones, existen tres categorías: anormal, límite y normal.

SRSS. Student Risk Screening Scale (Lane et al., 2008)

El SRSS es un instrumento diseñado para ser usado tres veces por curso académico para identificar a estudiantes en riesgo de comportamiento antisocial. Deben rellenarlo los profesores una vez en cada trimestre, de manera que les ayuda a ir viendo la evolución.

Se compone de tres escalas, una diseñada para detectar externalización en alumnos de primaria y secundaria, y dos diseñadas para detectar internalización, una destinada a alumnos de primaria y otra para los de secundaria. Los ítems que abarca la escala de externalización son: robar; mentir, engañar o escabullirse; problemas de conducta; rechazo de los compañeros; bajo nivel de logro académico; actitud negativa; y comportamiento agresivo. En cuanto a las escalas de internalización, nos centramos en la que está destinada a estudiantes de secundaria, cuyos ítems están encaminados a detectar: rechazo

de los compañeros, emocionalmente plano, tímido o retraído, triste o deprimido, ansioso, y solitario.

SSBD. Systematic Screening for Behavior Disorders (Walker y Severson, 1992)

El SSBD es un instrumento concebido para detectar problemas emocionales y conductuales en los centros educativos. Consta de tres fases: en la primera, los profesores señalan a los estudiantes que presentan conductas problemáticas; en la segunda, indican la presencia o ausencia de una serie de comportamientos, referentes a los alumnos, sobre externalización e internalización y señalan su grado de acuerdo o desacuerdo sobre una serie de afirmaciones, en la tercera fase, se realiza una observación de 15 minutos.

SSIS-RS. Social Skills Improvement System – Rating Scales (adaptación español) (García-Salguero, 2015)

El SSIS-RS es un instrumento que resulta útil en el diagnóstico del estado de las habilidades sociales y de los problemas de conducta. Cuenta con diferentes modelos estando uno de ellos destinado a los estudiantes, otro a los padres y un último para los profesores.

En su adaptación al español, realizada por García (2015), se añaden nuevas escalas, por lo que mostramos a continuación el total de escalas que incluye el instrumento en su versión española, en cada uno de los modelos.

En el modelo destinado a los estudiantes de educación secundaria encontramos ubicadas en las escalas de habilidades sociales: comunicación, cooperación, aserción, responsabilidad, empatía, extroversión y autocontrol. En las escalas de problemas de conducta están presentes: impulsividad, actitudes de acoso, hiperactividad e inseguridad. Este modelo tiene un total de 85 ítems.

En los modelos para los profesores y los padres hay una escala más, dentro de las escalas de problemas de conducta, para medir si hay problemas relacionados con el espectro autista, y en la de profesores también podemos encontrar una destinada a la competencia académica. De esta manera, el modelo para los profesores está compuesto por un total de 83 ítems, mientras que el de padres consta de 76 ítems.

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA

1. Problema de investigación

La exclusión social es un fenómeno complejo y multidimensional que afecta a la calidad de vida de quienes la padecen, así como a la equidad y cohesión social de una comunidad. Para Crous y Bradshaw (2017) es un proceso que implica la falta o la negación de recursos, derechos, bienes y servicios, y genera incapacidad de participar en las actividades disponibles para la mayoría de las personas, ya sea en el ámbito económico, social, cultural o político.

Aunque es difícil cuantificar el volumen de población en riesgo de exclusión, se admite que el índice Gini, que mide la concentración de riqueza en determinados grupos sociales, es un buen indicador. En España, el índice Gini para la población general se ha incrementado del 32 al 34% en una década, alcanzando cifras del 36% en la población juvenil, en 2016, según datos recopilados por el Consejo General de la Juventud de España en 2018.

Los jóvenes y adolescentes constituyen un grupo vulnerable en el que la falta de recursos materiales y sociales, la dificultad para el acceso a servicios, la baja calidad de vida, los estándares reducidos de salud y bienestar, y la dificultad de inclusión en el mundo formativo o laboral, se convierten en factores de riesgo de exclusión social.

La literatura señala repetidamente (Eklund y Kilgus, 2017) que la escuela es el ámbito adecuado para identificar adolescentes en situación de riesgo, proporcionarles la intervención adecuada y facilitar las tareas de monitoreo del progreso. Como ejemplo de ello, Hartman et al. (2017), apoyan la idea de la detección e intervención, con respecto a riesgos emocionales y conductuales, desde la escuela, indicando que una identificación temprana puede contribuir a

reducir los trastornos emocionales y del comportamiento que pudieran presentarse en el futuro. Por ello, autores como Dowdy et al. (2016) señalan la conveniencia de contar con instrumentos de detección temprana del riesgo de exclusión social.

La aplicación de instrumentos de detección del riesgo de exclusión en la escuela tiene dos dificultades. La primera es que no existe un instrumento único que abarque todas las dimensiones implicadas en la exclusión social, sino que existen instrumentos específicos para cada dimensión asociada al riesgo de exclusión. La segunda es una dificultad técnica de aplicación de estos instrumentos, que supera las posibilidades reales de los docentes. En la práctica, las baterías de instrumentos asociados a la exclusión social se aplican desde los servicios psicopedagógicos de los centros o gabinetes especializados a pocos sujetos, con carácter diagnóstico, cuando la exclusión social es ya evidente.

Ante esta situación, proponemos con Lloret (2015) la necesidad de contar con instrumentos de cribado o screening susceptibles de ser aplicados a toda la población escolar por docentes no especializados, que permitan identificar a individuos en potencial riesgo de exclusión para su derivación a los servicios psicopedagógicos y la realización de la evaluación oportuna. De esta manera, la intervención temprana puede llegar a un número más amplio de adolescentes con el objetivo de reducir el riesgo de exclusión.

Un buen screening debe integrar indicadores del riesgo de exclusión en todas sus dimensiones. Desde aportaciones al campo clásicas como la de Meisels y Shonkoff (1990) o la de Hersen y Ammerman (1997) o la que se formula en el manual de Walker y Gresham (2013), hasta las que se incluyen en los estudios recientes de Marsh et al. (2016), o Domitrovich et al. (2017), o Valois et al. (2017), encontramos que en todas ellas hay una cierta coincidencia en señalar, como ya hemos indicado, que se pueden considerar seis factores de

riesgo de exclusión social en la adolescencia: (1) adicción a sustancias psicoactivas; (2) adicción al uso de la tecnología y dispositivos tecnológicos; (3) ansiedad o depresión; (4) situación familiar difícil; (5) conducta de riesgo en relaciones amorosas y sexuales; y (6) acoso.

Las adicciones que se consideran conducta de riesgo en la adolescencia son las referidas al uso de sustancias psicoactivas y al uso abusivo de dispositivos tecnológicos. Para el diagnóstico del primer tipo de adicciones está indicado el PAI-A o Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes (Cardenal et al., 2018), con dos escalas específicas sobre el asunto. Para el diagnóstico del uso abusivo de la tecnología entendemos que ADITEC (Chóliz et al., 2016) es adecuado, pues contiene tres escalas dirigidas a los elementos que concentran la conducta adictiva: móviles, Internet y videojuegos.

El diagnóstico de ansiedad o depresión, como factor predictor de riesgo, se realiza con el componente específico del PAI-A que ya hemos citado.

La situación familiar difícil tiene un gran poder explicativo en la exclusión social de los adolescentes. Uno de los instrumentos más utilizados en el campo de la medicina es el APGAR familiar (Suárez y Alcalá, 2014). A través de la respuesta que se da a las preguntas planteadas, el sujeto obtiene una puntuación que señala si el individuo se encuentra en una familia normofuncional, disfuncional leve o disfuncional grave. También puede arrojar luz en este sentido la MESI o Matriz de Exclusión Social Infantil (Crous y Bradshaw, 2017), que analiza aspectos como los bienes materiales de que dispone el sujeto o la zona en la que vive, teniendo en cuenta los servicios a los que puede acceder. La combinación de estos dos instrumentos permite hacerse una idea clara de la situación familiar del sujeto.

Para conocer el riesgo en la conducta sexual y las relaciones amorosas también es preciso recurrir a diferentes herramientas complementarias, ya que el factor contempla tanto la violencia en la pareja como las conductas sexuales de riesgo, que pueden llevar a embarazos no deseados o a contraer Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). En cuanto a la violencia en la pareja el CUVINO (Rodríguez et al., 2010) resulta una herramienta muy útil, analizando la frecuencia con la que ocurren distintas situaciones de desequilibrio de poder, manipulación, abuso, etc. Por su parte, el Cuestionario sobre Enfermedades de Transmisión sexual y VIH/SIDA (Cortés et al., 2000) constituye un instrumento que profundiza en la información disponible y la posible conducta de riesgo del sujeto.

Finalmente, respecto al acoso en el entorno escolar que conlleva maltrato físico, psicológico o verbal de manera repetida, un instrumento disponible muy adecuado es el AVE Acoso y Violencia Escolar (Piñuel y Oñate, 2007), que además de determinar si un sujeto está siendo o no víctima de acoso en la escuela, realiza un diagnóstico sobre los posibles daños emocionales que la situación le esté causando o le haya podido causar si se ha dado en el pasado.

El uso combinado de estos instrumentos a modo de batería, por las propiedades psicométricas de cada uno de ellos, ofrece un diagnóstico completo de la situación de riesgo de exclusión social que padece un adolescente.

El problema del uso de la batería es que requiere una administración experta y un tiempo de aplicación que, en la práctica, hace inviable su aplicación a toda la población. Por ello, consideramos que es de máximo interés contar con un instrumento de screening o cribado que pueda ser aplicado de manera universal por personal educativo no especializado, en un tiempo breve, y que

permita derivar los casos positivos detectados a los servicios psicopedagógicos especializados para la realización de un diagnóstico completo.

Eso es lo que pretendemos con el instrumento que hemos elaborado: CAREs.

2. Objetivos

El objetivo general de este trabajo es elaborar y validar un instrumento de tamizaje del riesgo de exclusión social en adolescentes, que contemple las siguientes dimensiones: (1) adicción a sustancias psicoactivas; (2) adicción al uso de la tecnología y dispositivos tecnológicos; (3) ansiedad o depresión; (4) situación familiar difícil; (5) conducta de riesgo en relaciones amorosas y sexuales; y (6) acoso.

Este objetivo general se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

1. Diseñar un instrumento de tamizaje que detecte en adolescentes el riesgo de exclusión social.
2. Realizar una validación completa (constructo, contenido y criterio) del instrumento.
3. Aplicar el instrumento validado en un estudio piloto.

3. Muestra

La población a la que se destina el cuestionario es población adolescente, con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años, escolarizada en el sistema educativo, bien cursando la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), bien realizando una Formación Profesional Básica (FPB).

El estudio se ha realizado en dos fases y en cada una de ellas se ha contado con distinta muestra de participantes. En la primera fase participaron 25 sujetos y en la segunda fase se amplió la muestra hasta un total de 71, añadiendo 46 sujetos más.

Para la primera fase, cuyo objetivo ha sido la validación de criterio de CAREs, hemos seleccionado alumnado de un centro escolar ubicado en la ciudad de Granada. Este centro cuenta con internado, por lo que nos aseguramos la presencia de jóvenes de otras zonas de la provincia, no solo de la ciudad. El centro se sitúa cerca de un centro de protección de menores, estando algunos de ellos matriculados en el mismo, por lo que, de esta forma, también aseguramos que en nuestra muestra va a haber adolescentes que ya están considerados como población en riesgo de exclusión social. En el centro seleccionado se imparten enseñanzas de Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Formación Profesional. El centro es privado concertado y a él acuden familias con muy diverso nivel económico y cultural.

Para el estudio piloto de validación del instrumento se ha contado con 25 sujetos de entre 12 y 16 años de edad. Se pidió a la dirección del centro que seleccionara a los participantes en base a los siguientes criterios:

- Asegurar la paridad entre sexos.
- Cubrir el rango de edades para las que se ha diseñado el instrumento: 12 a 16 años.
- Asegurar la representación de participantes provenientes de zonas urbanas y rurales.
- Concertar la participación de alumnado en régimen tanto interno como no interno en el centro.
- Cubrir la representación de diferentes procedencias familiares en cuanto a niveles socio-económico y cultural.

- Incluir la representación de alumnado extranjero.
- Asegurar la representación de alumnado de minorías étnicas.
- Incluir alumnado ya diagnosticado en situación de riesgo de exclusión social.
- Incluir alumnado que se considere que bajo ningún concepto forma parte de un grupo de riesgo de exclusión.

Los datos de los 25 participantes seleccionados por la dirección del centro se recogen en la tabla 6.

Tabla 6. Datos de los participantes en la validación de criterio

Sujeto	Iniciales	Sexo	Curso	Años de edad	CP	Régimen
01	SAA	V	1º ESO	13	18199	Externo
02	TFG	M	1º ESO	13	18182	Externa
03	HMG	V	1º ESO	13	18110	Externo
04	LCO	M	1º ESO	14	18250	Interna
05	CRI	M	4º ESO	17	18007	Interna
06	DJD	V	4º ESO	17	18329	Interno
07	IMVC	M	1º ESO	13	18010	Externa
08	AVR	V	1º ESO	15	18220	Interno
09	SCE	M	2º ESO	14	18014	Externa
10	VGT	M	2º ESO	14	04620	Interna
11	LMLB	V	2º ESO	14	18010	Externo
12	CGP	V	2º ESO	15	18101	Externo
13	SVB	V	2º ESO	14	18101	Externo
14	JMO	V	2º ESO	15	18197	Interno
15	DMV	M	2º ESO	14	18339	Interna
16	FLA	V	3º ESO	16	18600	Interno

17	SLT	M	3° ESO	16	18011	Interna
18	FMB	M	3° ESO	15	18013	Interna
19	DRY	M	3° ESO	15	18015	Interna
20	LTF	M	3° ESO	16	18517	Interna
21	HMF	M	4° ESO	18	18002	Externa
22	MRG	V	4° ESO	17	18600	Interno
23	ABT	V	4° ESO	17	04721	Interno
24	ACO	M	4° ESO	16	18126	Interna
25	JMSM	V	4° ESO	16	18013	Externo

Para la segunda fase de recopilación de datos de exclusión social, se añadió un total de 46 participantes adicionales, con lo que la muestra estuvo conformada por 71 sujetos con las características reflejadas en la tabla 7.

Tabla 7. Datos de los participantes en la aplicación piloto

SUJETO	SEXO	CURSO	EDAD
01	V	1°	13
02	M	1°	13
03	V	1°	13
04	M	1°	14
05	M	4°	17
06	V	4°	17
07	M	1°	13
08	V	1°	15
09	M	2°	14
10	M	2°	14
11	V	2°	14
12	V	2°	15

13	V	2°	14
14	V	2°	15
15	M	2°	14
16	V	3°	16
17	M	3°	16
18	M	3°	15
19	M	3°	15
20	M	3°	16
21	M	4°	18
22	V	4°	17
23	V	4°	17
24	M	4°	16
25	V	4°	16
26	V	2°	15
27	M	2°	13
28	V	2°	15
29	V	2°	14
30	M	2°	15
31	V	2°	14
32	V	2°	14
33	M	2°	13
34	V	2°	14
35	M	2°	14
36	V	2°	13
37	M	2°	13
38	V	2°	14
39	V	2°	13

40	M	2°	14
41	V	2°	14
42	M	2°	15
43	V	4°	15
44	V	4°	17
45	V	4°	15
46	V	4°	15
47	V	4°	16
48	V	4°	16
49	V	4°	15
50	M	4°	17
51	M	4°	18
52		1°	13
53	M	1°	14
54	V	1°	13
55	V	1°	12
56	V	1°	13
57	M	1°	12
58	M	1°	12
59	V	1°	14
60	V	1°	12
61	V	1°	13
62	V	3°	14
63			
64	V	3°	15
65	V	3°	
66	V	3°	14

67	V	3º	15
68	V	3º	15
69	V	3º	14
70	M	3º	15
71	M	3º	

4. Procedimiento

4.1. Proceso de recogida de datos FASE 1

Para acceder a la muestra y recoger los datos se presentó la investigación en un Consejo Escolar del centro y fue aprobada a condición de firmar compromisos de confidencialidad. Tras haber obtenido la autorización de este órgano, se realizaron los trámites para informar a la Junta de Andalucía a través de la plataforma Séneca. De forma paralela se solicitó autorización al Comité de Ética de la Universidad de Granada, adjuntando el modelo de compromiso de confidencialidad con el centro, el documento de información al participante y el modelo de consentimiento informado que los padres o tutores de los participantes debían rellenar y firmar. Todos los documentos citados se encuentran en el anexo 1.

Se estableció un calendario que guiara todo el proceso de recogida de datos que fue aprobado por el Consejo Escolar y que, finalmente, no pudo cumplirse debido a la situación sanitaria con la pandemia. Se dio la circunstancia de que algunos participantes contraían COVID-19 o habían sido contacto estrecho de alguien con la enfermedad, por lo que debían guardar cuarentena y esto alargaba todo el proceso de recogida de datos. Todo puede verse reflejado en el Diario de Campo, en el Registro de recogida de datos y en el Control de realización de los cuestionarios, presentados en las páginas siguientes. Al

finalizar el proceso de recogida de datos se elaboró un informe de cada uno de los participantes con los resultados obtenidos, que fue entregado al centro, y de los que pueden encontrarse ejemplos en el anexo 2.

Registro de recogida de datos

FECHA	HORA	EVENTO
15/02/2021	7:37	Llegada al centro
15/02/2021	8:03	Acceso al espacio y toma de fotos
15/02/2021	8:28	Presentación
15/02/2021	8:36	Entrega CAREs
15/02/2021	8:51	Recogida CAREs
15/02/2021	8:53	Entrega PAI-A
15/02/2021	9:20	Comienzan a entregar PAI-A
15/02/2021	9:48	Entrega del último PAI-A
16/02/2021	7:47	Llegada al centro
16/02/2021	8:15	Acceso al espacio
16/02/2021	8:18	Presentación para las incorporaciones nuevas
16/02/2021	8:23	Entrega ADITEC-M
16/02/2021	8:30	Recogida ADITEC-M
16/02/2021	8:32	Entrega AVE
16/02/2021	8:42	Llega la niña que estaba en clase
16/02/2021	8:43	Entrega ADITEC-M a esta chica
16/02/2021	8:44	Comienzan a entregar AVE
16/02/2021	8:46	Recogida ADITEC-M y entrega AVE a la chica que estaba en clase
16/02/2021	9:00	Entrega del último AVE

17/02/2021	7:45	Llegada al centro
17/02/2021	8:15	Acceso al espacio
17/02/2021	8:28	Entrega ADITEC-V
17/02/2021	8:36	Recogida ADITEC-V
17/02/2021	8:37	Entrega APGAR
17/02/2021	8:41	Recogida APGAR
17/02/2021	8:42	Entrega MESI
17/02/2021	8:48	Comienzan a entregar MESI
17/02/2021	8:52	Entrega del último MESI
18/02/2021	7:45	Llegada al centro
18/02/2021	8:15	Acceso al espacio
18/02/2021	8:20	Entrega ADITEC-I
18/02/2021	8:27	Llega el niño que faltaba (entrega ADITEC-I)
18/02/2021	8:28	Recogida ADITEC-I
18/02/2021	8:30	Entrega CUVINO
18/02/2021	8:36	Recogida ADITEC-I y entrega CUVINO al chico que ha llegado tarde
18/02/2021	8:43	Comienzan a entregar CUVINO
18/02/2021	8:48	Entrega del último CUVINO
19/02/2021	7:45	Llegada al centro
19/02/2021	8:15	Acceso al espacio
19/02/2021	8:20	Entrega ETS
19/02/2021	8:21	Explicación sobre cómo responder al cuestionario
19/02/2021	8:40	Han terminado. Agradecimiento
19/02/2021	8:42	Recogida cuestionario y obsequio rotulador fluorescente

02/03/2021	7:45	Llegada al centro
02/03/2021	8:15	Recogida de niños y acceso al espacio
02/03/2021	8:27	Presentación
02/03/2021	8:33	Entrega CAREs
02/03/2021	8:40	Recogida CAREs
02/03/2021	8:41	Entrega PAI-A
02/03/2021	9:05	Comienza recogida PAI-A
02/03/2021	9:13	Recogida último PAI-A
03/03/2021	8:40	Llegada al centro
03/03/2021	9:21	Acceso al espacio
03/03/2021	9:27	Entrega CAREs a participante 17
03/03/2021	9:28	Presentación por nueva incorporación y obsequio bolígrafo
03/03/2021	9:30	Entrega ADITEC-M
03/03/2021	9:31	Recogida CAREs y entrega PAI-A a participante 17
03/03/2021	9:36	Recogida ADITEC-M
03/03/2021	9:37	Entrega AVE
03/03/2021	9:43	Llega participante 3 (estaba en examen) y entrega ADITEC-M
03/03/2021	9:48	Recogida AVE
03/03/2021	9:49	Entrega MESI
03/03/2021	9:51	Empieza recogida MESI
03/03/2021	9:52	Entrega CAREs a participante 6
03/03/2021	9:53	Recogida ADITEC-M y entrega AVE al participante 3
03/03/2021	9:54	Recogida último MESI
03/03/2021	9:57	Recogida PAI-A a participante 17
03/03/2021	9:59	Recogida CAREs a participante 6
03/03/2021	10:01	Recogida AVE y entrega MESI a participante 3

03/03/2021	10:04	Recogida MESI a participante 3
04/03/2021	10:00	Llegada al centro
04/03/2021	10:30	Acceso al espacio
04/03/2021	10:38	Entrega ADITEC-V
04/03/2021	10:41	Recogida ADITEC-V
04/03/2021	10:42	Entrega APGAR
04/03/2021	10:44	Recogida APGAR
04/03/2021	10:45	Entrega CUVINO
04/03/2021	10:49	Recogida CUVINO y obsequio post-it
04/03/2021	10:50	Entrega PAI-A a participante 6
04/03/2021	11:22	Recogida PAI-A
05/03/2021	11:07	Llegada al centro
05/03/2021	11:40	Acceso espacio
05/03/2021	11:46	Entrega ADITEC-I
05/03/2021	11:50	Recogida ADITEC-I
05/03/2021	11:51	Entrega y explicación ETS
05/03/2021	12:03	Comienza recogida ETS
05/03/2021	12:07	Recogida último ETS
15/03/2021	9:00	Llegada al centro
15/03/2021	9:17	Acceso al espacio
15/03/2021	9:19	Entrega ADITEC-V
15/03/2021	9:24	Recogida ADITEC-V
15/03/2021	9:25	Entrega APGAR
15/03/2021	9:26	Recogida APGAR

15/03/2021	9:27	Entrega MESI a participante 10 y ADITEC-I a participantes 16 y 23
15/03/2021	9:30	Recogida MESI
15/03/2021	9:31	Recogida ADITEC-I
16/03/2021	7:50	Llegada al centro
16/03/2021	8:19	Acceso al espacio
16/03/2021	8:23	Entrega CAREs a 5, CUVINO a 16 y 23, y ADITEC-I a 10
16/03/2021	8:24	Presentación con 5
16/03/2021	8:29	Recogida CUVINO y ADITEC-I
16/03/2021	8:30	Entrega CUVINO a 10 y ETS a 16 y 23
16/03/2021	8:32	Recogida CAREs y entrega PAI-A a 5
16/03/2021	8:35	Recogida CUVINO y entrega ETS a 10
16/03/2021	8:40	Comienza recogida ETS
16/03/2021	8:45	Recogida último ETS
16/03/2021	9:00	Recogida PAI-A y entrega APGAR a 5
16/03/2021	9:02	Recogida APGAR
17/03/2021	9:00	Llegada al centro
17/03/2021	9:19	Acceso al espacio
17/03/2021	9:22	Entrega ADITEC-M
17/03/2021	9:27	Recogida ADITEC-M y entrega CUVINO
17/03/2021	9:32	Recogida CUVINO y entrega ADITEC-V
17/03/2021	9:35	Recogida ADITEC-v y entrega MESI
17/03/2021	9:38	Recogida MESI
18/03/2021	7:45	Llegada al centro
18/03/2021	8:20	Acceso al espacio

18/03/2021	8:24	Entrega ADITEC-I
18/03/2021	8:27	Recogida ADITEC-I y entrega AVE
18/03/2021	8:34	Recogida AVE y entrega ETS
18/03/2021	8:45	Recogida ETS

Diario de campo

15/02/2021

A la llegada al centro me recibe la directora. Me explica quiénes van a ser las personas que estarán conmigo durante la semana y me indica que ella estará siempre que sus clases se lo permitan. A continuación, pasamos por la Jefatura de estudios, donde está la persona que me acompañará hoy con el listado de niños y las autorizaciones. Pasamos al aula en la que estaremos, se abren las ventanas y el enlace va a buscar a los niños. Mientras tanto me quedo con la directora y hago fotos del espacio evitando que aparezcan elementos que permitan la identificación del centro. Me indican que uno de los niños no ha traído la autorización, por lo que no podrá participar y que le buscarán un sustituto. Acuerdo con la directora que, en el caso de que se den más situaciones así, volveré la semana que viene para pasarle los cuestionarios pendientes a aquellos niños que se han incorporado más tarde o que, a pesar de estar autorizados, hoy no han acudido al centro. Quedamos en que, cuando estén todas las autorizaciones, se quedarán con una copia y yo me llevaré las originales. Mientras tanto, van llegando el resto de niños. Hay un total de 17, 3 han faltado y 5 no tienen la autorización. Una niña indica que su madre le da permiso pero que no ha ido a su casa durante el fin de semana, por lo que no tiene la autorización firmada. Procede a enviársela por "whatsapp" y la madre autoriza por este medio, siendo este hecho constatado por la directora del centro. Uno de los niños dice en ese momento que tampoco tiene la

autorización, por lo que vuelve a su clase. Los niños que van llegando más tarde van entregando las autorizaciones. La directora se va a clase y, mientras llegan los niños que faltan, intento romper el hielo preguntando si tienen sueño, si tienen frío por las ventanas abiertas y cómo están llevando la situación de la pandemia. Cuando están todos, les pregunto si les han contado lo que vamos a hacer y comienza la presentación. Una de las niñas hace hincapié en el anonimato y le explico que yo tengo que saber el código para saber los cuestionarios que han sido rellenados por la misma persona, y que el centro saber el código y el nombre, pero no verá los cuestionarios. Concluida la presentación, se les regalan bolígrafos, se les indica su código y se reparte el CAREs. Se detecta un error de impresión por el que las opciones de respuesta no aparecen completas. Se escriben en la pizarra y se les indica que, si quieren, pueden escribirlas en el cuestionario. Una niña pide aclaración sobre el ítem 23, que hace referencia a si se han tenido relaciones consentidas con alguien mayor de edad. Se aclara que se refiere a relaciones sexuales (modificar ítem 23). Un niño pide aclaración sobre el ítem 21, que hace referencia al uso del preservativo. No sabe lo que es y se da una aclaración breve, explicando que sirve para mantener relaciones sexuales sin que la mujer se quede embarazada. Cuando todos terminan, se recogen los cuestionarios en orden de los códigos y se procede a repartir el PAI-A. Informan de algunas dudas por la formulación de los ítems y se les explica que tienen que imaginarse que ellos dicen las afirmaciones y, entonces, indicar si la frase que han dicho es cierta o no. Mientras están con el cuestionario suena la campana de cambio de clase y la persona que está conmigo les indica que no se preocupen, que les justificará el retraso. Como ya ha sonado la campana, no esperamos a que terminen todos para recoger, sino que los van entregando según terminan para poder irse a su clase. Según van entregando, se les da las gracias y nos despedimos hasta mañana. Cuando queda un niño vuelve la directora. Al quedarnos a solas le explico la cuestión del preservativo y me indica que puede que ese niño no

acuda más. Acordamos que es mejor modificar la programación inicial y dejar para el final aquellos cuestionarios que puedan ser más problemáticos, por lo que decidimos dejar para el último día el CUVINO y el Cuestionario de ETS.

16/02/2021

A la llegada al centro acudo a dirección. Saludo a la directora y me acompaña a Jefatura de Estudios. Allí esperamos a la persona que me acompañará hoy (la misma de ayer). Cuando llega vamos al aula y hoy los niños van llegando allí directamente. Inicialmente hay 18, falta una chica que estuvo ayer pero hay dos que ayer no estuvieron y se incorporan hoy. Con ayuda del grupo se vuelve a explicar en qué consiste la investigación y se hace hincapié de nuevo en la importancia de responder a todas las cuestiones y de contestar con sinceridad, recordando el anonimato. Se les regalan bolígrafos a las incorporaciones. Se entrega el ADITEC-M y mientras se les recuerda el número asignado a cada uno. Se les indica que no rellenen los datos que aparecen en la primera página, que solo pongan el número que tienen asignado. Cuando terminan, se recogen los cuestionarios por orden de número y se les reparte el AVE, dando las mismas indicaciones en relación a los datos demográficos. En ese momento, una niña cae en que ha puesto su nombre en el anterior cuestionario, por lo que se le devuelve para que sea ella misma quien lo tache y se asegure de que no puede leerse. Mientras rellenan el cuestionario, informan a la persona que me acompaña de que la niña que falta está en su clase, por lo que van a avisarla para que venga a rellenar los cuestionarios. Cuando llega se le da el ADITEC-M. Cuando van terminando el cuestionario se le recoge y se les indica que pueden irse a su clase. Cuando la niña que había llegado tarde termina el ADITEC-M, se le entrega el AVE. Finalmente hoy han participado 19 sujetos. Cuando todos han entregado, vamos de nuevo al despacho de dirección. Hablamos sobre las sustituciones que faltan por realizar y acordamos

que, si pueden incorporarse mañana, genial pero, si no es posible hasta el jueves, es mejor que ya empiecen directamente el próximo lunes.

17/02/2021

A la llegada al centro acudo a dirección para informar de mi llegada y vamos a Jefatura de Estudios. Me comunican que puede ser que hoy no esté conmigo la persona que ha estado estos días, pero que van a intentarlo. Manifiesto mi preferencia por que siga la misma persona, ya que los niños saben que hay un listado con sus nombres y sus números y que pienso que, cuanta menos gente maneje ese papel delante de ellos, más sinceros serán en sus respuestas y más confiarán en el anonimato. Finalmente, puede acompañarme la misma persona. Se me comunica que ya hay sustitutos para los niños que no tenían autorización y acordamos que ya comiencen todos el próximo lunes. Accedemos al espacio donde pasamos los cuestionarios y ya hay niños en la puerta. Ya me saludan cuando me ven y algunos hasta me sacan conversación, lo que me hace pensar que confían en mí. Hay 18 participantes, faltando una niña que se reincorporará la semana que viene. Hoy se les regalan post-it de colores, permitiendo que cada uno escoja el color que más le guste y explicándoles que es un detalle por su valiosa colaboración. Se entrega el ADITEC-V y, cuando todos terminan, se recoge por orden. A continuación, se entrega el APGAR y, al terminar, se recoge por orden. Por último, se les entrega el MESI, que se va recogiendo según terminan para que puedan irse a clase. Haciendo el MESI, varios solicitan aclaración sobre el término remunerado, por lo que se procede a explicar en voz alta para todo el grupo. El último niño se acerca antes de irse y pregunta que cómo me ayuda a mí que ellos rellenen los cuestionarios. Quedo con él en que se lo explicaré el último día. Al terminar de recoger vamos a dirección y hablamos sobre la posibilidad de que siga conmigo la misma persona durante la semana que viene. La directora está de acuerdo y se plantea cambiar el horario para adaptarlo a los huecos que tiene esa persona

cada día, de manera que se eviten situaciones como la de hoy, en la que no se sabía con seguridad si podría acompañarme o no.

18/02/2021

Llego al centro y acudo a dirección, la directora me acompaña a Jefatura de Estudios y me informan de que una de las niñas que está participando ha dado positivo en covid y no se volverá a incorporar hasta después del puente de Andalucía. Acordamos que, cuando se incorpore, volveré al centro para terminar de pasarle los cuestionarios. Vamos al aula y los niños ya están esperando. Falta uno, esperamos un poco por si llega y se reparte el ADITEC-I. Mientras lo hacen me pongo a comprobar con la persona que me acompaña qué niños han venido todos los días y a cuántos les falta algún cuestionario porque se incorporaron tarde. Llega el niño que faltaba y se le da el cuestionario. Tras recogerlos, a todos salvo al que ha llegado más tarde, se entrega el CUVINO. En un ítem se pregunta por la duración de la relación en meses y algunos manifiestan que no han tenido ninguna o que ahora mismo no tienen, por lo que se les indica que pongan 0. Se recoge el ADITEC-I que faltaba y se le entrega el CUVINO. Van entregando según lo terminan y se van yendo a clase. Comento con la persona que me acompaña que los niños ya parecen un poco cansados, pero que solo les queda un cuestionario para mañana. También comentamos que tardan en rellenarlos menos tiempo del que se había programado. El CUVINO indica que se tarda unos 40 minutos en responder y los niños hoy han tardado alrededor de 10 minutos. Al terminar pasamos por dirección y la directora pregunta por las sustituciones que había que hacer por los niños que no habían sido autorizados. Algunos de los sustitutos ya han entregado las autorizaciones y los que son del internado las traerán el lunes. Solo hay dudas con uno de los niños que no ha acudido esta semana al centro por enfermedad, por lo que la persona que me está acompañando queda en intentar contactar con él, al menos para saber si tiene autorización o no. Me

informan de que la semana que viene, debido al puente de Andalucía, tienen festivo el viernes, por lo que se acuerda reorganizar la agrupación de cuestionarios para que se puedan hacer en 4 días. No será difícil porque ya se ha visto cuánto tiempo tardan en rellenar cada cuestionario y cuáles les han resultado más complicados.

19/02/2021

Llego al centro y acudo a dirección. La directora me acompaña a Jefatura de estudios y compruebo con la persona que me acompaña su horario de la próxima semana. En lugar de a las 8:15, los cuestionarios se van a pasar en sus huecos, de forma que no se interfiera durante más tiempo en el horario habitual de clases. Vamos al aula y los niños están esperando en la puerta. Accedemos y se les explica que hoy van a hacer el último cuestionario y que es un poco más difícil por el tipo de respuesta que pide. Se reparte el cuestionario de ETS y se explican un par de ítems a todo el grupo para que entiendan la forma de responder. Surgen algunas dudas en cuanto a relaciones heterosexuales, homosexuales y bisexuales, por lo que se explica a todo el grupo. También surgen dudas sobre qué es el VIH, por lo que a nivel general se dice que es SIDA, término que sí conocen. Mientras rellenan el cuestionario, la persona que me acompaña me comenta que la niña que dio positivo en Covid-19 es del internado, por lo que podría hacerle los cuestionarios por la tarde, cuando esté recuperada, para que no pierda más clases. Acepto e indico que me adapto al horario que más convenga. Espero a que terminen todos y, antes de recoger, les reitero mi agradecimiento de nuevo, invitándoles a coger un rotulador fluorescente al entregar el cuestionario. Me dicen que el mejor pago ha sido saltarse algunas clases y que puedo volver a contar con ellos, además de agradecerme los detalles que he ido teniendo con ellos. Se van indicando los números y van entregando el cuestionario y recogiendo el rotulador. A dos de las niñas, que se incorporaron un día después, se les indica que nos vemos el

lunes para los cuestionarios que tienen pendientes. Acudimos a dirección y le comentamos a la directora la propuesta de ir al internado por las tardes con esta niña y le parece bien, pero propone que, dado que no se incorporará hasta después del puente, no se pasen cuestionarios la semana que viene y se pasen todos la primera semana de marzo. Añade que, de esta forma, si algún niño no entrega la autorización, ellos tendrán más tiempo para buscar sustitución. Dado que mi objetivo es provocar las mínimas interrupciones en la rutina del centro, acepto la propuesta, por lo que el resto de cuestionarios se aplicarán la primera semana de marzo.

02/03/2021

Al llegar al centro acudo a Dirección y saludo a la directora, que me acompaña a Jefatura de Estudios. Allí me está esperando la misma persona que me acompañó hace dos semanas. Como ha habido un puente y temen que los niños no se acuerden, en lugar de ir directamente al espacio donde se pasarán los cuestionarios, vamos por las clases avisándolos. Uno de los niños que tenía que empezar hoy ha sido puesto en cuarentena, por lo que me indican que buscarán un sustituto. Otro no ha venido, al igual que una de las niñas que se incorporó tarde, a la que solo le faltan dos cuestionarios por hacer. En cuanto a la que estaba en cuarentena, no se ha incorporado, pero se espera que lo haga mañana o pasado. En total ha habido 5 niños. Se ha hecho la presentación, se les ha regalado el bolígrafo y se les ha repartido el CAREs. Cuando todos han terminado, se ha recogido y se les ha repartido el PAI-A. Una vez entregado, acordamos con ellos la hora de mañana, aunque queda pendiente de confirmación, al igual que el espacio. Se acordó que esta semana nos adaptaríamos a las horas de guardia de la persona que me acompaña, lo que puede afectar en la disposición del espacio en el que hemos estado hasta ahora. Al terminar paso por dirección e informo de que hay que buscar un sustituto y que ha faltado otro niño.

03/03/2021

Llego al centro y acudo a Dirección. La directora está reunida, así que espero un poco y le indico que me acerco a Jefatura de Estudios. Allí espero a la persona que me acompaña porque está en clase. Mientras estoy allí, aparece un participante nuevo para entregar la autorización. Accedemos a un nuevo espacio, ya que estos días somos menos personas y podemos ir a otro aula. Uno de los niños está en un examen y se incorporará más tarde. La que estaba en cuarentena todavía no ha vuelto y sigue faltando una sustitución. Hoy hay, inicialmente, 5 niños, que serán 6 cuando llegue el del examen. Se entrega el CAREs a una participante que se incorporó tarde y le queda pendiente. Mientras comienza, se vuelve a hacer la presentación para un participante nuevo, al cual se le obsequia con el bolígrafo. Se entrega el ADITEC-M. Mientras lo hacen, la chica que estaba con el CAREs termina y se le entrega el PAI-A. Cuando los demás terminan, se recoge el ADITEC-M y se entrega el AVE. Mientras lo están haciendo, llega el niño que estaba en el examen y se le entrega el ADITEC-M. Cuando terminan el AVE, se recoge y se entrega el MESI. Según van terminando vuelven a clase. Al que se ha incorporado hoy se le plantea hacer el CAREs, pero solo si se ve con ganas, con el fin de recuperar un poco la sesión de ayer. Se le muestra el cuestionario y accede, cuando termina se va a clase. Cuando el chico del examen termina el ADITEC-M, se le entrega el AVE. La chica que estaba con el PAI-A termina, se le agradece su participación y se va a clase. Se recoge el AVE al chico del examen y se le entrega el MESI. Cuando termina, se va. Vamos a Jefatura de Estudios y está allí la directora, quien se interesa por saber cómo va todo y si he empezado a analizar los datos. Se aprovecha la ocasión para proponerle pasar el CAREs a toda la secundaria, pero manifiesta cierto temor por lo comprometido de algunos ítems y rechaza la propuesta.

04/03/2021

Al llegar al centro acudo a Dirección donde me comunican que parece que hay más niños en cuarentena. De camino a Jefatura de Estudios me encuentro con la persona que me acompaña, quien me indica que iba a avisar a los niños, que están en un pequeño recreo. Los vamos avisando y accedemos al espacio. Hoy solo hay 3 niños, sigue faltando una sustitución, la chica que estaba en cuarentena no se ha incorporado y otro de los niños está en aislamiento por contacto con positivo. Como estaban de recreo, han olvidado coger bolígrafos, así que van a sus clases a por ellos. Se entrega el ADITEC-V, cuando terminan se recoge y se entrega el APGAR y, cuando terminan se recoge y se entrega el CUVINO. Al finalizar, entregan y escogen un taco de post-it de regalo. Al que se incorporó ayer, que tenía pendiente el PAI-A (ayer mismo recuperó el CAREs), se le pregunta si se ve con ganas de hacer otro cuestionario. Dice que hace el PAI-A y se pone al día con respecto a los demás. Se le plantea que, si se cansa o ve que ya no está leyendo los ítems con atención, puede dejarlo y terminar mañana. Cuando termina, entrega y coge un taco de post-it. Concreto la hora de mañana con la persona que me acompaña, que me dice que ya tiene en mente quién puede ser el que complete los 25, y paso por Dirección para despedirme.

05/03/2021

Llego al centro y acudo a Dirección. Está cerrado, por lo que imagino que la directora está en clase y acudo a Jefatura de Estudios. La persona que me acompaña normalmente está en clase, por lo que espero en el patio. Mientras espero, llegan dos de los niños. Accedemos al espacio y la persona que me acompaña va a buscar al niño que falta. Hoy, igual que ayer, son 3. Se entrega el ADITEC-I y, cuando terminan, se recoge y se entrega el cuestionario de ETS, dedicando un par de minutos a explicar cómo tienen que responderlo. Cuando

terminan, se recoge y se les entrega un rotulador fluorescente como obsequio y se les dan las gracias por su colaboración. Me quedo con la persona que me acompaña viendo los niños que faltan. Me indica que ya ha pensado el sustituto que faltaba y que va a darle hoy la hoja de información al participante y el consentimiento informado. También me indica que la niña que estaba en cuarentena por haber dado positivo se incorporará la semana que viene y que los dos que están aislados por contacto directo, probablemente y si dan negativo, también, por lo que quedamos para el lunes. Acudo a dirección y me despido.

08/03/2021

Acudo al centro y la directora está en clase, por lo que me dirijo a Jefatura de Estudios para esperar a la persona que me acompaña. Una vez llega, me informa de que no se han incorporado los niños que estaban en cuarentena y que no tiene al que nos faltaba, por lo que no puedo pasar ningún cuestionario hoy. Acordamos aplazar la recogida de datos al lunes de la semana que viene, esperando que ya se hayan incorporado todos y que se cuente con el niño que falta. Antes de irme, paso por Dirección para informar.

15/03/2021

Llego al centro y acudo a Jefatura de Estudios. Espero a la persona que me acompaña y, al llegar, me informa de que sigue faltando el participante que no ha hecho ningún cuestionario, pero que se han incorporado los que estaban en cuarentena. Por lo tanto, hoy hay 3 participantes que ya han rellenado algunos cuestionarios. Los niños están esperando fuera y accedemos al espacio. Se entrega el ADITEC-V y, al terminar, se recoge y se entrega el APGAR. Cuando terminan, se entrega el MESI a la participante 10 y el ADITEC-I al 16 y al 23. Cuando van terminando, entregan y cogen un taco de post-it. Paso por Jefatura

de Estudios, donde encuentro a la directora, e informo de que he terminado por hoy. Confirмо con la persona que me acompaña el horario para mañana y me dice que ya estará también el participante que falta.

16/03/2021

Llego al centro y acudo a Dirección. La directora me acompaña a Jefatura de Estudios, donde me informan de que ya está el participante que faltaba. Accedemos al espacio con 4 participantes. Se entrega el CUVINO al 16 y al 23, mientras que al 10 se le entrega el ADITEC-I y al 5 el CAREs, al tiempo que se le explica la investigación y se le obsequia con un bolígrafo. CUVINO y ADITEC-I se terminan prácticamente a la vez y se entrega el cuestionario de ETS al 16 y al 23, facilitándole el CUVINO al 10. Mientras tanto se recoge el CAREs y se entrega el PAI-A al 5. Los participantes que estaban con el cuestionario de ETS lo entregan al finalizar, se les obsequia con un rotulador y se les agradece su participación. Al 10 se le enseña el cuestionario que le queda y se le plantea que puede realizarlo hoy o mañana. Decide hacerlo hoy, por lo que se le entrega el cuestionario de ETS. Cuando lo termina, se recoge, se le obsequia con un rotulador y se le agradece su participación. Cuando el 5 termina el PAI-A se le pregunta si quiere hacer otro más y acepta si es corto, por lo que se le da el APGAR. Cuando lo termina, entrega y quedamos en vernos mañana. Voy a Jefatura de Estudio e informo de que he terminado y de que ya solo quedan cuestionarios pendientes del participante 5. Se acuerda la hora de mañana y me despido. Acudo a Dirección, comento cómo hay ido y me despido.

17/03/2021

Llego al centro y acudo a Dirección. La directora me acompaña a Jefatura de Estudios y esperamos a la persona que me acompaña. Vamos una sala más pequeña, ya que solo hay un participante, que está esperando cerca. Ya

solamente estamos con este participante porque los demás han terminado. Se le entrega el ADITEC-M y, cuando lo termina, se le entrega el CUVINO. Por último, se le facilita el ADITEC-V y se le pregunta, cuando acaba, si se ve con ganas de hacer uno más que sea corto. Responde que sí y se le entrega el MESI. Cuando lo termina se le obsequia con un taco de post-it y quedamos en vernos mañana. Paso por Jefatura de Estudios para informar de que hemos terminado por hoy y me despido hasta mañana.

18/03/2021

Llego al centro y acudo a Dirección. Comento con la directora que hoy ya es el último día, los cual nos alegra a las dos. Me acompaña a Jefatura de Estudios e informo de que me faltan los datos demográficos del participante 5. Quedan en facilitármelos a lo largo del día. Vamos a la misma sala de ayer y llega el participante 5. Se le entrega el ADITEC-I, cuando termina se le entrega el AVE y, finalmente, se le entrega el cuestionario de ETS. Por último, se le agradece su participación y se le obsequia con un rotulador. Me dirijo a Jefatura de Estudios e informo de que he terminado y pregunto por las autorizaciones. Me doy cuenta de que falta una y me aseguran que se entregó, por lo que quedan en buscarla y enviármela. Hago fotos de las demás para tener constancia, agradezco el trato recibido en el centro durante los días que he estado con ellos y me despido. Acudo a Dirección para informar de que ha concluido el estudio y de que en las próximas semanas haré llegar los informes de los participantes. Nuevamente, agradezco el trato recibido y me despido.

Control de realización de los cuestionarios

SUJETO 1

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Completo
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Completo
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 2

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Ítem 16, 27, 32, 37, 259
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Ítem 15, 19
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 3

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
02/03/2021	CAREs	Ítem 40, 41
02/03/2021	PAI-A	Ítem 259
03/03/2021	ADITEC-M	Completo
03/03/2021	AVE	Ítem 2, 5, 53, 68, 77
04/03/2021	ADITEC-V	Completo
04/03/2021	APGAR	Completo
03/03/2021	MESI	Completo
05/03/2021	ADITEC-I	Completo
04/03/2021	CUVINO	Completo
05/03/2021	ETS	Completo

SUJETO 4

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Ítem 171
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Ítem 4, 11, 26, 27, 28, 29, 38
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Ítem 13
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 5

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
16/03/2021	CAREs	Ítem 29
16/03/2021	PAI-A	Ítem 194
17/03/2021	ADITEC-M	Completo
18/03/2021	AVE	Completo
17/03/2021	ADITEC-V	Completo
16/03/2021	APGAR	Completo
17/03/2021	MESI	Completo
18/03/2021	ADITEC-I	Completo
17/03/2021	CUVINO	Completo
18/03/2021	ETS	Completo

SUJETO 6

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
03/03/2021	CAREs	Completo
04/03/2021	PAI-A	Completo
03/03/2021	ADITEC-M	Completo
03/03/2021	AVE	Completo
04/03/2021	ADITEC-V	Completo
04/03/2021	APGAR	Completo
03/03/2021	MESI	Completo
05/03/2021	ADITEC-I	Completo
04/03/2021	CUVINO	Completo
05/03/2021	ETS	Completo

SUJETO 7

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Ítem 29
15/02/2021	PAI-A	Ítem 29, 81, 112, 122, 214, 224 a 256
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Ítem 55
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 8

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Completo
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Completo
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 9

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Completo
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Ítem 62
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 10

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Ítem 187
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Completo
15/03/2021	ADITEC-V	Completo
15/03/2021	APGAR	Completo
15/03/2021	MESI	Completo
16/03/2021	ADITEC-I	Completo
16/03/2021	CUVINO	Completo
16/03/2021	ETS	Completo

SUJETO 11

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Ítem 35
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Completo
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 12

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Completo
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Completo
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 13

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
02/03/2021	CAREs	Completo
02/03/2021	PAI-A	Completo
03/03/2021	ADITEC-M	Completo
03/03/2021	AVE	Completo
04/03/2021	ADITEC-V	Completo
04/03/2021	APGAR	Completo
03/03/2021	MESI	Completo
05/03/2021	ADITEC-I	Completo
04/03/2021	CUVINO	Ítem 19
05/03/2021	ETS	Completo

SUJETO 14

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Ítem 113, 143, 156, 191, 237
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Completo
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Ítem 12
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 15

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Ítem 171, 239
16/02/2021	ADITEC-M	Ítem 2
16/02/2021	AVE	Completo
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 16

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
02/03/2021	CAREs	Completo
02/03/2021	PAI-A	Completo
03/03/2021	ADITEC-M	Completo
03/03/2021	AVE	Completo
15/03/2021	ADITEC-V	Completo
15/03/2021	APGAR	Completo
03/03/2021	MESI	Completo
15/03/2021	ADITEC-I	Completo
16/03/2021	CUVINO	Completo
16/03/2021	ETS	Completo

SUJETO 17

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
03/03/2021	CAREs	Completo
03/03/2021	PAI-A	Completo
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Ítem 20, 23, 29, 47
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Ítem 7, 17
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Ítem 1, 33
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 18

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Completo
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Completo
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 19

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Ítem 65, 70, 115
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Completo
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 20

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Completo
16/02/2021	ADITEC-M	Ítem 7
16/02/2021	AVE	Completo
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 21

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
02/03/2021	CAREs	Completo
02/03/2021	PAI-A	Ítem 247
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Ítem 5, 23, 46, 48, 54, 64
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Ítem 13, 23, 24
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 22

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Ítem 15, 16
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Completo
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 23

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
02/03/2021	CAREs	Completo
02/03/2021	PAI-A	Completo
03/03/2021	ADITEC-M	Completo
03/03/2021	AVE	Completo
15/03/2021	ADITEC-V	Completo
15/03/2021	APGAR	Completo
03/03/2021	MESI	Completo
15/03/2021	ADITEC-I	Completo
16/03/2021	CUVINO	Completo
16/03/2021	ETS	Completo

SUJETO 24

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Completo
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Completo
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

SUJETO 25

FECHA	CUESTIONARIO	OBSERVACIONES
15/02/2021	CAREs	Completo
15/02/2021	PAI-A	Ítem 189
16/02/2021	ADITEC-M	Completo
16/02/2021	AVE	Completo
17/02/2021	ADITEC-V	Completo
17/02/2021	APGAR	Completo
17/02/2021	MESI	Completo
18/02/2021	ADITEC-I	Completo
18/02/2021	CUVINO	Completo
19/02/2021	ETS	Completo

4.2. Aplicación piloto del instrumento FASE 2

Tras la validación del instrumento se procedió a su aplicación a un total de 71 sujetos, añadiendo 46 a la muestra inicial. Se intentó aplicar el instrumento en el mismo centro donde se realizó el estudio conducente a la validación de criterio, pero dada la situación sanitaria, el carácter delicado de los temas a tratar y la ampliación del periodo de recogida de datos para la fase 1, no fue posible continuar recogiendo datos en el mismo centro.

Los nuevos participantes también cursaban la ESO en un centro de Granada, de titularidad privada concertada, al igual que el anterior, y con alumnado procedente de diferentes contextos y entornos socioculturales. El centro se ubica en el barrio conocido como El Realejo y, al igual que el anterior centro, cuenta con internado y atiende a alumnos que, en su mayoría, se encuentran en riesgo de exclusión social. Se aplicó el instrumento a todos los

alumnos que asistieron ese día a clase, salvo a algunos que no hablaban el idioma. Los datos se recogieron en una mañana y en esta ocasión no se tomó un registro sobre los participantes, ya que la aplicación se realizó de forma anónima por tratarse de una aplicación piloto. Tanto la dirección del centro como el profesorado apoyaron la investigación.

CAPÍTULO 5: APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DELPHI PARA LA ELABORACIÓN DE CAREs

1. Técnica Delphi

El método Delphi (Dalkey y Helmer, 1962) consiste en el análisis sistemático de diferentes opiniones que provienen de un grupo de expertos seleccionados en función de la temática a tratar. Estos expertos van respondiendo a distintos cuestionarios, en distintas rondas, a través de las cuales se espera alcanzar cierto nivel de consenso en sus respuestas. De cada una de las rondas van recibiendo un feedback sobre los resultados de las rondas anteriores, pero siempre manteniendo el anonimato en las respuestas, lo que evita que estas se puedan ver influenciadas.

El método, inicialmente, resultaba complejo y lento pero, hoy en día, tal y como señalan Cabero e Infante (2014), gracias al uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación, el proceso es mucho más sencillo y rápido.

En relación al número de expertos que deben participar, no hay un consenso por parte de la comunidad científica, aunque encontramos escritos como el de Astigarraga (2003) en el que se indica que no son necesarios más de 30 expertos, ya que las diferencias en los resultados a partir de ese número no es significativa y supone un sobreesfuerzo que no dará resultados.

Para la elaboración de CAREs, así como para alcanzar la validez de constructo y de contenido, utilizamos el método Delphi, al igual que hicieron

Tejada et al. (2015), a través de un cuestionario online en el que los expertos valoran los distintos ítems, en rondas sucesivas en las que se va buscando el consenso. Llevar a cabo este método de manera telemática nos garantiza el anonimato de los expertos, la falta de comunicación entre ellos y la rapidez en las respuestas, tres de las características propias del método.

En cuanto a las fases para el desarrollo, Cabero e Infante (2014) señalan cinco:

- Formulación del problema, identificación del objetivo para el cual se lleva a cabo el estudio, formulación de las preguntas que se le realizarían a los expertos, y determinación del número de vueltas que se llevarán a cabo. Las preguntas deben ser precisas, cuantificables, e independientes.
- Determinación de los criterios para la selección de los expertos.
- Elección de los expertos.
- Desarrollo práctico-realización de las diferentes vueltas.
- Explotación de resultados, y elaboración del informe.

Vemos el procedimiento detallado en cada una de las fases.

Formulación del problema, identificación del objetivo para el cual se lleva a cabo el estudio, formulación de las preguntas que se le realizarían a los expertos, y determinación del número de vueltas que se llevarán a cabo.

Una vez realizada la correspondiente revisión bibliográfica y establecidas las dimensiones que componen el riesgo de exclusión social en adolescentes, el siguiente paso fue el análisis de instrumentos ya validados para obtener una batería amplia de ítems que midieran las distintas dimensiones contempladas

como componentes del riesgo de exclusión social. Se analizó un total de 14 instrumentos de los que, finalmente, fueron seleccionados 7. De todos los instrumentos, salvo de uno, se añadieron todos los ítems. En el caso del instrumento del que no se añadieron todos los ítems, se añadieron aquellos considerados como un screening dentro del propio instrumento. En la tabla 8 podemos ver el control de dominios realizado con los instrumentos revisados. El total de ítems fue de 286.

Tabla 8. Control de dominios con los instrumentos revisados

DIMENSIÓN	INSTRUMENTOS
Adicciones (Internet, móviles, juegos, alcohol, drogas)	PAI-A (Problemas con el alcohol. Problemas con las drogas.) ADITEC
Violencia entre iguales, acoso y agresividad.	BASC2 (T y P: Exteriorizar problemas. H. adaptativas. S: Ajuste personal.) PAI-A (Agresión) AECS (Agresividad-terquedad) Escala de agresión y victimización (detectan sufrir y ejercer) AVE (acoso y violencia escolar)
Maltrato, escasez de recursos o conflictos familiares.	BASC2 (S: Ajuste personal.) AECS (Percepción por el sujeto del modo de ejercer sus padres la autoridad en el hogar. Percepción por el sujeto de la calidad de aceptación y acogida que recibe de sus padres) Modelo de Crous y Bradshaw APGAR Familiar
Ansiedad y depresión.	BASC2 (P y T: Interiorizar problemas. S: Desajuste clínico. Otros problemas.) PAI-A (Ansiedad. Depresión) AECS (Ansiedad-timidez)
Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), embarazos no deseados y violencia de género.	ETS CUVINO

Dado que son varios los instrumentos de referencia que tendremos que aplicar junto al instrumento diseñado, optamos por escoger aquellos que nos permitan abarcar todos los dominios con el menor número de instrumentos posible y simplificar el proceso posterior de análisis de datos. Por tanto, siguiendo este criterio, todos los instrumentos seleccionados tienen formato de autoinforme, suponiendo un total de 7, cuyas condiciones de aplicación mostramos a continuación en la tabla 9.

Tabla 9. Instrumentos seleccionados y condiciones de aplicación.

INSTRUMENTO	CONDICIONES DE APLICACIÓN	Nº DE ÍTEMS	TIEMPO REQUERIDO
ADITEC	Autoinforme realizado por el alumno	69	30-45 minutos
PAI-A	Autoinforme realizado por el alumno	264*	45 minutos
ETS	Autoinforme realizado por el alumno	42	No se indica
CUVINO	Autoinforme realizado por el alumno	42	45 minutos
APGAR	Autoinforme realizado por el alumno	5	No se indica
AVE	Autoinforme realizado por el alumno	94	35 minutos
Crous y Bradshaw	Autoinforme realizado por el alumno	48	No se indica

*De este instrumento se añaden 15 ítems a la batería, que son considerados en sí mismo como un instrumento screening.

En cuanto al número de vueltas, se plantea que sean tres: las dos primeras destinadas a la eliminación/selección de los ítems definitivos del cuestionario y la última encaminada a la redacción de los mismos en términos adecuados en función de los destinatarios.

Determinación de los criterios para la selección de los expertos.

Elaborado el cuestionario online, el siguiente paso fue proceder a la búsqueda de expertos en el tema. Se hizo a través de búsqueda sistemática en bases de datos científicas, además de contar con expertos conocidos.

Landeta (2002) señala dos categorías de expertos: especialistas y afectados. Los primeros tienen experiencia, conocimiento y capacidad predictiva; mientras que los segundos no tienen formación ni experiencia en relación al tema, pero, de una u otra manera, están implicados. En esta investigación, los expertos se clasificaron como académicos o como profesionales. Los primeros con formación, conocimiento y experiencia sobre la temática y los segundos sin formación al respecto, pero en permanente contacto con jóvenes en riesgo de exclusión social.

Elección de los expertos.

Obtuvimos un listado con un total de 50 expertos, de los que se consiguió contactar con 47: 28 académicos y 19 profesionales. A todos ellos se les explicó el procedimiento y las rondas que pretendíamos llevar a cabo. Respondieron 28 expertos, 14 académicos y 14 profesionales.

De todos ellos se analizó el coeficiente de competencia experta, obteniendo los resultados que pueden ver en la tabla 10. El coeficiente K o coeficiente de competencia experta es un valor obtenido a partir de la autovaloración de los propios expertos en relación a su competencia experta en el tema a tratar. La fórmula es la siguiente: $K = \frac{1}{2} (K_c + K_a)$.

El coeficiente de conocimiento (K_c) se calcula según la autovaloración del experto en una escala del 0 al 10, multiplicando este valor por 0,1. Se refiere a la

información que tiene el experto sobre el tema en cuestión, en este caso, los menores en riesgo de exclusión social.

Por otro lado, el coeficiente de argumentación (K_a) se calcula en base a una puntuación asignada a las diferentes fuentes de argumentación que ha manejado el experto. Este valor se basa en la fundamentación de los propios criterios de los expertos.

Tal y como recogemos en Ávalos et al. (2020), se debe tener en cuenta que si K es mayor que 0,8, tenemos una influencia alta de las fuentes; si se encuentra entre 0,8 y 0,5, la influencia de las fuentes será media; y, por último, si el valor obtenido es menor o igual a 0,5 hablaremos de una influencia de las fuentes baja.

En la tabla 10 se recogen los perfiles profesionales de los expertos que han participado, su clasificación y su coeficiente K . Aparecen codificados según el orden en el que respondieron al cuestionario de la primera ronda.

Tabla 10. Coeficiente de competencia experta.

Experto	Perfil profesional	Clasificación	K
01	Educador Social	Profesional	1,75
02	Profesor Ayudante Doctor	Académico	1,90
03	Educadora Social	Profesional	1,80
04	Profesor de Instituto	Profesional	1,60
05	Educador Social	Profesional	1,70
06	Profesora de Instituto	Profesional	1,65
07	Trabajador Social	Profesional	1,85
08	Profesora Contratada Doctora	Académica	1,65
09	Profesor Titular de Universidad	Académico	1,80

10	Educador Social	Profesional	1,75
11	Profesora Titular de Universidad	Académica	1,65
12	Profesor Titular de Universidad	Académico	1,65
13	Profesora Contratada Doctora	Académica	1,75
14	Profesor Titular de Universidad	Académico	1,75
15	Educadora Social	Profesional	1,75
16	Profesora de Instituto	Profesional	1,60
17	Profesora Sustituta Interina	Académica	1,90
18	Profesora Ayudante Doctora	Académica	1,80
19	Profesora Contratada Doctora	Académica	1,85
20	Psicólogo	Profesional	1,40
21	Juez de Menores	Profesional	1,90
22	Profesor Asociado	Académico	1,75
23	Profesora Ayudante Doctora	Académica	1,65
24	Educadora Social	Profesional	1,80
25	Profesor Contratado Doctor	Académico	1,80
26	Educador Social	Profesional	1,75
27	Educadora Social	Profesional	1,85
28	Profesora Titular de Universidad	Académica	1,65

Desarrollo práctico mediante realización de las diferentes rondas

Siendo diferentes los tipos de pregunta que se realizan a los expertos en las diferentes rondas (Landeta, 1999), recogidas en la tabla 11, optamos por las de valoración.

Tabla 11. Tipos de preguntas habituales.

Jerarquizaciones	Consiste en ordenar de manera jerárquica una serie de elementos. Normalmente, el valor uno implica que ese es el elemento más importante.
Valoraciones	Es el tipo que más se utiliza debido a la rapidez con la que permite completar el cuestionario y a la facilidad que proporciona para realizar el análisis de resultados. Es frecuente en estudios que pretenden realizar una selección de elementos de un conjunto. Se trata de dar respuesta en forma de escala graduada en la que se da una puntuación al elemento.
Comparaciones	En esta modalidad se presentan los elementos de dos en dos y el experto debe indicar cuál le parece más apropiado. Al que el experto señale se le adjudicará una puntuación de un punto, mientras que el otro no recibirá puntos. Esto permite obtener una puntuación del elemento por cada experto.
Elecciones	Los expertos deben escoger el elemento más adecuado de un grupo.
Estimaciones cuantitativas	Consiste en otorgar una puntuación numérica a cada uno de los elementos presentados. En algunas ocasiones también se puede ubicar cada elemento en un intervalo, en lugar de en un número concreto.

Fuente: Landeta (1999).

En la primera ronda se presenta a los expertos un cuestionario online, realizado a través de Google Forms, en el que hay un total de 286 ítems, organizados según nuestras dimensiones. Los expertos deberán valorar cada uno de esos ítems como "ítem inapropiado", "ítem prescindible", "ítem importante" o "ítem imprescindible". Al final de cada dimensión se dedica también un espacio para que los expertos comenten libremente sobre cualquiera de los ítems de la dimensión o sobre la dimensión en sí.

Una vez obtenidos los resultados de la primera ronda, procedemos a realizar los análisis estadísticos. Nos planteamos dos opciones para ello. La primera, tal y como hace Pacheco (2016), teniendo en cuenta el rango y el percentil 75 de cada uno de los ítems. La segunda opción, como Cabero et al.

(2009), considerando la media y la desviación típica. Además, tendremos en cuenta los comentarios que hayan podido realizar los expertos sobre la redacción de ítems o sobre la unión de los mismos.

Con los ítems que se mantengan procederemos a preparar la segunda ronda. En esta ronda, los expertos deberán valorar en cada ítem el nivel de congruencia, pertinencia y adecuación, en escala de 1 a 3, tal y como hace Pacheco (2016) y aplicando los mismos análisis que la autora, rango y percentil 75. Además, se les mostrarán los ítems eliminados para que manifiesten la recuperación de alguno de ellos, si lo así lo consideran, como parte del feedback que se les debe ofrecer a los expertos. Se tomará en cuenta la media aritmética de congruencia, pertinencia y adecuación de cada ítem, para seleccionar los cinco de cada dimensión que alcanzan una mayor puntuación. A estos cinco seleccionados se añadirán aquellos ítems que han sido recuperados por los expertos. De esta manera esperamos realizar una selección equilibrada y no muy amplia. Así esperamos conseguir un instrumento de tamizaje sencillo y eficaz.

Con los ítems definitivos seleccionados, procederemos a realizar una tercera ronda en la que invitaremos a los expertos a mejorar, si es conveniente, la redacción de los ítems seleccionados adaptándolos mejor al objetivo pretendido y la población diana.

Explotación de resultados y elaboración del informe.

Una vez terminamos las tres rondas podemos afirmar que el proceso ha finalizado y dar por terminada la elaboración del instrumento, el cual pasará a un estudio piloto para comprobar su validez.

Resultados

Primera ronda

Para el análisis de resultados se barajaron dos opciones. La primera de ellas teniendo en cuenta el rango y el percentil 75 en cada uno de los ítems, dado que nuestra muestra, compuesta por 28 expertos, es una muestra pequeña. Por otro lado, dado que no se recomienda que el número de expertos en esta técnica sea superior a 30, podemos considerar nuestra muestra como grande, por lo que podríamos utilizar como análisis estadísticos la puntuación media y la desviación típica de cada ítem. Dada esta tesitura se llevan a cabo los dos análisis y se realiza una comparativa entre ambos.

En cuanto al rango y al percentil, se estableció como criterio que el rango debía ser igual o menor de 2 y que el percentil 75 fuera mayor o igual a 3. En la tabla 12 vemos los ítems que se mantienen y los que se eliminan teniendo en cuenta estos análisis. Se indica el número total de ítems que se eliminan en cada dimensión y los números correspondientes a cada ítem.

Tabla 12. Eliminación con rango y percentil.

ÍTEMS ELIMINADOS POR DIMENSIONES	
Dimensión 1. Adiciones. Ítems iniciales 71 (1-71)	
Ítems eliminados	Ítems que se mantienen
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71	20, 32, 33, 38, 43, 45, 58, 60, 61, 62, 63, 67
Dimensión 2. Ansiedad, depresión. Ítems iniciales 53 (72-124)	
Ítems eliminados	Ítems que se mantienen
72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 83, 84, 86, 87, 89, 90, 91, 93, 94, 97, 98, 99, 101, 103, 104, 108, 109,	76, 80, 81, 82, 85, 88, 92, 95, 96, 100, 102, 105, 106, 107, 110, 111, 114, 116, 117, 118, 119,

112, 113, 115, 120, 123, 124	121, 122
Dimensión 3. Primeras experiencias sexuales y amorosas. Ítems iniciales 78 (125-202)	
Ítems eliminados	Ítems que se mantienen
125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 163, 166, 167, 168, 179, 184, 188, 193, 195, 202	161, 162, 164, 165, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 194, 196, 197, 198, 199, 200, 201
Dimensión 4. Conflictos familiares, escasez de recursos y posible situación de maltrato intrafamiliar. Ítems iniciales 22 (203-224)	
Ítems eliminados	Ítems que se mantienen
205, 206, 207, 208, 210, 211, 212, 213, 216	203, 204, 209, 214, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224
Dimensión 5. Violencia entre iguales, acoso y agresividad. Ítems iniciales 62 (225-286)	
Ítems eliminados	Ítems que se mantienen
227, 231, 234, 236, 242, 255, 268, 275, 277, 280, 281, 282	225, 226, 228, 229, 230, 232, 233, 235, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 253, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 276, 278, 279, 282, 284, 285, 286

Nuestro criterio para mantener un ítem consiste en que obtenga una puntuación media igual o superior a 3 y una desviación típica inferior o igual a 0,75. En la tabla 13 podemos ver el resultado, indicando, como en la tabla anterior, el número de ítems eliminados y mantenidos, y los números correspondientes a cada ítem.

Tabla 13. Eliminación con media y desviación típica.

ÍTEMS ELIMINADOS POR DIMENSIONES	
Dimensión 1. Adiciones. Ítems iniciales 71 (1-71)	
Ítems eliminados	Ítems que se mantienen
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31,	21, 29, 32, 33, 40, 43, 45, 53, 58, 60, 61, 67, 71

34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 46, 47, 48, 49,
50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 59, 62, 63, 64, 65, 66,
68, 70

Dimensión 2. Ansiedad, depresión. Ítems iniciales 53 (72-124)

Ítems eliminados	Ítems que se mantienen
72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 83, 84, 86, 89, 90, 91, 93, 94, 97, 98, 99, 101, 103, 104, 105, 108, 109, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 120, 123, 124	76, 80, 81, 82, 85, 87, 88, 92, 95, 96, 100, 102, 106, 107, 110, 114, 118, 119, 121, 122

Dimensión 3. Primeras experiencias sexuales y amorosas. Ítems iniciales 78 (125-202)

Ítems eliminados	Ítems que se mantienen
125, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 155, 156, 157, 159, 160, 163, 164, 166, 168, 171, 179, 188, 193, 195, 196, 202	153, 154, 158, 161, 162, 165, 167, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 194, 197, 198, 199, 200, 201

Dimensión 4. Conflictos familiares, escasez de recursos y posible situación de maltrato intrafamiliar. Ítems iniciales 22 (203-224)

Ítems eliminados	Ítems que se mantienen
207, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 220, 221	203, 204, 205, 206, 209, 217, 218, 219, 222, 223

Dimensión 5. Violencia entre iguales, acoso y agresividad. Ítems iniciales 62 (225-286)

Ítems eliminados	Ítems que se mantienen
227, 228, 231, 234, 236, 238, 239, 240, 241, 242, 246, 252, 255, 259, 260, 263, 264, 267, 268, 271, 274, 275, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 284, 286	225, 226, 229, 230, 232, 233, 235, 237, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 250, 251, 253, 254, 256, 257, 258, 261, 262, 265, 266, 269, 270, 272, 273, 276, 283, 285

A continuación, analizados los datos individualmente, pasamos a realizar una comparativa para seleccionar el método más adecuado en nuestro caso, acompañado de una labor de reflexión sobre los posibles ítems que haya que mantener aunque no hayan obtenido las puntuaciones esperadas y teniendo en cuenta los comentarios que realizaron los expertos en esta primera ronda. En la tabla 14 vemos un ejemplo de la comparativa realizada, en este caso en la

dimensión 4: conflictos familiares, escasez de recursos, maltrato. Ponemos como ejemplo esta dimensión por ser la que tiene un menor número de ítems.

Tabla 14. Análisis comparativo y reflexión sobre la dimensión 4.

Nº de Ítem	Eliminado por Rango y Percentil 75	Eliminado por Media y Desviación Típica	Eliminado por ambos métodos
203			
204			
205	X		
206	X		
207	X	X	X
208	X	X	X
209			
210	X	X	X
211	X	X	X
212	X	X	X
213	X	X	X
214		X	
215		X	
216	X	X	X
217			
218			
219			
220		X	
221		X	
222			
223			
224			
TOTAL ÍTEM ELMINADOS EN LA DIMENSIÓN	9	11	7

Se eliminan los ítems relacionados con la escasez de recursos, como el 210 o el 212, los cuales habría que mantener. En este caso se adapta mejor la eliminación que hace el rango y el percentil. Un experto sugiere unir los ítems 205, 206, 207 y 208.

En cuatro de las cinco dimensiones se consideran más apropiados los resultados obtenidos a través de la media y la desviación típica, por lo que, finalmente, estos serán los análisis que tendremos en cuenta a partir de ahora.

Tras la comparación se opta por el modelo de selección de media y desviación típica para esta primera ronda.

En cuanto a los comentarios realizados por los expertos, deben analizarse de manera distinta, dado que son datos de carácter cualitativo. Vivas (2017) aplica el método Delphi considerando comentarios de los expertos que participan. En su trabajo se codifican las respuestas de manera que se puedan categorizar y se observa la frecuencia de cada una de ellas. Además, indicó el porcentaje de respuestas de cada categoría. Utilizamos una metodología similar, sin indicar el porcentaje, ya que consideramos que en este caso es suficiente con indicar la frecuencia que se da de cada comentario para decidir así si lo tenemos en cuenta o no, considerando aquellos con una frecuencia mayor. Esto se explica porque los comentarios que recibimos van encaminados a modificar el cuestionario, no a detectar repetición de elementos que pueden resultar clave, de este modo, las sugerencias de cambio que hayan sido aportadas por cuatro expertos o más, serán las que tendremos en cuenta, estando recogidas en la tabla 15. Además, se tendrán en consideración aquellos comentarios referentes a la unión de ítems, dado que nuestro objetivo en este momento es reducir el listado. Se muestra un resumen en la tabla 15, obviando aquellos comentarios referentes a ítems que ya han sido eliminados.

Tabla 15. Resumen de comentarios de los expertos.

DIMENSIÓN	RESUMEN COMENTARIO	FRECUENCIA
Adicciones	No distinguir entre tecnologías, ya que hoy en día se utilizan unidas. Se juega y se navega por Internet a través del móvil.	4
	Ítems insuficientes sobre consumo.	3
	Contemplar el porcentaje del tiempo de ocio dedicado a móvil o videoconsola en relación a otras actividades.	1
	Añadir ítem tipo "me gustaría jugar menos y sé/no sé cómo hacerlo".	1
Ansiedad, depresión	Redacción de todos los ítems en positivo o en negativo.	1
Primeras experiencias sexuales y amorosas	Mención a la píldora del día después por su uso generalizado.	1
	Los ítems sobre ETS son confusos y muy extensos.	4
	Unión de los ítems 76 y 77.	1
Conflictos familiares, escasez de recursos y posible situación de maltrato	Ampliar ítems sobre recursos sociales y comunitarios del barrio.	1
	Inexistencia de ítems específicos sobre si la familia le pega.	1
	Inexistencia de ítems sobre violencia filio-parental.	1
	Unión de los ítems 3 y 4.	1
Violencia entre iguales, acoso y agresividad.	Añadir ítems sobre acosos a través de redes sociales.	1
	Distinguir con mayor claridad entre compañeros de clase y compañeros de instituto.	1
	Unión de los ítems 9 y 11.	1

Como se puede comprobar, en la dimensión 1. Adicciones, nos dispondremos a unificar las distintas tecnologías presentadas. En cuanto a la dimensión 2. Ansiedad, depresión, no es necesario realizar cambios en este punto de la investigación. Pasando a la dimensión 3. Primeras experiencias sexuales y amorosas, la confusión que generan los ítems sobre ETS ya no es un

problema dado que, de momento, han sido eliminados, por lo que se tendrán en cuenta solamente la propuesta de unión de ítems. En la dimensión 4. Conflictos familiares, escasez de recursos y posible situación de maltrato, se tendrá en cuenta la propuesta de unión de ítems. Por último, en la dimensión 5. Violencia entre iguales, acoso y agresividad, también se tendrá en cuenta la sugerencia en cuanto a unión de ítems.

Teniendo en cuenta los ítems que han sido eliminados y los ítems que se han unido, nuestro cuestionario ha pasado de contar con 286 ítems a contar con 107, habiendo suprimido un total de 179 ítems.

Segunda ronda.

En esta segunda ronda, como se ha indicado previamente, hemos tenido en cuenta el rango y percentil 75. Encontramos que todos los ítems obtienen un percentil 75 de 3, por lo que, de cara a seleccionar los 5 mejores en cada dimensión, pasamos a observar el porcentaje de respuestas que se sitúa en el valor 3, tanto en congruencia, como en pertinencia, como en adecuación. Para ello, calculamos la media de los porcentajes en el valor más alto, tal y como se puede ver en el ejemplo de la tabla 16, y procedemos a la selección, la cual también queda reflejada en la tabla.

Tabla 16. Cálculo de medias de porcentajes en valor 3 en la dimensión 4

Nº										
203	Congruencia			Pertinencia			Adecuación			Media % en valor 3
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	83,97%
	7,4%	14,8%	77,8%	0%	11,1%	88,9%	7,4%	7,4%	85,2%	
	R=2; C75=3			R=1; C75=3			R=2; C75=3			
204	Congruencia			Pertinencia			Adecuación			Media % en valor 3
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	86,43%
	3,7%	11,1%	85,2%	0%	11,1%	88,9%	3,7%	11,1%	85,2%	
	R=2; C75=3			R=1; C75=3			R=2; C75=3			
205/206	Congruencia			Pertinencia			Adecuación			Media % en valor 3
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	72,87%
	14,8%	3,7%	81,5%	14,8%	14,8%	70,4%	14,8%	18,5%	66,7%	
	R=2; C75=3			R=2; C75=3			R=2; C75=3			

209	Congruencia			Pertinencia			Adecuación			Media % en valor 3
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	71,63%
	3,7%	11,1%	85,2%	18,5%	14,8%	66,7%	22,2%	14,8%	63%	
	R=2; C75=3			R=2; C75=3			R=2; C75=3			
217	Congruencia			Pertinencia			Adecuación			Media % en valor 3
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	66,7%
	3,7%	22,2%	74,1%	7,4%	29,6%	63%	11,1%	25,9%	63%	
	R=2; C75=3			R=2; C75=3			R=2; C75=3			
218	Congruencia			Pertinencia			Adecuación			Media % en valor 3
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	61,77%
	7,4%	22,2%	70,4%	11,1%	29,6%	59,3%	14,8%	29,6%	55,6%	
	R=2; C75=3			R=2; C75=3			R=2; C75=3			
219	Congruencia			Pertinencia			Adecuación			Media % en valor 3
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	54,3%
	11,1%	18,5%	70,4%	25,9%	29,6%	44,4%	22,2%	29,6%	48,1%	
	R=2; C75=3			R=2; C75=3			R=2; C75=3			
222	Congruencia			Pertinencia			Adecuación			Media % en valor 3
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	66,7%
	14,8%	14,8%	70,4%	22,2%	11,1%	66,7%	18,5%	18,5%	63%	
	R=2; C75=3			R=2; C75=3			R=2; C75=3			
223	Congruencia			Pertinencia			Adecuación			Media % en valor 3

										3
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	77,8%
	3,7%	14,8%	81,5%	11,1%	14,8%	74,1%	11,1%	11,1%	77,8%	
	R=2; C75=3			R=2; C75=3			R=2; C75=3			
224	Congruencia			Pertinencia			Adecuación			Media % en valor 3
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	67,93%
	11,1%	14,8%	74,1%	11,1%	25,9%	63%	14,8%	18,5%	66,7%	
	R=2; C75=3			R=2; C75=3			R=2; C75=3			

Cabe destacar que en la dimensión 5 encontramos cuatro ítems con mayor puntuación y, al seleccionar el quinto, comprobamos que había 2 con la misma puntuación, por lo que ambos fueron seleccionados.

Una vez seleccionados los ítems de todas las dimensiones, pasamos a analizar los comentarios de los expertos. Como en la ronda anterior, se tuvieron en cuenta todos aquellos encaminados a la unión de ítems. En este caso, hecha la selección, solo afecta a la dimensión 5, en la que habíamos seleccionado 6 ítems, uniendo el 237 y el 258. También recuperamos aquellos ítems que habían sido eliminados en la ronda 1 y que han sido propuestos para su recuperación por, al menos, 5 expertos. De esta forma, el instrumento quedaría compuesto como se observa en la tabla 17.

Tabla 17. Instrumento completo.

Nº de ítem	Observaciones
Dimensión 1. Adicciones / Total de ítems en la dimensión: 8	
1	Ítem recuperado por expertos
5	Ítem recuperado por expertos
32	Media % respuestas en valor 3: 75,33%

33	Media % respuestas en valor 3: 82,73%
61	Media % respuestas en valor 3: 80,27%
67	Media % respuestas en valor 3: 77,8%
70	Ítem recuperado por expertos
71	Media % respuestas en valor 3: 92,6%
Dimensión 2. Ansiedad, depresión / Total de ítems en la dimensión: 8	
80	Media % respuestas en valor 3: 87,67%
81	Media % respuestas en valor 3: 80,27%
83	Ítem recuperado por expertos
92	Media % respuestas en valor 3: 79,03%
96	Media % respuestas en valor 3: 81,5%
113	Ítem recuperado por expertos
122	Media % respuestas en valor 3: 81,5%
123	Ítem recuperado por expertos
Dimensión 3. Primeras experiencias sexuales y amorosas / Total de ítems en la dimensión: 7	
141	Ítem recuperado por expertos
145	Ítem recuperado por expertos
161	Media % respuestas en valor 3: 93,83%
162	Media % respuestas en valor 3: 93,83%
167	Media % respuestas en valor 3: 92,6%
170	Media % respuestas en valor 3: 91,37%
177	Media % respuestas en valor 3: 95,07%
Dimensión 4. Conflictos familiares, escasez de recursos, maltrato / Total de ítems en la dimensión: 5	
203	Media % respuestas en valor 3: 83,97%
204	Media % respuestas en valor 3: 86,43%
205/206	Media % respuestas en valor 3: 72,87%. Unidos en ronda 1 por los expertos.
209	Media % respuestas en valor 3: 71,63%

212	Ítem recuperado por expertos
223	Media % respuestas en valor 3: 77,8%
Dimensión 5. Acoso, bullying, agresividad / Total de ítems en la dimensión: 5	
232	Media % respuestas en valor 3: 95,07%
237/258	Media % respuestas en valor 3: 92,6% en ambos ítems. Unidos por propuesta de expertos.
249	Media % respuestas en valor 3: 95,07%
253	Media % respuestas en valor 3: 93,83%
272	Media % respuestas en valor 3: 95,07%
Total de ítems en el cuestionario: 34	

Tercera ronda

En esta tercera y última ronda, como se ha indicado previamente, nos disponemos a centrar la atención de los expertos en la redacción de los ítems, ofreciéndoles la posibilidad de sugerir nuevas formas de redacción de los mismos. Como en las rondas anteriores, se elabora el instrumento online y se envía el enlace al mismo por correo electrónico.

A los expertos se les presenta cada uno de los ítems, organizados por dimensiones, con un espacio en el que pueden escribir "conforme" si creen que la redacción es adecuada, o pueden hacer una sugerencia de redacción nueva. No todos los ítems obtuvieron sugerencias de modificación, ni todos los expertos realizaron sugerencias a los mismos ítems, por lo que se creó una tabla donde se recogían todas las respuestas y otra en la que se recogían únicamente las sugerencias y el experto que las realizaba, con el fin de ver los datos de la manera más clara posible. Vemos el ejemplo de uno de los ítems en la tabla 18:

Tabla 18: Sugerencias de modificación en la redacción.

25. Suelo tener ganas de llorar.	
Experto	Comentarios
07	SUELO SENTIRME TRISTE Y CON GANAS DE LLORAR
17	a menudo tengo ganas de llorar
24	Suelo estar triste
Redacción definitiva: A menudo me siento triste y con ganas de llorar.	

Tras analizar todas las sugerencias, son dos los ítems para que los que ningún experto hace un aporte, mientras que los 32 restantes sufren modificaciones leves.

Finalizada esta 3ª ronda, y habiendo numerado los ítems que finalmente componen el instrumento, es necesario elaborar lo que será el cuestionario, pensando en la manera en la que se presentarán los ítems y en las distintas opciones de respuesta. Se comprobó la forma de respuesta que tenían los ítems en los instrumentos originales y se tomó como punto de base. Algunos se respondían con escala Likert, basada en frecuencia o en grado de acuerdo, y otros indicando sí o no. Se valoraron cuatro opciones para estructurar los ítems, de las cuales veremos ejemplos:

Por dimensiones en tablas: La primera opción que se planteó fue presentar los ítems organizados por dimensiones. Esto suponía que en cada dimensión había ítems con distintos tipos de respuesta, por lo que visualmente parecía mucho más extenso de lo que en realidad es. Como ejemplo, en la tabla 19 se puede ver la dimensión 1:

Tabla 19. Organización de ítems agrupados por dimensiones

<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo. 2. Un poco en desacuerdo. 3. Neutral. 4. Un poco de acuerdo. 5. Totalmente de acuerdo. 						
1	Cuando llevo un tiempo sin usar el móvil, necesito utilizarlo.	1	2	3	4	5
2	Si no tengo el móvil, siento ansiedad o malestar. Lo necesito.	1	2	3	4	5
3	Aunque tenga otras actividades u obligaciones, me resulta muy difícil dejar de navegar por Internet o jugar a videojuegos.	1	2	3	4	5
4	Cuando necesito evadirme porque me encuentro mal, me calmo con Internet o con el móvil.	1	2	3	4	5
5	He discutido con mis padres, familiares o amigos/-as, porque dedico mucho tiempo a jugar con la videoconsola, el ordenador o el móvil.	1	2	3	4	5
6	He mentado a mi familia o a otras personas sobre el tiempo que dedico a jugar con videojuegos o a navegar por Internet.	1	2	3	4	5
<ol style="list-style-type: none"> 1. Falso. 2. Ligeramente verdadero. 3. Bastante verdadero. 4. Completamente verdadero. 						
7	Algunas personas importantes para mí me han llamado la atención por mi consumo de drogas.	1	2	3	4	
8	Mi consumo del alcohol es causa de problemas en casa o con mis amigos/-as.	1	2	3	4	

Por dimensiones redactado: Como segunda opción se redactaron todos los ítems con sus opciones de respuesta de manera independiente, ordenados por dimensiones. Esto también hacía que se viera más extenso de lo que es. Vemos como ejemplo dos de los ítems de la dimensión 1:

Rodea tu respuesta en cada afirmación:

1. Cuando llevo un tiempo sin usar el móvil, necesito utilizarlo.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutral	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------------------	--------------------------	---------	-----------------------	--------------------------

2. Si no tengo el móvil, siento ansiedad o malestar. Lo necesito.

Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutral	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------------------	--------------------------	---------	-----------------------	--------------------------

Por tipo de respuesta en tablas: En tercer lugar, se organizaron los ítems en función del tipo de respuesta, respetando la escala original en el caso de aquellos que se respondían con escala Likert, y manteniendo las respuestas originales en los ofrecían opciones de respuesta dicotómicas. Esto obligó a dividir dos de los ítems, ya que se componían de distintas cuestiones, pasando a tener 42 ítems en lugar de 34. Además, se pasó a poner las opciones de respuesta integradas en la tabla. El cuestionario seguía viéndose demasiado denso para el número de ítems que lo componen, ya que constaba de 7 tablas. A continuación, en la tabla 20, el ejemplo de la primera, con respuesta Likert de 5 grados de acuerdo:

Tabla 20. Ítems organizados por respuesta original

Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:		Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutral	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Cuando llevo un tiempo sin usar el móvil, necesito utilizarlo.					
2	Si no tengo el móvil, siento ansiedad o malestar. Lo necesito.					
3	Aunque tenga otras actividades u obligaciones, me resulta muy difícil dejar de navegar por Internet o jugar a videojuegos.					
4	Cuando necesito evadirme porque me encuentro mal, me calmo con Internet o con el móvil.					
5	He discutido con mis padres, familiares o amigos/-as, porque dedico mucho tiempo a jugar con la videoconsola, el ordenador o el móvil.					
6	He mentido a mi familia o a otras personas sobre el tiempo que dedico a jugar con videojuegos o a navegar por Internet.					
7	Estoy satisfecho/a con mi vida familiar.					

Aunando tipos de respuesta en tablas: Por último, se organizaron los ítems en función de si se respondían con escala Likert basada en la frecuencia, con escala Likert basada en el grado de acuerdo o desacuerdo o con respuesta dicotómica. Se unificaron las respuestas eliminando la opción de respuesta intermedia, con el fin de evitar la tendencia central de las respuestas. De esta forma, el cuestionario se ve mucho más limpio y sencillo, ya que se presenta en 3 tablas. Vemos una de ellas en la tabla 21.

Tabla 21. Ítems por respuestas unificadas

Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:		Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Cuando llevo un tiempo sin usar el móvil, necesito utilizarlo.				
2	Si no tengo el móvil, siento ansiedad o malestar. Lo necesito.				
3	Aunque tenga otras actividades u obligaciones, me resulta muy difícil dejar de navegar por Internet o jugar a videojuegos.				
4	Cuando necesito evadirme porque me encuentro mal, me calmo con Internet o con el móvil.				
5	He discutido con mis padres, familiares o amigos/-as, porque dedico mucho tiempo a jugar con la videoconsola, el ordenador o el móvil.				
6	He mentido a mi familia o a otras personas sobre el tiempo que dedico a jugar con videojuegos o a navegar por Internet.				
7	Estoy satisfecho/a con mi vida familiar.				
8	Algunas personas importantes para mí me han llamado la atención por mi consumo de drogas.				
9	Mi consumo del alcohol es causa de problemas en casa o con mis amigos/-as.				
10	Cuando estoy muy alterado/-a, suelo hacer cosas para hacerme daño.				
11	Apenas tengo interés en vivir la vida.				
12	Desde que nací he sido infeliz, es mi destino y no creo que cambie.				

De esta forma el cuestionario queda compuesto por 3 tablas: la primera, compuesta por 12 ítems, con respuesta tipo Likert con 4 grados de acuerdo; la segunda, con un total de 17 ítems, con respuesta dicotómica (verdadero/falso); y la última, en la que encontramos 13 ítems, con respuesta tipo Likert con 4 grados de frecuencia.

Según Bisquerra y Pérez-Escoda (2015), los instrumentos que utilizan escalas tipo Likert tienen una mayor sensibilidad para medir cambios en el tiempo cuantas más opciones de respuesta tengan, recomendando los autores escalas que vayan de 0 a 10. Sin embargo, en nuestro caso, al tratarse de un instrumento de screening, se busca la practicidad y la sencillez, por lo que tener tantas opciones de respuesta nos parece excesivo. Por otro lado, no se consideró añadir una respuesta neutral ya que consideramos que el tipo de ítems que se presenta no va asociado a una opinión, sino a si se dan o no los hechos descritos en las afirmaciones, por lo que se consideró que la respuesta neutral sólo serviría para potenciar una posible tendencia central, uno de los sesgos más recurrentes al utilizar este tipo de escalas (Matas, 2018). En este sentido, Hernández et al. (2001) señalan que la categoría "indiferente", es decir, neutral o término medio, no es relevante y que aquellos sujetos que realmente tienen una postura neutral no suelen escogerla.

Una vez organizados los ítems, se utilizó una web de aleatorización de números, lo que nos permitió ordenar los ítems de forma aleatoria. Se indicó el número inicial y final de cada una de las tablas y el número de elementos aleatorios que se necesitaban, tal y como se puede comprobar en las siguientes imágenes:

Aleatorización de la primera tabla del cuestionario

Números Aleatorios y Números al Azar


Generador de números Enteros sin repetición:

Datos a ingresar:

Cantidad de números a generar: (max. 9999)

Generar números entre y (min. 1 - max. 99999)


Opciones:



Números Aleatorios y Números al Azar

Resultados:

3 2 4 7 6
1 10 9 12 5
11 8



Aleatorización de la segunda tabla del cuestionario

Números Aleatorios y Números al Azar


Generador de números Enteros sin repetición:

Datos a ingresar:

Cantidad de números a generar: (max. 9999)

Generar números entre y (min. 1 - max. 99999)


Opciones:



Números Aleatorios y Números al Azar

Resultados:

24 19 14 27 26
13 17 25 21 18
29 28 22 20 23
15 16



Aleatorización de la tercera tabla del cuestionario

Números Aleatorios y Números al Azar


Generador de números Enteros sin repetición:

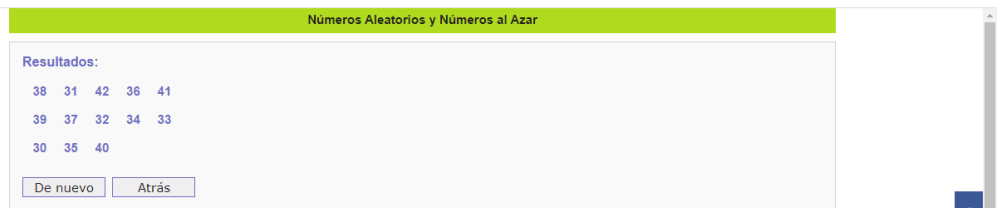
Datos a ingresar:

Cantidad de números a generar: (max. 9999)

Generar números entre y (min. 1 - max. 99999)

Opciones:





Por último, se le puso nombre al cuestionario tras barajar distintas opciones. El nombre escogido fue *CAREs: Cuestionario para Adolescentes en Riesgo de Exclusión Social*. Uno de los motivos para seleccionar este nombre fue el juego de palabras que se crea con el acrónimo y su traducción al inglés (cares = preocuparse), además de que nos parece un nombre sencillo y fácil de recordar.

Para la identificación de los participantes se añadió al instrumento un apartado destinado a tal fin, en el que sólo se pondrá el número adjudicado a cada participante. Se llevará un registro con todos los sujetos en el que constarán aspectos demográficos: identificación asignada, iniciales, curso, edad, sexo y tipo de residencia.

CAPÍTULO 6: RESULTADOS

1. Validación de CAREs

La literatura distingue tres tipos de validez en un instrumento de medida: constructo, contenido y criterio.

(a) La validez de constructo se refiere a la precisión de la definición del comportamiento, rasgo o característica que se quiere medir y la adaptación e idoneidad del instrumento usado para levantar evidencias que permitan la medición del comportamiento, rasgo o característica en cuestión. La validez de constructo debe realizarse a través de juicio de expertos. Nosotros lo hemos realizado mediante la aplicación de la técnica Delphi de cuyos resultados ya hemos informado.

(b) La validez de contenido se alcanza en la medida en que los ítems que integran el instrumento sean representativos de la cantidad de las conductas posibles y rasgos que se quieren detectar. La validez de contenido se suele corroborar mediante juicio de expertos y aplicación de análisis de coeficiente de Kappa. La técnica Delphi nos ha servido para asegurar la validez de contenido.

(c) La validez de criterio, ya sea concurrente o predictiva, se consigue estudiando el comportamiento del instrumento a validar en comparación con otras pruebas que miden lo mismo y ya están validadas. Para la validez de criterio se suelen emplear los análisis de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, proporción de falsos positivos, proporción de falsos negativos y porcentaje de coincidencia.

1.1. Validación de constructo

La validez de constructo se refiere a la precisión de la definición del comportamiento, rasgo o característica que se quiere medir y la adaptación e idoneidad del instrumento usado para levantar evidencias que permitan la medición del comportamiento, rasgo o característica en cuestión. La validez de constructo debe realizarse a través de juicio de expertos. Nosotros lo hemos realizado mediante la aplicación de la técnica Delphi de cuyos resultados ya hemos informado.

1.2. Validación de contenido

Dado que la propia elaboración del instrumento se realizó a través del método Delphi, contando con un total de 28 expertos, como se ha explicado previamente, consideramos que el instrumento diseñado ya cuenta con validez de contenido.

En cualquier caso, la realización del estudio conducente a la validez de criterio ya nos aportó algunas mejoras en este sentido. Se procede a modificar el ítem nº 23: He tenido relaciones consentidas con una persona mayor de edad. Tras la aclaración solicitada sobre el ítem, relatada en el diario de campo, se añade el término sexuales, quedando de la siguiente manera: He tenido relaciones sexuales consentidas con una persona mayor de edad. El resto de ítems no han presentado complicaciones, por lo que no es necesario modificarlos.

Dado que algún participante en el estudio piloto ha preguntado si en la tercera tabla no se podía responder "Nunca", se procede a modificar las respuestas más extremas, sustituyendo "Casi nunca" por "Nunca" y "Casi siempre" por "Siempre". También se detecta un error en la redacción de un tipo de respuestas, apareciendo "Algunas veces", por lo que se modifica.

1.3. Validación de criterio

1.3.1. Corrección de los instrumentos validados aplicados en Batería

Para comprobar la validez de criterio de CAREs realizamos, en primer lugar, la corrección de los instrumentos que componen la Batería de instrumentos validados, con cuyos resultados vamos a comparar la eficacia de nuestro instrumento de cribado. Aquellos instrumentos que pertenecen a la editorial TEA Ediciones (AVE, ADITEC y PAI-A) se corrigen mediante una plataforma de la propia editorial y a través de la consulta del manual de cada uno de los instrumentos.

AVE. Acoso y Violencia Escolar

Las opciones de respuesta de este instrumento se presentan en escala Likert de 3 puntos, en la primera parte, y de manera dicotómica. Las equivalencias para la escala Likert son:

- 1 = Nunca.
- 2 = Pocas veces.
- 3 = Muchas veces.

En las respuestas de afirmación o negación, 1 es igual a "Sí", mientras que 2 equivale a "No".

El perfil obtenido a través de la plataforma facilita una puntuación directa en cada escala y la traduce con siglas, estableciendo las siguientes categorías:

- SC: Acoso sin constatar (hasta percentil 60 incluido).
- C: Acoso constatado (intervalo percentil 61-80).
- CC: Acoso bien constatado (intervalo percentil 81-95).
- CCC: Acoso muy constatado (intervalo percentil 96-99).

La combinación de las escalas M (Índice global de acoso) e I (Intensidad de acoso) permite conocer si existe o no acoso. El resto de escalas están enfocadas a conocer el tipo de acoso y a determinar si está causando daños psicológicos, además de una escala orientada a conocer el nivel de contradicción a la hora de responder.

ADITEC. Evaluación y Prevención de la Adicción a Internet, Móvil y Videojuegos

Para responder el ADITEC, ya sea en la versión para móvil, en la versión para Internet o en la versión para videojuegos, se utiliza una escala Likert de 5 puntos donde:

- 1 = Totalmente en desacuerdo.
- 2 = Un poco en desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = Un poco de acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

El perfil de respuesta nos da una puntuación directa y un percentil en cada una de las escalas, además de una puntuación directa total y un percentil total. Teniendo en cuenta el percentil total se puede determinar si:

- No hay adicción (Pc menor de 85).
- Hay indicios de adicción (Pc entre 86 y 95).
- Existencia de posible adicción (Pc superior a 95).

PAI-A. Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes

El formato de respuesta de este instrumento consiste en una escala Likert de 4 puntos, donde:

- 1 = Falso.
- 2 = Ligeramente verdadero.
- 3 = Bastante verdadero.
- 4 = Completamente verdadero.

La plataforma nos ofrece un perfil en el que podemos encontrar puntuaciones directas y puntuaciones típicas T. Estas últimas son las que nos indicarán el nivel de riesgo en cada una de las escalas y subescalas. En el caso del PAI-a no obtenemos una puntuación total o final, por lo que atendemos a las escalas que nos interesan para validar nuestro instrumento (Ansiedad, Depresión, Problemas con el alcohol y Problemas con las drogas). En las cuatro escalas existen cuatro rangos de puntuaciones típicas que pueden variar en función de la escala, aunque para determinar si existe riesgo o no, podemos observar únicamente los dos primeros rangos, iguales en todas las escalas mencionadas:

- Sin riesgo (puntuación T menor de 60).
- Riesgo (puntuación T entre 61 y 110).

El rango que indica riesgo se divide en tres niveles que difieren en función de la escala en la que estemos poniendo la atención, que nos indican un mayor o menor nivel de riesgo o peligro.

APGAR Familiar

Las respuestas de este cuestionario van asociadas a una puntuación total. Se utiliza una escala Likert de 3 puntos en la que:

- 0 = Casi nunca.
- 1 = A veces.
- 2 = Casi siempre.

En el propio instrumento se recoge qué significa cada rango de puntuaciones de manera concreta:

- 7-10 puntos: Familia normofuncional.
- 3-6 puntos: Familia difuncional leve.
- 0-2 puntos: Familia disfuncional grave.

CUVINO. Cuestionario de Violencia entre Novios

En el caso de este instrumento se establece que si se ha contestado de manera afirmativa a alguno de los ítems 1, 2 y 4, se subirá el nivel de riesgo determinado con los ítems que se responden con escala Likert. Los ítems 3, 5 y 6 hacen referencia a si el participante ha tenido pareja, la tiene en la actualidad y la duración de la relación, por lo que no se consideran para aumentar el nivel de riesgo.

En el caso de los ítems que se responden con la escala, se establecen distintos niveles de riesgo en función de la puntuación obtenida. En cuanto a la puntuación, si se ha respondido "Nunca" se otorga 1 punto; si se ha respondido "A veces", 2 puntos; en el caso de haber contestado "Frecuentemente", 3 puntos; si la respuesta es "Habitualmente", 4 puntos; y, por último, si responde "Siempre", se otorgan 5 puntos.

En referencia a los niveles, en cada nivel se suma la mitad de los puntos del nivel anterior y se establecen los siguientes:

- 0-42 puntos: Sin riesgo.
- 43-64 puntos: Riesgo bajo.
- 65-97 puntos: Riesgo alto.
- 98-146 puntos: Riesgo muy alto.
- 147 puntos o más: Riesgo extremo.

Dado que con estos rangos todos los cuestionarios válidos obtenían un resultado de riesgo, decidimos modificar la corrección uniendo los dos primeros, quedando de la siguiente manera:

- 0-64 puntos: Sin riesgo.
- 65-97 puntos: Riesgo bajo.
- 98-146 puntos: Riesgo alto.
- 147 puntos o más: Riesgo extremo.

ETS. Cuestionario sobre Enfermedades de Transmisión Sexual. VIH/SIDA

En este caso, el instrumento original se divide en distintas secciones, de las que analizamos aquellas que nos interesan (Sección II, Sección III y Sección V). Las secciones originales son:

- I. Datos sociodemográficos.
- II. Conocimiento en relación a las ETS/SIDA.
- III. Actitudes y comportamientos sexuales.
- IV. Antecedentes de ETS/VIH/SIDA y manifestaciones clínicas relacionadas con las ETS.
- V. Factores que pudieran estar relacionados con estas enfermedades.

La sección II, de conocimiento, se evalúa de manera directa. Se contabilizan los aciertos y, en base a ellos, se establece una nota. Siguiendo esto, se establecen los siguientes niveles:

- 0-25 aciertos. Riesgo alto. Sabe muy poco.
- 26-50 aciertos. Riesgo. Sabe algunas cosas.
- 51-75 aciertos. Sin riesgo. Buen nivel de conocimiento.

En la Sección III nos interesan especialmente los ítems 10.a, 15, 17.a y 17.b, los cuales se presentan a continuación:

10.a. Has tenido relaciones sexuales.

15. Qué criterios tienes en cuanto a la protección que ofrece el preservativo de las enfermedades que se transmiten por contacto sexual.

17.a. Usas preservativo en tus relaciones sexuales con desconocidos, extranjeros o conocidos que ves en ocasiones.

17.b. Te han explicado cómo debes usar el preservativo.

El 15 y el 17.b se evalúan por separado, mientras que el 10.a y el 17.a se evalúan en combinación. En la tabla 22 se pueden comprobar las puntuaciones asignadas a cada ítem:

Tabla 22. Puntuaciones asignadas a cada ítem de ETS (Sección III)

15		17.b		10.a+17.a	
Respuesta	Puntos	Respuesta	Puntos	Respuesta	Puntos
No sé/No responde/No protege	1	No/No responde	1	Nunca usa preservativo + relaciones	0
Protege siempre	2	Sí	2	Casi siempre usa preservativo + relaciones	2
No siempre protege	3			Siempre utiliza preservativo	3
				No responde al uso o no de preservativo	2

En base a estas puntuaciones, se obtienen los siguientes niveles de riesgo:

- 1-4: Riesgo alto.
- 5-6: Riesgo bajo.
- 7-8: Sin riesgo.

Por último, en la Sección V, se evalúa de la misma manera que en la Sección III, considerando los ítems 21, 23, 30, 32 y 33, los cuales se presentan a continuación:

21. Has sido víctima de: (Se plantean diferentes situaciones de las que el adolescente ha podido ser víctima).

23. Has tenido embarazo anterior o actual.

30. Recibiste información sexual.

32. Cómo consideras que ha sido la información recibida sobre estos aspectos relacionados con la sexualidad.

33. Se les ha hablado en la escuela sobre enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA.

En este caso, el hecho de que haya una sola respuesta positiva en el ítem 21 y sus diferentes opciones, se subirá 1 nivel de riesgo, independientemente de la puntuación obtenida. Se presentan las puntuaciones en la tabla 23.

Tabla 23. Puntuaciones asignadas a cada ítem de ETS (SecciónV)

23		30		32		33	
Respuesta	Puntos	Respuesta	Puntos	Respuesta	Puntos	Respuesta	Puntos
No	2	No	2	Deficiente o nulo/No responde	1	No/No responde	1
Sí/No responde	1	Sí/No responde	1	Rara vez o regular	2	Sí	2
				Sistemático o bueno	3		

Según estas puntuaciones, los niveles establecidos son:

- 1-4: Riesgo alto.
- 5-6: Riesgo bajo (Si hay alguna respuesta afirmativa en el ítem 21, pasa a "Riesgo alto").
- 7-9: Sin riesgo (Si hay alguna respuesta afirmativa en el ítem 21, pasa a "Riesgo bajo").

Tras haber establecido un nivel de riesgo en cada sección, se calculará la media total teniendo en cuenta que "Sin riesgo" vale 3 puntos, "Riesgo bajo" vale 2 y "Riesgo alto" vale 1. Esta puntuación media nos ubicará en un nivel de riesgo:

- 1-1,5: Riesgo alto.
- 1,6-2,5: Riesgo bajo.
- 2,6-3: Sin riesgo.

Del mismo modo que ocurría con el CUVINO, casi todos los participantes obtenían una puntuación de riesgo, por lo que se procedió a modificar los rangos en las distintas secciones, quedando de la siguiente manera:

Sección II:

- 0-20 aciertos. Riesgo alto. Sabe muy poco.
- 21-45 aciertos. Riesgo. Sabe algunas cosas.
- 46-75 aciertos. Sin riesgo. Buen nivel de conocimiento.

Sección III:

- 1-2: Riesgo alto.
- 3-5: Riesgo bajo.
- 6-8: Sin riesgo.

Sección V:

- 1-3: Riesgo alto.
- 4-5: Riesgo bajo (Si hay alguna respuesta afirmativa en el ítem 21, pasa a "Riesgo alto").

- 6-9: Sin riesgo (Si hay alguna respuesta afirmativa en el ítem 21, pasa a "Riesgo bajo").

MESI. Matriz de Exclusión Social Infantil

En este caso, tal y como hizo la autora, se han utilizado puntuaciones típicas, tomando el 0 como punto intermedio y neutral. De este modo, en la primera parte, de respuesta dicotómica, aquellas respuestas que apunten hacia una situación de riesgo obtendrán una puntuación típica de 1, mientras que las que indiquen una situación de no riesgo tendrán una puntuación típica de -1. En el caso de respuestas en blanco, se darán 0 puntos. En la segunda parte del instrumento, con escala Likert de 11 puntos (de 1 a 11), se tomará el valor 6 como punto neutral (0 puntos), obteniendo los valores inferiores la puntuación típica de 1 punto y los superiores -1. Una vez asignados los puntos, se calcula la media de puntuación típica obtenida en el total del instrumento de modo que nos permita concluir que aquellos sujetos que hayan obtenido una puntuación típica media entre -1 y 0 no están en riesgo, mientras que los que hayan obtenido una puntuación típica media entre 0 y 1 están en riesgo.

1.3.2. Integración de resultados de la Batería

Para integrar los resultados obtenidos con las correcciones implicadas y poder comparar con los resultados obtenidos mediante la aplicación de CAREs, inicialmente se consideran las dimensiones por instrumentos, por lo que se contaba con 7. Posteriormente, durante la fase de pruebas, se unen los distintos resultados de ADITEC en uno solo, considerando que hay riesgo de adicción a las tecnologías si ha dado positivo en cualquiera de ellas; los resultados del APGAR familiar y de la Matriz de Exclusión Social Infantil (MESI) para determinar el riesgo derivado de la situación familiar o la escasez de recursos; y los resultados del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) y del Cuestionario sobre ETS, con el fin de determinar el riesgo en la dimensión "Primeras experiencias sexuales y Violencia de Género. Además, se separan los

resultados del PAI-A para distinguir el riesgo de sufrir ansiedad o depresión del riesgo de que exista adicción a sustancias. Se obtiene así un total de 6 dimensiones. Finalmente, para determinar si el conjunto de resultados de la batería implica que el sujeto está en riesgo de exclusión social, establecemos el corte en 3 factores. Es decir, si hay positivo en 3 de los 6 factores o más, se considera que el sujeto está en riesgo de exclusión social. Este proceso de determinación del número de dimensiones positivas necesarias para establecer el riesgo estuvo apoyado por los análisis realizados en la comparación de los resultados obtenidos por el CAREs y por la Batería de instrumentos. A partir de estos datos se elabora la tabla 24.

Tabla 24. Resultados de la Batería

SUJETO	AVE	ADITEC-M	ADITEC-I	ADITEC-V	APGAR	MESI	CUVINO	ETS	PAI-A (ANS)	PAI-A (DEP)	PAI-A (ALC)	PAI-A (DRO)	TOTAL
01	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
02	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	3
03	-	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	4
04	-	+	+	+	+	-	-	+	-	-	-	-	3
05	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	+	-	3
06	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	3
07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
08	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
09	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	2
10	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-	2
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
12	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	1
13	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	2
14	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	5

15	+	-	-	+	+	-	3
16	-	+	+	+	+	-	4
17	+	+	+	+	+	-	5
18	+	+	-	-	-	-	2
19	+	+	-	+	+	-	4
20	+	+	+	+			4
21	+	+	+	+	+	+	6
22	-	-	-	+	-	-	1
23	-	+	-	-	-	+	2
24	-	-	+	+	+	+	4
25	+	+	+	+	+	+	6
TOTAL	12	15	11	14	17		

1.3.3. Corrección de CAREs

Tras la corrección de la Batería de instrumentos, se pasa a la corrección del CAREs lo cual se plantea con dos métodos diferentes: puntuación directa o manteniendo la corrección de los ítems originales agrupados por dimensiones.

Para corregir el CAREs con puntuación directa, en primer lugar, hay que tener en cuenta que la respuesta a los ítems dicotómicos se traducirá como 1 o 4, dependiendo del ítem, con fin de aumentar las diferencias en las puntuaciones finales. Siempre una puntuación total más alta indicará un mayor riesgo de exclusión social. Además, es necesario invertir algunas respuestas, ya que la redacción de los ítems o el orden de las respuestas no siempre apunta en la misma dirección. Se especifican a continuación los ítems que deben ser invertidos.

En los siguientes ítems, si ha marcado 1 se puntúa como 4, si ha marcado 2 se puntúa como 3, si ha marcado 3 se puntúa como 2, y si ha marcado 4 se puntúa como 1.

4. Estoy satisfecho con mi vida familiar.

33. En mi familia hablamos de los problemas que tenemos y nos ayudamos.

36. Siento que mi familia me quiere.

Respecto al ítem 40 "Uso preservativo en mis relaciones sexuales", se anula, ya que se requiere modificar el instrumento para añadir una respuesta que indique si procede o no la pregunta. Tal y como se ha formulado originalmente, no podemos saber si no utiliza preservativo porque no tiene relaciones o porque tiene y no lo quiere usar.

En los ítems señalados a continuación, si ha marcado 1 se puntúa como 4, y si ha marcado 2 se puntúa como 1.

13. He tenido relaciones sexuales antes de los 12 años.

14. En ocasiones, los adultos con los que vivo se gritan y se insultan.

15. A menudo me siento triste y con ganas de llorar.

16. He tenido relaciones no consentidas con una persona mayor de edad.

17. He sido víctima de violación.

18. Creo que nadie me quiere.

19. En general, la vida es una porquería.

20. He tenido relaciones sexuales impuestas por la fuerza o la amenaza o chantaje después de los 12 años.

22. En ocasiones, los adultos con los que vivo se han peleado hasta golpearse.

23. He tenido relaciones consentidas con una persona mayor de edad.

24. He sido víctima de incesto (relaciones sexuales con padre o madre u otros familiares).

25. He sido víctima de tocamientos sexuales no deseados e impuestos a la fuerza.

26. En casa no tenemos Internet.

27. He sido víctima de tocamientos sexuales durante la infancia por adultos.

28. A menudo tengo ganas de morirme.

29. Siento nervios, ansiedad o angustia sin saber por qué.

Con esta corrección, decidimos que un sujeto estará en riesgo a partir de una puntuación de 69 puntos o más.

Para corregir el CAREs guiándonos por las dimensiones establecidas a través de la corrección de la Batería, cada ítem se evalúa de la misma manera que en su instrumento original y se establece la sospecha de riesgo o la ausencia del mismo al contemplar cada una de las dimensiones con sus ítems.

En la tabla 25, se detallan los ítems que corresponden a cada una de las escalas, así como el tipo de respuesta y su corrección.

Tabla 25. Correspondencia de ítems con escalas, tipo de respuesta y corrección

Agrupación ítems	Origen	Respuesta	Corrección	Diagnóstico
7, 8, 9, 11, 12	PAI-A	1=Totalmente en desacuerdo 2=Un poco en desacuerdo 3=Un poco de acuerdo 4=Totalmente de acuerdo	Puntuaciones T. Para hallarla se calcula la media de las respuestas de cada ítem y la desviación típica. Luego se calcula la puntuación Z ((puntuación-media)/desviación típica) y con ella podemos calcular la puntuación T $((Z*10)+50)$.	Al igual que en el instrumento original, se considera riesgo a partir de una puntuación T igual o mayor a 60.
4	MESI	1=Totalmente en desacuerdo 2=Un poco en desacuerdo 3=Un poco de acuerdo 4=Totalmente de acuerdo	Si la respuesta apunta hacia una situación negativa se otorga el valor +1, mientras que si no lo hace se le asigna el valor -1. Finalmente se calcula la suma obtenida en todos	Se realiza la suma. Si la media tiene un valor negativo, no hay riesgo, mientras que si es positivo se considera riesgo.

26		1=Verdadero 2=Falso	los ítems del sujeto.	
1, 2, 3, 5, 6, 10, 15	ADITEC	1=Totalmente en desacuerdo 2=Un poco en desacuerdo 3=Un poco de acuerdo 4=Totalmente de acuerdo	Se realiza la suma de las puntuaciones de cada respuesta del sujeto.	Si la puntuación obtenida pertenece al PC 85 hay riesgo. Esto significa que hay que seleccionar al 15% con la puntuación más alta como sujetos en riesgo.
14, 22	CUVINO	Ítems dicotómicos.		Si se da afirmación en cualquiera de ellos, se considera que hay riesgo.
13, 16, 17, 20, 23, 24, 25, 27, 21	ETS	+1=sí -1=no		
31, 37, 38, 39, 41	CUVINO	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Muchas veces 4=Casi siempre	Se realiza la suma de las puntuaciones en cada respuesta.	Si la puntuación total es igual o mayor a 13, se considera que hay riesgo.
40	ETS	Sobre uso de preservativo. 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Muchas veces 4=Casi siempre		Si responde 4 no hay riesgo, mientras que si responde 1, 2 o 3, se considera riesgo.
18, 19, 28, 29	AVE	Ítems dicotómicos. 1=sí 2=no	Es necesario invertir las puntuaciones y sumar el total.	Si la puntuación total es igual o mayor a 7, se considera riesgo.
30, 32, 34, 35, 42		1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Muchas veces 4=Casi siempre	Se realiza la suma de las puntuaciones en cada respuesta y se comprueba el nivel.	Si la puntuación total es igual o mayor a 13, se considera riesgo.
33 y 36	APGAR	1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=Muchas veces 4=Casi siempre	Calcular media	Media entre 0 y 2, riesgo. Media entre 2,1 y 4, no riesgo

Del mismo modo que se hizo con la Batería, se agrupan los resultados en función de las dimensiones y se establece el riesgo en la dimensión siempre que en alguno de los conjuntos de ítems que la componen haya sospecha de riesgo. Dado que el CAREs es un instrumento de cribado, se establece que hay sospecha de riesgo de exclusión social en el momento en el que haya sospecha en cualquiera de las dimensiones que lo componen. Al igual que se hizo con la batería de instrumentos estandarizados, se elaboró la tabla 26 con los resultados de riesgo.

Tabla 26. Resultados CAREs

SUJETO	Aditec	Adisus	Ans/Dep	Familia	VG/Sex	Acoso	TOTAL
01	-	-	-	-	-	-	0
02	-	-	-	+	-	-	1
03	-	-	-	-	-	-	0
04	-	-	-	-	-	-	0
05	-	+	-	-	-	-	1
06	-	+	-	-	-	-	1
07	-	-	-	-	-	-	0
08	-	-	-	-	-	-	0
09	-	-	-	-	-	-	0
10	-	-	-	-	-	-	0
11	-	-	-	-	-	-	0
12	-	-	-	-	-	-	0
13	+	+	-	+	-	-	3
14	-	-	-	-	+	-	1
15	-	-	-	-	+	-	1
16	+	+	-	-	-	-	2
17	-	-	+	+	-	-	2

18	-	-	-	-	-	-	0
19	-	-	-	-	-	-	0
20	-	+	-	-	+	-	2
21	-	+	-	-	+	-	2
22	-	-	-	-	-	-	0
23	+	+	-	-	-	-	2
24	-	-	-	+	-	-	1
25	-	-	+	+	-	-	2

1.3.4. Comparación de CAREs con la Batería de referencia

Teniendo el total de sujetos en riesgo de exclusión social que arroja la Batería de instrumentos validados y el total de sospechas de positivos que ofrece el CAREs, se procede a realizar distintos análisis que demuestren o no la validez del instrumento diseñado. Para ello es necesario elaborar una matriz como la que se presenta en la tabla 27.

Tabla 27. Matriz de vaciado de datos

		Batería de instrumentos	
		Riesgo	Sin riesgo
CAREs	Sospecha de riesgo	a + CAREs +Batería	b + CAREs - Batería
	Sin riesgo	c - CAREs + Batería	d - CAREs - Batería

Sobre esta matriz podemos realizar los análisis de comparación y validez que establece la literatura especializada. Por un lado, nos basamos en Donis (2012), quien señala que los análisis que se deben realizar para la validez de una prueba son los que se indican en la tabla 28.

Tabla 28. Análisis para la validación de criterio según Donis (2012)

Análisis validez prueba	Símbolo	Fórmula
Sensibilidad	Se	$a / (a+c)$
Especificidad	Es	$d / (b+d)$
Valor predictivo positivo	VPP	$a / (a+b)$
Valor predictivo negativo	VPN	$d / (c+d)$
Proporción falsos positivos	FP	$1-Es$
Proporción falsos negativos	FN	$1-Se$
Prevalencia del riesgo	P	$(a+c)/n$
Prevalencia normalidad	P (NR)	$(b+d)/n$
Razón de verosimilitud positiva	RVP	$Se/(1-Es)$
Razón de verosimilitud negativa	RVN	$(1-Se)/Es$

Fuente: Donis (2012)

Por otro lado, se combinan estos análisis con los que se realizaron para la validación del PRUNAPE (Pascucci et al., 2002), añadiendo a la tabla anterior los análisis representados en la tabla 29.

Tabla 29. Análisis añadidos para la validación de criterio

Análisis PRUNAPE	Símbolo	Fórmula
Porcentaje de coincidencia	PC	$(a+d) / (a+b+c+d)^*$
Kappa de Cohen	K	$(Pc-Pe)/(1-Pe)$

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

Fuente: Pascucci et al. (2002)

La sensibilidad hace referencia a la capacidad del instrumento para identificar correctamente a aquellos sujetos que se encuentran en riesgo de exclusión social. Supone la probabilidad de que un sujeto en riesgo de exclusión social sea señalado como tal por el instrumento. La especificidad, al contrario que la sensibilidad, indica la probabilidad de que un sujeto que no se encuentra en riesgo de exclusión social, obtenga unos resultados negativos en el instrumento diseñado. La seguridad de una prueba la hallamos al calcular el Valor Predictivo Positivo y Negativo, poniendo el foco de atención en los sujetos, en lugar de en la prueba. El Valor Predictivo Positivo indica la probabilidad que tiene un sujeto señalado en riesgo de exclusión social por el instrumento de estar realmente en riesgo de exclusión social. El Valor Predictivo Negativo indica la probabilidad que tiene un sujeto que no se considera en riesgo de exclusión social por el instrumento, de ser realmente alguien que no está en riesgo de exclusión social. La Proporción de Falsos Positivos: Este valor indica la proporción de falsos positivos que puede presentar el instrumento. Es decir, del total de positivos, qué porcentaje puede ser por error. La Proporción de Falsos Negativos indica la proporción de falsos negativos que puede presentar el instrumento. Es decir, del total de negativos, qué porcentaje puede ser por error. De la Prevalencia del riesgo o de la normalidad dependen los resultados del Valor Predictivo Positivo y Negativo, ya que estos varían en función de la prevalencia del riesgo de exclusión social o de la ausencia del mismo, por lo que pueden ser valores diferentes en función de la muestra a la que se aplique e instrumento. La Razón de Verosimilitud Positiva indica la probabilidad de estar en riesgo de exclusión social cuando así lo señale el instrumento. Sirve para determinar el Valor Diagnóstico Positivo. La Razón de Verosimilitud Negativa señala la probabilidad de que un sujeto en riesgo de exclusión social no sea señalado como tal por el instrumento. Sirve para determinar el Valor Diagnóstico Negativo. Como se ha indicado, en función de

la RVP y la RVN se puede establecer el Valor Diagnóstico Positivo y el Valor Diagnóstico Negativo del instrumento. Estos valores se trasladan a una escala que va de 1 a 4, siendo 1 una capacidad de diagnóstico insignificante y 4 suficiente. Destacar en este punto que, en nuestro caso, lo que se pretende es realizar un cribado que lleve a una valoración más profunda de los casos que lo requieran, por lo que nuestro instrumento no ofrece un diagnóstico preciso. Con el Porcentaje de Coincidencia se determina el porcentaje de coincidencia existente entre los resultados obtenidos con el instrumento diseñado y los resultados obtenidos con la Batería de instrumentos validados. A través de la Kappa de Cohen se eliminan aquellas coincidencias que hayan podido ser fruto del azar, por lo que se ajusta el Porcentaje de Coincidencia.

Una vez definidos los análisis que vamos a realizar, procedemos a la comparación entre cribado y Batería. Para ello realizamos distintas pruebas.

Prueba 1: Se evaluó el CAREs a través de puntuación directa, estableciendo el punto de corte en 69 puntos, mientras que para establecer el riesgo en la Batería se consideró que era necesario haber dado positivo en 4 dimensiones o más de un total de los siete instrumentos que lo componen.

Prueba 2: Los ítems del CAREs se evaluaron como en los instrumentos originales. En esta ocasión se consideró que el instrumento diseñado necesitara únicamente una dimensión de 5 en riesgo para poder hablar de sospecha, ya que todavía no se había realizado la unificación de instrumentos en función de las dimensiones, mientras que en la Batería se mantuvo el corte en 4 dimensiones positivas de las siete totales.

Prueba 3: Se determinó que era necesario que el CAREs hubiera señalado sospecha de riesgo en 2 dimensiones o más de un total de 5. La batería se mantuvo en 4 dimensiones de las siete que integra.

Prueba 4: Se evaluó el CAREs a través de puntuación directa, estableciendo el punto de corte en 69 puntos, y para establecer el riesgo en la batería se consideró que era necesario haber dado positivo en 4 dimensiones o más de un total de seis, puesto que en este punto es cuando se decidió unificar los resultados de algunos instrumentos en función de la dimensión a la que hacen referencia, pasando de siete a seis.

Prueba 5: Los ítems del CAREs se evaluaron como en los instrumentos originales. En esta ocasión se consideró que el instrumento diseñado necesitara únicamente una dimensión de 6 en riesgo para poder hablar de sospecha, habiendo realizado la misma agrupación que en la batería y logrando las 6 dimensiones finales, mientras que en la batería se mantuvo el corte en 4 dimensiones positivas de seis.

Prueba 6: Se determinó que era necesario que el CAREs hubiera señalado sospecha de riesgo en 2 dimensiones o más de un total de 6. La batería se mantuvo en 4 dimensiones de seis.

Prueba 7: Se mantuvo la necesidad de indicar 2 dimensiones en riesgo de 6 para determinar la sospecha en el CAREs, mientras que en la batería se bajó a 3 dimensiones de seis.

Prueba 8: Se volvió a establecer la alerta en el CAREs con un único factor positivo de 6, conservando en la batería el corte en 3 dimensiones de seis.

Prueba 9: Se modificó el corte en la Puntuación Directa del CAREs, bajándolo a 60, mientras que en la batería se mantuvo la necesidad de 3 dimensiones positivas de seis para hablar de riesgo.

Tabla 30. Resultados de los análisis para la validez de criterio

Análisis validez	P1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9
Sensibilidad	0,89	0,89	0,44	0,89	0,89	0,56	0,36	0,79	1,00
Especificidad	0,69	0,63	0,94	0,69	0,63	0,88	0,82	0,82	0,64
Valor predictivo positivo	0,62	0,57	0,80	0,62	0,57	0,71	0,71	0,85	0,78
Valor predictivo negativo	0,92	0,91	0,75	0,92	0,91	0,78	0,50	0,75	1,00
Proporción falsos positivos	0,31	0,38	0,06	0,31	0,38	0,13	0,18	0,18	0,36
Proporción falsos negativos	0,11	0,11	0,56	0,11	0,11	0,44	0,64	0,21	0,00
Prevalencia del riesgo	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,56	0,56	0,56
Prevalencia de normalidad	0,64	0,64	0,64	0,64	0,64	0,64	0,44	0,44	0,44
Razón de verosimilitud positiva	2,84	2,37	7,11	2,84	2,37	4,44	1,96	4,32	2,75
Razón de verosimilitud negativa	0,16	0,18	0,59	0,16	0,18	0,51	0,79	0,26	0,00
Porcentaje de coincidencia	0,76	0,72	0,76	0,76	0,72	0,76	0,56	0,80	0,84
Kappa de Cohen	0,73	0,68	0,72	0,73	0,68	0,72	0,50	0,77	0,82

Se muestran los resultados de todas las pruebas realizadas en la tabla 30. Las mejores puntuaciones fueron las obtenidas en la prueba 8 y en la prueba 9,

considerando que tanto el CAREs como la Batería de instrumentos se componen de seis dimensiones en total. Optamos por la prueba 9 como la que, definitivamente valida el valor de cribado de CAREs.

1.3.5. Contraste cualitativo

Una vez realizados los análisis comparativos para la validez de criterio, se concertó una entrevista con personal del centro educativo con el fin de conocer su opinión sobre el riesgo de exclusión social de cada uno de los participantes en el estudio. Se acude al encuentro sin los resultados, con el fin de no condicionar las respuestas ofrecidas por el centro ni las preguntas realizadas. Se plantea la sesión en base a ir enumerando a los participantes y tomando notas sobre lo que se va indicando desde el centro. Una vez tomadas las notas sobre cada participante, se vuelven a leer por si se considera necesario añadir algún dato más. En la tabla 31 se muestra el número identificador del participante, una columna llamada "Riesgo", en la que se especifica la consideración del centro, y una columna llamada "Comentarios", en la que se toma nota de todas las aclaraciones o cuestiones que el centro ha indicado de cada participante (todos los comentarios se redactarán en masculino para evitar la identificación por sexos).

Tabla 31. Consideración de riesgo por parte del centro

Nº	RIESGO	COMENTARIOS
01	No	
02	No	
03	No	
04	Sí	Interno por problemas de absentismo, le cuesta relacionarse, puede que la familia no le preste suficiente atención y presenta problemas de comportamiento.
05	Sí	Se encuentra en Escuela Hogar por problemas económicos de la familia y por absentismo, derivado a través de ETF. Presenta problemas de comportamiento y participación en peleas. Adelantado sexualmente.

06	No	
07	No	
08	Sí	Interno en Escuela Hogar por derivación de ETF y problemas de absentismo.
09	No	
10	No	
11	No	
12	Sí	Presenta problemas de comportamiento y de adaptación. También problemas de salud (bolsa de orina) y NEAE.
13	No	Posibilidad de "trapicheos" pequeños con drogas.
14	Sí	Interno en Escuela Hogar por derivación de ETF y problemas económicos.
15	Sí	Interno en Escuela Hogar por derivación de ETF. Pertenece a una familia disfuncional con problemas económicos.
16	No	Ha sufrido bullying en años anteriores.
17	Sí	Interno en Escuela Hogar por derivación de ETF.
18	Sí	Riesgo más bajo. Son muchos hermanos y la madre trabaja muchas horas, lo que le impide atender correctamente a sus hijos. Por este motivo pidió ayuda.
19	Sí	Riesgo muy claro. Interno en Escuela Hogar. Tiene un hermano con serios problemas de comportamiento y está inserto en una familia disfuncional, haciéndose cargo únicamente la madre.
20	No	
21	Sí	Cobra pensión de orfandad por fallecimiento del padre. Vive solo, aunque con apoyo de la madre. Dejó los estudios en 2º de ESO y solicitó entrar en FPB. No se le concedió, repitió 2º de ESO y ahora está en 4º. Relaciones sociales con personas que pueden ser mala influencia. Consumo de tabaco y porros. Adelantado sexualmente.
22	Sí	Interno en Escuela Hogar por derivación de ETF.
23	No	
24	No	
25	No	Posibilidad de bullying anterior.

Con esta información se procede a comparar los resultados obtenidos con el CAREs y con la Batería de instrumentos, estableciendo los niveles de riesgo en función de los análisis que obtuvieron mejores resultados por dimensiones. La comparativa puede verse en la tabla 32.

Tabla 32. Comparativa de resultados de riesgo evaluando CAREs por dimensiones

Sujeto	CAREs	BATERÍA	Prof
1	NO	NO	NO
2	SI	SI	NO
3	NO	SI	NO
4	NO	SI	SI
5	SI	SI	SI
6	SI	SI	NO
7	NO	NO	NO
8	NO	NO	SI
9	NO	NO	NO
10	NO	NO	NO
11	NO	NO	NO
12	NO	NO	SI
13	SI	NO	NO
14	SI	SI	SI
15	SI	SI	SI
16	SI	SI	NO
17	SI	SI	SI
18	NO	NO	SI
19	SI	SI	SI
20	SI	SI	NO
21	SI	SI	SI

22	NO	NO	SI
23	SI	NO	NO
24	SI	SI	NO
25	SI	SI	NO

Podemos analizar varias cuestiones a partir de esta tabla. En primer lugar, las coincidencias en las que no existe riesgo de exclusión social. En segundo lugar, las coincidencias en las que existe riesgo de exclusión social. Por último, los sujetos en los que no hay coincidencia. Se refleja todo en la tabla33.

Tabla 33. Coincidencias y discrepancias en los resultados evaluando CAREs por dimensiones

Coincidencia riesgo		Coincidencia no riesgo		Discrepancias	
Sujetos	5, 14, 15, 17, 19 y 21	Sujetos	1, 7, 9, 10 y 11	Sujetos	2, 3, 4, 6, 8, 12, 13, 16, 18, 20, 22, 23, 24 y 25
Total	6	Total	5	Total	14

Con estos datos estamos en disposición de analizar las discrepancias y comprobar si hay alguna posible explicación para cada una de ellas, teniendo en cuenta la información adicional ofrecida por el personal del centro.

Sujeto 2. Ha dado positivo tanto en el CAREs como en la Batería de instrumentos, aunque el centro no lo considera en riesgo. Tampoco se ofrecieron datos adicionales sobre este sujeto en la entrevista mantenida con el centro, con lo que podríamos estar ante un caso de nuevo diagnóstico del que el centro no tuviera conocimiento.

Sujeto 3. No ha sido detectado como sujeto en riesgo de exclusión social por el CAREs ni es considerado como tal por el centro. Esto puede deberse a que con la batería se realiza un diagnóstico en profundidad de muchos factores

que pueden derivar en riesgo de exclusión social y que no han sido percibidos por el personal del centro ni detectados por el CAREs.

Sujeto 4. La Batería de instrumentos indica que es un sujeto en riesgo de exclusión social, así como el personal del centro. Puede que los factores que le lleven a esta situación sean más profundos de lo que el CAREs es capaz de detectar.

Sujeto 6. Ha dado positivo tanto en el CAREs como en la Batería de instrumentos, aunque el centro no lo considera en riesgo. Tampoco se ofrecieron datos adicionales sobre este sujeto en la entrevista mantenida con el centro, con lo que podríamos estar ante un caso de nuevo diagnóstico del que el centro no tuviera conocimiento.

Sujeto 8. Tanto el CAREs como la Batería de instrumentos indican que este sujeto no se encuentra en riesgo de exclusión social, aunque el centro lo considera como tal. El centro informa de que un Equipo de Tratamiento Familiar ha intervenido con este sujeto, lo cual podría explicar por qué actualmente no se encuentra en riesgo.

Sujeto 12. Tanto el CAREs como la Batería de instrumentos indican que este sujeto no se encuentra en riesgo de exclusión social, aunque el centro lo considera como tal. El centro informa de que tiene problemas de salud y NEAE, que pueden considerarse factores de riesgo para la exclusión social pero que no se han medido ni a través del CAREs ni a través de la Batería de instrumentos.

Sujeto 13. El CAREs lo señala como un sujeto en riesgo de exclusión social, aunque no ocurre lo mismo con la Batería de instrumentos. El centro indica que no es un sujeto en riesgo de exclusión social, aunque señala que puede estar metido en temas relacionados con las drogas, dimensión en la que

da positivo en CAREs y en la Batería. En cualquier caso, todo apunta a que es un falso positivo del CAREs.

Sujeto 16. Ha dado positivo tanto en el CAREs como en la Batería de instrumentos, aunque el centro no lo considera en riesgo. Desde el centro señalan que este sujeto ha sido víctima de bullying en años anteriores, lo que podría explicar que diera positivo algunas dimensiones que hagan que se diagnostique como sujeto en riesgo de exclusión social.

Sujeto 18. Tanto el CAREs como la Batería de instrumentos indican que este sujeto no se encuentra en riesgo de exclusión social, aunque el centro lo considera como tal. El centro informa de que la familia pidió ayuda y actualmente reside en internado, por lo que se puede suponer que la intervención realizada con el sujeto haya hecho que los instrumentos no lo detecten como alguien en riesgo de exclusión social.

Sujeto 20. Ha dado positivo tanto en el CAREs como en la Batería de instrumentos, aunque el centro no lo considera en riesgo. Tampoco se ofrecieron datos adicionales sobre este sujeto en la entrevista mantenida con el centro, con lo que podríamos estar ante un caso de nuevo diagnóstico del que el centro no tuviera conocimiento.

Sujeto 22. Tanto el CAREs como la Batería de instrumentos indican que este sujeto no se encuentra en riesgo de exclusión social, aunque el centro lo considera como tal. El centro informa de que un Equipo de Tratamiento Familiar ha intervenido con este sujeto, lo cual podría explicar por qué actualmente no se encuentra en riesgo.

Sujeto 23. El CAREs lo señala como un sujeto en riesgo de exclusión social, aunque no ocurre lo mismo con la Batería de instrumentos. El centro

indica que no es un sujeto en riesgo de exclusión social y no aporta información adicional. En cualquier caso, todo apunta a que es un falso positivo del CAREs.

Sujeto 24. Ha dado positivo tanto en el CAREs como en la Batería de instrumentos, aunque el centro no lo considera en riesgo. Tampoco se ofrecieron datos adicionales sobre este sujeto en la entrevista mantenida con el centro, con lo que podríamos estar ante un caso de nuevo diagnóstico del que el centro no tuviera conocimiento.

Sujeto 25. Ha dado positivo tanto en el CAREs como en la Batería de instrumentos, aunque el centro no lo considera en riesgo. El centro señala que es probable que haya sufrido bullying en años anteriores, con lo que podríamos estar ante un caso de nuevo diagnóstico del que el centro no tuviera conocimiento.

A continuación, haremos los análisis si se evalúa el CAREs a través de la puntuación directa. La comparativa puede verse en la tabla 34.

Tabla 34. Comparativa de resultados de riesgo evaluando CAREs por puntuación directa

Sujeto	CAREs	BATERÍA	Prof
1	NO	NO	NO
2	SI	SI	NO
3	SI	SI	NO
4	SI	SI	SI
5	SI	SI	SI
6	SI	SI	NO
7	NO	NO	NO
8	SI	NO	SI
9	SI	NO	NO

10	NO	NO	NO
11	NO	NO	NO
12	NO	NO	SI
13	SI	NO	NO
14	SI	SI	SI
15	SI	SI	SI
16	SI	SI	NO
17	SI	SI	SI
18	NO	NO	SI
19	SI	SI	SI
20	SI	SI	NO
21	SI	SI	SI
22	NO	NO	SI
23	SI	NO	NO
24	SI	SI	NO
25	SI	SI	NO

Al igual que hemos hecho antes, podemos analizar las coincidencias en las que no existe riesgo de exclusión social, las coincidencias en las que existe riesgo de exclusión social y los sujetos en los que no hay coincidencia. Se refleja todo en la tabla 35.

En esta ocasión, al comparar con la información adicional ofrecida por el personal del centro, solo mencionaremos aquellos sujetos de los que no hayamos explicado previamente la posible discrepancia. Como discrepancia no vista anteriormente solo encontramos la que se da con el sujeto 9.

Tabla 35. Coincidencias y discrepancias en los resultados evaluando CAREs por puntuación directa

Coincidencia riesgo		Coincidencia no riesgo		Discrepancias	
Sujetos	4, 5, 14, 15, 17, 19 y 21	Sujetos	1, 7, 10 y 11	Sujetos	2, 3, 6, 8, 9, 12, 13, 16, 18, 20, 22, 23, 24 y 25
Total	7	Total	4	Total	14

Sujeto 9. El CAREs lo señala como un sujeto en riesgo de exclusión social, aunque no ocurre lo mismo con la Batería de instrumentos. El centro indica que no es un sujeto en riesgo de exclusión social y no aporta información adicional. En cualquier caso, todo apunta a que es un falso positivo del CAREs.

2. Aplicación piloto

Habiendo modificado la redacción del ítem 23, tal y como se detalla en el diario de campo, y habiendo eliminado el ítem 40 por las razones ya explicadas, se elabora el instrumento definitivo con el fin de realizar una aplicación piloto. El instrumento con los 41 ítems definitivos se encuentra en el anexo 3.

La recogida de datos se realizó en una mañana, pasando por los diferentes cursos en compañía de la dirección del centro. A los alumnos de 4º curso de la ESO, por el nivel de madurez, se les preguntó si consideraban que podía ser un instrumento útil para que ellos lo usaran para pedir ayuda, a lo que todos respondieron que sí, que ellos no se veían en esas situaciones pero entendían que si alguien lo estaba, a través del instrumento, podía comunicar su situación al centro para que le ayudaran.

Evaluando el CAREs a través de Puntuación Directa, con el corte en 60 puntos, como finalmente quedó establecido, se encontraron un total de 42 sujetos con sospecha de riesgo. Parece un número elevado, pero las condiciones del segundo centro y el tipo de alumnado que acude a él, no fue

una sorpresa encontrar un resultado así. Se presentan los resultados por curso y sexo en la tabla 36.

Tabla 36. Resultados de la aplicación piloto

SUJETO	SEXO	CURSO	PUNTACIÓN DIRECTA	SOSPECHA DE RIESGO
01	V	1º	54	NO
02	M	1º	77	SÍ
03	V	1º	78	SÍ
04	M	1º	68	SÍ
05	M	4º	63	SÍ
06	V	4º	60	SÍ
07	M	1º	49	NO
08	V	1º	74	SÍ
09	M	2º	77	SÍ
10	M	2º	57	NO
11	V	2º	56	NO
12	V	2º	45	NO
13	V	2º	80	SÍ
14	V	2º	72	SÍ
15	M	2º	79	SÍ
16	V	3º	73	SÍ
17	M	3º	98	SÍ
18	M	3º	53	NO
19	M	3º	76	SÍ
20	M	3º	70	SÍ
21	M	4º	68	SÍ
22	V	4º	50	NO

23	V	4°	64	SÍ
24	M	4°	78	SÍ
25	V	4°	89	SÍ
26	V	2°	50	NO
27	M	2°	57	NO
28	V	2°	79	SÍ
29	V	2°	66	SÍ
30	M	2°	79	SÍ
31	V	2°	47	NO
32	V	2°	43	NO
33	M	2°	54	NO
34	V	2°	86	SÍ
35	M	2°	62	SÍ
36	V	2°	51	NO
37	M	2°	58	NO
38	V	2°	49	NO
39	V	2°	58	NO
40	M	2°	105	SÍ
41	V	2°	43	NO
42	M	2°	73	SÍ
43	V	4°	53	NO
44	V	4°	72	SÍ
45	V	4°	64	SÍ
46	V	4°	65	SÍ
47	V	4°	69	SÍ
48	V	4°	62	SÍ
49	V	4°	68	SÍ

50	M	4°	72	SÍ
51	M	4°	54	NO
52		1°	55	NO
53	M	1°	86	SÍ
54	V	1°	45	NO
55	V	1°	62	SÍ
56	V	1°	64	SÍ
57	M	1°	65	SÍ
58	M	1°	46	NO
59	V	1°	58	NO
60	V	1°	81	SÍ
61	V	1°	54	NO
62	V	3°	84	SÍ
63			55	NO
64	V	3°	83	SÍ
65	V	3°	79	SÍ
66	V	3°	46	NO
67	V	3°	55	NO
68	V	3°	41	NO
69	V	3°	47	NO
70	M	3°	61	SÍ
71	M	3°	88	SÍ
TOTAL	V=42 M=27	1°=16 2°=24 3°=14 4°=16	CON SOSPECHA DE RIESGO=42 SIN SOSPECHA DE RIESGO=29	

Tabla 37. Participantes en la aplicación piloto por sexo

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Varón	42	59,2	60,9	60,9
	Mujer	27	38,0	39,1	100,0
	Total	69	97,2	100,0	
Perdidos	Sistema	2	2,8		
Total		71	100,0		

De los 71 sujetos que componen la muestra, 42 son varones, lo que supone un 59,2%, y 27 son mujeres, un 38% de la muestra total. Dos de los participantes no indicaron el sexo al rellenar el cuestionario, tal y como se refleja en la tabla 37.

Tabla 38. Participantes en la aplicación piloto por curso

		Curso			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1º de ESO	16	22,5	22,9	22,9
	2º de ESO	24	33,8	34,3	57,1
	3º de ESO	14	19,7	20,0	77,1
	4º de ESO	16	22,5	22,9	100,0
	Total	70	98,6	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,4		
Total		71	100,0		

En cuanto al curso de escolarización de los participantes, se cuenta con una presencia mayor de alumnos pertenecientes a 2º curso de la ESO, con un

total de 24 (33,8%), seguidos de los sujetos que cursan 1º y 2º de la ESO, ambos cursos con una representación de 16 participantes (22,5%). El curso con menor representación es 3º de la ESO, donde rellenaron el cuestionario 14 sujetos (19,7%). Uno de los participantes no indicó el curso al que pertenecía al rellenar el cuestionario. Todos los datos quedan reflejados en la tabla 38.

Tabla 39. Participantes en la aplicación piloto por diagnóstico

		RIESGO CAREs P.D.			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sospecha de riesgo	42	59,2	59,2	59,2
	Sin sospecha de riesgo	29	40,8	40,8	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

En cuanto a los datos referentes a la sospecha o no de riesgo de exclusión social, recogidos en la tabla 39, nos muestran que 42 de los participantes presentan sospecha de riesgo, lo que supone un 59,2% del total de la muestra, mientras que 29 no han sido identificados como sospechosos de riesgo por el CAREs, suponiendo un 40,8% de la muestra.

CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

1. Discusión de resultados

Comparando nuestro análisis y resultados con los análisis psicométricos obtenidos en la validación del PRUNAPE (Lejarraga et al., 2013), procedimiento en el que nos hemos inspirado para hacer nuestro trabajo, recordamos que, en el Hospital Garrahan se obtuvo para su cribado una sensibilidad que rondaba el 0,40 y una especificidad levemente superior a 0,80. Viendo estos resultados se puede comprender lo satisfactorios que resultan los valores obtenidos para nuestro screening, el CAREs, con valores de 1,00 y 0,64 respectivamente.

Los resultados de diagnóstico obtenidos con los 25 primeros sujetos, a los que se les aplicó la batería de instrumentos, pueden ser comparados con los del estudio Health Behaviour in School-age Children (HBSC) en España de 2018 (Moreno et al, 2020). Recordamos que nuestra muestra incluyó intencionalmente alumnado ya diagnosticado en situación de riesgo. En el estudio se señala que un 12% de los adolescentes de entre 15 y 18 años sufre acoso, en nuestra muestra el 48% es víctima de acoso en distintos niveles de gravedad. En cuanto al consumo de alcohol y otras sustancias, el citado estudio señala que un 8% de los adolescentes consume alcohol semanalmente. Nuestros resultados apuntan a que un 12% de los participantes tienen problemas con el alcohol. También obtenemos un porcentaje mayor al hablar de consumo de otras sustancias psicoactivas, ya que nuestros resultados indican que un 28% de los participantes se encuentra con un problema de adicción o con riesgo de la misma, mientras que el HBSC señala que un 18% fuma en

cachimba y un 13% consume cannabis. Respecto a las conductas sexuales, obtenemos que un 44% de los participantes en nuestro estudio se encuentra en una situación de riesgo, bien por falta de conocimientos sobre ETS, bien por las conductas que llevan a cabo. En este sentido, el estudio HBSC no contempla los conocimientos que los adolescentes tienen en cuanto al sexo y la transmisión de ETS, limitando sus resultados tan sólo a las conductas y afirmando que un 25% de los adolescentes participantes en su estudio no utilizó preservativo en su última relación sexual coital.

En lo referente a la violencia en la pareja, un 24% de nuestra muestra ha obtenido resultados que apuntan a una situación de posible maltrato, siendo la mitad chicas y la mitad chicos. Este dato resulta bajo si se compara con los resultados obtenidos en el estudio realizado por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (Díaz-Aguado et al., 2021). El estudio señala que un 37,2% de las chicas participantes sufre violencia en la pareja, frente a un 16,9% de los chicos.

Según Sánchez y Cohen (2020), la ansiedad tiene una alta prevalencia en la infancia y la adolescencia, entre un 10% y un 20%, superando la depresión y los trastornos de conducta. En nuestro estudio, el porcentaje de participantes con ansiedad y depresión se iguala, situándose ambos en un 44%. Este resultado resulta muy elevado en comparación con lo habitual. Además, esto podría deberse al momento en el que se han recogido los datos y el efecto del confinamiento provocado por la pandemia por COVID-19 que, como indican Ozamiz-Etxebarria et al. (2020), puede aumentar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en toda la población y al tipo de alumnado que atiende el segundo centro en el que se han recogido los datos. En la misma línea, Fernández Cruz et al. (2020) realizaron un estudio sobre la regulación emocional cognitiva de estudiantes universitarios durante la pandemia y no hallaron signos de falta de control en cuanto a ansiedad, estrés o depresión.

En cuanto a la adicción a las tecnologías, encontramos que se da una situación de riesgo en relación con el uso del móvil en un 24% de la muestra, siendo este valor superado por el riesgo sobre el uso de Internet y los videojuegos, ambos con un 32% de la muestra con indicadores de riesgo. En este sentido, el estudio realizado por Cuesta et al. (2020) señala que los participantes con los que contaron declararon estar conectados a Internet a través del móvil constantemente.

Son numerosos los estudios que vinculan la funcionalidad familiar a problemáticas distintas, como la falta de habilidades sociales (Esteves et al., 2020), la adicción a Internet (Pariapaza e Isamar, 2020), o la violencia escolar (Carhuaz y Yupanqui-Lorenzo, 2020). Por esta razón resultan alarmantes los resultados obtenidos en este sentido, ya que un 40% de los participantes en nuestro estudio presentan disfuncionalidad familiar. Sin embargo, los datos relativos a los recursos y al acceso a servicios y lugares públicos en las zonas de residencia resultan alentadores, ya que solo un 8% presenta resultados negativos.

Si consideramos la muestra completa, no podemos concretar en qué dimensión están presentando riesgo, ya que el CAREs actúa como indicador de riesgo, pero no concreta la dimensión. En cualquier caso, el porcentaje total de sujetos sobre los que se tiene sospecha de riesgo obtenido es bastante elevado, ya que más del 50% de los participantes cuentan con esta condición. No podemos olvidar la Proporción de Falsos Positivos del instrumento, 0,36. Esto significa que en un 36% de los casos señalados como sospechosos de riesgo de exclusión social podría ser erróneo.

2. Conclusiones

En cuanto a la elaboración del instrumento, el método Delphi ha resultado ser una técnica muy efectiva. A través de las sucesivas rondas, se han ido eliminando ítems para pasar de tener, inicialmente, 286 hasta quedarnos con 34, que tras la división de alguno de ellos pasaron a ser 42. Además, de los ítems que finalmente componen el instrumento, se destinó la última ronda a mejorar la redacción de los mismos. En este tipo de métodos resulta imprescindible el compromiso de los expertos y hay que ser consciente de que habrá que estar pendiente, enviando recordatorios en los que se pide su participación en las sucesivas rondas. En este caso se enviaron correos electrónicos de manera semanal a aquellos expertos que no respondían a la primera convocatoria, aunque esto dependerá del tiempo del que se disponga para llevar a cabo la técnica y de la cantidad de rondas que se pretendan realizar. En este caso, transcurrió un periodo de 6 meses desde la primera toma de contacto con los expertos, explicándoles la investigación y la técnica en la que se les solicitaba participación, hasta el análisis de los datos de la última ronda realizada. Resulta necesario destacar también las bondades de llevar a la práctica el método a través de cuestionarios online, ya que agiliza todo el trabajo y permite que los expertos respondan a los cuestionarios de manera asíncrona y garantizando totalmente su anonimato, además de permitir el feedback necesario y característico de la técnica. El hecho de organizar los ítems del cuestionario por tipo de respuesta y de manera aleatoria en cada una de las partes evita que se ordenen con alguna intención concreta, por lo que se evita que exista cualquier tipo de sesgo en este sentido.

Respecto al propósito fundamental de esta investigación, la validación de criterio del instrumento diseñado a través de la técnica Delphi, se ha realizado siguiendo las pautas indicadas por Donis (2012) y Pascucci (2002). En función de los distintos puntos de corte establecidos y de las diferentes opciones para

evaluar los resultados del cuestionario creado, se han ido obteniendo diferentes resultados en los análisis aplicados, hasta llegar a lograr unos resultados que consideramos satisfactorios. Dependiendo de los objetivos del profesional que aplique el cuestionario, este deberá valorar qué manera de corrección le resulta de mayor utilidad. Una de ellas consiste en evaluar el cuestionario en función de las distintas dimensiones que lo componen (prueba 8), mientras que la otra se basa en otorgar una puntuación a cada respuesta para obtener una puntuación directa que indique o no la sospecha de riesgo de exclusión social (prueba 9). En el caso de evaluar el cuestionario en función de las dimensiones, se obtiene una sensibilidad de 0,79 y una especificidad de 0,82. Estos resultados resultan muy satisfactorios, especialmente si se tiene en cuenta que estas dos medidas van de la mano en el sentido de que si aumenta la sensibilidad disminuye la especificidad, y viceversa. Estos resultados apuntan a que el instrumento es más efectivo si, al aplicarlo, el profesional se enfoca en los casos que no presentan sospecha de riesgo. En este caso, el porcentaje de coincidencia con los resultados de la aplicación de la batería de instrumentos es, tras aplicar el Kappa de Cohen, del 77%. En el caso de la evaluación a través de la puntuación directa, la sensibilidad es de 1, mientras que la especificidad es de 0,64. Aplicar esta corrección implica que van a ser señalados como sospechosos de riesgo de exclusión social todos aquellos adolescentes que realmente lo estén, aunque no todos los que obtengan un resultado positivo estarán realmente en riesgo de exclusión social. No habrá falsos negativos, aunque habrá un 36% de falsos positivos. Los resultados obtenidos tras aplicar el instrumento diseñado y la batería de instrumentos de referencia indican que hay un porcentaje de coincidencia del 82%, tras aplicar el coeficiente Kappa de Cohen. Con ambos métodos de corrección se alcanzan unos resultados suficientemente buenos como para evitar tener que aplicar toda una batería de instrumentos específicos, pudiendo utilizar el diseñado como un primer paso en esta evaluación y realizar

un cribado para, posteriormente, confirmar y concretar los resultados obtenidos con pruebas específicas.

Dada la sencillez del instrumento y su corrección, el CAREs puede ser aplicado por los propios tutores, quienes pueden señalar a aquellos estudiantes que necesiten un diagnóstico en mayor profundidad, así como realizar posibles derivaciones a especialistas en aquellos casos en los que se considere necesario. Además, los resultados obtenidos con la aplicación del CAREs pueden orientar a los tutores sobre aquellas cuestiones que requieren una especial atención y organizar las horas de tutoría con el alumnado en torno a dichos temas.

Consideramos que nuestro estudio ha servido para desvelar situaciones no conocidas por el centro en cuanto a la situación del alumnado que compuso la muestra participante en el estudio conducente a la validación de criterio. De una parte, el centro no tenía conocimiento de todos los casos positivos detectados, de otra parte, el centro ha podido reconsiderar el diagnóstico de alumnado que, siendo considerado como población en riesgo, en realidad escapan a esta consideración. Esto puede deberse a la diversidad de factores que comprende el riesgo de exclusión social, por lo que resulta muy relevante prestar atención a los factores que se miden.

Tras la aplicación de la batería de instrumentos y del CAREs se elaboró un informe detallado de cada uno de los participantes explicando los resultados obtenidos en cada uno de los cuestionarios. Estos informes se enviaron al centro para poner en su conocimiento aquellas problemáticas detectadas y la gravedad de las mismas, dejando en sus manos la posibilidad o no de intervenir.

3. Limitaciones

La primera limitación destacable que señalamos es la referida a la situación de pandemia que se ha dado durante el proceso de recogida de datos. Esta situación ha hecho que los centros se muestren reacios a que agentes externos accedan y realicen cualquier tipo de actividad con los alumnos, más aún si se planteaban temas delicados o la intervención resultaba intensa para los alumnos, como es el caso de este estudio al tratar cuestiones relacionadas con la sexualidad, el consumo de sustancias o el maltrato, o al tener que aplicar una cantidad elevada de cuestionarios a cada uno de los participantes. Además, el hecho de que algunos de los participantes en la investigación contrajeran la COVID-19 o fueran clasificados como contacto estrecho de algún positivo dilató mucho el proceso de recogida de datos.

Otra limitación a destacar en nuestra investigación es la muestra con la que se ha realizado el estudio. En el futuro sería interesante ampliar la muestra, tanto en lo referente al número de participantes como en el espacio geográfico, y repetir los análisis para confirmar o no la validez del instrumento elaborado. En el tamaño de la muestra ha influido tanto la situación de pandemia como la dificultad técnica de aplicación de los cuestionarios que componen la batería. La muestra ampliada, en una segunda fase, a 71 participantes, tampoco puede considerarse representativa, por lo que sería conveniente ampliarla en aplicaciones futuras de CAREs. En el momento en que contemos con muestras más amplias de nuestro instrumento, podrán realizarse análisis estadísticos más específicos que fortalezcan la validez del mismo, como por ejemplo, el Análisis Factorial Confirmatorio.

4. Prospectiva

Tras la elaboración y validación del CAREs, especialmente con los buenos resultados obtenidos en los análisis, la intención es continuar con investigaciones centradas en los menores en riesgo de exclusión social y en el desarrollo de instrumentos de tamizaje o diagnóstico, para lo que esta tesis sienta las bases. Por un lado, establece una metodología concreta para el desarrollo de instrumentos que puede utilizarse en futuros trabajos. Por otro lado, la validación del instrumento en otros ámbitos geográficos, tanto nacionales como internacionales, y su traducción a otros idiomas nos parece una tarea necesaria en lo que a investigación se refiere.

Entendemos que esta investigación debe completarse con la redacción de un manual para la aplicación del CAREs por personal docente acompañada de un protocolo de derivación de alumnado sospechoso de estar en riesgo de exclusión, a los servicios psicopedagógicos especializados.

5. Conclusions

Regarding the elaboration of the instrument, the Delphi method has turned out to be a very effective technique. Through the successive rounds, items have been eliminated to go from 286 initially to 34, which after the division of some of them became 42. In addition, of the final number of items that make up the instrument, the last round was used to improve wording. In this type of method, experts' commitment is essential and it is necessary to bear in mind that it will be necessary to send reminders requesting their participation in the successive rounds. In this case, weekly emails were sent to those experts who did not respond to the first call, although this will depend on the time available to carry out the technique and the number of rounds to be carried out. In this case, a period of 6 months elapsed from the first contact with the experts

—explaining the research and the technique in which they were requested to participate in— until the analysis of the data from the last round carried out. Also, the benefits of carrying out the method through online questionnaires should be highlighted, since they speed up all the work and allow experts to respond to the questionnaires asynchronously and fully guaranteeing their anonymity; in addition, they allow the necessary and characteristic feedback from this technique. The fact of organizing the questionnaire items by type of response and randomly in each of the parts prevents them from being ordered with any specific intention thus, avoiding any type of bias in this regard.

Regarding the fundamental purpose of this research, the criterion validation of the instrument designed through the Delphy technique has been carried out following the guidelines indicated by Donis (2012) and Pascucci (2002). Depending on the different cut-off points established and the different options for evaluating the results of the designed questionnaire, different results have been obtained in the analyses applied, until obtaining results considered as satisfactory. Depending on the objectives of the professional who applies the questionnaire, they should assess what form of correction is most useful for them. One of them consists of evaluating the questionnaire based on the different dimensions that comprise it (test 8), while the other is based on giving a score to each answer to obtain a direct score that indicates whether or not the suspicion of risk of social exclusion (test 9). In the case of evaluating the questionnaire based on the dimensions, a sensitivity of 0.79 and a specificity of 0.82 were obtained. These results are very satisfactory, especially if it is taken into account that these two measures go hand in hand in the sense that if the sensitivity increases, the specificity decreases, and vice versa. These results suggest that the instrument is more effective if, when applied, the professional focuses on cases that do not present any suspicion of risk. In this case, the percentage of agreement with the results of the application of the battery of

instruments is, after applying Cohen's Kappa, 77%. In the case of evaluation through direct scoring, the sensitivity is 1, while the specificity is 0.64. Applying this correction implies that all those adolescents who will be identified as suspects of risk of social exclusion are certainly at risk, although not all those who obtain a positive result will actually be at risk of social exclusion. There will be no false negatives, although there will be 36% false positives. The results obtained after applying the designed instrument and the battery of reference instruments indicate that there is a percentage of agreement of 82%, after applying Cohen's Kappa coefficient. With both correction methods, sufficiently good results are achieved to avoid having to apply a whole battery of specific instruments, being able to use the one designed as a first step in this evaluation and perform a screening to confirm and specify later the results obtained with specific tests.

Given the simplicity of the instrument and its correctness, CAREs can be applied by the tutors themselves, who can point out those students who need a more in-depth diagnosis, as well as make possible referrals to specialists in those cases in which it is considered necessary. In addition, the results obtained with the application of CAREs can guide tutors on those issues that require special attention and organize tutorials with students around these topics.

We consider that our study has served to reveal situations not known by the school regarding the situation of the students that made up the sample participating in the study leading to the validation of criteria. On the one hand, the centre was not aware of all the positive cases detected, on the other hand, the school has been able to reconsider the diagnosis of students who, being considered as a population at risk, actually escape this consideration. This may be due to the diversity of factors that comprise the risk of social exclusion, so it is very relevant to pay attention to the factors that are measured.

After applying the battery of instruments and CAREs, a detailed report was prepared for each of the participants, explaining the results obtained in each of the questionnaires. These reports were sent to the centre to inform them of the problems detected and their seriousness, leaving the possibility of intervening or not in their hands.

Referencias bibliográficas

- Abedini, Z., Mirnasab, M. y Fathi, E. (2017). A Comparative Study of Identity Styles, Quality of Life and Behavioral Problems between Single Parent and Two Parent Adolescents. *Journal of Education and Learning*, 6 (2), 235-245.
- Acosta, D.S. (2021). Influencia del apego en los adolescentes consumidores de sustancias tóxicas. *Revista Letra en Psicoanálisis*, 7(1).
- Ainscow, M.; Dyson, A.; Goldrick, S. y West, M. (2016). Using Collaborative Inquiry to Foster Equity within School Systems: Opportunities and Barriers. *School Effectiveness and School Improvement*, 27 (1), 7-23.
- Aliaga, M.D. y Martín-Cilleros, M.V. (2019). Las relaciones sociales como un indicador de inclusión. *Atas do III Congresso Internacional Envolvimento dos Alunos na Escola*, 96-108.
- Amorocho, E. (2019). De la exclusión social al reconocimiento de la dignidad en los contextos educativos. *Revista De Estudios Socioeducativos. ReSed. Revista de Estudios Socioeducativos*, 7, 216-226. DOI: http://dx.doi.org/10.25267/Rev_estud_socioeducativos.2019.i7.15
- Arredondo, R. y Vizcaíno, D. (2020). Fracaso escolar y abandono educativo temprano. Las escuelas de segunda oportunidad como alternativa. *RUMBOS TS*, 23, 63-79. DOI: <https://doi.org/10.51188/rrts.num23.423>
- Astigarraga, E. (2003). *El método Delphi*. Universidad de Deusto. Facultad de CC.EE. y Empresariales.

- Ávalos, I., Fernández Cruz, M. F. y El Homrani, M. (2020). Diseño de un instrumento para el diagnóstico de riesgos en menores de centros residenciales básicos de acogida: CHSv1. *International Journal of Educational Research and Innovation (IJERI)*, 13, 111-125.
- Ávalos, I. y Fernández Cruz, M. (en prensa). Validación de un instrumento de screening para la detección de alumnado en riesgo de exclusión social: CAREs. *Educar*.
- Bakioglu, F. y Turkum, A. S. (2017). Psychometric Properties of Adaptation of the Social Efficacy and Outcome Expectations Scale to Turkish. *European Journal of Education Research*, 6 (2), 213-223.
- Ballesteros, J.C.; Sanmartín, A.; Tudela, P., Rubio, A. (2020). *Barómetro juvenil sobre Salud y Bienestar 2019*. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fad. DOI: 10.5281/zenodo.3768432
- Barbosa, L.U., Machado, R.S., Pereira, J.C.N., Lima, A.G.T., Costa, S.S. y Folmer, V. (2019). Percepción de adolescentes sobre sexualidad y salud reproductiva: la escuela como espacio para la educación sexual. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23 (55).
- Bettez, S. (2017). Flipping the Script from Talking to Teens about "Celebrating Diversity" to Promoting Equity through Embracing Vulnerability and Enacting Courage. *Multicultural Perspectives*, 19 (2), 90-97.
- Bisquerra, R. y Pérez-Escoda, N. (2015). ¿Pueden las escalas Likert aumentar en sensibilidad? REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació, 8 (2). DOI: 10.1344/reire2015.8.2.82

- Bouchev, H. A., Shoulberg, E. K., Jodl, K. M. y Eccles, J. S. (2010). Longitudinal Links between Older Sibling Features and Younger Siblings' Academic Adjustment during Early Adolescence. *Journal of Educational Psychology*, 102 (1), 197-211.
- Buist, K. L., Verhoeven, M., Hoksbergen, R., ter Laak, J., Watve, S. y Paranjpe, A. (2017). Associations of Perceived Sibling and Parent-Child Relationship Quality with Internalizing and Externalizing Problems: Comparing Indian and Dutch Early Adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 37 (8), 1163-1190.
- Cabero, J. e Infante, A. (2014). Empleo del Método Delphi y su empleo en la investigación en comunicación y educación. *EDUTEC. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 48, 1-16.
- Cabero, J., Barroso, J., Romero, R., Román, P., Ballester, C., Llorente, M. C. y Morales, J. A. (2009). La aplicación de la técnica Delphi, para la construcción de un instrumento de análisis categorial de investigaciones e-learning. *EduTec. Revista Electrónica De Tecnología Educativa*, (28), 1-35.
- Cabezas, H y Monge, M. (2014). Influencia del entorno donde se ubica el centro educativo en la presencia del acoso en el aula. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 14 (3), 1-22.
- Calero, A.D., Barreyro, J.P., Formoso, J. e Injorque-Ricle, I. (2018). Inteligencia emocional y necesidad de pertenencia al grupo de pares durante la adolescencia. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 22(2), 38-56.
- Calleja, N. y Mason, T.A. (2020). Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-20 y EBS-8): Construcción y validación. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 55(2), 185-201.

- Calvete, E., Orue, I., Gamez-Guadix, M. y Bushman, B. J. (2015). Predictors of Child-to-Parent Aggression: A 3-Year Longitudinal Study. *Developmental Psychology, 51*(5), 663-676.
- Camacho, E. (2016). Rasgos de conductas suicidas en jóvenes adolescentes. Una visión de sus interacciones familiares, escolares y virtuales que ponen en riesgo su integridad. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas, 5*(10).
- Caprara, G. V., Kanacri, B. P. L., Gerbino, M., Zuffianò, A., Alessandri, G., Vecchio, G., Caprara, E., Pastorelli, C. y Bridglall, B. (2014). Positive Effects of promoting Prosocial Behavior in Early Adolescence: Evidence from a School-Based Intervention. *International Journal of Behavior Development, 38*(4), 386-396.
- Caprara, G. V., Tisak, M. S., Alessandri, G., Fontaine, R. G., Fida, R. y Paciello, M. (2014). The Contribution of Moral Disengagement in Mediating Individual Tendencies toward Aggression and Violence. *Developmental Psychology, 50*(1), 71-85.
- Cardenal, V., Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P. y Campos, M. (2018). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes (PAI-A)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Carhuaz, E. O., y Yupanqui-Lorenzo, D. (2020). Violencia escolar y funcionalidad familiar en adolescentes con riesgo de deserción escolar. *Revista Científica de la UCSA, 7*(3), 3-13. <https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2020.007.03.003>

- Casola, A. R., Nelson, D. B. y Patterson, F. (2017). Sex Differences in Contraception Non-Use among Urban Adolescents: Risk Factors for Unintended Pregnancy. *Journal of School Health, 87*(9), 641-649.
- Cederbaum, J. A., Rodriguez, A. J., Sullivan, K. y Gray, K. (2017). Attitudes, Norms, and the Effect of Social Connectedness on Adolescent Sexual Risk Intention. *Journal of School Health, 87*(8), 575-583.
- Chen, X., Morin, A. J. S., Parker, P. D. y Marsh, H. W. (2015). Developmental Investigation of the Domain-Specific Nature of the Life Satisfaction Construct across the Post-School Transition. *Developmental Psychology, 51*(8), 1074-1085.
- Chóliz, M., Marco, C. y Chóliz, C. (2016). *ADITEC. Evaluación y Prevención de la Adicción a Internet, Móvil y Videojuegos*. Madrid: TEA Ediciones.
- Chui, W. H., Wu, J., Kwok, Y. Y. y Liu, L. (2017). Validation of the Offending-Related Attitudes Questionnaire of CRIME-PICS II Scale (Chinese). *Research on Social Work Practice, 27*(1), 80-90.
- Comisión Europea (European Commission). (2017). *Preparing Teachers for Diversity: The Role of Initial Teacher Education. Final Report*. Autor.
- Consejo General de la Juventud de España (2018). *Estudio sobre la pobreza juvenil*. inPACTOS.
- Contreras-Montero, B. (2020). Una revisión del concepto de exclusión social y su aplicación a la sociedad española tras la crisis económica mundial. Una visión de proceso. *Trabajo Social Global – Global Social Work, 10*(19), 3-24. DOI: 10.30827/tsg-gsw.v10i19.13582

- Corchuelo, C. (2014). *Respuestas educativas del profesorado en la Escuela de Segunda Oportunidad: Estudio de caso*. Tesis Doctoral. Universidad de Huelva.
- Cortés, A., García, R., Fullerat, R. y Fuentes, J. (2000). Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 52(1), 48-54.
- Cotter, K. L. y Smokowski, P. R. (2017). An Investigation of Relational Risk and Promotive Factors Associated with Adolescent Female Aggression. *Child Psychiatry Hum Dev*, 48, 754-767.
- Crous, G. y Bradshaw, J. (2017). Child social exclusion. *Children and Youth Services Review*, 80, 129-139.
- Cuesta, U., Cuesta, V., Martínez, L. y Niño, J. I. (2020). Smartphone: en comunicación, algo más que una adicción. *Revista Latina de Comunicación Social*, 75, 367-381. <https://www.doi.org/10.4185/RLCS-2020-1431>
- Dalkey, N. y Helmer, O. (1962). *An experiemntal aplication of the delphi method to the use of experts*. Memorandum.
- Darling-Hammond, L. (2017). Teaching for Social Justice: Resources, Relationships, and Anti-Racist Practice. *Multicultural Perspectives*, 19(3), 133-138.
- Darretxe, L., Beloki, B. y Remiro, A. (2020). Sociedad y escuela que deseamos: la dialéctica entre inclusión y exclusión social. *Ciencia y Educación*, 4(1), 71-81. Doi: <https://doi.org/10.22206/cyed.2020.v4i1.pp71-81>

- David-Ferdon, C. y Simon, T. R. (2014). *Preventing Youth Violence: Opportunities for Action*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- De la Cruz, G. y Matus, D. I. (2017). Participación Escolar e Inclusión Educativa. Un Estudio de Caso de Experiencias con Estudiantes de Secundaria Alta. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 25(102).
- Del Pino, A., Barriga, E. y González, R.A. (2019). Hacia una escuela inclusiva: perspectiva de género y literatura. Polyphōnía. *Revista De Educación Inclusiva / Polyphōnía. Journal of Inclusive Education*, 3(1), 66-76.
- Delgado, B., Inglés, C. y García-Fernández, J. M. (2013). Social Anxiety and Self-Concept in Adolescence. *Revista de Psicodidáctica*, 18(1), 179-194. doi: 10.1387/RevPsicodidact.6411
- Deng, X., Sang, B. y Chen, X. (2017). Implicit Beliefs about Emotion Regulation and Their Relations with Emotional Experiences among Chinese Adolescents. *International Journal of Behavioral Development*, 41(2), 220-227.
- Deu, M. I. (2015). *Hijos e hijas víctimas de violencia de género en la Ciudad de Ceuta*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Dhir, A., Chen, S. y Nieminen, M. (2017). Development and Validation of the Internet Gratification Scale for Adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 35(4), 361-376.
- Díaz-Aguado, M. J., Martínez, R., Martín, J. y Falcón, L. (2021). *La situación de violencia contra las mujeres en la adolescencia en España*. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad.

https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2021/pdfs/Estudio_ViolenciaEnLaAdolescencia.pdf

- Domitrovich, C. E., Durlak, J. A., Staley, K. C. y Weissberg, R. P. (2017). Social-Emotional Competence: An Essential Factor for Promoting Positive Adjustment and Reducing Risk in School Children. *Child Development*, 88(2), 408-416.
- Donis, J. H. (2012). Evaluación de la validez y confiabilidad de una prueba diagnóstica. *Avances en Biomedicina*, 1(2), 73-81.
- Dönmez, O., Odabasi, H. F., Kabakçı Yurdakul, I., Kuzu, A. y Girgin, Ü. (2017). Development of a Scale to Address Perceptions of Pre-Service Teachers Regarding Online Risks for Children. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 17(3), 923-943.
- Dowdy, E., Harrell-Williams, L., Dever, B. V., Furlong, M. J., Moore, S., Raines, T. y Kamphaus, R. W. (2016). Predictive Validity of a Student Self-Report Screener of Behavioral and Emotional Risk in an Urban High School. *School Psychology Review*, 45(4), 458-476.
- Dudovitz, R. N., Chung, P. J. y Wong, M. D. (2017). Teachers and Coaches in Adolescent Social Networks Are Associated with Healthier Self-Concept and Decreased Substance Use. *Journal of School Health*, 87(1), 12-20.
- Egea, M.T. (2019). Proyecto de intervención. "Protégete contra la Violencia de Género". IQUAL. *Revista de Género e Igualdad*, 2, 73-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/iQual.347361>

- Eisenberg, N., VanSchyndel, S. K. y Hofer, C. (2015). The Association of Maternal Socialization in Childhood and Adolescence with Adult Offsprings' Sympathy/Caring. *Developmental Psychology*, 51(1), 7-16.
- Eklund, K. y Kilgus, S. (2017). Presenters in Focus: School-Based Social-Emotional and Behavior Screening--Using Data to Guide Interventions. *Communique*, 46(2), 23.
- Elkins, R. L., King, K., Nabors, L. y Vidourek, R. (2017). Steroid Use and School Violence, School Violent Victimization, and Suicidal Ideation among Adolescents. *Journal of School Violence*, 16(4), 399-410.
- Ennis, R. P., Harris, K. R., Lane, K. L. y Mason, L. H. (2014). Lessons Learned from Implementing Self-Regulated Strategy Development with Students with Emotional and Behavioral Disorders in Alternative *Educational Settings*. *Behavioral Disorders*, 40(1), 68-77.
- Epstein, M., Hill, K. G., Nevell, A. M., Guttmanova, K., Bailey, J. A., Abbott, R. D., Kosterman, R. y Hawkins, J. D. (2015). Trajectories of Marijuana Use from Adolescence into Adulthood: Environmental and Individual Correlates. *Developmental Psychology*, 51(11), 1650-1663.
- Esteves, A.R., Paredes, R.P., Calcina, C.R. y Yapuchura, C.R. (2020). Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Comuni@cción*, 11(1), 16-27. <https://dx.doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>
- Eversole, J. S., Berglas, N. F., Deardorff, J. y Constantine, N. A. (2017). Source of Sex Information and Condom Use Intention among Latino Adolescents. *Health Education & Behavior*, 44(3), 439-447.

- Farley, J. P. y Kim-Spoon, J. (2017). Parenting and Adolescent Self-Regulation Mediate between Family Socioeconomic Status and Adolescent Adjustment. *Journal of Early Adolescence*, 37(4), 502-524.
- Fernández Cruz, M., Álvarez, J., Ávalos, I., Cuevas, M., de Barros, C., Díaz, F., González, E., González, D., Hernández, A., Ibáñez, P. y Lizarte, E.J. (2020). Evaluation of the Emotional and Cognitive Regulation of Young People in a Lockdown Situation Due to the Covid-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.565503
- Funk, S. y Funk, J. (2017). From a Pedagogy of Vulnerability to a Pedagogy of Resilience: A Case Study of the Youth and Gender in Media Project. *Critical Questions in Education*, 8(3), 297-321.
- García-Escalera, J., Valiente, R.M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J. y Chorot, P. (2020). Los efectos de un programa de prevención de la ansiedad y la depresión para adolescentes en variables educativas y de bienestar. *Revista de Psicodidáctica*, 25(2), 143-149. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2020.05.001>
- García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Suriá, R., Martín, N. L-S., González-Maciá, C., Aparisi, D. y Martínez-Monteagudo, M. C. (2015). Profiles of Emotional Intelligence and Learning Strategies in a Sample of Chilean Students. *European Journal of Psychology of Education*, 30(4), 437-455.
- García-Fernández, J. M., Martínez-Monteagudo, M. C. e Inglés, C. (2013) ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(1), 63-76.

- García-Moya, I., Suominen, S. y Moreno, C. (2014). Bullying Victimization Prevalence and Its Effects on Psychosomatic Complaints: Can Sense of Coherence Make a Difference? *Journal of School Health*, 84(10), 646-653.
- García-Raga, L., Boqué, M. C. y Alguacil, M. (2021). La dirección escolar ante la participación del alumnado. *Educatio Siglo XXI*, 39(2), 345-370. DOI: <https://doi.org/10.6018/educatio.410081>
- García-Salguero, B.I. (2015). *Adaptación del Social Skills Improvement System-Rating Scales al contexto español en la etapa de educación secundaria*. Tesis Doctoral. UNED: Universidad Nacional de Educación A Distancia.
- Gardella, J. H., Fisher, B. W. y Teurbe-Tolon, A. R. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis of Cyber-Victimization and Educational Outcomes for Adolescents. *Review of Educational Research*, 87(2), 283-308.
- Garrett, B. A., Livingston, B. J., Livingston, M. D. y Komro, K. A. (2017). The Effects of Perceived Racial/Ethnic Discrimination on Substance Use among Youths Living in the Cherokee Nation. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 26(3), 242-249.
- Ginevra, M. C., Sgaramella, T. M., Ferrari, L., Nota, L., Santilli, S. y Soresi, S. (2017). Visions about Future: A New Scale Assessing Optimism, Pessimism, and Hope in Adolescents. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 17(2), 187-210.
- Gladden, R. M., Vivolo-Kantor, A. M., Hamburger, M. E. y Lumpkin, C. D. (2014). *Bullying Surveillance among Youths: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements. Version 1.0*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

- Gonzalez, A., Rozenman, M., Langley, A. K., Kendall, P. C., Ginsburg, G. S., Compton, S., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M. y Piacentini, J. (2017). Social Interpretation Bias in Children and Adolescents with Anxiety Disorders: Psychometric Examination of the Self-Report of Ambiguous Social Situations for Youth (SASSY) Scale. *Child & Youth Care Forum*, 46(3), 395-412.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E., y Santamaría, P. (2004). *Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA Ediciones
- Gregory, A., Skiba, R. J. y Mediratta, K. (2017). Eliminating Disparities in School Discipline: A Framework for Intervention. *Review of Research in Education*, 41(1), 253-278.
- Gross-Manos, D. (2017). Material well-being and social exclusion association with children's subjective Well-being. Cross-national analysis of 14 countries. *Children and Youth Services Review*, 80, 116-128.
- Grozelle, R. S. (2017). Cultural Heterosexism and Silencing Sexual Diversity: Anoka-Hennepin School District. *Journal of LGBT Youth*, 14(4), 393-410.
- Guevara, R.M. y Urchaga, J.D. (2018). Satisfacción vital y relaciones familiares y con iguales en la adolescencia. *CAURIENSIA*, 13, 243-258. DOI: <https://doi.org/10.17398/2340-4256.13.243>
- Guo, M., Morawska, A. y Filus, A. (2017). Validation of the Parenting and Family Adjustment Scales to Measure Parenting Skills and Family Adjustment in Chinese Parents. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 50(3), 139-154.

- Guttmanova, K., Hill, K. G., Bailey, J. A., Hartigan, L. A., Small, C. M. y Hawkins, J. D. (2017). Parental Alcohol Use, Parenting, and Child On-Time Development. *Infant and Child Development, 26*(5).
- Hadley, J., Mowbray, T. y Jacobs, N. (2017). Examining the Mediating Effect of Self-Efficacy on Approval of Aggression and Proactive Aggression. *Journal of School Violence, 16*(1), 86-103.
- Halstead, V., Williams, J. R., Gattamorta, K. y Gonzalez-Guarda, R. (2017). Sexual Violence Screening Practices of Student Health Centers Located on Universities in Florida. *Journal of American College Health, 65*(8), 548-557.
- Hanna, H. (2017). Dealing with Difference in the Divided Educational Context: Balancing Freedom of Expression and Non-Discrimination in Northern Ireland and Israel. *Compare: A Journal of Comparative and International Education, 47*(1), 17-31.
- Hartman, K., Gresham, F. M. y Byrd, S. (2017). Student Internalizing and Externalizing Behavior Screeners: Evidence for Reliability, Validity, and Usability in Elementary Schools. *Behavioral Disorders, 42*(3), 108-118.
- Harvey, S. A. y McKay, M. T. (2017). Perspectives on Adolescent Alcohol Use and Consideration of Future Consequences: Results from a Qualitative Study. *Child Care in Practice, 23*(1), 104-120.
- Helm, S., Baker, C. K., Berlin, J. y Kimura, S. (2017). Getting In, Being In, Staying In, and Getting Out: Adolescents' Descriptions of Dating and Dating Violence. *Youth & Society, 49*(3), 318-340.
- Herman-Stahl, M., Saavedra, L. M., Morgan-Lopez, A. A., Novak, S. P., Warner, T. D. y Fishbein, D. H. (2017). Maternal Depressive Symptoms and

Adolescent Alcohol Use: The Mediating Role of Youth Depressive Symptoms. *Journal of Early Adolescence*, 37(4), 453-474.

Hernández, A., Espejo, B., González, V. y Gómez, J. (2001). Escalas de respuesta tipo likert: ¿es relevante la alternativa "indiferente"? *Metodología de Encuestas*, 3(2), 135-150.

Hersen, M. y Ammerman, R. T. (1997). *Handbook of prevention and treatment with children and adolescents: Intervention in the real world context*. Wiley.

Higueta-Gutiérrez, L. F. y Cardona-Arias, J. A. (2017). Variables of the Family, School, and Social Environment Context That Determine Bullying in Adolescents in Medellín, Colombia, 2014. *Journal of School Violence*, 16(1), 68-85.

Holt, M. K., Greif, J., Reid, G., DiMeo, A., Espelage, D. L., Felix, E. D., Furlong, M. J., Poteat, V. P. y Sharkey, J. D. (2014). Associations between Past Bullying Experiences and Psychosocial and Academic Functioning among College Students. *Journal of American College Health*, 62(8), 552-560.

Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2021). *Encuesta de Condiciones de Vida. Resultados para Andalucía. Junta de Andalucía*. <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/ecv/2020/index.htm>

Ito, A., Smith, D. C., You, S., Shimoda, Y. y Furlong, M. J. (2015). Validation and Utility of the Social Emotional Health Survey-Secondary for Japanese Students. *Contemporary School Psychology*, 19(4), 243-252.

- Izaguirre, A. y Calvete, E. (2017). Exposure to Family Violence as a Predictor of Dating Violence and Child-to-Parent Aggression in Spanish Adolescents. *Youth & Society, 49*(3), 393-412.
- Kahraman, H., Yilmaz Irmak, T. y Basokcu, T. O. (2017). Parenting Practices Scale: Its Validity and Reliability for Parents of School-Aged Children. *Educational Sciences: Theory and Practice, 17*(3), 745-769.
- Kassis, W., Artz, S. y White, J. (2017). Understanding Depression in Adolescents: A Dynamic Psychosocial Web of Risk and Protective Factors. *Child & Youth Care Forum, 46*(5), 721-743.
- Kilgus, S. P., Bowman, N. A., Christ, T. J. y Taylor, C. N. (2017). Predicting Academics via Behavior within an Elementary Sample: An Evaluation of the Social, Academic, and Emotional Behavior Risk Screener (SAEBRS). *Psychology in the Schools, 54*(3), 246-260.
- Kim, J-E., Weinstein, E. C. y Selman, R. L. (2017). Romantic Relationship Advice from Anonymous Online Helpers: The Peer Support Adolescents Exchange. *Youth & Society, 49*(3), 369-392.
- Krach, S. K., McCreery, M. P., Wang, Y., Mohammadiamin, H. y Cirks, C. K. (2017). Diagnostic Utility of the Social Skills Improvement System Performance Screening Guide. *Journal of Psychoeducational Assessment, 35*(4), 391-409.
- Kurt, L. J. (2017). Creating School Climates That Foster Inclusive Community Attitudes toward Gender Nonconforming Students. *Journal of School Counseling, 15*(1).

- Ladd, G. W., Ettekal, I., Kochenderfer-Ladd, B., Rudolph, K. D. y Andrews, R. K. (2014). Relations among Chronic Peer Group Rejection, Maladaptive Behavioral Dispositions, and Early Adolescents' Peer Perceptions. *Child Development, 85*(3), 971-988.
- Lagos, N. G. (2015). *Adaptación y validación psicométrica del inventario de ansiedad escolar en una muestra de estudiantes chilenos de educación secundaria*. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante.
- Lagos-San Martín, N., García-Fernández, J.M., Inglés, C.J., Gómez-Núñez, M.I., & Martínez-Monteagudo, M.C. (2014). Ansiedad escolar según género y edad en una muestra de adolescentes chilenos. *Intersecciones Educativas, 5*, 9-20.
- Landeta, J. (2002). *El método Delphi. Una técnica de previsión del futuro*. Barcelona: Ariel.
- Lane, K. L., Oakes, W. P., Cantwell, E. D., Schatschneider, C., Menzies, H., Crittenden, M. y Messenger, M. (2016). Student Risk Screening Scale for Internalizing and Externalizing Behaviors: Preliminary Cut Scores to Support Data-Informed Decision Making in Middle and High Schools. *Behavioral Disorders, 42*(1), 271-284.
- Lane, K. L., Oakes, W. P., Menzies, H. M., Major, R., Allegra, L., Powers, L. y Schatschneider, C. (2015). The Student Risk Screening Scale for Early Childhood: An Initial Validation Study. *Topics in Early Childhood Special Education, 34*(4), 234-249.
- Lane, K. L., Robertson Kalberg, J., Parks, R. J., & Carter, E. W. (2008). Student Risk Screening Scale: Initial Evidence for Score Reliability and Validity at the

High School Level. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16(3), 178–190.

Lansford, J. E., Godwin, J., Al-Hassan, S. M., Bacchini, D., Bornstein, M. H., Chang, L., Chen, B-B., Deater-Deckard, K., Di Giunta, L., Dodge, K. A., Malone, P. S., Oburu, P., Pastorelli, C., Skinner, A. T., Sorbring, E., Steinberg, L., Tapanya, S., Alampay, L. P., Uribe, L. M. y Zelli, A. (2018). Longitudinal Associations between Parenting and Youth Adjustment in Twelve Cultural Groups: Cultural Normativeness of Parenting as a Moderator. *Developmental Psychology*, 54(2), 362-377.

Larraz, N., Urbon, E., Antoñanzas, J.L. y Salavera, C. (2020). La satisfacción con la familia y su relación con la agresividad y la inteligencia emocional en adolescentes. *Know and Share Psychology*, 1(4), 171-179. DOI: <http://dx.doi.org/10.25115/kasp.v1i4.4247>

Larson, A. y Moses, T. (2017). Examining the Link between Stress Events and Prosocial Behavior in Adolescents: More Ordinary Magic? *Youth & Society*, 49(6), 779-804.

Lawson, M. A., Alameda-Lawson, T. y Byrnes, E. (2017). Analyzing the Validity of the Adult-Adolescent Parenting Inventory for Low-Income Populations. *Research on Social Work Practice*, 27(4), 441-455.

Legarraja, H., Kelmansky, D., Legarraja, C., Charrúa, G., Salamanco, G., Insúa, I. y Nunes, F. (2013). Validación de un formulario para la detección de niños con alto riesgo de padecer trastornos del desarrollo. Cuestionario PRUNAPE pre-pesquisa. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111(6), 476-483.

- Levasseur, C., Desbiens, N. y Bowen, F. (2017). Moral Reasoning about School Bullying in Involved Adolescents. *Journal of Moral Education*, 46(2), 158-176.
- Lim, Y. y Nam, S-J. (2017). Time Spent on the Internet by Multicultural Adolescents in Korea. *Asia Pacific Journal of Education*, 37(1), 55-68.
- Lin, X., Li, S. y Qu, C. (2017). Social network sites influence recovery from social exclusion. Individual differences in social anxiety. *Computers in Human Behavior*, 75, 538-546.
- Lloret, D. (2015). *Diseño y validación de una escala de detección precoz del riesgo de consumo abusivo de drogas entre adolescentes*. Tesis Doctoral. Universidad Miguel Hernández.
- López, V. y Orpinas, P. (2012). Las escalas de agresión y victimización: validación y prevalencia en estudiantes chilenos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 109-124.
- López-Ramírez, E. e Inozemtseva, O. (2019). Validación del Cuestionario de Factores de Riesgo Interpersonales para el consumo de Drogas en Adolescentes (FRIDA) en la población mexicana. *Cuadernos de Neuropsicología*, 13(2), 46-54. DOI: 10.7714/CNPS/13.2.204
- Luo, Y., Xiang, Z., Zhang, H. y Wang, Z. (2017). Protective Factors for Depressive Symptoms in Adolescents: Interpersonal Relationships and Perceived Social Support. *Psychology in the Schools*, 54(8), 808-820.
- Ma, M., Malcolm, L. R., Díaz-Albertini, K., Sánchez, J. C., Simpson, B., Cortes, L. y Kibler, J. L. (2017). Cultural Assets and Substance Use among Hispanic Adolescents. *Health Education & Behavior*, 44(2), 326-331.

- Mallett, C. A. (2017). The School-to-Prison Pipeline: Disproportionate Impact on Vulnerable Children and Adolescents. *Education and Urban Society*, 49(6), 563-592.
- Marín, T. y Hernández, M.A. (2020). Evaluación de las Dinámicas para el Fomento de la Asertividad: cuestionario para las familias. Diseño y validación interjueces. *REIF. Revista de Educación, Innovación y Formación*, 3, 107-126.
- Marsh, H. W., Craven, R. G., Parker, P. D., Parada, R. H., Guo, J., Dicke, T. y Abduljabbar, A. S. (2016). Temporal Ordering Effects of Adolescent Depression, Relational Aggression, and Victimization over Six Waves: Fully Latent Reciprocal Effects Models. *Developmental Psychology*, 52(12), 1994-2009.
- Martín, J., Díaz-Aguado, M. J., Martínez, R. y Steglich, C. (2017). Power Structure in the Peer Group: The Role of Classroom Cohesion and Hierarchy in Peer Acceptance and Rejection of Victimized and Aggressive Students. *Journal of Early Adolescence*, 37(9), 1197-1220.
- Martínez, D. (2015). Las necesidades de las adolescentes madres en el contexto educativo: un estudio de caso en una institución de educación pública. *Enfermería actual en Costa Rica*, 28, 1-16.
- Martinez, G. M. y Abma, J. C. (2015). *Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing of Teenagers Aged 15-19 in the United States. NCHS Data Brief*. Number 209. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85(1), 6-20.

- Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(1), 38-47. <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>
- McGeown, S., Putwain, D., St. Clair-Thompson, H. y Clough, P. (2017). Understanding and Supporting Adolescents' Mental Toughness in an Education Context. *Psychology in the Schools*, 54(2), 196-209.
- McSharry, M. (2017). "It's Just Because We're Girls": How Female Students Experience and Negotiate Masculinist School Sport. *Irish Educational Studies*, 36(3), 341-356.
- Meehan, C. (2017). "Junkies, Wasters and Thieves": School-Based Drug Education and the Stigmatisation of People Who Use Drugs. *Journal for Critical Education Policy Studies*, 15(1), 85-107.
- Meisels, S. J. y Shonkoff, J. P. (1990). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Menéndez, J.I., Fernández-Río, J., Cecchini, J.A. y González-Víllora, S. (2021). Acoso escolar, necesidades psicológicas básicas, responsabilidad y satisfacción con la vida: relaciones y perfiles en adolescentes. *Anales de Psicología*, 37(1), 133–141. DOI: <https://doi.org/10.6018/analesps.414191>
- Miller, B. (2017). What Are the Odds: An Examination of Adolescent Interracial Romance and Risk for Depression. *Youth & Society*, 49(2), 180-202.
- Moffa, K., Dowdy, E. y Furlong, M. J. (2016). Exploring the Contributions of School Belonging to Complete Mental Health Screening. *Educational and Developmental Psychologist*, 33(1), 16-32.

- Momeñe, J., Estévez, A., Pérez-García, A.M., Jiménez, J., Chávez-Vera, M.D., Olave, L. y Iruarrizaga, I. (2021). El consumo de sustancias y su relación con la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional en adolescentes. *Anales de psicología*, 31(1), 121-132. DOI: <https://doi.org/10.6018/analesps.404671>
- Mooij, T. (2015). Relevance of Student and Contextual School Variables in Explaining a Student's Severity of Violence Experienced. *Teachers and Teaching: Theory and Practice*, 21(8), 926-940.
- Moore, S. A., Dowdy, E. y Furlong, M. J. (2017). Using the Depression, Anxiety, Stress Scales-21 with U.S. Adolescents: An Alternate Models Analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 35(6), 581-598.
- Moraleda, González y García. (1998). *Actitudes y estrategias cognitivas sociales (AECS)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Morales, O. (2015). *Programa socio-educativo: Familia y escuela como contextos para el abordaje integral de los niños, niñas y adolescentes trabajadores*. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba.
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Sánchez-Queija, I., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., Moreno-Maldonado, C., Paniagua, C., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Morgan, A. y Leal-López, E. (2020). *La adolescencia en España: salud, bienestar, familia, vida académica y social. Resultados del Estudio HBSC 2018*. Ministerio de Sanidad. <https://www.hbsc.es/informes>
- Motamedi, F., Ghobari-Bonab, B., Nascimento, C., Rabenevanana, M. W. y Picard, D. (2017). Boys Go Fishing, Girls Work at Home: Gender Roles, Poverty and Unequal School Access among Semi-Nomadic Fishing Communities in South Western Madagascar.

Compare: A Journal of Comparative and International Education, 47(4), 499-511.

Nichols, N. (2017). Technologies of evidence: An institutional ethnography from the standpoints of youth-at-risk. *Critical Social Policy*, 37(4), 604-624.

Nilsson, J. E., Marszalek, J. M., Linnemeyer, R. M., Bahner, A. D. y Misialek, L. H. (2017). Development and Assessment of the Social Issues Advocacy Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 71(1), 258-275.

Oakes, W. P., Lane, K. L., Cantwell, E. D. y Royer, D. J. (2017). Systematic Screening for Behavior in K-12 Settings as Regular School Practice: Practical Considerations and Recommendations. *Journal of Applied School Psychology*, 33(4), 369-393.

Ocampo, A. (2015). La gestión de la escuela inclusiva y su intervención institucional: tensiones entre la pertinencia de sus actuaciones y la necesidad de un nuevo paradigma epistémico. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 9, 1-30.

Onukwufor, J. N. y Chukwu, M. A. (2017). Parenting Styles as Correlates of Adolescents Drug Addiction among Senior Secondary School Students in Obio-Akpor Local Government Area of Rivers State, Nigeria. *Journal of Education and e-Learning Research*, 4(1), 22-27.

Orcasita, L.T., Mosquera, J.A., y Carrillo, T. (2018). Autoconcepto, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Informes Psicológicos*, 18(2), 141-168 <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v18n2a08>

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. e Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión

en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>

Pacheco, V. (2016). *Los factores de exclusión social en la construcción de los PLE's. Elaboración y validación de un cuestionario mediante la Técnica Delphi* (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Granada, España.

Pariapaza, F., & Isamar, R. (2020). *Asociación entre adicción a internet y función familiar en adolescentes cibernautas del mercado de Arequipa*, febrero 2020. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10940>

Park, I. J. K., Wang, L., Williams, D. R. y Alegría, M. (2017). Does Anger Regulation Mediate the Discrimination-Mental Health Link among Mexican-Origin Adolescents? A Longitudinal Mediation Analysis Using Multilevel Modeling. *Developmental Psychology*, 53(2), 340-352.

Pascucci, M. C., Lejarraga, H., Kelmansky, D., Álvarez, M., Boullón, M., Breiter, P., Breuning, S., Brik, G., Company, L., Contreras, M., Convertini, G., Cugnasco, I., Czornyj, L., D'anna, C., Echeverría, H., Estévez, E., Farizano, M., Fejerman, N., Frankel, J., Jaitt, M., López, B., Manzitti, J., Martín, H., Medina, C., Moretti, J., Navoni, M. J., Patín, D., Prieto, M. E., Segura, M., Salvia, M., Prozzi, V., Salamanco, G., Splivalo, G. y Waisburg, H. (2002). Validación de la prueba nacional de pesquisa de trastornos de desarrollo psicomotor en niños menores de 6 años. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 100(5), 374-384.

Pérez, V., Velázquez, M., Villanueva, A, Sánchez, L. y Fernández, M. C. (2016). Percepción y significación de jóvenes excluidos del contexto escolar o

laboral y consumo de sustancias psicoactivas. *Health and addictions*, 16(1), 19-32.

Perry-Parrish, C., Webb, L., Zeman, J., Spencer, S., Malone, C., Borowski, S., Reynolds, E., Hankinson, J., Specht, M., Ostrander, R. (2017). Anger Regulation and Social Acceptance in Early Adolescence: Associations with Gender and Ethnicity. *Journal of Early Adolescence*, 37(4), 475-501.

Piñuel, I. y Oñate, A. (2007). *AVE. Acoso y Violencia Escolar*. Madrid: TEA Ediciones.

Poteat, V. P. (2017). Gay-Straight Alliances: Promoting Student Resilience and Safer School Climates. *American Educator*, 40(4), 10-14.

Poulou, M. S. (2017). An Examination of the Relationship among Teachers' Perceptions of Social-Emotional Learning, Teaching Efficacy, Teacher-Student Interactions, and Students' Behavioral Difficulties. *International Journal of School & Educational Psychology*, 5(2), 126-136.

Prince-Embury, S. (2015). Assessing Personal Resiliency in School Settings: The Resiliency Scales for Children and Adolescents. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 25(1), 55-65.

Prince-Embury, S., Saklofske, D. H. y Nordstokke, D. W. (2017). The Resiliency Scale for Young Adults. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 35(3), 276-290.

Rasalingam, A., Clench-Aas, J. y Raanaas, R. K. (2017). Peer Victimization and Related Mental Health Problems in Early Adolescence: The Mediating Role of Parental and Peer Support. *Journal of Early Adolescence*, 37(8), 1142-1162.

Rausch, E., Racz, S. J., Augenstein, T. M., Keeley, L., Lipton, M. F., Szollos, S., Riffle, J., Moriarity, D., Kromash, R. y De Los Reyes, A. (2017). A Multi-Informant Approach to Measuring Depressive Symptoms in Clinical Assessments of Adolescent Social Anxiety Using the Beck Depression Inventory-II: Convergent, Incremental, and Criterion-Related Validity. *Child & Youth Care Forum*, 46(5), 661-683.

Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES). (2020). *11º Informe El Estado de la Pobreza. Seguimiento del indicador de Pobreza y Exclusión Social en España 2008-2020*. Autor.

Renshaw, T. L. (2017). Screening for Psychological Inflexibility: Initial Validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth as a School Mental Health Screener. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 35(5), 482-493.

Renshaw, T. L. y Bolognino, S. J. (2017). Psychometrics of the Psychological Wellbeing and Distress Screener: A Brief Measure of Youth's Bidimensional Mental Health. *Assessment for Effective Intervention*, 42(3), 160-167.

Rice, T. M., McGill, J. y Adler-Baeder, F. (2017). Relationship Education for Youth in High School: Preliminary Evidence from a Non-Controlled Study on Dating Behavior and Parent-Adolescent Relationships. *Child & Youth Care Forum*, 46(1), 51-68.

Robinson, S. y Robinson, C. (2017). Risk and Teenage Parenthood: An Early Sexual Health Intervention. *Health Education*, 117(4), 382-397.

Rodríguez-Franco, L., López-Cepero, J., Rodríguez, F. J., Bringas, C., Antuña, M. Á. y Estrada, C. (2010). Validación del Cuestionario de Violencia entre Novios

(CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: Análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 6, 45-52.

Rodríguez-Hernández, P.J., Betancort, M., Ramírez-Santana, G.M., García, R., Sanz-Alvarez, E.J. y De las Cuevas-Castresana, C. (2014). Puntos de corte de la versión española del Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ). *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3, 23-29.

Roos, S., Salmivalli, C. y Hodges, E. V. E. (2015). Emotion Regulation and Negative Emotionality Moderate the Effects of Moral (Dis)Engagement on Aggression. *Merrill-Palmer Quarterly: Journal of Developmental Psychology*, 61(1), 30-50.

Rubio, A. (2016). *Consumo de alcohol en contextos de desarrollo en la adolescencia*. Tesis Doctoral. Universidad de Huelva.

Rubio-Rodríguez, G.A., Hernandez, L. y Varón, N. (2019). Validación de un cuestionario para evaluar valores personales y sociales en jóvenes deportistas. *Retos*, 36, 152-158.

Ruiz, M., Santibáñez, R. y Laespada, M.T. (2020). Acoso escolar. Adolescentes víctimas y agresores. La implicación en ciclos de violencia. Bórdón: *Revista de Pedagogía*, 72(1), 117-132. DOI: 10.13042/Bordon.2020.71909

Salas-Blas, E., Copez-Lonzoy, A. y Merino-Soto, C. (2020). ¿Realmente es demasiado corto? Versión breve del cuestionario de adicción a redes sociales (ars-6). *Health and Addictions*, 20(2), 105-118.

Salmivalli, C. (2014). Participant Roles in Bullying: How Can Peer Bystanders Be Utilized in Interventions? *Theory Into Practice*, 53(4), 286-292.

- Sanchagrin, K., Heimer, K. y Paik, A. (2017). Adolescent Delinquency, Drinking, and Smoking: Does the Gender of Friends Matter? *Youth & Society*, 49(6), 805-826.
- Sánchez-Gómez, M., Oliver, A., Adelantado-Renau, M. y Bresó, E. (2020). Inteligencia emocional y ansiedad en adolescentes: una propuesta práctica en el aula. *Quaderns digital.net*, 91, 74-89
- Sánchez-Queija, I., García-Moya, I. y Moreno, C. (2017). Trend Analysis of Bullying Victimization Prevalence in Spanish Adolescent Youth at School. *Journal of School Health*, 87(6), 457-464.
- Sánchez, P. y Cohen, D. S. (2020). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Adolescere. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 8(1), 16-27.
- Sanders, J., Munford, R., Thimasarn-Anwar, T. y Liebenberg, L. (2017). Validation of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) on a Sample of At-Risk New Zealand Youth. *Research on Social Work Practice*, 27(7), 827-840.
- Savi, F. y Tagay, Ö. (2017). The Mediating Role of Self-Esteem: The Effects of Social Support and Subjective Well-Being on Adolescents' Risky Behaviors. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 17(3), 859-876.
- Shogren, K. A., Lee, J. y Panko, P. (2017). An Examination of the Relationship between Postschool Outcomes and Autonomy, Psychological Empowerment, and Self-Realization. *Journal of Special Education*, 51(2), 115-124.

- Shogren, K. A., Wehmeyer, M., L., Little, T. D., Forber-Pratt, A. J., Palmer, S. B. y Seo, H. (2017). Preliminary Validity and Reliability of Scores on the "Self-Determination Inventory": Student Report Version. *Career Development and Transition for Exceptional Individuals*, 40(2), 92-103.
- Skiba, R. J., Chung, G-C., Trachok, M., Baker, T. L., Sheya, A. y Hughes, R. L. (2014). Parsing Disciplinary Disproportionality: Contributions of Infraction, Student, and School Characteristics to Out-of-School Suspension and Expulsion. *American Educational Research Journal*, 51(4), 640-670.
- Smith, A. R., Chein, J. y Steinberg, L. (2014). Peers Increase Adolescent Risk Taking Even When the Probabilities of Negative Outcomes Are Known. *Developmental Psychology*, 50(5), 1564-1568.
- So, R., Makino, K., Fujiwara, M., Hirota, T., Ohcho, K., Ikeda, S., Tsubouchi, S. e Inagaki, M. (2017). The Prevalence of Internet Addiction among a Japanese Adolescent Psychiatric Clinic Sample with Autism Spectrum Disorder And/or Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(7), 2217-2224.
- Solomontos-Kountouri, O., Tsagkaridis, K., Gradinger, P. y Strohmeier, D. (2017). Academic, Socio-Emotional and Demographic Characteristics of Adolescents Involved in Traditional Bullying, Cyberbullying, or Both: Looking at Variables and Persons. *International Journal of Developmental Science*, 11(1-2), 19-30.
- Sosa, A. L., Andino, V. J. y Rosales, K. D. (2014). *Bullying, como exclusión social en adolescentes de séptimo grado, generador de inapropiadas relaciones*

familiares. Casos: Centro escolar República de Colombia (San Salvador, 2014). Tesis Doctoral. Universidad de El Salvador.

Sosu, E. M. y Schmidt, P. (2017). Tracking Emotional and Behavioral Changes in Childhood: Does the Strength and Difficulties Questionnaire Measure the Same Constructs across Time? *Journal of Psychoeducational Assessment*, 35(7), 643-656.

Stefanek, E., Strohmeier, D. y Yanagida, T. (2017). Depression in Groups of Bullies and Victims: Evidence for the Differential Importance of Peer Status, Reciprocal Friends, School Liking, Academic Self-Efficacy, School Motivation and Academic Achievement. *International Journal of Developmental Science*, 11(1-2), 31-43.

Stetsenko, A. (2017). Putting the Radical Notion of Equality in the Service of Disrupting Inequality in Education: Research Findings and Conceptual Advances on the Infinity of Human Potential. *Review of Research in Education*, 41(1), 112-135.

Stone, L. B., Silk, J. S., Oppenheimer, C. W., Benoit, K., Waller, J. M. y Dahl, R. E. (2017). Linking Maternal Socialization of Emotion Regulation to Adolescents' Co-Rumination with Peers. *Journal of Early Adolescence*, 37(9), 1341-1355.

Stormont, M. A., Thompson, A. M., Herman, K. C. y Reinke, W. M. (2017). The Social and Emotional Dimensions of a Single Item Overall School Readiness Screener and Its Relation to Academic Outcomes. *Assessment for Effective Intervention*, 42(2), 67-76.

Suárez, M. A. y Alcalá, M. (2014). APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista médica la Paz*, 20(1), 53-57.

- Suldo, S. M., Gelley, C. D., Roth, R. A. y Bateman, L. P. (2015). Influence of Peer Social Experiences on Positive and Negative Indicators of Mental Health among High School Students. *Psychology in the Schools, 52*(5), 431-446.
- Suldo, S. M., McMahan, M. M., Chappel, A. M. y Bateman, L. P. (2014). Evaluation of the Teacher-Student Relationship Inventory in American High School Students. *Journal of Psychoeducational Assessment, 32*(1), 3-14.
- Tatlow-Golden, M. y Guerin, S. (2017). Who I Am: The Meaning of Early Adolescents' Most Valued Activities and Relationships, and Implications for Self-Concept Research. *Journal of Early Adolescence, 37*(2), 236-266.
- Telef, B. B. y Furlong, M. J. (2017). Adaptation and Validation of the Social and Emotional Health Survey-Secondary into Turkish Culture. *International Journal of School & Educational Psychology, 5*(4), 255-265.
- Tejada, J., Serrano, J., Rubio, C., y Cebrián, D. (2015). *El proceso de construcción y validación de los instrumentos de recogida de información sobre el Prácticum y su evaluación a través de herramientas tecnológicas*. XIII Symposium Internacional sobre el Prácticum y las Prácticas externas. Poio, España.
- Thompson, J. R., Wehmeyer, M. L., Hughes, C., Shogren, K. A., Palmer, S. B. y See, H. (2014). The Supports Intensity Scale-Children's Version: Preliminary Reliability and Validity. *Grantee Submission, Inclusion, 2*(2), 140-149.
- Torcasso, G. y Hilt, L. M. (2017). Suicide Prevention among High School Students: Evaluation of a Nonrandomized Trial of a Multi-Stage Suicide Screening Program. *Child & Youth Care Forum, 46*(1), 35-49.

- Travis, J. E. y Scott, J. A. (2017). Free Speech and Slurs: Rights vs. Respect. *College Student Journal*, 51(2), 291-297.
- Trudeau, K. J., Black, R. A., Kamon, J. L. y Sussman, S. (2017). A Randomized Controlled Trial of an Online Relapse Prevention Program for Adolescents in Substance Abuse Treatment. *Child & Youth Care Forum*, 46(3), 437-454.
- Ttofi, M. M., Bowes, L., Farrington, D. P. y Lösel, F. (2014). Protective Factors Interrupting the Continuity from School Bullying to Later Internalizing and Externalizing Problems: A Systematic Review of prospective Longitudinal Studies. *Journal of School Violence*, 13(1), 5-38.
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Lösel, F., Crago, R. V. y Theodorakis, N. (2016). School Bullying and Drug Use Later in Life: A Meta-Analytic Investigation. *School Psychology Quarterly*, 31(1), 8-27.
- Tuters, S. y Portelli, J. (2017). Ontario School Principals and Diversity: Are They Prepared to Lead for Equity? *International Journal of Educational Management*, 31(5), 598-611.
- Valdés, A. A. y Carlos, E. A. (2014). Relación entre el autoconcepto social, el clima familiar y el clima escolar con el bullying en estudiantes de secundaria. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), 447-457.
- Valencia-Ortiz, R., Cabero-Almenara, J., Garay, U. y Fernández, B. (2021). Problemática de estudio e investigación de la adicción a las redes sociales online en jóvenes y adolescentes. *Tecnología, Ciencia y Educación*, 18, 99-125.

- Valois, R. F., Zullig, K. J. y Revels, A. A. (2017). Aggressive and Violent Behavior and Emotional Self-Efficacy: Is There a Relationship for Adolescents? *Journal of School Health, 87*(4), 269-277.
- Van Lissa, C. J., Hawk, S. T., Koot, H. M., Branje, S. y Meeus, W. H. J. (2017). The Cost of Empathy: Parent-Adolescent Conflict Predicts Emotion Dysregulation for Highly Empathic Youth. *Developmental Psychology, 53*(9), 1722-1737.
- Vela, J. C., Lerma, E. e Ikonomopoulos, J. (2017). Evaluation of the Life Satisfaction and Subjective Happiness Scales with Mexican American High School and College Students. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 39*(1), 34-45.
- Vicente-Escudero, J.L., Saura-Garre, P., López-Soler, C., Martínez, A. y Alcántara, M. (2019). Adicción al móvil e internet en adolescentes y su relación con problemas psicopatológicos y variables protectoras. *Escritos de Psicología, 12*(2), 103-112
- Vivas, M.D. (2017). *Gamificación aplicada a la docencia online de Cimentaciones en Estructuras de Edificación* (Tesis Doctoral). Universidad Europea.
- Walker, H. M. y Gresham, F. M. (2013). *Handbook of evidence-based practices for emotional and behavioral disorders: Applications in schools*. Guilford Publications.
- Walker, H.M. y Severson, H.H. (1992). *Systematic Screening for Behavior Disorders (SSBD)*. Second Edition. Longmont: Sopris West.
- Xavier, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. y Dinis, A. (2017). Longitudinal Pathways for the Maintenance of Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence: The

Pernicious Blend of Depressive Symptoms and Self-Criticism. *Child & Youth Care Forum*, 46(6), 841-856.

Zanatta, T. y Castellá, J. (2015). Translation and adaptation of software for the identification of maltreatment in children and adolescents. Psicoperspectivas. *Individuo y sociedad*, 14(1), 42-54.

Zullig, K. J. y Valois, R. F. (2016). Perceptions of Harm from Substance Use and Social Self-Efficacy among Early Adolescents. *Journal of Drug Education*, 46(3-4), 96-112.

Zullig, K. J., Teoli, D. A. y Valois, R. F. (2014). Emotional Self-Efficacy and Alcohol and Tobacco Use in Adolescents. *Journal of Drug Education*, 44(1-2), 51-66.

Anexos



DOCUMENTO DE CONFIDENCIALIDAD Y DECLARACIÓN RESPONSABLE

Doña Inmaculada Ávalos Ruiz con D.N.I. nº 15454427Z como doctoranda del Programa de Doctorado en Ciencias de la Educación y como autora de la Tesis Doctoral en desarrollo titulada "Elaboración y validación de un instrumento de tamizaje para la evaluación y el diagnóstico de menores en riesgo de exclusión social"

DECLARO:

Que conozco mi obligación de respetar en todo momento la confidencialidad de todos los datos de carácter personal sobre el alumnado al que tenga acceso, sus familias, el profesorado y el Centro educativo en los que se desarrolla la investigación.

Que me comprometo a tratar los datos del alumnado que vayan a intervenir en esta investigación, sus familias, su profesorado y su Centro educativo, con la garantía y el cuidado que estipula la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, Ley 15/99 de 13 de diciembre guardando su estricto anonimato, confidencialidad y su no acceso a terceros no autorizados. Este compromiso implica que todos los datos serán tratados de forma anónima de manera que no pueda identificarse nunca su procedencia. Esto afecta al alumnado, familias, profesorado y Centro educativo participante.

De otra parte don Manuel Fernández Cruz con D.N.I. nº 24159942Y como director de la Tesis Doctoral y como tutor de la doctoranda, refrenda y suscribe este documento de confidencialidad declarando que son fidedignos los datos en él consignados y se compromete a actuar respetando y haciendo respetar la confidencialidad, el anonimato de los participantes y la protección de datos.

Lo que firmamos a los efectos oportunos en Granada a 26 de noviembre de 2020.

Firmado por AVALOS RUIZ
INMACULADA - 15454427Z el día
27/11/2020 con un certificado
emitido por AC FNMT Usuarios

Firmado por FERNANDEZ CRUZ MANUEL -
24159942Y el día 27/11/2020 con un
certificado emitido por AC FNMT Usuarios

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE
(EN SU CASO, PADRE/MADRE/TUTOR)**

(Los artículos se refieren a la Ley de Investigación Biomédica, BOE 4 de julio de 2007)

A) DATOS OBLIGATORIOS

1. Datos del investigador responsable del proyecto (art. 15.2. L.I.B.).

1.1. Nombre y apellidos: Inmaculada Ávalos Ruiz

1.2. D.N.I: 15454427Z

1.3. Centro, teléfono, correo electrónico: Departamento de Didáctica y Organización Escolar, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Granada. Correo de contacto: inmaavalos@ugr.es

2. Datos sobre el proyecto (art. 15.2. L.I.B.).

2.1. Título y fuente de financiación del proyecto: Elaboración y validación de un instrumento de tamizaje para la evaluación y el diagnóstico de menores en riesgo de exclusión social. Proyecto financiado por el por el Programa de Formación de Profesorado Universitario, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, siendo la referencia de la ayuda FPU16/06326.

2.2. Naturaleza, importancia y beneficios que se esperan en el proyecto: La investigación pretende validar un instrumento que permita al profesorado de Educación Secundaria Obligatoria y Formación Profesional Básica conocer si algún alumno o alumna se encuentran en posible situación de riesgo de exclusión social. Si la validación del instrumento es favorable, se espera que sea una herramienta que permita facilitar a aquellos adolescentes que se encuentren en riesgo de exclusión la ayuda especializada que necesiten para minimizar los factores de riesgo.

2.3. Las implicaciones y riesgos, si los hubiese, de la investigación que se pretende realizar: Participar en la investigación no supone ningún riesgo para los participantes. Al contrario, permite tener un diagnóstico completo del adolescente de su situación ante factores de adaptación social, que facilitará su orientación y tutoría en el presente curso académico.

2.4. Uso potencial de los resultados de la investigación en el futuro, incluido el comercial: Los datos se utilizarán para fines de investigación y, cuando sean publicados, se hará garantizando el anonimato de los participantes.

3. Medidas para asegurar una compensación adecuada si sufre algún daño o molestia causada por la investigación (art. 15.2 y art. 18. L.I.B.):

B) OTROS DATOS (incluya cualquier otra información que considere necesaria para la correcta información del participante).

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

(EN SU CASO, PADRE/MADRE/TUTOR)

(Los artículos se refieren a la Ley de Investigación Biomédica, BOE 4 de julio de 2007)

D./Dña
con D.N.I. nº y fecha de nacimiento/...../..... como
padre/madre/tutor/tutora de

Declaro que:

1. He leído (o me han leído) la hoja de información al participante en el proyecto
Elaboración y validación de un instrumento de tamizaje para la evaluación y el diagnóstico
de menores en riesgo de exclusión social.

**2. He comprendido la investigación que se va a realizar con la participación de mi
hijo/a y he tenido la oportunidad de resolver cualquier duda al respecto.**

3. Así mismo, se me ha informado de que:

- Se hace constar que el participante manifiesta expresamente decir la verdad en sus respuestas para garantizar los datos reales que se le solicitan (art. 23.1. L.I.B.).
- Tengo derecho a no otorgar mi consentimiento a que mi hijo/a participe y a revocarlo en cualquier momento del estudio (art. 4.3. L.I.B.).
- La falta de consentimiento a iniciar el estudio o su revocación una vez iniciado no le supondrá a mi hijo/a perjuicio alguno (en cualquier otro derecho) o discriminación (art. 4.4 y 6. L.I.B.).
- Seré informado, si así lo deseo, de los datos que se obtengan durante la investigación (art. 4.5 y 27.2. L.I.B.) y de la forma de obtener dicha información (art. 15.2. L.I.B.).
- Tengo derecho a decidir que no se me comuniquen los datos de la investigación (con las excepciones legales pertinentes) (art. 4.5. L.I.B.).
- Los datos que se obtengan con la participación de mi hijo/a en la investigación son anónimos y si al publicarlos hay que mencionar su nombre será precisa mi autorización (art. 15.2. L.I.B.).

(Los datos recogidos en esta investigación serán anónimos y su uso se regirá por lo recogido en la legislación vigente en relación a la Protección de Datos de Carácter Personal. Los datos personales del participante serán tratados conforme a los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, pudiendo ejecutar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, poniéndose en contacto con el investigador principal según los datos incluidos en el documento de información al participante).

4. Acepto voluntariamente que mi hijo/a participe en el proyecto arriba mencionado.

Firma del padre/madre/tutor/tutora

Lugar y fecha



COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION
DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

La Comisión de Ética en Investigación de la Universidad de Granada, visto el informe preceptivo emitido por la Presidenta del Comité en Investigación Humana, tras la valoración colegiada del Comité en sesión plenaria, en el que se hace constar que la investigación propuesta respeta los principios establecidos en la legislación internacional y nacional en el ámbito de la biomedicina, la biotecnología y la bioética, así como los derechos derivados de la protección de datos de carácter personal,

Emite un Informe Favorable en relación a la investigación titulada: 'ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE TAMIZAJE PARA LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DE MENORES EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL' que dirige D./Dña. INMACULADA ÁVALOS RUIZ, con NIF 15.454.427-Z, quedando registrada con el nº: 1946/CEIH/2021.

Granada, a 18 de Enero de 2021.

HERRERA
VIEDMA
ENRIQUE -
26478489S

Firmado digitalmente
por HERRERA VIEDMA
ENRIQUE - 26478489S
Fecha: 2021.01.20
09:49:25 +01'00'

EL PRESIDENTE
Fdo: Enrique Herrera Viedma

EL SECRETARIO
Fdo: Francisco Javier O'Valle Ravassa

Anexo 2. Ejemplos de informes de evaluación del riesgo de exclusión social enviados al centro donde se realizó el estudio para la validez de contenido

DIAGNÓSTICO DEL RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

INFORME DE RESULTADOS

PARTICIPANTE N°: 07

Fecha de diagnóstico: 14/06/2021

Relación de pruebas administradas: ADITEC

AVE

APGAR

MESI

CUVINO

ETS

PAI-A

Motivo de la evaluación:

El presente informe surge tras la aplicación de distintos instrumentos de diagnóstico. Por cada uno de los instrumentos se ofrece información sobre los resultados obtenidos por el/la participante. En caso de que no se hayan obtenidos unos resultados que indiquen situación de riesgo solamente se indica la ausencia del mismo. En caso de que sí se haya obtenido una puntuación que indique riesgo en algunas escalas o subescalas del instrumento aplicado se detalla la información correspondiente

Contexto de evaluación:

El diagnóstico se ha realizado en el marco de la aplicación piloto de un instrumento de cribado escolar sobre el riesgo de exclusión social en adolescentes junto a una amplia batería de pruebas estandarizadas que miden distintos factores de riesgo. Los informes de resultados se realizan para uso exclusivo del Centro educativo que ha autorizado la evaluación diagnóstica. La evaluación realizada ha sido autorizada por el Comité de Ética de la Universidad de Granada con fecha 18 de enero de 2021.

ADITEC. ADICCIÓN A LAS TECNOLOGÍAS

Este instrumento se divide en 3 cuestionarios destinados a detectar adicción al móvil, a Internet o a los videojuegos. Se desglosan a continuación los resultados de cada uno de ellos

ADITEC-M. Adicción al móvil.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo	Adicción
	X		

No presenta riesgo de adicción al teléfono móvil, ni en la puntuación general ni en ninguna de las escalas de las que se compone el instrumento.

ADITEC-I. Adicción a Internet.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo	Adicción
	X		

No presenta riesgo de adicción a Internet, ni en la puntuación general ni en ninguna de las escalas de las que se compone el instrumento.

ADITEC-V. Adicción a los videojuegos.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo	Adicción
	X		

No presenta riesgo de adicción a los videojuegos, ni en la puntuación general ni en ninguna de las escalas de las que se compone el instrumento.

AVE. ACOSO Y VIOLENCIA ESCOLAR

Es cuestionario ofrece información sobre si se está dando o no una situación de acoso escolar, además de comprobar si existen daños clínicos derivados de la misma.

En caso de que se dé una situación de acoso, se detallarán los resultados de las escalas correspondientes, del mismo modo que si existe algún daño clínico.

Nivel de riesgo:	Acoso sin constatar	Acoso constatado	Acoso bien constatado	Acoso muy constatado
	X			

No existe acoso ni daños clínicos.

Se informa de muy poco rigor en las respuestas.

APGAR FAMILIAR

Es un instrumento cuyo nombre deriva de los aspectos que evalúa: Adaptabilidad, Participación, Gradiente de crecimientos, Afecto y Resolución. Los resultados sitúan a la persona que lo ha rellenado en un tipo de familia, pero no ofrece unos resultados más detallados al respecto.

Nivel de riesgo:	Familia normofuncional	Familia disfuncional leve	Familia disfuncional grave
	X		

La puntuación obtenida indica que pertenece a una familia normofuncional, por tanto, este aspecto no supone un factor de riesgo.

MESI. MATRIZ DE EXCLUSIÓN SOCIAL INFANTIL

Con este instrumento se puede detectar si existe riesgo de exclusión social en función de los parámetros *Recursos* y *Calidad de vida*, obteniendo un resultado general.

Nivel de riesgo:	No existe riesgo	Existe riesgo
	X	

No presenta riesgo en cuanto a recursos y a calidad de vida.

CUVINO. CUESTIONARIO DE VIOLENCIA ENTRE NOVIOS

Para poder analizar las respuestas de este cuestionario es imprescindible que el/la participante tenga o haya tenido una relación de, al menos, un mes de duración. En caso contrario, no se podrán analizar las respuestas. Este instrumento nos permite indagar en si la relación que se mantiene es una relación que sitúa a la persona que responde ante el riesgo de sufrir violencia en la relación de pareja.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo

Nunca ha tenido una relación, no la tiene en este momento o lleva muy poco tiempo con su pareja, por lo que no es posible evaluar este aspecto.

ETS. CUESTIONARIO SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

VIH/SIDA

A través de este cuestionario se puede conocer el nivel de conocimiento que tiene la persona que responde a las ETS y el SIDA. Además, se indaga sobre si sus actitudes o comportamientos sexuales pueden suponer un riesgo y sobre otros factores que pudieran ser determinantes en este sentido.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto
	X		

No presenta riesgo, aunque tiene un bajo nivel de conocimientos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual.

PAI-A. INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES

Este instrumento consta de distintas escalas y subescalas para evaluar la personalidad de los adolescentes. Dado que cada una de las escalas obtiene una puntuación individualizada, se presenta cada una de ellas con la explicación de lo que

mide, los niveles de riesgo con la interpretación de los resultados y, en caso de ser necesario, la información que aportan las subescalas.

Escalas de validez.

Estas escalas permiten saber si los resultados demuestran de forma precisa las experiencias de la persona evaluada:

- Inconsistencia

Refleja la coherencia con la que se ha respondido a los ítems de contenidos similares situados en diferentes posiciones del cuestionario.

Nivel de riesgo:	Ha contestado de forma consistente	Ha contestado de forma inconsistente	No ha prestado atención o no ha comprendido los ítems
	X		

Ha contestado de forma consistente.

- Infrecuencia

Identifica a personas que han respondido al cuestionario de forma anormal debido a descuido, confusión, problemas de comprensión lectora, falta de atención o respuesta al azar.

Nivel de riesgo:	Ha prestado atención	Algunas respuestas son poco frecuentes	No ha prestado atención
	X		

Ha prestado la atención adecuada al contenido de los ítems.

- Impresión negativa

La escala se compone de ítems que indican síntomas improbables y extremadamente raros y que reflejan una imagen muy desfavorable de la persona evaluada.

Nivel de riesgo:	Baja distorsión negativa	Exageración de quejas y problemas	Imagen especialmente negativa
	X		

Es una persona tranquila, optimista y eficaz a la hora de enfrentarse al estrés.

- Impresión positiva

Esta escala evalúa la tendencia de la persona que responde a mostrarse de una forma especialmente positiva.

Nivel de riesgo:	Baja distorsión positiva	Pretende mostrarse libre de defectos	Intento de mostrarse totalmente libre de defectos
	X		

No ha pretendido dar una impresión particularmente favorable o positiva.

Escalas clínicas.

- Quejas somáticas

Refleja el grado de preocupación y el temor a padecer problemas relacionados con la salud y el deterioro y también el grado de malestar derivado de los síntomas somáticos que presenta.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Ansiedad

Evalúa tres componentes de la ansiedad (cognitivo, emocional y fisiológico), incluyendo ítems que abarcan la preocupación constante, los sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión y las señales físicas de tensión y estrés. El componente comportamental se refleja en la escala *Trastornos relacionados con la ansiedad*.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Trastornos relacionados con la ansiedad

Evalúa las características centrales de varios trastornos relacionados con la ansiedad. Ante una puntuación elevada en la escala *Ansiedad*, esta puede servir como indicador específico del trastorno en cuestión.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Depresión

Evalúa las principales características clínicas comunes al síndrome depresivo, incluyendo el pesimismo y las expectativas negativas, los sentimientos subjetivos de tristeza y apatía y los síntomas físicos tales como la falta de energía o las alteraciones del sueño o del apetito, cubriendo las tres expresiones del síndrome depresivo (cognitiva, emocional y fisiológica).

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Manía

Evalúa características de las manifestaciones clínicas de la manía e hipomanía contemplando la elevación del estado de ánimo, expansividad, grandiosidad e hiperactividad, además de irritabilidad e impaciencia.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Paranoia

La escala se centra en aspectos como la hipervigilancia y la búsqueda de posibles amenazas potenciales en el entorno, la tendencia al resentimiento y al rencor y la predisposición para detectar injusticias por parte de los otros.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Esquizofrenia

Se evalúan las creencias y percepciones inusuales, una limitada competencia social y un desinterés por las relaciones sociales, además de ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Rasgos límites

Esta escala evalúa diversos elementos y síntomas asociados a la presencia de un trastorno grave de la personalidad. Se contempla un escaso control de las emociones y de la ira, confusión en relación con su identidad y con sus valores, relaciones intensas con los demás e impulsividad que puede desembocar en conductas autodestructivas.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Rasgos antisociales

Ofrece una evaluación de las características de personalidad y los comportamientos relevantes de la personalidad antisocial y de la psicopatía. Los ítems evalúan, por una parte, rasgos de personalidad como egocentrismo, crueldad y explotación de sus relaciones en beneficio propio y, por otra, indicadores comportamentales caracterizados por conductas antisociales.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Problemas con alcohol

La escala evalúa distintas conductas y consecuencias relacionadas con el consumo, el abuso y la dependencia del alcohol.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Problemas con drogas

La escala evalúa distintas conductas y consecuencias relacionadas con el consumo, el abuso y la dependencia de drogas.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

Escalas relativas al tratamiento.

- Agresión

Evalúa conductas y actitudes relacionadas con la agresividad, la ira y la hostilidad.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Ideaciones suicidas

Esta escala evalúa la presencia de pensamientos e ideas relacionadas con la muerte y el suicidio. El contenido de los ítems va desde pensamientos generales y vagos sobre la muerte y el suicidio hasta planes concretos y claros de actos autolíticos.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Estrés

Evaluación de los estresores vitales que el adolescente experimenta en la actualidad o que ha experimentado recientemente. Se evalúa la previsibilidad, organización y estructura del entorno del adolescente, pudiendo reflejar desde un contexto bastante predecible y estable hasta un ambiente extremadamente cambiante y muy estresante.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Falta de apoyo social

Evaluación del apoyo social percibido, sondeando tanto la disponibilidad como la calidad de las relaciones sociales del adolescente.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Rechazo al tratamiento

La escala evalúa cuál es la actitud del adolescente hacia la necesidad de llevar a cabo cambios personales de naturaleza psicológica o emocional.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo alto	Riesgo extremo
			X

Admite pocas dificultades o problemas en sí mismo y no desea cambiar su situación. No buscará ayuda por iniciativa propia y puede que se resista a intervenciones.

Escalas de relaciones interpersonales.

Estas escalas evalúan el estilo interpersonal de los adolescentes a través de escalas bipolares, lo cual sitúa al adolescente en una situación de riesgo tanto si obtiene una puntuación muy elevada como muy baja.

- Dominancia

Evaluación del grado en el que un adolescente es controlador, autónomo o sumiso en sus relaciones interpersonales, resultando en una escala bipolar cuyos dos polos son la dominancia y la sumisión.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo alto	Riesgo extremo
		X	

Tiende a ser una persona modesta y tímida, a cohibirse en las relaciones sociales y a carecer de habilidades para imponerse cuando es necesario. Puede sentirse incómodo al ser el centro de atención.

- Afabilidad

Medida del grado en el que un adolescente es cordial, empático y se interesa por sus relaciones. Se evalúan aspectos como la sociabilidad, la solidaridad, el afecto y la paciencia en las relaciones con otras personas.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X		

Firmado:

Inmaculada Ávalos Ruiz

Graduada en Educación Social

Doctoranda del Programa de Doctorado en CC de la Educación de UGR

Contratada predoctoral UGR

DIAGNÓSTICO DEL RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

INFORME DE RESULTADOS

PARTICIPANTE N°: 17

Fecha de diagnóstico: 14/06/2021

Relación de pruebas administradas: ADITEC

AVE

APGAR

MESI

CUVINO

ETS

PAI-A

Motivo de la evaluación:

El presente informe surge tras la aplicación de distintos instrumentos de diagnóstico. Por cada uno de los instrumentos se ofrece información sobre los resultados obtenidos por el/la participante. En caso de que no se hayan obtenidos unos resultados que indiquen situación de riesgo solamente se indica la ausencia del mismo. En caso de que sí se haya obtenido una puntuación que indique riesgo en algunas escalas o subescalas del instrumento aplicado se detalla la información correspondiente

Contexto de evaluación:

El diagnóstico se ha realizado en el marco de la aplicación piloto de un instrumento de cribado escolar sobre el riesgo de exclusión social en adolescentes junto a una amplia batería de pruebas estandarizadas que miden distintos factores de riesgo. Los informes de resultados se realizan para uso exclusivo del Centro educativo que ha autorizado la evaluación diagnóstica. La evaluación realizada ha sido autorizada por el Comité de Ética de la Universidad de Granada con fecha 18 de enero de 2021.

ADITEC. ADICCIÓN A LAS TECNOLOGÍAS

Este instrumento se divide en 3 cuestionarios destinados a detectar adicción al móvil, a Internet o a los videojuegos. Se desglosan a continuación los resultados de cada uno de ellos.

ADITEC-M. Adicción al móvil.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo	Adicción
		X	

La puntuación obtenida señala que existen indicios de una dependencia al móvil. A continuación, se detallan los resultados de las distintas escalas en las que ha obtenido puntuaciones elevadas:

- *Abuso*: Independientemente del gasto, utiliza el móvil más de lo que debería, tanto en tiempo como en número de aplicaciones. Es probable que se le haya llamado la atención por ello. Se recomienda limitar el tiempo y la frecuencia de uso, así como entrenar alternativas de comunicación que, además, ayuden a superar los estados emocionales negativos.

ADITEC-I. Adicción a Internet.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo	Adicción
			X

La puntuación general obtenida indica que hay una posible adicción a Internet y a las redes sociales, por lo que se recomienda un asesoramiento especializado. A continuación, se detallan los resultados de las distintas escalas:

- *Abuso*: Pasa demasiado tiempo en las redes sociales y es consciente de que debería reducirlo. Igualmente, las utiliza en situaciones que pueden no ser adecuadas para ello. Se recomienda llevar un control de accesos, del tiempo empleado y de las acciones que se realizan.
- *Abstinencia*: Sufre malestar cuando no puede conectarse a Internet y acceder a las redes sociales, o mucha necesidad si hace tiempo que no lo ha hecho. Este malestar es más intenso que la incomodidad que siente cualquier persona

acostumbrada a las redes sociales cuando no puede usarlas. Se recomienda el entrenamiento de estrategias de control de la ansiedad y el fomento de actividades alternativas que le distraigan de la necesidad de conexión.

- *Perturbación y ausencia de control*: Está teniendo problemas con familiares o amigos por el uso de Internet para acceder a las redes sociales, que además interfiere con sus actividades cotidianas o con obligaciones. Reconoce que es incapaz de dejar de usar de hacerlo. Se recomienda un control externo del uso y el entrenamiento de habilidades interpersonales en un entorno no virtual, así como el entrenamiento de técnicas de autocontrol.
- *Escape*: El uso que hace de Internet y las redes sociales no es únicamente para establecer contacto con otras personas, sino para huir o evitar situaciones y momentos desagradables. Se recomienda analizar las estrategias de afrontamiento de que dispone, así como la búsqueda de actividades alternativas que impidan la conexión a Internet y ayuden a superar los estados emocionales negativos.

ADITEC-V. Adicción a los videojuegos.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo	Adicción
	X		

No presenta riesgo de adicción a los videojuegos, ni en la puntuación general ni en ninguna de las escalas de las que se compone el instrumento.

AVE. ACOSO Y VIOLENCIA ESCOLAR

Es cuestionario ofrece información sobre si se está dando o no una situación de acoso escolar, además de comprobar si existen daños clínicos derivados de la misma. En caso de que se dé una situación de acoso, se detallarán los resultados de las escalas correspondientes, del mismo modo que si existe algún daño clínico.

Nivel de riesgo:	Acoso sin constatar	Acoso constatado	Acoso bien constatado	Acoso muy constatado
				X

Alto riesgo. Sufre acoso muy constatado y presenta daños clínicos. Presenta puntuaciones elevadas en los siguientes factores:

- *Hostigamiento*: Acciones de hostigamiento y acoso psicológico que se manifiestan mediante desprecio y falta de respeto. Indicadores: desprecio, odio, ridiculización, burla, menosprecio, motes, crueldad, manifestación gestual del desprecio e imitación burlesca.
- *Intimidación*: Conductas que pretenden amilanar, amedrentar, apocar o consumir emocionalmente a través de la acción intimidatoria. Indicadores: intimidación, amenaza, hostigamiento físico intimidatorio o acoso a la salida.
- *Exclusión*: Conductas de acoso que buscan excluir de la participación al niño acosado a través del "tú no". Indicadores: ningunearlo, tratarlo como si no existiera, aislarlo, impedir su expresión, impedir su participación en juegos, etc. En definitiva, generar un vacío social en su entorno.
- *Agresiones*: Conductas directas de agresión física o psicológica. Violencia más directa contra el niño, aunque no siempre la más lesiva psicológicamente. Indicadores: agresiones físicas, violencia, robo o deterioro de pertenencias, gritos, insultos, reírse de él, etc. Se requiere atención urgente.

Además, presenta puntuaciones extremadamente elevadas en las siguientes escalas clínicas:

- *Ansiedad*: La situación le genera altos niveles de ansiedad que pueden interferir en el rendimiento escolar.
- *Estrés postraumático*: Puede darse al mismo tiempo que se sufre el acoso o tiempo después. Se revive una y otra vez la situación traumática a través de pensamientos, imágenes o emociones, especialmente durante el sueño. Puede desarrollar una sensación de peligro inminente, inquietud o nerviosismo, que pueden hacer que tenga reacciones exageradas ante estímulos ambientales como ruidos fuertes o una puerta que se cierra de repente. Se genera irritabilidad, que se suele proyectar contra la familia, e hipervigilancia, que se manifiesta a través de una enorme desconfianza y suspicacia hacia las intenciones de los demás.
- *Distimia*: Alerta sobre posibles trastornos futuros. Sentimiento de tristeza constante y llanto fácil, desinterés por sus juegos preferidos y por el colegio, distanciamiento de amigos y familiares, comunicación deficitaria y escasa, se aburren y se cansan con facilidad de todo, menos energía o concentración, irritables o muy sensibles ante pequeñas frustraciones (rabietas), alta sensibilidad ante el rechazo o el fracaso, baja autoestima, finales tristes en sus relatos (elaboración de cuentos), agresividad, quejas constantes sobre dolores

de cabeza o estómago, duerme y come demasiado o muy poco, posibilidad de regresiones, posibles conversaciones sobre suicidio o escaparse de casa.

- *Disminución de la autoestima*: Aceptación del mensaje recibido por el acoso enfocado a una valoración propia baja y autorrechazo. Juicios de valor negativos hacia sí mismo y sus características. Pérdida de la asertividad por no poder defender aquello que no valora. Muy importante no culpabilizarle para no aumentar la bajada de autoestima.
- *Flashbacks*: Indica los primeros síntomas de un cuadro de estrés postraumático. Sufre la invasión de imágenes, sensaciones o recuerdos no deseados que le hacen sufrir, tanto en vigilia como durante el sueño. Puede darse la disociación para protegerse del sufrimiento o miedo padecidos.
- *Somatización*: Aparición de síntomas psicósomáticos para evitar ir al colegio, donde se encuentra indefenso.
- *Autoimagen negativa*: Las humillaciones, vejaciones y acusaciones sistemáticas provocan cambios en la percepción de uno mismo. Asume que es merecedor del acoso y profundiza en la indefensión. Imposibilita la asertividad al no poder defenderse, ya que cree que es responsable del acoso. Puede llegar a identificarse con las características negativas que se le imputan, que pueden acompañarle de por vida en los casos en los que se da victimización.
- *Autodesprecio*: Actitud de desprecio u odio hacia sí mismo que suele señalar posibles conductas autolíticas. Es un indicador de los casos más graves y con mayor riesgo de suicidio.

APGAR FAMILIAR

Es un instrumento cuyo nombre deriva de los aspectos que evalúa: Adaptabilidad, Participación, Gradiente de crecimientos, Afecto y Resolución. Los resultados sitúan a la persona que lo ha rellenado en un tipo de familia, pero no ofrece unos resultados más detallados al respecto.

Nivel de riesgo:	Familia normofuncional	Familia disfuncional leve	Familia disfuncional grave
			X

La puntuación obtenida indica que pertenece a una familia disfuncional grave, por tanto, este aspecto supone un factor de riesgo.

MESI. MATRIZ DE EXCLUSIÓN SOCIAL INFANTIL

Con este instrumento se puede detectar si existe riesgo de exclusión social en función de los parámetros *Recursos* y *Calidad de vida*, obteniendo un resultado general.

Nivel de riesgo:	No existe riesgo	Existe riesgo
	X	

No presenta riesgo en cuanto a recursos y a calidad de vida.

CUVINO. CUESTIONARIO DE VIOLENCIA ENTRE NOVIOS

Para poder analizar las respuestas de este cuestionario es imprescindible que el/la participante tenga o haya tenido una relación de, al menos, un mes de duración. En caso contrario, no se podrán analizar las respuestas. Este instrumento nos permite indagar en si la relación que se mantiene es una relación que sitúa a la persona que responde ante el riesgo de sufrir violencia en la relación de pareja.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
		X		

En su relación de pareja se dan algunas situaciones que podrían indicar un riesgo leve de violencia.

ETS. CUESTIONARIO SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. VIH/SIDA

A través de este cuestionario se puede conocer el nivel de conocimiento que tiene la persona que responde a las ETS y el SIDA. Además, se indaga sobre si sus actitudes o comportamientos sexuales pueden suponer un riesgo y sobre otros factores que pudieran ser determinantes en este sentido.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto
		X	

Tiene un nivel de conocimientos bajo sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y, además, manifiesta la presencia de factores que pudieran colocarle en una situación de riesgo.

PAI-A. INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES

Este instrumento consta de distintas escalas y subescalas para evaluar la personalidad de los adolescentes. Dado que cada una de las escalas obtiene una puntuación individualizada, se presenta cada una de ellas con la explicación de lo que mide, los niveles de riesgo con la interpretación de los resultados y, en caso de ser necesario, la información que aportan las subescalas.

Escalas de validez.

Estas escalas permiten saber si los resultados demuestran de forma precisa las experiencias de la persona evaluada:

- Inconsistencia

Refleja la coherencia con la que se ha respondido a los ítems de contenidos similares situados en diferentes posiciones del cuestionario.

Nivel de riesgo:	Ha contestado de forma consistente	Ha contestado de forma inconsistente	No ha prestado atención o no ha comprendido los ítems
	X		

Ha contestado de forma consistente.

- Infrecuencia

Identifica a personas que han respondido al cuestionario de forma anormal debido a descuido, confusión, problemas de comprensión lectora, falta de atención o respuesta al azar.

Nivel de riesgo:	Ha prestado atención	Algunas respuestas son poco frecuentes	No ha prestado atención
	X		

Ha prestado la atención adecuada al contenido de los ítems.

- Impresión negativa

La escala se compone de ítems que indican síntomas improbables y extremadamente raros y que reflejan una imagen muy desfavorable de la persona evaluada.

Nivel de riesgo:	Baja distorsión negativa	Exageración de quejas y problemas	Imagen especialmente negativa
			X

Está proporcionando una imagen especialmente negativa de sí mismo que puede o no ser de manera intencional. Los resultados están distorsionados y debe tenerse en cuenta en la interpretación, ya que ha querido exagerar sus síntomas. Ha tratado de reflejar fielmente sus síntomas y consecuencias.

- Impresión positiva

Esta escala evalúa la tendencia de la persona que responde a mostrarse de una forma especialmente positiva.

Nivel de riesgo:	Baja distorsión positiva	Pretende mostrarse libre de defectos	Intento de mostrarse totalmente libre de defectos
	X		

Clara tendencia a presentarse sin ocultar problemas ni dar una imagen demasiado positiva. Estilo de respuesta franco.

Escalas clínicas.

- Quejas somáticas

Refleja el grado de preocupación y el temor a padecer problemas relacionados con la salud y el deterioro y también el grado de malestar derivado de los síntomas somáticos que presenta.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
			X	

Nivel significativo de preocupaciones sobre su salud y sus problemas físicos, acompañado de ciertas limitaciones en su vida por ellos. Cree que tienen mala salud en comparación con sus iguales y que son más complejos y con tratamiento más difícil. Puede ser percibido como infeliz, insatisfecho y pesimista. Si hay problemas en otras escalas, pensar en la posibilidad de que trate de manipular a su entorno, evitando reprimendas o responsabilidades. Puede presentar disfunciones sensoriales o motoras. Manifiesta síntomas físicos recurrentes y quejas imprecisas de enfermedad o fatiga, que pueden aparecer acompañados de síntomas de depresión o ansiedad. Muestra preocupación por su estado de salud y sus problemas físicos, centrando en ellos sus conversaciones y sus relaciones. Su autoimagen puede estar basada en su creencia de incapacidad derivada de sus problemas de salud.

- Ansiedad

Evalúa tres componentes de la ansiedad (cognitivo, emocional y fisiológico), incluyendo ítems que abarcan la preocupación constante, los sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión y las señales físicas de tensión y estrés. El componente comportamental se refleja en la escala *Trastornos relacionados con la ansiedad*.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
				X

Puntuación poco frecuente incluso en muestras clínicas. Refleja una incapacidad general como consecuencia de la ansiedad. Puede tener una vida muy restringida y

limitada, sin ser capaz de desarrollar ninguna actividad sin que se sienta sobrepasado. Cualquier mínimo estresor puede generar una crisis de ansiedad. La puntuación refleja un trastorno de ansiedad diagnosticable. Puede tener problemas para concentrarse y prestar atención. Es probable que sus compañeros le perciban como alguien que se preocupa en exceso por temas o situaciones que no controla. Siente mucha tensión y tiene dificultades para relajarse. Puede cansarse fácilmente por la alta percepción del estrés. Puede manifestar lo que siente de manera somática a través de mareos, sudoración en las palmas de las manos, etc.

- Trastornos relacionados con la ansiedad

Evalúa las características centrales de varios trastornos relacionados con la ansiedad. Ante una puntuación elevada en la escala *Ansiedad*, esta puede servir como indicador específico del trastorno en cuestión.

	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
Nivel de riesgo:				X

Puntuación poco frecuente incluso en muestras clínicas. Sufre una importante crisis emocional y se enfrenta con constantes pensamientos intrusivos sobre su pasado. Pueden existir patrones desadaptativos dirigidos a controlar la ansiedad que resultan poco eficaces. Puede tener miedos fóbicos que interfieren significativamente en su vida. Tiende a evitar el objeto o situación temida, limitando sus actividades. Puede que haya vivido algún evento traumático que todavía genera malestar y ansiedad, que además le ha transformado.

- Depresión

Evalúa las principales características clínicas comunes al síndrome depresivo, incluyendo el pesimismo y las expectativas negativas, los sentimientos subjetivos de tristeza y apatía y los síntomas físicos tales como la falta de energía o las alteraciones del sueño o del apetito, cubriendo las tres expresiones del síndrome depresivo (cognitiva, emocional y fisiológica).

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
				X

Su puntuación es poco frecuente incluso en muestras clínicas. Muestra la posibilidad de un diagnóstico de episodio depresivo mayor. Siente desesperanza, desánimo y que es inútil. Es una persona reservada en las relaciones interpersonales y se siente incomprendida y poco valorada por los demás. Tiene poca energía y poca motivación para perseguir sus objetivos. Atención a la escala *Ideaciones suicidas*. Presenta creencias de ineficacia, desesperanza y falta de habilidades, siendo probable la indecisión y las dificultades de concentración. También siente tristeza, pérdida de interés en actividades cotidianas y pérdida de sensación de placer con cosas con las que antes disfrutaba. Puede presentar síntomas físicos relacionados con la actividad y la energía. Puede tener un patrón alterado de sueño, ver reducida su libido o perder el apetito.

- Manía

Evalúa características de las manifestaciones clínicas de la manía e hipomanía contemplando la elevación del estado de ánimo, expansividad, grandiosidad e hiperactividad, además de irritabilidad e impaciencia.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
				X

Puntuación poco frecuente incluso en muestras clínicas, asociada a trastornos como manía, hipomanía y ciclotimia. Se involucra en más actividades de las que puede afrontar y reacciona con frustración e ira ante la idea de reducir el nivel de actividad. Es impulsivo y tiene poca capacidad para demorar el refuerzo. Puede mostrar una incapacidad significativa en el centro escolar y en situaciones de conflictos en casa. Puede experimentar fugas de ideas y delirios de grandeza. Sus interacciones son difíciles por la exagerada importancia que se dan a sí mismos, la hostilidad y el narcisismo que les impide empatizar. Nivel de actividad y energía elevado, que puede o no estar relacionado con TDAH. Autoestima exagerada, pudiendo tener aires de

grandiosidad. Baja tolerancia a la frustración que puede generar tensiones con sus iguales y con figuras de autoridad. Impaciente con quien no sigue sus planes, peticiones o ideas poco realistas.

- Paranoia

La escala se centra en aspectos como la hipervigilancia y la búsqueda de posibles amenazas potenciales en el entorno, la tendencia al resentimiento y al rencor y la predisposición para detectar injusticias por parte de los otros.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
				X

Puntuación poco frecuente incluso en muestras clínicas. Probabilidad de paranoia de tipo delirante. Se muestra como una persona amargada, resentida por la forma en la que cree que los demás le han tratado y se anticipa a supuestos intentos de aprovecharse de él. Los celos y las acusaciones pueden ser una característica habitual de sus relaciones. Puede presentar ideas de referencia o delirios de persecución o grandeza. Suele estar alerta y buscando señales de que otros quieren hacerle daño o desacreditarle. Es probable que cuestione y desconfíe de los motivos de quienes le rodean. Puede sentir un trato poco equitativo hacia su persona y cree que los demás pretenden dañar sus intereses.

- Esquizofrenia

Se evalúan las creencias y percepciones inusuales, una limitada competencia social y un desinterés por las relaciones sociales, además de ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
				X

Puntuación poco frecuente incluso en muestras clínicas y se asocia a un episodio esquizofrénico activo. Se siente confuso, retraído y se muestra suspicaz.

Tiende a mostrar un juicio limitado y poca claridad en su percepción de la realidad. Puede haber una sintomatología psicótica positiva. Puede necesitar una evaluación más extensa. Puede haber tenido percepciones sensoriales infrecuentes, pensamiento mágico y creencias delirantes. Probablemente esté aislado por dificultad para comprender los signos normales para las relaciones interpersonales. Puede sentir confusión y problemas de concentración.

- Rasgos límites

Esta escala evalúa diversos elementos y síntomas asociados a la presencia de un trastorno grave de la personalidad. Se contempla un escaso control de las emociones y de la ira, confusión en relación con su identidad y con sus valores, relaciones intensas con los demás e impulsividad que puede desembocar en conductas autodestructivas.

	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
Nivel de riesgo:				X

Puntuación poco frecuente incluso en muestras clínicas y suele asociarse a una dinámica de la personalidad de tipo límite. Su puntuación representa un estado de crisis, vinculado a la existencia de dificultades en sus relaciones. Suele mostrarse hostil y sentir enfado y traición por las personas que le rodean. Probablemente indique depresión o ansiedad como respuesta a sus circunstancias. Es una persona impulsiva y puede actuar de una manera que los demás considerarían autodestructiva. Estas conductas pueden incluir intentos de suicidio, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad. Propenso a mostrar respuesta emocional negativa, sufriendo cambios emocionales rápidos y extremos, pudiendo tener explosiones de ira descontroladas. Presenta dificultad para darle sentido a su vida, sintiendo una identidad desdibujada, y probablemente se describa como una persona vacía, hastiada, insatisfecha y frustrada. Se siente traicionado por personas muy cercanas hacia las que siente resentimiento. Posibilidad de comportamientos autodestructivos o imprudentes, que interfieran en su rendimiento escolar y en su funcionamiento social.

- Rasgos antisociales

Ofrece una evaluación de las características de personalidad y los comportamientos relevantes de la personalidad antisocial y de la psicopatía. Los ítems evalúan, por una parte, rasgos de personalidad como egocentrismo, crueldad y explotación de sus relaciones en beneficio propio y, por otra, indicadores comportamentales caracterizados por conductas antisociales.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
			X	

Impulsivo y hostil, puede con historial de conductas problemáticas. Puede ser considerado por los demás como alguien que abusa y explota sus relaciones con otros, por lo que puede que sus relaciones no se mantengan durante periodos largos de tiempo y raramente conserve amistades. Puede tener un historial de conductas antisociales y podría manifestar algún trastorno de conducta, pudiendo haber participado en acciones ilegales como robos, o agresiones físicas a terceros. Tiende a ser percibido como egocéntrico y con poca consideración hacia los demás. No le afecta la opinión que tengan los demás sobre él. Puede aprovecharse de los demás, incluso de los más cercanos, para conseguir sus objetivos. Siente poco respeto por los bienes ajenos y muestra una escasa lealtad a sus conocidos. Puede mostrarse arrepentido o culpable, pero no será duradero en el tiempo. Puede llevar a cabo conductas imprudentes y potencialmente peligrosas para sí mismo y para quienes le rodean. Está siempre a la espera de novedades o estímulos y se aburre fácilmente con las rutinas y costumbres.

- Problemas con alcohol

La escala evalúa distintas conductas y consecuencias relacionadas con el consumo, el abuso y la dependencia del alcohol.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

- Problemas con drogas

La escala evalúa distintas conductas y consecuencias relacionadas con el consumo, el abuso y la dependencia de drogas.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
	X			

Escalas relativas al tratamiento.

- Agresión

Evalúa conductas y actitudes relacionadas con la agresividad, la ira y la hostilidad.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
			X	

Puede estar furioso gran parte del tiempo y expresar sin control su ira u hostilidad. No se siente intimidado por la confrontación y tiende a ser verbalmente agresivo ante la más mínima provocación. Expresa la ira en el momento en el que la siente. Propensión a expresar físicamente la ira, rompiendo objetos o con confrontaciones físicas o amenazas. Estas manifestaciones pueden ser repentinas e inesperadas, ya que no siempre expresa la ira en el momento en el que la siente. Su temperamento y potencial de violencia física pueden intimidar a los de su entorno.

- Ideaciones suicidas

Esta escala evalúa la presencia de pensamientos e ideas relacionadas con la muerte y el suicidio. El contenido de los ítems va desde pensamientos generales y vagos sobre la muerte y el suicidio hasta planes concretos y claros de actos autolíticos.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
				X

Su puntuación es poco frecuente incluso en muestras clínicas y se asocia a planes inminentes de autolisis. Evaluar inmediatamente la posibilidad de suicidio e implementar las intervenciones adecuadas cuanto antes. Tiene pocas esperanzas en su futuro, siente desesperanza y cree que es inútil e incapaz de ayudarse a sí mismo. Puede sentir rechazo por los que le rodean y está resentido por la forma en la que otros le han tratado.

- Estrés

Evaluación de los estresores vitales que el adolescente experimenta en la actualidad o que ha experimentado recientemente. Se evalúa la previsibilidad, organización y estructura del entorno del adolescente, pudiendo reflejar desde un contexto bastante predecible y estable hasta un ambiente extremadamente cambiante y muy estresante.

	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
Nivel de riesgo:				X

Puntuación poco frecuente incluso en muestras clínicas. Indica que está en crisis y muestra problemas en casi todas las áreas principales de su vida. Se siente incapaz de controlar los acontecimientos indeseables que le ocurren. Se percibe a sí mismo como ineficaz, dependiente y a merced de otros, lo que puede acarrear cierta amargura y resentimiento. Su nivel de estrés le hace vulnerable a ciertos trastornos clínicos.

- Falta de apoyo social

Evaluación del apoyo social percibido, sondeando tanto la disponibilidad como la calidad de las relaciones sociales del adolescente.

	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo extremo
Nivel de riesgo:				X

Puntuación poco frecuente incluso en muestras clínicas. Percibe que tiene poco o ningún apoyo social que le ayude en los acontecimientos significativos de su vida.

Puede tender a ser muy crítico consigo mismo y con los demás, a los que no percibe como fuente de apoyo y por los que se siente rechazado. Tiene pocos recursos emocionales para poder manejar situaciones difíciles y muestra propensión a reacciones graves de estrés.

- Rechazo al tratamiento

La escala evalúa cuál es la actitud del adolescente hacia la necesidad de llevar a cabo cambios personales de naturaleza psicológica o emocional.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo alto	Riesgo extremo
			X

Nivel de malestar desbordante y expectativas muy altas con respecto a la ayuda que puede recibir, pensando, de manera poco realista, que va a sentir un alivio inmediato de su sufrimiento o una mejora drástica de su situación.

Escalas de relaciones interpersonales.

Estas escalas evalúan el estilo interpersonal de los adolescentes a través de escalas bipolares, lo cual sitúa al adolescente en una situación de riesgo tanto si obtiene una puntuación muy elevada como muy baja.

- Dominancia

Evaluación del grado en el que un adolescente es controlador, autónomo o sumiso en sus relaciones interpersonales, resultando en una escala bipolar cuyos dos polos son la dominancia y la sumisión.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo alto	Riesgo extremo
		X	

Tiende a ser una persona modesta y tímida, a cohibirse en las relaciones sociales y a carecer de habilidades para imponerse cuando es necesario. Puede sentirse incómodo al ser el centro de atención.

- Afabilidad

Medida del grado en el que un adolescente es cordial, empático y se interesa por sus relaciones. Se evalúan aspectos como la sociabilidad, la solidaridad, el afecto y la paciencia en las relaciones con otras personas.

Nivel de riesgo:	Sin riesgo	Riesgo alto	Riesgo extremo
		X	

Tendencia a mantener las distancias en las relaciones personales. Es probable que no considere valiosas las relaciones cercanas o estrechas y de larga duración. Percibe la mayoría de sus relaciones sociales sin mucho entusiasmo. Los demás pueden considerar que no tiene empatía y que es inflexible, aunque suele preocuparse menos de lo habitual por la opinión de los demás.

Firmado:

Inmaculada Ávalos Ruiz

Graduada en Educación Social

Doctoranda del Programa de Doctorado en CC de la Educación de UGR

Contratada predoctoral UGR

Anexo 3. Cuestionario para Adolescentes en Riesgo de Exclusión Social.

CAREs

¡Hola!

En primer lugar, muchas gracias por participar. Debes saber que este cuestionario es totalmente anónimo, es decir, nadie sabrá qué has contestado. Es muy importante que respondas a todas las cuestiones y que lo hagas con total sinceridad.

Vas a encontrar 41 afirmaciones, la mayoría muy personales e íntimas. En algunas de ellas tendrás que expresar tu grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones, en otras tendrás que indicar si lo que se dice en la afirmación es verdadero o falso, y en otras tendrás que indicar si lo que se dice en la afirmación pasa con más o menos frecuencia. Parece complicado pero no te preocupes, irás teniendo indicaciones durante el cuestionario, además de poder preguntar al adulto que está contigo.

¡Vamos allá!

CURSO

EDAD

SEXO:

Varón

Mujer

Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

		Totalmente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Aunque tenga otras actividades u obligaciones, me resulta muy difícil dejar de navegar por Internet o jugar a videojuegos.				
2	Si no tengo el móvil, siento ansiedad o malestar. Lo necesito.				
3	Cuando necesito evadirme porque me encuentro mal, me calmo con Internet o con el móvil.				
4	Estoy satisfecho/a con mi vida familiar.				
5	He mentido a mi familia o a otras personas sobre el tiempo que dedico a jugar con videojuegos o a navegar por Internet.				
6	Cuando llevo un tiempo sin usar el móvil, necesito utilizarlo.				
7	Cuando estoy muy alterado/a, suelo hacer cosas para hacerme daño.				
8	Mi consumo del alcohol es causa de problemas en casa o con mis amigos y amigas.				
9	Desde que nací he sido infeliz, es mi destino y no creo que cambie.				
10	He discutido con mis padres, familiares o amigos y amigas, porque dedico mucho tiempo a jugar con la videoconsola, el ordenador o el móvil.				
11	Apenas tengo interés en vivir la vida.				
12	Algunas personas importantes para mí me han llamado la atención por mi consumo de drogas.				

Por favor, indica verdadero o falso en relación a las siguientes afirmaciones:		Verdadero	Falso
13	He tenido relaciones sexuales antes de los 12 años.		
14	En ocasiones, los adultos con los que vivo se gritan y se insultan.		
15	A menudo me siento triste y con ganas de llorar.		
16	He tenido relaciones no consentidas con una persona mayor de edad.		
17	He sido víctima de violación.		
18	Creo que nadie me quiere.		
19	En general, la vida es una porquería.		
20	He tenido relaciones sexuales impuestas por la fuerza o la amenaza o chantaje después de los 12 años.		
21	Sé cómo se usa el preservativo.		
22	En ocasiones, los adultos con los que vivo se han peleado hasta golpearse.		
23	He tenido relaciones sexuales consentidas con una persona mayor de edad.		
24	He sido víctima de incesto (relaciones sexuales con padre o madre u otros familiares).		
25	He sido víctima de tocamientos sexuales no deseados e impuestos a la fuerza.		
26	En casa no tenemos Internet.		
27	He sido víctima de tocamientos sexuales durante la infancia por adultos.		
28	A menudo tengo ganas de morirme.		
29	Siento nervios, ansiedad o angustia sin saber por qué.		

Por favor, indica la frecuencia con la que ocurre lo que se indica en las siguientes afirmaciones:		Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
30	Los compañeros o compañeras de clase me ignoran, me hacen el vacío.				
31	Mi pareja revisa o controla mi teléfono y redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp, etc.) para comprobar si le engaño.				
32	Hay compañeros o compañeras en clase que me envían mensajes con amenazas.				
33	En mi familia hablamos de los problemas que tenemos y nos ayudamos.				
34	En el instituto me pegan.				
35	En el instituto, me amenazan.				
36	Siento que mi familia me quiere.				
37	A veces no me apetece mantener relaciones sexuales con mi pareja y me obliga.				
38	Mi pareja insiste en realizar prácticas sexuales que para mí no son agradables, en las que no disfruto o no quiero.				
39	Mi pareja me humilla.				
40	Mi pareja amenaza con suicidarse o hacerse daño si le dejo.				
41	Mis compañeros o compañeras de clase me insultan.				

Si has llegado hasta aquí, por favor, comprueba que has respondido a todas las afirmaciones. Si es así... ¡ya has terminado!

Muchas gracias por tus respuestas.