


Contrastando los factores
de riesgo y protectores
del comportamiento
inadaptado en menores:
implicaciones para
la prevención

(SEGUNDO PREMIO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA 2004)



.....
Ramón Arce Fernández (director)
Francisca Fariña Rivera
Dolores Seijo Martínez
Mercedes Novo Pérez
María José Vázquez Figueiredo
.....



Contrastando los factores de riesgo y protectores del comportamiento inadaptado en menores: implicaciones para la prevención

1. INTRODUCCIÓN

El comportamiento inadaptado ha sido abordado desde multitud de perspectivas. En este sentido, los diferentes intentos explicativos se han orientado hacia la maximización de alguno de los siguientes tres factores (para una revisión véase Fariña y Arce, 2003): biológicos (p. e., Lombroso, los constitucionalistas, o las formulaciones de Eysenck), psicológico-individuales (v. gr., teorías del aprendizaje social, del desarrollo cognitivo moral o de la decisión racional) y psicológico-sociales (*ad exemplum*, Merton, Cohen, Cloward y Ohlin, Sutherland o Hirschi). Con el fin de paliar los efectos de la sobrevaloración de un tipo de variables, surgieron finalmente las hipótesis teóricas integradoras, como las de Feldman (1989), Gottfredson y Hirschi (1990) o Farrington (1992). Sin embargo, la integración de los tres grupos de factores en una misma teoría no está exenta de problemas, ya que no resultó operativa ni definida adecuadamente a nivel de tratamiento, ni aumentó significativamente el nivel de explicación del comportamiento inadaptado.

Sobre la base de esta clasificación en factores biológicos, psicológico-individuales y psicológicos-sociales, una revisión de la literatura nos permite identificar y clasificar los siguientes factores como los más fehacientemente vinculados con el comportamiento inadaptado, con independencia de cualquier orientación teórica (p. e., cognitiva, sociológica, demográfica, biológica) (Arce y Fariña, 2003); de si actúan como protectores (Lösel y Bender, 2003) o como de riesgo (Farrington, 1996), o de si son neutralizadores (Fabiano y Ross, 1985). En otras palabras, tratamos de configurar las variables vinculadas con el comportamiento inadaptado por la consistencia de las mismas y con independencia de su origen. Estos factores son¹:

¹ Hemos obviado intencionadamente aquellos factores estáticos que no pueden ser directamente manipulados ni modificados por el experimentador. Por ejemplo, el sexo, en concreto el masculino, se ha relacionado con delincuencia. Ahora bien, reducir a la variable biológica sexo tal relación no se muestra nada operativo. En todo caso, sería preciso cambiar sexo por género, con la diferente

a) *Biológicos*. Los factores biológicos puestos en relación con el comportamiento inadaptado tienen como fundamento el establecimiento de un déficit biológico como causa del comportamiento inadaptado. Si bien se han cifrado numerosas causas biológicas del comportamiento inadaptado, tales como las neuroquímicas, neuropsicológicas, bioquímicas, o lesiones cerebrales (Raine, 1993), si tomamos como criterio de validación las decisiones legales, sólo la patología clínica severa (básicamente psicosis, inteligencia) ha gozado de una cierta consistencia y productividad en la clasificación y predicción del comportamiento inadaptado de origen biológico (de la Torre, 1999).

Desde muy antiguo (p. e., Goddard, 1914), se ha venido relacionando la inteligencia y el comportamiento inadaptado y, más específicamente, el antisocial. Los resultados advertían sistemáticamente de una relación negativa entre desarrollo intelectual y éstos. Esta relación entre inteligencia y comportamiento inadaptado y antisocial parece evidente, pero no así la forma en que se ha demostrado. De facto, las medidas de inteligencia tomadas no son tales si entendemos la inteligencia por las capacidades previamente atribuidas. Así, realmente lo que miden es la denominada inteligencia psicométrica (Bartol, 1999), que no debe ser confundida con la inteligencia real. En consecuencia, se hace necesario recurrir a términos más ajustados a las demandas y a instrumentos de medida que los avalen. En esta línea argumental, una nueva posibilidad que se está abriendo es la inteligencia emocional (Salovey y Mayer, 1990; Mayer y Salovey, 1997; Cooper y Sawaf, 1997). Ahora bien, no hemos encontrado referente alguno en la literatura que intente relacionar comportamiento inadaptado y antisocial con la inteligencia: la inteligencia emocional. No obstante, hemos de reseñar que la inteligencia emocional se puede potenciar (v. gr., Pasi, 1997) con lo que nos salimos de un determinismo biológico general. De este modo, este concepto traspasa la delimitación de lo biológico² para adentrarse en lo psicológico-individual e incluso lo social.

socialización y aprendizaje subyacente, siendo los concomitantes del género los que explican tales diferencias y no el sexo biológico. Este tipo de variables que median entre estos factores estáticos y el comportamiento inadaptado sí fueron revisadas.

² Si bien la clasificación general obliga a introducir la inteligencia, y, por extensión, la inteligencia emocional entre los factores biológicos, las nuevas operativizaciones de la misma superan este ámbito. De hecho, en la inteligencia emocional ya se están introduciendo, bien es cierto que más en la teoría que en la medida, elementos psicológico-individuales, como las habilidades sociales. Incluso la inteligencia emocional se ha intentado englobar dentro de otro constructo más amplio, la inteligencia social.

b) *Psicológico-individuales*. Los factores psicológicos individuales tienen por objeto identificar las capacidades de los sujetos que, por su déficit, facilitan la adquisición de comportamientos desajustados (Ross y Fabiano, 1985), o que, por su presencia, sirven de protector contra la adquisición de los mismos (Lösel y Bender, 2003). El autoconcepto, los procesos atributivos, las estrategias de afrontamiento disponibles y las habilidades sociales son los principales referentes en esta sección.

El autoconcepto, que actúa como un esquema cognitivo o como una estructura activa en el procesamiento de la información (Greenwald y Partkanis, 1984), constituye la piedra angular para el logro de un adecuado equilibrio psicológico y de un desarrollo personal satisfactorio, así como para la adquisición de conductas adaptativas y saludables (v. gr., Baron y Byrne, 1998). En cualquier caso, se ha encontrado de un modo sistemático, entre las diversas tipologías de inadaptados, un autoconcepto bajo (v. gr., Becoña y Vázquez, 2001).

La vinculación entre procesos atributivos y causalidad ha sido asumida en la literatura desde hace tiempo, dando mayor trascendencia a cómo se percibe que a la objetividad del hecho en sí (p. e., Heider, 1958; Taylor, 1981). Al respecto, se han formulado, y demostrado su validez (véase Lefcourt, 1981, para una revisión), dos fuentes de atribución: las personales o internas al individuo, y las ambientales o externas al individuo. Si bien no se ha confirmado sistemáticamente una asociación entre inadaptación social y externalidad (Blackburn, 1993), previsiblemente ligada a la heterogeneidad del comportamiento inadaptado (Romero, Sobral y Luengo, 1999), sí se ha constatado una tendencia a la (re)incidencia de conductas inadaptadas (Peterson y Leigh, 1990) y una menor efectividad en el tratamiento vinculado a la atribución externa (p. e., Beleña y Báguena, 1993).

El afrontamiento³ se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164). En consecuencia, no se trata directamente de una conducta sino de una estrategia. Como tal estrategia, implica que, con anterioridad a la conducta del individuo, lleva a cabo un planteamiento o una planificación (que requiere esfuerzo) y una elección de alternativas (Goldberger y Breznitz, 1982). En este contexto, Donovan y O’Leart (1983) y Orford (1985)

³ En este concepto también se incluyen las “habilidades transformacionales”, que se refieren a la capacidad para transformar una situación negativa en una controlada.

plantean una hipótesis según la cual los sujetos, en situaciones de riesgo, ejecutan conductas inadaptadas que son el reflejo de su falta de autocontrol y habilidades de afrontamiento. Así, las conductas inadaptadas cumplirían, paradójicamente, una función adaptativa (Graña, 1994).

Las habilidades sociales vienen a suponer las destrezas y conductas aprendidas por los individuos que son necesarias para llevar una vida efectiva y satisfactoria tanto en la esfera personal como interpersonal (Goldstein y otros, 1989), con lo que su carencia o falta de un desarrollo adecuado conlleva una ausencia de competencia social (Ross, Fabiano y Garrido, 1990). El listado de destrezas sociales ha estado sujeto a variaciones (p. e., Goldstein, 1981; Trower y otros, 1978), y entendemos que siempre lo estará, por ser oscilantes las necesidades de los individuos, ya que dependen, en buena medida, de las demandas de cada momento social. Si bien la relación entre un déficit en las destrezas sociales y el comportamiento inadaptado no se ha encontrado sistemáticamente, no es menos cierto que la gran mayoría de los estudios soportan tal relación (Andrews y Bonta, 1998). Más explícitos son los resultados que relacionan la reincidencia en el comportamiento inadaptado y la falta de competencia social (McGuire, 2000). Todo ello nos lleva a pensar que tales déficits no presuponen directamente una senda hacia la inadaptación aunque sí una vía conducente, a la vez que una laguna que impide la rehabilitación y reinserción.

c) *Psicológico-sociales*. La socialización, entendida como el proceso de aprendizaje de los contenidos sociales, es el eje sobre el que giran los factores psicológico-sociales. Ésta, denominada en su conjunto la red social, se da en cuatro contextos diferenciales distintos pero que se interrelacionan entre sí dando lugar a un único sujeto: familiar, escolar, iguales y (sub)cultura o comunidad. La familia, como grupo de referente primario, constituye el principal objeto social de enseñanza de los menores. La *desestructuración*, la *asocialidad* de la misma, la falta de cohesión, los estilos de socialización negativos, las prácticas disciplinarias basadas en el castigo severo o inconsistentes, la carencia de su apoyo social o la inadecuación del mismo son predictores muy importantes del comportamiento antisocial de los menores en ella socializados (v. gr., Abrunhosa, 2003; Fernández-Ríos, 1994; Pepler y Slaby, 1994; Sancha y Puyó, 1997; Wells y Rankin, 1983). La influencia de los iguales en la conducta de los menores ha venido siendo objeto de estudio desde muy antiguo, encontrándose que el impacto directo del grupo de iguales se refleja, sobremanera, en la esfera social (vestimenta, actividades lúdicas, consumo de drogas o comportamientos violentos) (Sebald, 1986). En esta línea, se ha observado, de forma consistente, una relación muy estrecha entre grupo de iguales y comportamiento inadaptado (p. e., Farring-

ton y West, 1993). No obstante, no está tan claro si la asociación precede a tal comportamiento o es justamente a la inversa, ni cómo los iguales facilitan el comportamiento inadaptado (Farrington, 2003). Los sujetos inadaptados presentan una baja implicación escolar (Graham, 1988), absentismo escolar y fracaso escolar o bajo rendimiento (Maguin y Loeber, 1996; Robins y otros, 1991). Ahora bien, permanece aún en la esfera de lo por determinar cómo incide la escuela en el comportamiento inadaptado a través de su organización, clima o prácticas. En todo caso, los programas preventivos basados en la escuela se han mostrado efectivos en el control del comportamiento antisocial (Catalano y otros, 1998; Garrido, Herrero y Masip, 2002).

Un último indicador relevante de riesgo psico-social proviene de los factores culturales, subculturales⁴ o, como se ha pasado a denominar recientemente, los factores de riesgo de la comunidad. Con independencia de la denominación o delimitación conceptual, la literatura ha advertido que las condiciones sociales caracterizadas por un ambiente físico deteriorado, desorganización social, privación económica, alta densidad poblacional, disponibilidad de drogas, tasa alta de inmigración, altos niveles de violencia o delincuencia en la comunidad, constituyen una comunidad de riesgo (p. e., McCord y Ensminger, 1997; Shaw y McKay, 1969; Wikström y Loeber, 2000). Estas condiciones pueden reflejarse directamente en el comportamiento antisocial, ya que proporcionan un ambiente estresante, oportunidades para inadaptarse o modelos inadecuados entre otras, a la vez que indirectamente a través de los iguales (con alta probabilidad de que presionen para la inadaptación), la familia (previsiblemente con estilos de socialización inadecuados o dedicación deficitaria) o la escuela (con mucha frecuencia de ínfima calidad: profesorado).

Esta revisión nos ha permitido dibujar el panorama actual de la inadaptación social, a la vez que la complejidad de dicho proceso. No obstante, esta revisión así tradicionalmente llevada, esconde tres ataques a la validez de la misma. Primero, los factores de riesgo y protección no tienen por qué constituir dos polos de un mismo *continuum*. Así, si un alto desarrollo intelectual actúa como protector ante el comportamiento social, no se puede presuponer justamente lo contrario. Segundo, de la anterior revisión se infiere una relación estática entre dichas variables y comportamiento inadaptado, cuando todo parece indicar que es más real un proceso de membrana con entrada y salida en el comportamiento inadaptado. En otras palabras, el sujeto no está definido completamente por un estilo de comportamiento prosocial o antiso-

⁴ Por momentos, también se utilizó como criterio de clasificación la clase social, pero ésta ya se ha descartado casi totalmente.

cial, sino que emite ambos tipos de comportamiento. Tercero, se asume un proceso independiente entre variables cuando, de facto, todas ellas están interrelacionadas de modo que conforman un único sujeto.

Como consecuencia de todo lo anterior, nosotros asumimos un sujeto psicológico que:

- a) Es el resultado actual del desarrollo filogenético y ontogenético. La filogénesis daría entrada en el desarrollo de la especie, a la cultura, a la sociedad; en suma, a los factores biológicos y sociales. Éste, de ser anómalo, determina, en buena medida, el comportamiento (determinismo biológico y ambiental). La ontogénesis explicaría el desarrollo individual del sujeto, en un momento concreto de su vida, determinado por sus propias experiencias y circunstancias. Este doble desarrollo, filogenético y ontogenético, y su modificación continua, lleva a que el sujeto sea distinto en cada momento temporal y un producto del aprendizaje y la experiencia.
- b) Epistemológicamente apostamos por una superación de los intentos explicativos basados en una relación unitaria (en nuestro caso, entre predictores y comportamiento inadaptado), para adoptar una perspectiva de pluralismo epistémico en el que el sujeto se concibe con múltiples opciones explicativas del comportamiento (para una discusión en profundidad véase Arce y Fariña, 1996; Arce y otros, 1999). La asunción de una perspectiva plural posibilita la superación del sesgo alpha, esto es, la tendencia a exagerar las diferencias, sin caer, por ello, en el sesgo beta, o sea, la propensión a minimizar diferencias (McGuinness, 1998).
- c) En el ámbito de diseño entendemos que es viable uno que se cifre en el establecimiento, sobre la base de la previa revisión de los concomitantes del comportamiento inadaptado así como de la resistencia al mismo, de diferencias entre sujetos de alto riesgo y bajo riesgo de desajuste social. De este diseño obtendremos los elementos que hay que potenciar entre los sujetos de riesgo, dado que la adaptación social requiere de un aprendizaje (Fernández-Ríos y Rodríguez, 2002).
- d) Asumimos un modelo aditivo (también puede ser multiplicativo o exponencial) de riesgo, según el cual, cuantos más factores de riesgo, mayor probabilidad de adquisición de comportamiento inadaptado (Masten y otros, 1990).
- e) Los factores de riesgo los dividimos en dos tipos: estáticos o rígidos y dinámicos. Los estáticos son aquellos independientes del sujeto (i. e., variables sociodemográficas, biológicas), en tanto los dinámicos se relacionan con

el propio sujeto (p. e., destrezas, estados internos). Los primeros facilitan o inhiben el comportamiento inadaptado, en tanto los segundos engloban las características que ha desarrollado el sujeto para “resistir” a la inadaptación. En todo caso, es preciso tener en cuenta que, con independencia de que el sujeto sea etiquetado como inadaptado o no, ha aprendido tanto el comportamiento inadaptado como el prosocial. Así pues, el objetivo básico de nuestro modelo radica en alcanzar un sujeto “racional” que esté capacitado para llevar a cabo una elección racional de su comportamiento.

- f) El tratamiento, mediado por este pluralismo, no puede ser únicamente sobre las causas identificadas del desajuste, sino que es imprescindible que abarque a todos aquellos déficit ligados al mismo, ya sean biológicos, personales o sociales, porque las áreas afectadas conforman un conjunto único, de modo que permitan al sujeto elegir en cada nueva situación potencialmente desviada entre comportamiento prosocial y inadaptado. En suma, que el sujeto pueda llevar a cabo una elección racional continuada. De no producirse esta intervención de conjunto, daríamos un gran margen a la recaída, ya que los déficit no tratados neutralizarían los efectos del tratamiento.

Teniendo presente este estado de la cuestión, dentro de un contrato de la Dirección Provincial de Educación de la Ciudad Autónoma de Melilla dependiente del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte⁵, se plantea un estudio que nos permitiera perfilar las lagunas, carencias y disfunciones en el aprendizaje, las cogniciones, la socialización, la adquisición de destrezas y el ajuste clínico de los menores en riesgo de inadaptación social o familiar, así como conocer la interacción de ambos factores.

2. MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

En este estudio participaron un total de 380 menores cuyas edades oscilaban entre los 10 y los 16 años, con una edad media de 11,51 años ($S_x=1,27$). Por géneros, 198 (51,2%) eran varones y 182 (47,9%) mujeres. Por el nivel de estudios cursados, 180 estudiaban 6º de Primaria, 92 en el Colegio “R. C.” y 88 en el Colegio “L. S.”. Los restantes 200 cursaban 1º de la ESO, 110 en el Instituto de Enseñanza Secundaria Obligatoria “M. H.”, y

⁵ Contrato Código F2178 con la Consejería de Educación, Juventud y Mujer de la Ciudad Autónoma de Melilla (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte).

90 en el Instituto de Enseñanza Secundaria Obligatoria "R.". Del total, el 19,4% repetían curso (una probabilidad de 0,31 en los centros de alto riesgo social⁶ y de 0,097% en los de bajo⁷). El número de miembros de la familia que convivían en el hogar familiar oscilaba entre 1 y 15, con una media de 6 ($Sx=2,3$). En el contexto de alto riesgo social la media de miembros de la familia era de 7,4 ($Sx=2,5$), en tanto, que las familias de bajo riesgo social estaban compuestas por término medio por 4,9 miembros ($Sx=1,4$). El 20,8% de los menores vivían en familias incompletas y un 10,3% en familias desempleadas. Un 33,8% presentaba indicios de inadaptación familiar.

2.2. DISEÑO

La metodología de investigación empleada fue del tipo cuasi-experimental⁸ y en un ambiente natural. En concreto, se planificó un diseño factorial completo 2x2 (riesgo social x riesgo familiar), ambos con dos niveles, alto vs. bajo, sobre el conjunto de variables que predicen el comportamiento inadaptado. Los niveles del factor riesgo social, alto vs. bajo riesgo, fueron determinados por la Administración; específicamente, por la Dirección Provincial de Educación de la Ciudad Autónoma de Melilla, dependiente del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, con base en los registros que ellos mismos manejan sobre el grado de violencia, falta de integración social, fracaso en todos los ámbitos que están observando en los centros "R." y "L. S." frente a una situación de normalidad en los centros "R. C." y "M. H.". El segundo factor, el riesgo familiar, autoevaluado por los menores, tenía por objeto el control del riesgo familiar para la inadaptación social. Se codificaron dos niveles, alto y bajo, en función de si la familia conformaba un ambiente de alto o bajo riesgo para la inadaptación social.

2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para la medida del autoconcepto se utiliza el Cuestionario de autoconcepto AFA-4 (Musitu, García y Gutiérrez, 1997). Por su parte, la inteligencia emocional percibida se evalúa mediante la Trait Meta-Mood Scale (TMMS) (Salovey y otros, 2002). Para la medición de las habilidades sociales disponibles en los alumnos hemos tomado, como base, el Cuestionario de Habilidades Sociales de Goldstein y otros (1989), y más concretamente, la res-

⁶ Centros "R." y "L. S.".

⁷ Centros "R. C." y "M. H.".

⁸ Los niveles de las variables de riesgo no fueron manipulados por el experimentador, al darse naturalmente, con lo que nos limitamos a controlar la formación de los grupos.

puesta externa, en este caso, de los tutores académicos, porque la medida en autoinforme de las habilidades sociales presenta innumerables problemas (Caballo, 1993).

Con el objeto de comprobar el tipo de atribución causal de la que hace uso el individuo para relacionar su propio comportamiento con sus consecuencias recurrimos a la escala de Locus de Control de Rotter (1966). Asimismo, como medida de la socialización se toma la BAS-3 (Batería de Socialización) de Silva y Martorell (1989), que tiene por objeto indagar en la percepción que los propios sujetos tienen de su conducta social. Esta prueba toma como antecedente inmediato las versiones BAS-1 para profesores y BAS-2 para padres (Silva y Martorell, 1982).

Para entender mejor el rendimiento académico y el fracaso escolar, al tiempo que se valora educativamente la inadaptación, utilizamos el enfoque funcional e integral empleado en la escala TAMAI (Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil) de Hernández (2002). Por otro lado, para la medida de las estrategias de afrontamiento hemos administrado las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) (Frydenberg y Lewis, 2000). Para evaluar el grado de patología que pudiera tener el sujeto, se aplicó la Lista de Comprobación de Síntomas-90-R: (SCL-90-R) (Derogatis, 1977, 2002). Finalmente, cabe señalar que se tomaron medidas de los grupos de riesgo social y riesgo familiar; los grupos de riesgo social fueron definidos por la Administración; en concreto, por la Dirección Provincial de Educación de la Ciudad Autónoma de Melilla, dependiente del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. El riesgo social vino definido por los problemas detectados por la Administración de violencia, exclusión social, fracaso escolar y comportamientos disruptivos entre los menores que acudían a esos centros. Así, categorizaron los centros “R.” y “L. S.” como de alto riesgo, y los Centros “R. C.” y “M. H.” de bajo riesgo.

El otro factor de agrupamiento, el riesgo familiar, vino definido, tomando como base el factor inadaptación familiar del TAMAI, preguntas específicas a los menores o informes del tutor, por la respuesta afirmativa a alguno de los siguientes supuestos: desestructuración familiar; falta de control familiar; problemas familiares (económicos, de trabajo); discusiones familiares continuas (mal ambiente familiar); falta de cariño en la familia, familias rotas (Farrington, 2000; Loeber, Green y Lahey, 2003; Scandroglio y otros, 2002)⁹.

⁹ Por consideraciones éticas, otros concomitantes familiares con el riesgo de inadaptación social, tales como los desórdenes de personalidad de los padres o los antecedentes penales de éstos (p. e., Farrington y West, 1990), no le han sido solicitados a los menores o tutores.

2.4. PROCEDIMIENTO

Las evaluaciones, en pases colectivos, se llevaron a cabo a lo largo de cuatro días con dos sesiones cada uno de 40 minutos en cada centro. Para la recogida de datos contamos con la autorización de la Dirección Provincial de Educación de la Ciudad Autónoma de Melilla, así como de los Equipos Directivos de los respectivos centros.

3. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

3.1. SOCIALIZACIÓN

Realizado un MANOVA 2 x 2 (riesgo social x riesgo familiar), los resultados mostraron un efecto significativo en la socialización para el factor riesgo social, $F_{\text{multivariada}}(5,315) = 11,93$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,159^{10}$; $1-\beta = 1$, para el factor riesgo familiar, $F_{\text{multivariada}}(5,315) = 11,78$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,158$; $1-\beta = 1$, pero no así para la interacción de ambos, $F_{\text{multivariada}}(5,315) = 1,54$; ns; $\eta^2 = 0,024$; $1-\beta = 0,535$. Esto es, el factor riesgo social media la socialización al igual que el factor riesgo familiar, dando ambos cuenta, aproximadamente, del 16% de la varianza, pero sus efectos son independientes.

Los efectos univariados (véase tabla 1) para el factor riesgo social evidencian diferencias en las variables consideración, autocontrol y retraimiento. Sucintamente, los menores de alto riesgo social manifiestan una menor sensibilidad social y preocupación por los demás, en particular por aquellos que tienen problemas y son rechazados, que los de bajo riesgo social. Asimismo, los menores de alto riesgo social tienen un menor autocontrol, esto es, menor acatamiento de las reglas y normas sociales, que unen a más conductas agresivas, impositivas, de terquedad e indisciplina que los de bajo riesgo social. Finalmente, los menores de alto riesgo social informan de más retraimiento que los de bajo riesgo social, o, lo que es lo mismo, de un mayor alejamiento, tanto pasivo como activo, de los demás, que, en los casos más extremos, puede llegar a un claro aislamiento y rechazo. En suma, los menores de alto riesgo social tienen un perfil negativo de socialización que se deriva de un mayor peso en las escalas inhibitoras de la socialización, retraimiento, y de uno menor en las facilitadoras, autocontrol y consideración por los demás.

¹⁰ Por contraste con otras disciplinas científicas más exactas, se ha creado una falsa noción sobre la interpretación del verdadero alcance de la varianza explicada. Así, es preciso señalar que en nuestra área son valores moderados aquellos entre 0,059 y 0,137, y altos aquellos $> 0,137$ (Cohen, 1998).

TABLA 1. EFECTOS UNIVARIADOS EN LA DIMENSIÓN SOCIALIZACIÓN PARA EL FACTOR RIESGO SOCIAL.

Variable	MC	F	p	eta ²	1-β	M _{alto}	M _{bajo}
Consideración	172,09	28,22	0,000	0,081	1,0	11,08	12,63
Autocontrol	239,67	39,72	0,000	0,111	1,0	9,44	11,28
Retraimiento	129,15	24,92	0,000	0,072	0,999	3,86	2,52
Ansiedad-timidez	1,81	0,28	0,597	0,001	0,082	4,62	4,46
Liderazgo	2,29	0,47	0,495	0,001	0,105	8,14	7,97

Nota: G. L. (1,319); M_{alto}= media del grupo de riesgo social alto;
 M_{bajo}= media del grupo de riesgo social bajo.

Los efectos inter-sujetos para el factor riesgo familiar, que pueden verse en la tabla 2, ponen de manifiesto diferencias en las variables consideración, autocontrol, retraimiento y ansiedad-timidez. En concreto, los menores inadaptados familiarmente presentan, en contraste con los adaptados, una menor consideración por los demás, un menor autocontrol, un mayor retraimiento y una mayor ansiedad-timidez. En resumen, los menores inadaptados familiarmente presentan una menor actividad cognitiva en relación con los demás, especialmente sobre aquellos que tienen problemas. Asimismo, muestran un menor acatamiento de reglas y normas sociales, lo que se traduce en más conductas agresivas, impositivas, de terquedad e indisciplina. Además, reflejan un alejamiento, tanto pasivo como activo, de los demás, pero, de momento, no hasta el extremo de un claro aislamiento y rechazo (i. e., la media del grupo es inferior al punto escalar que inicia la tendencia al

TABLA 2. EFECTOS UNIVARIADOS EN LA DIMENSIÓN SOCIALIZACIÓN PARA EL FACTOR RIESGO FAMILIAR.

Variable	MC	F	p	eta ²	1-β	M _{alto}	M _{bajo}
Consideración	71,49	11,73	0,001	0,035	0,927	12,35	11,35
Autocontrol	67,77	11,23	0,001	0,034	0,916	10,85	9,87
Retraimiento	174,21	33,62	0,000	0,095	1,0	2,41	3,97
Ansiedad-timidez	192,74	29,85	0,000	0,086	1,0	3,72	5,36
Liderazgo	8,61	1,75	0,187	0,005	0,261	7,88	8,23

Nota: G. L. (1,319); M_{bajo}= media del grupo de riesgo familiar alto;
 M_{alto}= media del grupo de riesgo familiar bajo.

aislamiento). Por último, los menores inadaptados familiarmente presentan mayores niveles de ansiedad (miedo, nerviosismo) y timidez (vergüenza). En consecuencia, los menores socializados en un ambiente familiarmente inadaptado apuntan en una dirección de socialización negativa, ya que pesan más en las escalas inhibitoras de la socialización, retraimiento y ansiedad-timidez, y menos en las facilitadoras, consideración hacia los demás y autocontrol.

Así pues, los menores socializados en ambientes de riesgo social y en familias inadaptadas presentan claros rasgos de una socialización negativa, que es preciso corregir para alejarlos de la región de vulnerabilidad ante la inadaptación. Estos resultados, además, son consistentes con la literatura (véase, por ejemplo, Bartol, 1999). En esta línea, los programas de potenciación o de prevención (secundaria) orientados a estos grupos han de incluir en sus formulaciones apartados específicos para robustecer los facilitadores de la socialización (v. gr., consideración, autocontrol), y amortiguar los inhibidores de una socialización positiva (v. gr., la ansiedad-timidez y retraimiento).

Tras estos sesgos de socialización se esconde un problema de aprendizaje que, tanto desde la perspectiva del aprendizaje social (Bandura, 1983) como desde los teóricos cognitivos (Bandura, 1986, 1989), nos lleva a un infradesarrollo de los mecanismos autorregulatorios del sujeto. En otras palabras, la socialización positiva requiere de un considerable control cognitivo de la conducta que no está bien instaurado en los menores de riesgo. Aún es más, los menores de riesgo se amoldan a una estrategia de afrontamiento de la socialización que incide en la dirección del no aprendizaje: el aislamiento. Como consecuencia de todo ello, los menores de riesgo presentan menos probabilidades de desarrollo de unos estándares personales que les permitan regular su propio comportamiento. Y, continuando en la misma línea argumental, cabe preguntarse, ¿qué ocurre cuando el sujeto no ha desarrollado unos mecanismos autorreguladores? Bajo esta contingencia, son los estímulos externos los que regulan el comportamiento de los sujetos a través de la evocación directa de las emociones, prevaleciendo el impulso al autocontrol (Bartol, 1999).

Por su parte, el sujeto de no riesgo ha potenciado las siguientes capacidades cognitivas frente al de riesgo: habilidades cognitivas básicas (percepción e interpretación ajustada de la realidad); actuación conforme a las demandas cognitivas (v. gr., autocastigo, autorrefuerzo, remordimiento); empatía tanto cognitiva como afectiva. La puesta en funcionamiento de estas destrezas cognitivas, esto es, el sistema regulatorio, permite desplegar un comportamiento dinámico y amoldable a las circunstancias. Por el contrario, el sujeto carente de estas destrezas automatiza la conducta (Bar-

tol, 1999). Pero ambos sujetos no sólo se diferencian cognitivamente, sino también socialmente: aprendizaje de normas, comparación social o modelado. En consecuencia, los menores de riesgo y no riesgo se diferencian tanto en el aprendizaje personal como en el social.

3.2. ADAPTACIÓN¹¹

Efectuado un MANOVA 2 x 2 (riesgo social x riesgo familiar), los resultados pusieron de manifiesto, en la medida de la inadaptación, un efecto significativo para el factor riesgo social, $F_{\text{multivariada}}(5,327) = 6,42$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,056$; $1-\beta = 0,968$, para el factor riesgo familiar, $F_{\text{multivariada}}(5,327) = 21,24$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,163$; $1-\beta = 1$, pero no así para la interacción de ambos, $F_{\text{multivariada}}(5,327) = 0,91$; ns; $\eta^2 = 0,008$; $1-\beta = 0,248$. En suma, el factor riesgo social media la adaptación de los menores, con un efecto muy moderado, el 5,6%, al igual que el factor riesgo familiar, con una potencia explicativa elevada, el 16%, resultando ambos factores independientes.

TABLA 3. EFECTOS UNIVARIADOS EN LA INADAPTACIÓN SOCIAL PARA EL FACTOR RIESGO SOCIAL.

Variable	MC	F	p	η^2	$1-\beta$	M _{alto}	M _{bajo}
Personal	207,29	6,74	0,010	0,020	0,735	12,03	10,36
Escolar	2,24	0,08	0,783	0,000	0,059	7,8	7,62
Social	218,54	10,86	0,001	0,032	0,907	9,29	7,57

Nota: G. L. (1,319); M_{alto}= media del grupo de riesgo social alto;
M_{bajo}= media del grupo de riesgo social bajo.

Los efectos univariados para el factor riesgo social (véase tabla 3) nos advierten de diferencias en la evaluación de la inadaptación personal y social. En concreto, los menores del grupo de riesgo social alto informan de una inadaptación personal y social más elevada que los de bajo riesgo social. En suma, el riesgo social se ve reflejado en otras áreas de relevancia para la

¹¹ La medida de la adaptación se llevó a cabo mediante el TAMAI. De ésta se retiró el factor inadaptación familiar por no ser independiente del factor riesgo familiar, lo que atentaría contra el presupuesto de independencia de medidas.

adaptación del menor. En otras palabras, los menores de riesgo social presentan mayores problemas de desajuste consigo mismos (autodesajuste) y con la realidad (desajuste disociativo). Esta mayor inadaptación personal se manifiesta en infravaloración, miedo, culpabilidad, depresión, somatización, conductas regresivas, evasivas o ensoñación, de modo que se divorcia de la realidad. A su vez, la inadaptación social, ligada a los menores del grupo de riesgo social, presupone un descontrol y restricción social; esto es, falta de control social y desconfianza social.

TABLA 4. EFECTOS UNIVARIADOS EN LA INADAPTACIÓN SOCIAL PARA EL FACTOR RIESGO FAMILIAR.

Variable	MC	F	p	eta ²	1-β	M _{alto}	M _{bajo}
Personal	1681,9	54,64	0,000	0,142	1,0	8,81	13,57
Escolar	931,32	31,53	0,000	0,087	1,0	5,94	9,48
Social	599,54	29,78	0,000	0,083	1,0	7,01	9,85

Nota: G. L. (1,319); M_{bajo}= media del grupo de riesgo social alto;
M_{alto}= media del grupo de riesgo social bajo. (Atención hay palabras que son ilegibles)

Los efectos inter-sujetos, que pueden verse en la tabla 4, descubren diferencias en la medida de la inadaptación personal, escolar y social moduladas por el factor riesgo familiar. Más en concreto, los resultados nos indican que los menores de alto riesgo familiar también están más inadaptados, en mayor medida que los de bajo riesgo familiar, en las esferas personal, escolar y social. Explícitamente, los menores inadaptados familiarmente presentan: a) mayores problemas de desajuste consigo mismos (autodesajuste) y con la realidad (desajuste disociativo); b) baja implicación escolar y mayor emisión de conductas disruptivas en el aula; y c) un descontrol y restricción social.

La relación entre inadaptación escolar (p. e., Hawkins y otros, 1998), red social incompetente, incluida la familia, (p. e., Reiss y Farrington, 1991) e inadaptación personal (p. e., Stouthamer-Loeber y otros, 1993) con comportamientos inadaptados ha sido bien documentada en la literatura. Además, nuestro estudio pone al descubierto que existe una clara relación entre la inadaptación en las distintas áreas que componen el campo de actuación del individuo: personal, social, escolar y familiar. La implicación de estos resultados para el diseño e implementación de programas de prevención e intervención con los menores de riesgo social y familiar es sumamente clara: es preciso, como bien había postulado Rappaport (1987), una interven-

ción multinivel, esto es, en los niveles personal, social y académico (y, por supuesto, en el familiar) para controlar o reducir el riesgo.

3.3. PATOLOGÍA

Ejecutado un MANOVA 2 x 2 (riesgo social x riesgo familiar), los resultados evidenciaron en la patología un efecto significativo para el factor riesgo social, $F_{\text{multivariada}}(9,147) = 2,1$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,114$; $1-\beta = 0,858$, pero no así para el factor riesgo familiar, $F_{\text{multivariada}}(9,147) = 1,43$; ns; $\eta^2 = 0,081$; $1-\beta = 0,669$, ni para la interacción de ambos, $F_{\text{multivariada}}(9,147) = 0,96$; ns; $\eta^2 = 0,056$; $1-\beta = 0,466$. En resumen, el factor riesgo social explica el perfil patológico de los menores, dando cuenta del nada despreciable 11% de la varianza, si tenemos en cuenta que estamos evaluando la patología, pero no así el factor riesgo familiar. Además, ambos factores tienen efectos independientes.

Los efectos univariados, disponibles en la tabla 5, revelan diferencias participadas por el factor riesgo social en las variables clínicas susceptibilidad, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y *psicoticismo*. Específicamente, los menores de alto riesgo social apuntan hacia un perfil clínico que se caracteriza por una mayor susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y *psicoticismo*. Así, los menores de alto riesgo social presentan la siguiente secuencia de sintomatología clínica. Primero, la susceptibilidad interpersonal caracteriza a los menores de alto riesgo social con más sentimientos de inadecuación, inferioridad (particularmente en comparación con otros), inseguridad, desprecio por sí mismos y desagrado en las relaciones interpersonales. Segundo, la depresión los define por la carencia de motivación, pérdida de la energía vital, falta de interés por la vida, sentimientos de desamparo o, incluso, pensamientos suicidas. Tercero, la ideación paranoide los califica con pensamientos proyectivos, hostilidad, egocentrismo, grandiosidad, desconfianza, miedo a la pérdida de la autonomía e ilusiones. Cuarto, la ansiedad que padecen se manifiesta en síntomas como el nerviosismo, tensión, temblores, aprehensión e, incluso, sentimientos de terror o ataques de pánico. Quinto, el *psicoticismo* que los caracteriza está definido por síntomas como el aislamiento, el estilo de vida esquizoide, la retirada, alucinaciones o desórdenes de pensamiento. Sexto, la hostilidad observada se refleja en más pensamientos, sentimientos y actuaciones que reflejan un estado de ira (agresividad, irritabilidad, rabia y resentimiento), o sea, más hostilidad. Séptimo, la ansiedad fóbica que los perfila se traduce en respuestas persistentes de miedo a una persona, lugar, objeto o situación que se caracteriza por ser irracional y desproporcionada al estímulo, y que conlleva conductas de evitación o escape.

TABLA 5. EFECTOS UNIVARIADOS EN LA PATOLOGÍA PARA EL FACTOR RIESGO SOCIAL.

Variable	MC	F	p	eta ²	1-β	M _{alto}	M _{bajo}
Somatización	1,6	3,77	0,054	0,024	0,488	0,87	0,62
Obsesivo-compulsivo	1,05	1,98	0,161	0,013	0,288	1,2	0,99
Susceptibilidad	3,38	6,47	0,012	0,040	0,715	1,03	0,67
Depresión	3,84	9,6	0,002	0,058	0,869	1,01	0,62
Ansiedad	3,61	8,13	0,005	0,050	0,809	0,94	0,56
Hostilidad	2,18	4,32	0,039	0,027	0,542	0,83	0,54
Ansiedad fóbica	4,3	10,93	0,001	0,066	0,908	0,77	0,36
Ideación paranoide	4,98	10,56	0,001	0,064	0,898	1,05	0,61
Psicoticismo	2,92	5,93	0,016	0,037	0,677	0,93	0,6

Nota: G. L. (1,155); M_{alto} = media del grupo de riesgo social alto;
M_{bajo} = media del grupo de riesgo social bajo.

La patología clínica en la que difieren los menores de alto riesgo de los de bajo conforma una componenda facilitadora de la inadaptación social: inferioridad, inseguridad, faltos de motivación, hostiles, egocéntricos, aprehensivos, agresivos e irritables, y con comportamientos de evitación. Por su parte, el perfil clínico¹² de los menores de riesgo social (283,45) refleja, en su dimensión primaria, una estructura de personalidad obsesiva, con una elevación en paranoidismo que probablemente sea debida a una “alineación adolescente”, esto es, distanciamiento emocional y desorientación; con sentimientos de inferioridad (i. e., susceptibilidad interpersonal). Además y como características de la dimensión secundaria, están faltos de motivación (i. e., depresión), se entiende, a tenor de los otros resultados, que en la integración, social, familiar y escolar; y, por extensión, en la social.

Los efectos inter-sujetos (véanse en la tabla 6) dan cuenta de diferencias en las variables clínicas somatización, obsesivo-compulsivo, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y hostilidad, terciadas por el factor riesgo familiar. Sucintamente, los menores de alto riesgo familiar presentan una mayor somatización, obsesivo-compulsivo, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y hostilidad. La mayor somatización informada por los menores de alto riesgo familiar los describe con una mayor angustia prove-

¹² El perfil clínico se construye a partir de las 5 puntuaciones más elevadas, siendo las 3 primeras la dimensión primaria y las siguientes la secundaria.

TABLA 6. EFECTOS UNIVARIADOS EN LA PATOLOGÍA PARA EL FACTOR RIESGO FAMILIAR.

Variable	MC	F	p	eta ²	1-β	M _{alto}	M _{bajo}
Somatización	2,84	6,7	0,011	0,041	0,730	0,58	0,91
Obsesivo-compulsivo	2,43	4,56	0,034	0,029	0,565	0,94	1,25
Susceptibilidad	2,92	5,59	0,019	0,035	0,651	0,68	1,02
Depresión	2,86	7,16	0,008	0,044	0,758	0,65	0,98
Ansiedad	2,84	6,39	0,012	0,040	0,710	0,58	0,92
Hostilidad	2,28	4,53	0,035	0,028	0,562	0,54	0,84
Ansiedad fóbica	0,19	0,47	0,494	0,003	0,105	0,52	0,61
Ideación paranoide	1,48	3,13	0,079	0,020	0,420	0,71	0,95
Psicoticismo	1,9	3,85	0,052	0,024	0,496	63,9	0,9

Nota: G. L. (1,155); M_{bajo} = media del grupo de riesgo social alto;
M_{alto} = media del grupo de riesgo social bajo.

niente de la percepción de disfunciones corporales. Como más obsesivo-compulsivo, los menores de alto riesgo familiar evocan más pensamientos, impulsos y acciones, experimentados como no remitentes que son auto-alienantes y no queridos por la persona. Además, la más elevada susceptibilidad interpersonal delimita a los menores de alto riesgo familiar con más sentimientos de inadecuación, inferioridad (particularmente en comparación con otros), inseguridad, desprecio por sí mismos y desagrado en las relaciones interpersonales. Éstos también apuntan mayores niveles de depresión, que se muestran patentes en la carencia de motivación, pérdida de la energía vital, falta de interés por la vida, sentimientos de desamparo o, incluso, pensamientos suicidas. Asimismo, la más elevada ansiedad que manifiestan advierte de síntomas como el nerviosismo, tensión, temblores, aprehensión, y puede que sentimientos de terror o ataques de pánico. Finalmente, la mayor hostilidad observada entre los menores de riesgo familiar alto nos anuncia más pensamientos, sentimientos y actuaciones que reflejan un estado de ira (agresividad, irritabilidad, rabia y resentimiento), es decir, más hostilidad.

De este modo, el perfil clínico (234,85) que distingue a los menores de riesgo familiar de los de no riesgo, presenta una dimensión primaria conformada por un cuadro obsesivo-compulsivo, acompañado de susceptibilidad interpersonal y depresión. De éste se infiere un predominio de una personalidad obsesivo-compulsiva, con sentimientos de inferioridad y faltos de motivación para la integración (v. gr., social, familiar y escolar). La dimensión secunda-

ria, integrada por ideación paranoide y ansiedad, informa de “alineación adolescente”, esto es, distanciamiento emocional y desorientación, a la vez que de agresividad.

Estos dos perfiles de los menores de riesgo son consistentes con las previsiones sobre el comportamiento antisocial (p. e., Hare, 1985), ya que en ellos destaca la hostilidad, la depresión, entendida como falta de motivación para la integración, hostilidad y alineación. Las repercusiones psicológicas de los perfiles dibujados por los menores de alto riesgo social y familiar son, de acuerdo con las previsiones teóricas de la literatura (p. e., Deflem, 1989; Fernández-Ríos, 1994; Guthri y Tanco, 1980) y que una mirada a los otros resultados de este estudio confirman: la pérdida de control personal, bajo cuidado autoprotectivo, reducción de conductas prosociales, mayor número de conductas inadaptadas, peor autocalificación personal, apatía, resentimiento y carencia de integración social.

De todo ello se deriva, para el diseño e implementación de programas preventivos y de potenciación con los menores de alto riesgo social y de familias inadaptadas, que ambas contingencias revierten en inicios de desajustes clínicos de los menores. Si bien una hipótesis dual sobre qué antecede a qué (patología a los restantes desajustes o éstos a patología) es viable (véase, para un conjunto explicativo, Khantzian, 1985; Otero, 1994), no lo es menos que es más robusta una hipótesis que sostenga que los desajustes clínicos son consecuencia de las situaciones de riesgo. Bajo este supuesto, no es precisa una intervención directa sobre la patología clínica, ya que ésta remitiría a medida que mejoraran los índices de los otros desajustes. En todo caso, la intervención grupal no sería viable en el marco de un programa de intervención educativa (esto es, requeriría de intervención clínica individual), a no ser que se ciñera a corregir un posible déficit metacognitivo de los sujetos.

3.4. INTELIGENCIA EMOCIONAL

Practicado un MANOVA 2 x 2 (riesgo social x riesgo familiar), los resultados exhibieron un efecto significativo, en la inteligencia emocional, para el factor riesgo social, $F_{\text{multivariada}}(3,281) = 6,6$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,066$; $1-\beta = 0,972$, pero no para el factor riesgo familiar, $F_{\text{multivariada}}(3,281) = 1,79$; ns; $\eta^2 = 0,019$; $1-\beta = 0,463$, ni para la interacción de ambos, $F_{\text{multivariada}}(3,281) = 1,27$; ns; $\eta^2 = 0,013$; $1-\beta = 0,337$. En consecuencia, el factor riesgo social tiene unos efectos significativos en la inteligencia emocional, pero no así el factor riesgo familiar ni la interacción de ambos. Esto supone que los menores en riesgo social difieren en el ajuste emocional en función del riesgo social alto o bajo en que estén inmersos, explicando este factor el 6,6% de la varianza.

Los efectos univariados, que pueden cotejarse en la tabla 7, para el factor riesgo social apuntan diferencias en atención y reparación emocional. Las diferencias en atención presentan a los menores de alto riesgo social con una menor capacidad para la atención a las emociones o sentimientos. Asimismo, los menores de alto riesgo social cuentan menos con la habilidad reparadora de las emociones que los de bajo riesgo. En consecuencia, los menores de alto riesgo social disponen de una menor habilidad para la evaluación y expresión de las emociones en sí mismos y, por deducción, en los demás, y para el control de las emociones en sí mismos y, como añadido, en los demás (i. e., mejorar las emociones, reparar las desagradables, mantener las agradables).

Si bien no se observan diferencias en el conjunto que constituye la inteligencia emocional (esto es, diferencias multivariadas) entre los menores de alto y bajo riesgo familiar, los efectos inter-sujetos (ver tabla 8) desvelan que los menores de alto riesgo tienen una habilidad menor para la reparación emocional. En otras palabras, la habilidad de los menores de alto riesgo familiar para regular sus propias emociones y, por extensión, las ajenas es significativamente menor (i. e., mejorar las emociones, reparar las desagradables, mantener las agradables).

TABLA 7. EFECTOS UNIVARIADOS EN LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA EL FACTOR RIESGO SOCIAL.

Variable	MC	F	p	eta ²	1-β	M _{alto}	M _{bajo}
Atención	925,1	19,14	0,000	0,063	0,992	40,5	44,36
Claridad	54,34	1,36	0,244	0,005	0,214	36,33	37,26
Reparación	61,09	3,9	0,050	0,013	0,493	20,38	21,37

Nota: G. L. (1,283); M_{alto} = media del grupo de riesgo social alto;
 M_{bajo} = media del grupo de riesgo social bajo.

TABLA 8. EFECTOS UNIVARIADOS EN LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA EL FACTOR RIESGO FAMILIAR.

Variable	MC	F	p	eta ²	1-β	M _{bajo}	M _{alto}
Atención	3,94	0,08	0,776	0,000	0,059	42,56	42,3
Claridad	15,35	0,39	0,536	0,001	0,095	37,04	36,54
Reparación	8,75	5,09	0,025	0,018	0,613	21,45	20,03

Nota: G. L. (1,283); M_{bajo} = media del grupo de riesgo social alto;
 M_{alto} = media del grupo de riesgo social bajo.

En suma, los menores de riesgo presentan una mayor tendencia, en alguno de sus componentes, al desajuste emocional, lo que les lleva a no discriminar, identificar, regular o usar correctamente sus emociones. Así, si no son capaces de neutralizar las emociones, éstas van a guiar el procesamiento posterior de cualquier estímulo, disparando también el repertorio conductual acorde con esa emoción.

Por tanto, este patrón de resultados nos permite anticipar una mayor propensión de los menores de riesgo a involucrarse en comportamientos inadaptados (p. e., Wang, 2002). De todo ello se infiere, para la implementación de programas de potenciación y prevención, que es preciso focalizarlos en estos menores hacia potenciar o crear la capacidad para identificar y discriminar las emociones propias y las de los demás (empatía); la capacidad para manejar y regular las emociones; y la capacidad de manejar las emociones de forma adaptativa.

Es de destacar, además, que ninguno de los dos factores de riesgo media diferencias en la claridad en la expresión de las emociones, cuyo polo opuesto sería la ambivalencia, en lo que se ha denominado *complejidad emocional* (Emmons, 1992). A su vez, todos utilizan las emociones en la dirección adaptativa ($M_s > 33$).

3.5. AUTOCONCEPTO

Hecho un MANOVA 2 x 2 (riesgo social x riesgo familiar), los resultados describieron un efecto significativo, en el autoconcepto, para el factor riesgo social, $F_{\text{multivariada}}(4,314) = 5,28$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,063$; $1-\beta = 0,970$, para el factor riesgo familiar, $F_{\text{multivariada}}(4,314) = 11,23$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,125$; $1-\beta = 1$, pero no así para la interacción de ambos, $F_{\text{multivariada}}(4,314) = 0,91$; ns; $\eta^2 = 0,008$; $1-\beta = 0,190$. En otras palabras, el riesgo social, que da cuenta de más del 6% de la varianza, influye el autoconcepto de los menores al igual que el riesgo familiar, que explica el 12,5% de la varianza, pero ambos factores son independientes.

Los efectos inter-sujetos, que pueden verse en la tabla 9, indican que los menores de alto riesgo social y los de bajo se diferencian en los componentes del autoconcepto social y familiar. En suma, los menores de alto riesgo social participan de una identidad social (competencia social) y familiar más baja que los de bajo riesgo social.

Por su parte, los efectos univariados para el factor riesgo familiar (véase la tabla 10) nos informan de diferencias en las variables autoconcepto emocional, social, escolar y familiar. En concreto, aquellos menores familiarmente

TABLA 9. EFECTOS UNIVARIADOS EN EL AUTOCONCEPTO PARA EL FACTOR RIESGO SOCIAL.

Variable	MC	F	p	eta ²	1-β	M _{alto}	M _{bajo}
Emocional	24,15	1,74	0,188	0,005	0,260	25,49	26,08
Social	40,32	12	0,001	0,036	0,932	12,33	13,09
Escolar	31,83	3,54	0,061	0,011	0,466	18,23	17,56
Familiar	169,26	5,2	0,023	0,016	0,623	14,26	15,81

Nota: G. L. (1,317); M_{alto} = media del grupo de riesgo social alto;
 M_{bajo} = media del grupo de riesgo social bajo.

TABLA 10. EFECTOS UNIVARIADOS EN EL AUTOCONCEPTO PARA EL FACTOR RIESGO FAMILIAR.

Variable	MC	F	p	eta ²	1-β	M _{bajo}	M _{alto}
Emocional	40,53	24,49	0,000	0,072	0,999	26,88	24,69
Social	48,91	14,55	0,000	0,044	0,967	13,13	12,3
Escolar	146,8	16,31	0,000	0,049	0,981	18,62	17,17
Familiar	59,79	7,98	0,005	0,025	0,804	16	14,08

Nota: G. L. (1,317); M_{bajo} = media del grupo de riesgo social alto;
 M_{alto} = media del grupo de riesgo social bajo.

inadaptados evidencian un autoconcepto social, escolar, emocional y familiar más bajo. Esto implica que los menores de familias inadaptadas se evalúan con más labilidad emocional, menos competencia social, menos adecuación familiar y menos potencial académico.

Estos resultados son consistentes con la literatura al respecto, que aprecia un autoconcepto más bajo o negativo entre los sujetos inadaptados (v. gr., Bhagat y Fraser, 1970; Werner y Smith, 1992).

Las implicaciones de estas evaluaciones, más bajas en los componentes del autoconcepto por parte de los menores en riesgo social y de familias inadaptadas, para el diseño e implementación de programas son muy relevantes. Así, es preciso una intervención de conjunto que lleve a estos menores a potenciar o crear un autoconcepto positivo en los distintos componentes del mismo, que sirva de protector ante las presiones para el desajuste social. La intervención sobre el autoconcepto es viable y el Entrenamiento Auto-Ins-

truccional, englobado en el modelo de aprendizaje cognitivo, ha mostrado ser muy efectivo en el robustecimiento de un autoconcepto positivo entre delinquentes y personas con diversos desórdenes de conducta en el control de impulsos, llevándolos a la reducción de conductas antisociales, al cumplimiento de las tareas escolares, de auto-cuidado, y de las demandas sociales (Snyder y White, 1979).

3.6. AFRONTAMIENTO

Llevado a cabo un MANOVA 2 x 2 (riesgo social x riesgo familiar), los resultados dieron cuenta, en las estrategias de afrontamiento, de un efecto significativo para el factor riesgo social, $F_{\text{multivariada}}(18,127) = 2,69$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,276$; $1-\beta = 0,996$, para el factor riesgo familiar, $F_{\text{multivariada}}(18,127) = 1,89$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,211$; $1-\beta = 0,957$, pero no así para la interacción de ambos, $F_{\text{multivariada}}(18,127) = 1,5$; ns; $\eta^2 = 0,176$; $1-\beta = 0,886$. El poder explicativo de ambos factores en la discriminación de las estrategias de afrontamiento utilizadas es elevado: un 27,6% para el riesgo social y un 21,1% para el riesgo familiar.

Los efectos univariados advierten (véase la tabla 11) de diferencias mediadas por el factor “riesgo social” en las estrategias de afrontamiento “esforzarse y tener éxito”, “buscar pertenencia” y “reducción de la tensión”. En concreto, los menores de bajo riesgo social utilizan, en mayor medida que los de alto riesgo social, las estrategias de afrontamiento “esforzarse y tener éxito” (en otras palabras, realización de conductas de trabajo, esfuerzo y realización personal), “buscar pertenencia” (esto es, preocupación e interés por las relaciones con los demás y por lo que los otros piensan de uno) y “distracción física” (o sea, dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma).

Por su parte, los menores de alto riesgo social recurren en mayor medida a la estrategia “reducción de la tensión” (es decir, sentirse mejor mediante acciones que reduzcan la tensión como llorar, gritar, evadirse). En resumen, los menores de alto riesgo social tienden más al uso de estrategias de “huida intrapunitiva”, en tanto que los de bajo riesgo social se orientan más al uso de estrategias de “acción positiva”, tanto esforzada como hedonista.

TABLA 11. EFECTOS UNIVARIADOS EN EL AFRONTAMIENTO PARA EL FACTOR RIESGO SOCIAL.

Variable	MC	F	p	eta ²	1-β	M _{alto}	M _{bajo}
Apoyo social	587,58	2,03	0,157	0,014	0,293	67,21	72,25
Resolver problemas	986,43	3,68	0,057	0,025	0,478	65,84	72,36
Esforzarse y tener éxito	2.088,52	10,33	0,002	0,067	0,891	72,75	82,24
Preocuparse	45,34	0,19	0,668	0,001	0,071	75,8	77,2
Invertir en amigos	69,82	0,23	0,634	0,002	0,076	72,3	74,03
Buscar pertenencia	1.249,72	5,51	0,020	0,037	0,645	69,33	76,67
Hacerse ilusiones	238,11	1,17	0,281	0,008	0,189	68,95	72,15
Falta de afrontamiento	102,68	0,57	0,453	0,004	0,116	48,68	46,58
Reducción tensión	1.492,19	7,35	0,008	0,049	0,768	47,62	39,6
Acción social	541,04	1,84	0,177	0,013	0,271	55,54	50,71
Ignorar el problema	189,21	0,62	0,402	0,004	0,123	50,57	47,71
Autoinculparse	131,03	0,71	0,403	0,005	0,133	50,32	47,94
Reservarlo para sí	46,15	0,19	0,662	0,001	0,072	52,59	54
Apoyo espiritual	392,85	1,23	0,269	0,008	0,197	66,28	62,16
Fijarse en positivo	526,3	2,47	0,118	0,017	0,345	73,99	78,76
Ayuda profesional	994,4	2,29	0,133	0,016	0,324	68,21	74,76
Busca diversiones	3,24	0,01	0,917	0,000	0,051	80,49	80,87
Distracción física	1.797,7	4,5	0,036	0,030	0,559	74,28	83,08

Nota: G. L. (1,144); M_{alto} = media del grupo de riesgo social alto;
M_{bajo} = media del grupo de riesgo social bajo.

Los efectos inter-sujetos, que pueden observarse en la tabla 12, señalan diferencias entre los menores que viven en un ambiente familiar de riesgo bajo y aquellos de alto riesgo, en las variables “resolver problemas” y “autoinculparse”. Específicamente, los menores de familias de alto riesgo se inclinan más a usar como estrategia de afrontamiento “autoinculparse” y menos la “resolución de problemas” que los de familias de bajo riesgo. En suma, los menores de familias de bajo riesgo recurren a estrategias de acción positiva y esforzada, en tanto que los de alto riesgo se valen de una estrategia de huida intrapunitiva, la autoinculpación.

TABLA 12. EFECTOS UNIVARIADOS EN EL AFRONTAMIENTO PARA EL RIESGO FAMILIAR.

Variable	MC	F	p	eta ²	1-β	M _{bajo}	M _{alto}
Apoyo social	27,39	0,09	0,759	0,001	0,061	69,19	70,27
Resolver problemas	1.495,1	5,58	0,020	0,037	0,650	73,12	65,09
Esforzarse y tener éxito	320,21	1,58	0,210	0,011	0,240	79,35	75,64
Preocuparse	422,79	1,73	0,191	0,012	0,257	78,63	74,36
Invertir en amigos	487,85	1,59	0,209	0,011	0,241	70,87	75,46
Buscar pertenencia	221,39	0,98	0,325	0,007	0,165	74,54	71,46
Hacerse ilusiones	275,44	1,36	0,246	0,009	0,212	68,83	72,27
Falta de afrontamiento	374,01	2,06	0,153	0,014	0,297	45,62	49,64
Reducción tensión	179,17	0,88	0,349	0,006	0,154	42,22	45
Acción social	325,56	1,11	0,294	0,008	0,182	55	51,25
Ignorar el problema	912,16	2,99	0,086	0,020	0,405	46	52,27
Autoinculparse	984,92	5,3	0,023	0,035	0,628	45,87	52,39
Reservarlo para sí	387,85	1,62	0,206	0,011	0,244	51,25	55,34
Apoyo espiritual	45,07	1,14	0,707	0,001	0,066	64,92	63,52
Fijarse en positivo	123,16	0,58	0,449	0,004	0,117	77,53	75,23
Ayuda profesional	5,2	0,01	0,913	0,000	0,051	71,72	71,25
Busca diversiones	111,23	0,37	0,542	0,003	0,093	79,58	81,77
Distracción física	297,69	0,75	0,389	0,005	0,138	80,47	76,89

Nota: G. L. (1,114); M_{bajo} = media del grupo de riesgo social alto;
M_{alto} = media del grupo de riesgo social bajo.

Las conclusiones de estos resultados nos permiten dibujar un entorno de afrontamiento no muy efectivo para los menores de alto riesgo social y de familias inadaptadas. De facto, la prevalencia¹³ entre éstos de las estrategias de huida intrapunitivas, en detrimento de aquellas basadas en la acción

¹³ Si bien algunos autores, para potenciar los resultados, recurren a referirse a esta característica como un rasgo de personalidad (v. gr., Houtman, 1990), nos parece un sesgo, porque de esta denominación se infiere una tendencia sistemática, cuando no lo es tal, sino una mayor prevalencia en el uso de unas estrategias frente a otras. En esta línea argumental, nuestros resultados, al igual que los de la literatura en general, no advierten de que no utilizan todas las estrategias de afrontamiento disponibles. En consecuencia, nosotros proponemos que los estilos de socialización de riesgo familiar y social favorecen la potenciación de unas estrategias de afrontamiento en detrimento de otras.

positiva y esforzada, nos advierte claramente del predominio de un estilo de afrontamiento negativo. En función de todo ello se puede deducir que los programas de potenciación y prevención deben tener entre sus contenidos el robustecimiento de otras estrategias más positivas, en general, así como el manejo de las mismas en interacción con el efecto de contexto, la identificación correcta de las situaciones realmente estresantes, la planificación y la elección de la estrategia más adecuada (Goldberger y Breznitz, 1982). Este tipo de intervención no sólo es recomendable sino que también es posible y efectiva. De hecho, el entrenamiento en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento se ha mostrado efectivo (Meichenbaum, 1987), al igual que el aprendizaje del razonamiento para la resolución de problemas; en este caso, la búsqueda y elección entre estrategias alternativas (Platt y Spivack, 1975).

3.7. PROCESOS DE ATRIBUCIÓN

Hallamos, mediante un ANOVA con un diseño factorial completo 2 (riesgo social: alto vs. bajo) x 2 (riesgo familiar: alto vs. bajo), diferencias significativas en los procesos atribucionales mediadas por el factor riesgo social $F(1,312) = 69,68$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,183$; $1-\beta = 1,0$, de modo que los menores de alto riesgo social presentan un sesgo hacia la atribución externa ($M = 13,2$) en comparación con los de riesgo social menor ($M = 10,6$). Además, este factor explica el 18.3% de los procesos atributivos. Asimismo, observamos diferencias en los procesos atribucionales moduladas por el factor riesgo familiar, $F(1,312) = 4,04$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,013$; $1-\beta = 0,518$, en el sentido de que los menores en riesgo familiarmente tienden más hacia la atribución externa ($M = 12,01$) que los adaptados familiar ($M = 11,1$). Ahora bien, el poder explicativo de este factor de los procesos atributivos es muy bajo ya que sólo da cuenta del 1,3% de la varianza. A su vez, la interacción de ambos factores resultó no significativa, $F(1,312) = 3,73$; ns; $\eta^2 = 0,012$; $1-\beta = 0,487$, esto es, son factores independientes.

Teniendo presente que la atribución de responsabilidad externa es un facilitador del comportamiento inadaptado (Peterson y Leigh, 1990) y, a su vez, un inhibidor del tratamiento (Beleña y Báguena, 1993; Romero, Sobral y Luengo, 1999) y que define a los menores de riesgo, los programas de potenciación y prevención del comportamiento inadaptado entre los menores de riesgo deben orientarse a corregir tal sesgo cognitivo. La corrección de los procesos atributivos hacia la asunción de la responsabilidad de los propios actos es posible (Lefcourt, 1981).

3.8. HABILIDADES SOCIALES

Ejecutado un MANOVA¹⁴ 2 x 2 (riesgo social x riesgo familiar), los resultados revelaron, en las habilidades sociales, un efecto significativo para el factor riesgo social, $F_{\text{multivariada}}(22,265) = 6,63$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,355$; $1-\beta = 1$, para el factor riesgo familiar, $F_{\text{multivariada}}(22,265) = 1,7$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,123$; $1-\beta = 0,970$, pero no así para la interacción de ambos, $F_{\text{multivariada}}(22,265) = 1,5$; ns; $\eta^2 = 0,113$; $1-\beta = 0,949$. En otras palabras, los factores riesgo social y riesgo familiar interceden las habilidades sociales disponibles en los menores, dando cuenta del 35,5% y del 12,3% de la varianza, respectivamente.

Los efectos univariados (mírense en la tabla 13) para el factor riesgo social ponen de manifiesto diferencias en las habilidades escuchar, formular preguntas, dar las gracias, participar, expresar sentimientos, autorrecompensarse, pedir permiso, compartir algo, resistir la presión del grupo y tomar iniciativas. En todas ellas, los menores del grupo de alto riesgo disponen en menor medida de la habilidad que los del grupo de bajo riesgo social. En resumen, los menores de alto riesgo social presentan un claro déficit en comparación con los de bajo riesgo en términos de competencia en habilidades sociales.

TABLA 13. EFECTOS UNIVARIADOS EN LAS HABILIDADES SOCIALES PARA EL FACTOR RIESGO SOCIAL.

Variable	MC	F	p	η^2	$1-\beta$	M _{alto}	M _{bajo}
Escuchar	11,95	7,89	0,005	0,027	0,799	22,5	5,97
Formular preguntas	6,49	4,55	0,034	0,016	0,565	2,48	2,79
Dar gracias	23,34	13,28	0,000	0,044	0,953	2,21	2,8
Presentarse	4,45	3,81	0,052	0,013	0,494	2,3	2,56
Hacer cumplidos	0,017	0,02	0,900	0,000	0,052	2,7	2,69
Pedir ayuda	7,99	1,78	0,183	0,006	0,265	2,73	3,07
Participar	4,35	5,07	0,025	0,017	0,612	2,53	2,79
Conocer sentimientos	0,89	1,14	0,287	0,004	0,186	2,79	2,68
Expresar sentimientos	3,99	4,42	0,036	0,015	0,554	2,83	2,58
Comprender demás	0,14	0,16	0,692	0,001	0,068	2,8	2,76
Autorrecompensarse	35,12	14,36	0,000	0,048	0,965	3,09	2,36

¹⁴ Son grupos de tamaños desiguales y de varianzas desiguales, $F(759,103682) = 2,75$; $p < 0,001$.

TABLA 13. EFECTOS UNIVARIADOS EN LAS HABILIDADES SOCIALES PARA EL FACTOR RIESGO SOCIAL.
(Continuación)

Variable	MC	F	p	eta ²	1-β	M _{alto}	M _{bajo}
Pedir permiso	7,53	5,32	0,022	0,018	0,633	2,41	2,75
Compartir algo	15,51	14	0,000	0,044	0,950	2,43	2,91
Ayudar a los demás	3,26	3,09	0,080	0,011	0,418	2,6	2,83
Negociar	1,95	2,22	0,138	0,008	0,317	2,76	2,59
Emplear autocontrol	8,37	3,55	0,061	0,012	0,467	2,59	2,94
Defender propios derechos	0,42	0,33	0,567	0,001	0,088	2,66	2,74
No meterse en peleas	2,61	2,13	0,146	0,007	0,307	2,73	2,93
Responder al fracaso	2,83	2,97	0,086	0,010	0,404	2,69	2,9
Resistir presiones de grupo	8,82	9,36	0,002	0,032	0,862	2,64	2,27
Tomar iniciativas	7,19	7,7	0,006	0,026	0,790	2,79	2,46
Priorizar problemas	1,03	0,42	0,516	0,001	0,099	2,77	2,65

Nota: G. L. (1,286); M_{alto} = media del grupo de riesgo social alto; M_{bajo} = media del grupo de riesgo social bajo. Grupos de tamaños desiguales y de varianzas no homogéneas, siendo la F conservadora de Box para p < 0,05 de 3,84. Contrastado el valor F teórico (de la prueba de homogeneidad) con el empírico, hallamos que no hay modificación alguna en la región de significatividad.

Los efectos inter-sujetos para el factor riesgo familiar (ver tabla 14) informan de diferencias articuladas por el factor riesgo familiar en las habilidades sociales escuchar, formular preguntas, negociar, defender los propios derechos, no meterse en peleas, resistir las presiones del grupo y priorizar los problemas. Tal y como cabía esperar, en todas estas habilidades los menores de alto riesgo familiar están menos capacitados. En suma, los menores de alto riesgo familiar disponen de menos habilidades sociales para una correcta integración social.

El inferior desarrollo de las habilidades sociales entre los menores de riesgo social y familiar según el modelo de déficit en las destrezas de Ross y Fabiano (1985) limita las probabilidades de un aprendizaje prosocial, lo cual facilita la adquisición de conductas inadaptadas. Aún es más, dichas limitaciones pueden dirigir el procesamiento de la información de modo que contribuya a incrementar la probabilidad de comportamientos inadaptados (Akhtar y Bradley, 1991). Las derivaciones para la puesta en práctica de programas preventivos o de intervención son evidentes: es preciso dotar a estos menores de estas habilidades y potenciar su eficacia en el uso de las mismas. La

TABLA 14. EFECTOS UNIVARIADOS EN LAS HABILIDADES SOCIALES PARA EL FACTOR RIESGO FAMILIAR.

Variable	MC	F	p	eta ²	1-β	M _{bajo}	M _{alto}
Escuchar	12,32	8,14	0,005	0,028	0,811	2,98	2,55
Formular preguntas	7,89	5,53	0,019	0,019	0,649	2,81	2,47
Dar gracias	6,24	3,55	0,060	0,012	0,648	2,66	2,35
Presentarse	0,04	0,04	0,849	0,000	0,054	2,44	2,42
Hacer cumplidos	1,4	1,32	0,251	0,005	0,209	2,77	2,62
Pedir ayuda	0,46	0,1	0,748	0,000	0,062	2,86	2,94
Participar	1,04	1,21	0,273	0,004	0,195	2,72	2,6
Conocer sentimientos	0,14	0,18	0,674	0,001	0,170	2,76	2,71
Expresar sentimientos	0,89	0,99	0,321	0,003	0,168	2,76	2,65
Comprender demás	0,52	0,57	0,449	0,002	0,117	2,83	2,74
Autorrecompensarse	0,25	0,1	0,749	0,000	0,062	2,75	2,69
Pedir permiso	0,74	0,52	0,471	0,002	0,111	2,63	2,52
Compartir algo	0,12	0,1	0,749	0,000	0,062	2,69	2,65
Ayudar a los demás	1,42	1,35	0,247	0,005	0,212	2,79	2,64
Negociar	5,23	5,95	0,015	0,020	0,681	2,81	2,53
Emplear autocontrol	0,02	0,01	0,918	0,000	0,051	2,76	2,78
Defender propios derechos	12,37	9,59	0,002	0,032	0,870	2,91	2,48
No meterse en peleas	11,93	9,73	0,002	0,033	0,875	3,04	2,62
Responder al fracaso	0,11	0,11	0,736	0,000	0,063	2,82	2,78
Resistir presiones de grupo	6,12	6,5	0,011	0,022	0,719	2,61	2,3
Tomar iniciativas	3	3,21	0,074	0,011	0,431	2,74	2,52
Priorizar problemas	14,26	5,84	0,016	0,020	0,673	2,94	2,48

Nota: G. L. (1,286); M_{bajo} = media del grupo de riesgo social alto;
M_{alto} = media del grupo de riesgo social bajo.

Terapia del Aprendizaje Estructurado (Goldstein y otros, 1989) y el Entrenamiento en Eficacia Personal (Liberian, 1993) se han mostrado efectivas en la creación y potenciación de un repertorio de habilidades sociales que doten de competencia social, incluidas poblaciones de inadaptados socialmente (Ross, Fabiano y Garrido, 1990).

3.9. CONDUCTA ANTISOCIAL

Llevado a cabo un MANOVA 2 x 2 (riesgo social x riesgo familiar), los resultados mostraron, en la medida de la conducta inadaptada, un efecto significativo para el factor riesgo social, $F_{\text{multivariada}}(2,311) = 11,15$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,067$; $1-\beta = 0,992$, para el factor riesgo familiar, $F_{\text{multivariada}}(2,311) = 4,26$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,027$; $1-\beta = 0,742$, pero no así para la interacción de ambos, $F_{\text{multivariada}}(2,311) = 1,23$; ns; $\eta^2 = 0,008$; $1-\beta = 0,268$. De nuevo en esta última variable observamos el mismo patrón típico de resultados: un efecto significativo, en este caso, en la conducta antisocial del riesgo social (efecto moderado) y del riesgo familiar (efecto bajo), pero con efectos independientes.

Los efectos univariados, a su vez, para el factor riesgo social, disponibles en la tabla 15, nos expresan que los menores del grupo de alto riesgo social presentan una mayor tendencia a la emisión de conductas antisociales y delictivas que los de bajo riesgo social. En otras palabras, los menores de riesgo social, a estas edades tan tempranas, ya están iniciando una carrera hacia la exclusión social.

TABLA 15. EFECTOS UNIVARIADOS EN LA CONDUCTA ANTISOCIAL PARA EL FACTOR RIESGO SOCIAL.

Variable	MC	F	p	η^2	$1-\beta$	M_{alto}	M_{bajo}
Antisocial	77,53	7,95	0,005	0,025	0,802	2,22	1,16
Delincuencia	137,39	22,27	0,000	0,067	0,997	1,75	0,34

Nota: G. L. (1,312); M_{alto} = media del grupo de riesgo social alto;
 M_{bajo} = media del grupo de riesgo social bajo.

Los efectos inter-sujetos, que se recogen en la tabla 16, advierten de diferencias en el comportamiento antisocial y delictivo terciadas por el factor riesgo familiar. Sucintamente, los menores de familias de riesgo social apun-

TABLA 16. EFECTOS UNIVARIADOS EN LA CONDUCTA ANTISOCIAL PARA EL FACTOR RIESGO FAMILIAR.

Variable	MC	F	p	η^2	$1-\beta$	M_{alto}	M_{bajo}
Antisocial	38,89	3,99	0,047	0,013	0,512	1,32	2,06
Delincuencia	52,65	8,53	0,004	0,027	0,829	0,61	1,48

Nota: G. L. (1,312); M_{bajo} = media del grupo de riesgo social alto;
 M_{alto} = media del grupo de riesgo social bajo.

tan a una mayor tasa de comportamientos antisociales y delictivos que los adaptados familiarmente. En conclusión, los menores de familias de riesgo social tienen una mayor propensión al inicio de una carrera de exclusión social.

En esta última variable de medida observamos la consecuencia para los menores del riesgo social: el comportamiento antisocial. El control o amortiguamiento de éste es el fin último de nuestro trabajo. Nuestros resultados no son inesperados. No en vano, la literatura ha informado de un modo sistemático de la relación entre riesgo social (Farrington y West, 1993) y familiar (p. e, Farrington, 2002), por una parte, y comportamiento antisocial, por otra. Además, estos dos condicionantes parecen ser de los más robustos en la predicción de la inadaptación social (Farrington, 2003). La subsiguiente cuestión es ¿es posible una intervención que reduzca o controle este camino entre los menores de riesgo hacia la inadaptación social? La respuesta es afirmativa tanto desde un nivel preventivo (véase la revisión de los diversos programas de Farrington, 2003) como de rehabilitación y reinserción social (véase, por ejemplo, la revisión de la eficacia de los programas de entrenamientos en pensamiento prosocial de López, Garrido y Ross, 2001).

4. DISCUSIÓN

Previamente a la discusión es preciso realizar una autocrítica de los resultados aquí mostrados a fin de ajustarnos a una lectura más realista de los mismos. Primero, el aislamiento total de los efectos de una variable no es posible, ya que no hay una variación ecológica total (a pesar de optar por un estudio transversal). Segundo, si bien se supera una de las limitaciones de los modelos teóricos de la inadaptación que se basan en la agregación de muestras obviando la heterogeneidad (Laub y Sampson, 1993), se asume como grupo de contraste el de no riesgo, cuando éste no es totalmente normativo. Tercero, de los anteriores resultados no se puede inferir una relación causa-efecto. Cuarto, la fuente de datos son casi exclusivamente autoinformes, con la consiguiente distorsión de la medida inherente a los mismos. Quinto, la generalización directa de estos datos a otros contextos no es posible, dada la idiosincrasia del mismo. Ahora bien, cabe precisar que los resultados están en la misma dirección que las previsiones de la literatura para todo tipo de poblaciones. Partimos, como no podía ser de otro modo dados nuestros objetivos y diseño, de una relación lineal entre las variables dependientes y el riesgo, pero ésta no tiene por qué ser la única relación posible.

Con estas precisiones en mente formulamos las siguientes conclusiones:

- a) *Riesgo y comportamiento inadaptado.* Los sujetos de riesgo no sólo son de tal, sino que ya emiten más comportamientos inadaptados, tanto anti-sociales como delictivos. Estamos, pues, ante los inicios de una carrera de riesgo extremo de inadaptación, bien sea de curso vital, bien sea limitada (Moffitt, 1993).
- b) *De los factores de riesgo.* Existe una multiplicidad de factores que diferencian a los sujetos de riesgo de los de no riesgo. Las diferencias aparecen tanto entre los factores estáticos (i. e., patología) como los dinámicos (p. e., mecanismos autorregulatorios).
- c) *Del perfil de riesgo.* De este estudio se obtiene, de un modo sistemático, que riesgo social y riesgo familiar son dos factores totalmente independientes. Por tanto, se trata de dos caminos independientes hacia la inadaptación. Ahora bien, los factores de riesgo, bien sean estáticos o dinámicos, que caracterizan a ambos tipos de sujetos de alto riesgo son prácticamente idénticos. En otras palabras, los menores de riesgo, ya sea social o familiar, comparten un perfil de variables que potencia la inadaptación.
- d) *Desde un nivel del control de las emociones.* Los menores de riesgo evidencian un menor desarrollo de la inteligencia emocional a la vez que un mayor desajuste clínico. Estos factores de riesgo biológicos, de hacerse efectivos y robustos en la inadaptación, predicen un curso persistente de ésta (Moffitt, 1993). Constatadas disfunciones en la inteligencia emocional en los grupos de alto riesgo, es preciso robustecer los procesos mentales involucrados en el constructo de inteligencia emocional, con el fin contribuir a una educación emocional que facilite la salud psicológica de los menores (Bisquerra, 2000). Ésta, como conjunto, debe dirigirse a: potenciación de la habilidad para percibir de forma correcta, evaluar y expresar las emociones; habilidad para acceder o generar los sentimientos cuando pueden facilitar el pensamiento; habilidad para comprender las emociones y la conciencia emocional; y habilidad para regular las emociones con el objetivo de crecer emocional e intelectualmente.
- e) *Desde un nivel psicológico-individual.* Las lagunas y carencias que presentan los menores de riesgo en el autoconcepto, los procesos atributivos, las estrategias de afrontamiento disponibles y las habilidades sociales los convierten cognitivamente en sujetos con menor competencia psicosocial (Fabiano y Ross, 1985; Garrido y López, 1995; Peterson y Leigh, 1990). Así, no es preciso potenciar sino generar en estos menores los procesos autorregulatorios, la autoatribución de la responsabilidad de

su comportamiento, un repertorio completo de estrategias de afrontamiento y de habilidades sociales. Pero éstos son procesos complejos que requieren, previamente, de un entrenamiento cognitivo en las habilidades cognitivas básicas (percepción, atención, comprensión, pensamiento, razonamiento o interpretación ajustada de la realidad); actuación conforme a las demandas cognitivas (v. gr., autocastigo, autorrefuerzo, remordimiento); empatía tanto cognitiva (esto es, la capacidad de percibir e identificar los estados internos) como afectiva (es decir, la experiencia real de los sentimientos o emociones de los otros) (v. gr., Eisenberg y Strayer, 1987). En otras palabras, pasar al sujeto de la indigencia cognitiva a la racionalidad.

- f) *Desde un nivel psicológico-social.* En este nivel de análisis encontramos, nuevamente, que los menores de riesgo presentan mayores desajustes. Así, muestran un desajuste en la integración social, escolar y personal en la sociedad. Por ello, es preciso implementar programas de actuación con estos menores dirigidos al aprendizaje y acatamiento de las reglas y normas sociales (esto es, la cognición social¹⁵); a la integración social y escolar.
- g) *Del modelo aditivo.* Los factores de riesgo detectados de un modo diferencial entre los menores de riesgo, así como el mayor comportamiento antisocial y delictivo informado, van siempre en línea con la hipótesis de la inadaptación, lo que da entrada a un modelo aditivo, cuando no multiplicativo o exponencial, según el cual, cuantos más indicadores de riesgo, mayor probabilidad de inadaptación. La asunción contraria también es viable, esto es, la protección acumulativa (Lösel y otros, 1992). Esto es, los menores de riesgo participan de un modelo aditivo (multiplicativo o exponencial) facilitador de la inadaptación social, mientras que entre los menores de no riesgo concurre el mismo modelo pero en línea con la protección contra la inadaptación social.
- h) *Para la intervención.* La primera consideración a realizar a los anteriores resultados es preguntarnos si cabe o no una intervención. Farrington (2003), en una revisión de la literatura al respecto, ha encontrado que la intervención y prevención en los ámbitos psicológico personal y psicológico social es efectiva. Sobre la base de que la intervención es viable, una segunda consideración nos lleva a cuestionarnos cuál es el objeto y alcance de la misma. Todo apunta a que es preciso adoptar una aproxi-

¹⁵ Cognición social que refleja la asunción de que la conducta es el resultado de las interacciones recíprocas entre las estructuras cognitivas del individuo y los procesos y las reacciones de los otros.

mación multimodal y multinivel al unísono. Por aproximación multimodal queremos decir que los diferentes modos de actuación son complementarios (p. e., cognitivo, comportamental). Por multinivel nos referimos a que la intervención no se debe ceñir sólo al sujeto de riesgo, como se ha llevado a cabo casi exclusivamente, sino que también es preciso que abarque el ámbito familiar, escolar y social en el que se desarrolla el sujeto. La asunción de soluciones parciales lograría, en todo caso, reducir los riesgos pero no erradicarlos. Así, proponemos una intervención sobre los menores de riesgo en todas las esferas (personal, familiar, escolar y social) a la que habría que complementar con escuelas de padres (nivel familiar), escuelas de profesores (nivel escolar) e intervención en la red social (nivel comunitario).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrunhosa, R. (2003), "El papel de la familia en la explicación del comportamiento antisocial en la infancia y la adolescencia", en F. Fariña y R. Arce (eds.), *Avances en torno al comportamiento antisocial* (pp. 109-126), Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Akhtar, N. y Bradley, E. J. (1991), "Social information processing deficits of aggressive children: present findings and implications for social skills training", *Clinical Psychology Review*, núm. 11, 621-644.
- Andrews, D. A. y Bonta, J. (1998), *The psychology of criminal conduct* (2.ª ed.), Cincinnati, OH, Anderson.
- Arce, R., Clemente, M., Novo, M. y Egido, A. (1999), *Introducción a la psicología social*, Santiago, Nino.
- Arce, R. y Fariña, F. (1996), "From jurors to jury decision making. A non model approach", en G. Davis, M. McMurrin, C. Wilson y S. Lloyd-Bostock (eds.), *Psychology, law and criminal justice. International developments in research and practice* (pp. 337-343), Berlín, Walter de Gruyter.
- Arce, R. y Fariña, F. (2003), "Evaluación de menores en proceso de tratamiento por comportamiento antisocial", en F. Fariña y R. Arce (eds.), *Avances en torno al comportamiento antisocial, evaluación y tratamiento* (pp. 127-149), Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Bandura, A. (1983), "Psychological mechanisms of aggression", en R. G. Geen y E. I. Donnerstein (eds.), *Aggression: theoretical and empirical reviews* (vol. 1, pp. 1-41), Nueva York; Academic Press.

- Bandura, A. (1986), *Social foundations in thought and action: a social cognitive theory*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989), Human agency in social cognitive theory, “*American Psychologist*”, núm. 44, 1175-1184.
- Baron, R.A. y Byrne, D. (1998), *Psicología social*, Madrid, Prentice Hall Ibérica.
- Bartol, C. R. (1999), *Criminal behavior. A psychosocial approach* (5.ª ed.). Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (2001), *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*, Madrid, Síntesis.
- Beleña, M. A. y Báguena, M. J. (1993), “Nivel de reincidencia y diferencias individuales en motivación e inteligencia en mujeres delincuentes”, en M. García (comp.), *Psicología social aplicada en los procesos jurídicos y políticos* (pp. 145-151), Sevilla, Eudema.
- Bhagat, M. y Fraser, W. I. (1970), “Young offenders’ images on self and surroundings: a semantic enquiry”, *British Journal of Psychiatry*, núm. 117, 381-387.
- Blackburn, R. (1993), *The psychology of criminal conduct. Theory, research and practice*, Chichester, John Wiley and Sons.
- Caballo, V. (1993), *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*, Madrid, Siglo XXI.
- Catalano, R. F., Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Berglund, L. y Olson, J. J. (1998), “Comprehensive community and school based interventions to prevent antisocial behaviour”, en R. Loeber y D. P. Farrington (eds.), *Serious and violent juvenile delinquents: risk factors and successful interventions* (pp. 248-283), Thousand Oaks, CA, Sage.
- Cohen, J. (1998), *Statistical power analysis* (2.ª ed.), Hillsdale, NJ, LEA.
- Cooper, R. K. y Swaaf, A. (1997), *Estrategia emocional para ejecutivos*, Barcelona, Martínez Roca.
- Deflem, M. (1989), “From anomie to anomia and anomic depression: a sociological critique on the use of anomie in psychiatric research”, *Social Science and Medicine*, núm. 29, 627-634.
- Derogatis, L. R. (1977), *Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90-R*, Baltimore, Clinical Psychometric Research.

- Derogatis, L. R. (2002), *SCL-90-R, Manual*, Madrid, Tea Ediciones.
- Donovan, D. M. y O'Leart, M. R. (1983), "Control orientation drinking behaviour and alcoholism", en H. M. Lefcourt (ed.), *Research with the locus of control construct*, vol. 2: Development and social problems (pp. 107-148), Nueva York, Academic Press.
- Eisenberg, N. y Strayer, J. (1987), *Empathy and its development*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Emmons, R. A. (1992, junio), *Styles of emotion regulation and the experience of mood*, Tenth Nags Head Conference on Affect and Cognition, Highland Beach, Florida.
- Fariña, F. y Arce, R. (2003), *Avances en torno al comportamiento antisocial, evaluación y tratamiento*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Farrington, D. P. (1992), "Explaining the beginning, progress and ending of antisocial behavior from birth to adulthood", en J. McCord (ed.), *Facts, frameworks and forecasts. Advances in criminological theory* (vol. 3). New Brunswick, NJ, Transaction Publishers.
- Farrington, D. P. (1996), *Understanding and preventing youth crime*, Nueva York, Joseph Rowntree Foundation.
- Farrington, D. P. (2000), "Psychological predictors of adult antisocial personality and adult convictions", *Behavioural Sciences and the Law*, núm. 18, 605-622.
- Farrington, D. P. (2002), "Families and crime", en J. Q. Wilson y J. Petersilia (eds.), *Crime: public policies for criminal control* (2.^a ed., pp. 657-701). Oakland, CA, Institute for Contemporary Studies Press.
- Farrington, D. P. (2003), "Advancing knowledge about the early prevention of adult antisocial behaviour", en D. P. Farrington y J. W. Coid (eds.), *Early prevention of antisocial behaviour* (pp. 1-31), Cambridge, Cambridge University Press.
- Farrington, D. P. y West, D. J. (1990), "The Cambridge study in delinquent development: a long term follow-up of 411 London males", en G. Kaiser y H. J. Kerner (eds.), *Criminality: personality, behaviour, life history*, Heidelberg, Springer-Verlag.
- Farrington, D. P. y West, D. J. (1993), "Criminal, penal and life histories of chronic offenders: risk and protective factors and early identification", *Criminal Behaviour and Mental Health*, núm. 3, 492-523.

- Feldman, M. P. (1989), *Comportamiento criminal: un análisis psicológico*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Fernández-Ríos, L. (1994), *Manual de Psicología preventiva. Teoría y práctica*, Madrid, Siglo XXI.
- Fernández-Ríos, L. y Rodríguez, F. J. (2002), "Prevención de la violencia: hechos y mitos", *Psicothema*, núm. 14 (Supl.), 147-154.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (2000), *Escalas de afrontamiento para adolescentes (ACS)*, Madrid, TEA.
- Gardner, H. (1995a), *Inteligencias múltiples*, Barcelona, Paidós.
- Gardner, H. (1995b), *Mentes creativas: una anatomía de la creatividad*, Barcelona, Paidós.
- Garrido, E., Herrero, C. y Masip, J. (2002), "Autoeficacia y delincuencia", *Psicothema*, núm. 14 (supl.), 63-71.
- Garrido, V. y López, M. J. (1995), *La prevención de la delincuencia: el enfoque de la competencia social*, Valencia, Tirant lo Blanch.
- Goddard, H. H. (1914), *Feeble-mindedness: its causes and consequences*, Nueva York, Macmillan.
- Goldberger, L. y Breznitz, S. (1982), *Handbook of stress*, Nueva York, MacMillan.
- Goldstein, A. P. (1981), *Psychological skills training*, Nueva York, Pergamon Press.
- Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J. y Klein, P. (1989), *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza*, Barcelona, Martínez Roca (Orig. 1980).
- Gottfredson, M. R. y Hirschi, T. (1990), *A general theory of crime*, Stanford, CA, Stanford University Press.
- Graham, J. (1988), *Schools, disruptive behaviour and delinquency*, Londres, Her Majesty's Stationery Office.
- Graña, J. L. (1994), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*, Madrid, Debate.
- Greenwald, A. G. y Pratkanis, A. R. (1984), "The self", en R. S. Jr. Wyer y T. K. Srull (eds.), *Handbook of social cognition* (vol. 3), Hillsdale, NJ, LEA.

- Guthrie, G. M. y Tanco, P. P. (1980). Alienation, en H. C. Triandis y J. G. Draguns (comps.), *Handbook of crosscultural psychology* (vol. 6), *Psychopathology* (pp. 9-59), Boston, Mass., Allyn and Bacon.
- Hare, R. D. (1985), "Comparison of procedures for the assessment of psychopathy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, núm. 53, 7-16.
- Hawkins, J. D., Herrenkohl, T., Farrington, D. P., Brewer, D., Catalano, R. F. y Harachi, T. W. (1998), "A review of predictors of youth violence", en R. Loeber y D. P. Farrington (eds.), *Serious and violent juvenile offenders* (pp. 106-146), Thousand Oaks, CA, Sage.
- Heider, F. (1958), *The psychology of interpersonal relations*, Nueva York, Wiley and Sons.
- Hernández, P. (2002), *Test autoevaluativo multifactorial de inadaptación infantil (TAMAI)* (3.ª ed.), Madrid, Tea Ediciones.
- Khantzian, E. J. (1985), "The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence", *American Journal of Psychiatry*, núm. 142 (11), 1259-1264.
- Laub, J. H. y Sampson, R. J. (1993), "Turning points in the life course: why change matters to the study of crime", *Criminology*, núm. 31, 301-325.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986), *Estrés y procesos cognitivos*, Barcelona, Martínez Roca.
- Lefcourt, H. M. (1981), *Research with the locus of control construct* (Vols. 1 y 2), Nueva York, Academic Press.
- Liberman, R. P. (1993), *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*, Barcelona, Martínez Roca (orig. 1989).
- Loeber, R., Green, S. y Lahey, B. (2003), "Risk factors for adult personality", en D. P. Farrington y J. W. Coid (eds.), *Early prevention of antisocial behaviour* (pp. 79-108), Cambridge, Cambridge University Press.
- López, M. J., Garrido, V. y Ross, R. R. (2001), *El programa del pensamiento prosocial: avances recientes*, Valencia, Tirant lo Blanch.
- Lösel, F. y Bender, D. (2003), "Protective factors and resilience", en D. P. Farrington y J. W. Coid (eds.), *Early prevention of antisocial behaviour* (pp. 130-204), Cambridge, Cambridge University Press.
- Lösel, F., Kolip, P. y Bender, D. (1992), "Stress-resistance in a multiproblem milieu: are resilient juveniles 'Superkids'", *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, núm. 21, 48-63.

- Maguin, E. y Loeber, R. (1996), "Academic performance and delinquency", en M. Tonry (ed.), *Crime and justice* (vol. 20, pp. 145-264), Chicago, IL, University of Chicago Press.
- Masten, A. S., Best, K. M. y Garmezy, N. (1990), "Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity", *Development and Psychopathology*, núm. 2, 425-444.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997), "What is emotional intelligence?", en P. Salovey y D. Sluiter (eds.), *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators* (pp. 3-31). Nueva York: Basic Books.
- McCord, J. y Ensminger, M. E. (1997), "Multiple risks and comorbidity in an African-American population", *Criminal Behavior and Mental Health*, núm. 7, 339-352.
- McGuinness, C. (1988), "Cognition", en K. Trew y J. Kremer, J. (eds.), *Gender and psychology* (pp. 66-81), Londres, Arnold.
- McGuire, J. (2000), "Explanations of criminal behaviour", en J. McGuire, T. Mason y A. O'Kane (eds.), *Behavior, crime and legal processes. A guide for forensic practitioners* (pp. 135-159), Chichester, John Wiley and Sons.
- Moffitt, T. E. (1993), "Adolescence-limited and life-course-persistent anti-social behavior: a developmental taxonomy", *Psychological Review*, núm. 100, 674-701.
- Musitu, G., Gracia, F. y Gutiérrez (1997), *AFA. Autoconcepto. Forma A: autoconcepto académico, social, emocional y familiar*, Madrid, TEA.
- Orford, J. (1985), *Excessive appetites: a psychological view of addictions*, Nueva York, John Wiley and sons.
- Otero, J. M. (1994), *Droga y delincuencia. Concepto, medida y estado actual del conocimiento*, Madrid, Eudema.
- Pasi, R. J. (1997), "Success in high school-and beyond", *Educational Leadership*, núm. 54 (8), 40-42.
- Pepler, D. J. y Slaby, R. G. (1994), "Theoretical and development perspectives on youth and violence", en L. D. Eron, J. H. Gentry y P. Schlegel (eds.), *Reason to hope: a psychosocial perspective on violence and youth*, Washington, American Psychological Association.
- Peterson, G. W. y Leigh, G. K. (1990), "The family and social competence in adolescence", en T. P. Gullotta, G. R. Adams y R. Montemayor (eds.),

Developing social competence in adolescence. Advances in adolescent development (vol. 3) (pp. 97-139), Thousand Oaks, CA: Sage.

- Platt, J. J. y Spivack, G. (1975), *The MEPS procedure: manual*, Philadelphia, Minn., Hahnemann Medical College and Hospital.
- Raine, A. (1993), *The psychopathology of crime*, San Diego, Academic Press.
- Rappaport, J. (1987), "Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for Community Psychology", *American Journal of Community Psychology*, núm. 15, 121-148.
- Reckless, W. C. (1961), "A new theory of delinquency and crime", *Federal Probation*, núm. 25, 42-46.
- Reiss, A. J. y Farrington, D. P. (1991), "Advancing knowledge about co-offending: results from a prospective longitudinal survey of London males", *Journal of Criminal Law and Criminology*, núm. 82, 360-395.
- Robins, L. N., Tipp, J. y Pryzbeck, T. (1991), "Antisocial personality", en L. N. Robins y D. A. Regier (eds.), *Psychiatric disorders in America* (pp. 224-271), Nueva York, Free Press.
- Romero, E. Sobral, J. y Luengo, M. A. (1999), *Personalidad y delincuencia. Entre la biología y la sociedad*, Granada, Grupo Editorial Universitario.
- Ross, R. R. y Fabiano, E. A. (1985), *Time to think: a cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*, Johnson City, Tenn.: Institute of Social Sciences and Arts Inc.
- Ross, R. R., Fabiano, E. A. y Garrido, V. (1990), "El pensamiento prosocial. El modelo cognitivo para la prevención y tratamiento de la delincuencia", *Delincuencia*, núm. 1, 1-116.
- Rotter, J. B. (1966), "Generalized expectancies of internal versus external control of reinforcement", *Psychological Monographs*, núm. 80 (Whole Hr. 609).
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990), "Emotional intelligence", *Imagination, Cognition and Personality*, núm. 9, 185-211.
- Salovey, P. Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turkey, C. y Palfai, T. P. (2002), "Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale", en J. W. Pennebaker (ed.), *Emotion, disclosure, and health* (3.ª ed., pp. 125-154), Washington, DC, American Psychological Association.

- Sancha, V. y Puyó, M. C. (1997), “Nuevas tendencias en la intervención con jóvenes infractores”, en J. Urrea y M. Clemente (coords.), *Psicología jurídica del menor* (pp. 401-427), Madrid, Fundación Universidad Empresa.
- Scandroglio, B., Martínez, J. M., Martín, M. J., López, J. S., Martín, A., San José, M. del C. y Martín, J. M. (2002), “Violencia grupal: una revisión crítica”, *Psicothema*, núm. 14 (Supl.), 6-15.
- Shaw C. R. y McKay, H. D. (1969), *Juvenile delinquency and urban areas* (ed. rev.), Chicago, IL, University of Chicago Press.
- Sebald, H. (1986), “Adolescents’ shifting orientations toward parent and peers: a curvilinear trend over recent decades”, *Journal of Marriage and the Family*, núm. 48, 5-13.
- Silva, F y Martorel, M. C. (1982), *La batería de socialización*, Valencia, Promolibro.
- Silva, F. y Martorel, M. C. (1989), *BAS-3. Batería de socialización (autoevaluación)* (2.ª ed.), Madrid, Tea Ediciones.
- Snyder, J. y White, J. (1979), “The use of cognitive self-instruction in the treatment of behaviorally disturbed adolescent”. *Behavior Therapy*, núm. 10, 227-235.
- Stouthamer-Loeber, M. Loeber, R., Farrington, D. P., Zhang, Q., van Kammen, W. y Maguin, E. (1993), “The double edge of protective and risk factors for delinquency: interrelations and developmental patterns”, *Development and Psychopathology*, núm. 5, 683-701.
- Taylor, S. (1981), “The interface of cognitive and social psychology”, en D. L. Hamilton (ed.), *Cognitive processes in stereotyping and the intergroup behavior*, Hillsdale, NJ, LEA.
- Torre, J. de la (1999), “La responsabilidad penal en las psicopatologías: valoraciones judiciales y jurisprudenciales”, *Estudios de Psicología*, núms. 63-64, 163-173.
- Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978), *Social skills and mental health*, Londres, Methuen.
- Wang, C. (2002), “Emotional intelligence, general self-efficacy, and coping style of juvenile delinquents”, *Chinese Mental Health Journal*, núm. 16 (8), 566-567.
- Wells, L. E. y Rankin, J. H. (1983), “Self-concept as a mediating factor in delinquency”, *Social Psychology Quarterly*, núm. 46, 11-22.

- Werner, E. E. y Smith, R. S. (1992), *Vulnerable but invencible*, Nueva York, McGraw-Hill.
- Wikström, P. O. y Loeber, R. (2000), "Do disadvantaged neighborhoods cause well-adjusted children to become delinquents? A study of male juvenile serious offending, individual risk and protective factors, and neighborhood context", *Criminology*, núm. 38, 1109-1142.