

Malestares Psicológicos en Estudiantes Adolescentes Argentinos

Psychological Distress in Argentinian Adolescent Students

María Martina Casullo
Mercedes Fernández
Universidad de Buenos Aires

El trabajo presenta los resultados de un estudio descriptivo-comparativo realizado en una muestra de 1320 estudiantes adolescentes residentes en tres áreas geográficas de Argentina: Buenos Aires, Tucumán y Patagonia. Los sujetos respondieron el Inventario de Síntomas SCL-90-R y una encuesta sociodemográfica. Los datos se analizan según región, edad y sexo, indicándose las principales diferencias halladas. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para algunas de las dimensiones psicopatológicas analizadas según región, edad y género por lo cual cabe plantear como hipótesis de trabajo que pautas sociales y valores culturales distintos podrían explicar las diferencias en las formas de construir y expresar las vivencias emocionales, especialmente los denominados malestares psicológicos o afectos negativos.

Data gathered in a descriptive-comparative study on 1320 Argentine adolescent students are reported. Samples include subjects living in three different geographical regions: Buenos Aires, Tucumán and Patagonia. For psychological assessment the Symptom Checklist (SCL-90-R) in its Spanish version and a sociodemographic survey were used. We present data analyzed by sex, age and region, pointing out main differences found. Significant statistical differences by region, gender and age were found for some of the psychopathological dimensions analyzed. These data allow to hypothesize that differences in social norms and cultural patterns could explain differences in the way adolescents construct and express their emotions, mainly those called negative affects or psychological distress.

Durante la etapa adolescente, entendida como una transición en el curso del desarrollo vital humano, se detectan manifestaciones diversas de malestares psicológicos o presencia de síntomas psicopatológicos. Ellos pueden acompañar, producir o ser consecuencias de las importantes modificaciones cognitivas, afectivas y psicobiológicas y estar relacionados con los tipos de afiliaciones familiares y extrafamiliares, los vínculos con grupos de pares, las actividades académicas, los proyectos laborales, el impacto de la realidad social global y las expectativas y normativas del contexto cultural (Casullo, González-Barrón & col. 2000).

Es importante diferenciar entre comportamientos y estados afectivos que son expresión de un crecimiento y desarrollo sanos, de los que expresan disfunción y malestar emocional. Lo que los clínicos denominan síntomas o signos psicopatológicos, son vivenciados por los sujetos, en su condición de actores sociales y participantes cultura-

les, como experiencias de distinta intensidad emocional. Las emociones humanas pueden comprenderse y analizarse en términos de sentimientos diversos que acompañan las actividades cognitivas o racionales de cada persona (Ratner, 2000). En una experiencia afectiva está presente una red conceptual y perceptiva en la que objetos y personas tanto del mundo personal como social y las acciones que se concretan, adquieren significados específicos; una emoción no es una valoración aislada sino que supone un sistema integrado al sistema global y personal de percibir el mundo (Solomon, 1978).

Las emociones occidentales de culpa, disgusto y depresión resultan extrañas entre personas cuyos guiones culturales las orientan a interpretar los hechos de manera diferente. Así, por ejemplo, estudios realizados por Carothers (1947) y Murphy (1978) indican que la imposición de la religión cristiana entre pueblos africanos, generó la aparición de sentimientos de culpa inexistentes entre sujetos de esos contextos de épocas anteriores. Sentirse culpable presupone aceptar la idea o noción de que las personas somos responsables de nuestros propios actos así como la noción de que Dios o una figura equivalente puede interpretar nuestros pen-

María Martina Casullo, Facultad de Psicología. Mercedes Fernández, integrante del equipo de investigación CONICET. La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a María Martina Casullo, Tucumán 2162. 8voA. 1050, Buenos Aires. Argentina. E-mail: casullo@psi.uba.ar o a Mercedes Fernandez, E-mail: mliporac@psi.uba.ar

samientos y determinar castigarlos. Las preocupaciones que todo ello provoca conforman el sentimiento de culpa, componente importante de los que la psicopatología occidental denomina malestares o cuadros depresivos. Las creencias en función de las que experimentamos nuestras vivencias emocionales reflejan las relaciones sociales presentes o vigentes en las prácticas culturales. Los seres humanos realizamos y ejecutamos acciones que están socialmente organizadas y los grados de libertad de que disponemos para ello no son tantos como suponemos. Estas actividades socialmente organizadas estimulan la construcción colectiva de conceptos acerca de personas, objetos y la afectividad (Harré, 1986; Mesquita & Frida, 1992).

La vida emocional se estructura a través de distintas etapas del desarrollo y la maduración psicológica. Los primeros meses de vida se centran en experiencias sensitivas directas (auditivas, perceptivas, táctiles, olfativas). Con el paso del tiempo, tales experiencias van a estar mediadas por formas de lenguajes y acciones que las legitiman (palabras, gestos, comportamientos) como socialmente esperables y culturalmente aceptables.

Como lo señala Brody (1999), la socialización primaria a cargo de las figuras parentales o sus sustitutos, inculca emociones que preparan a varones y mujeres para concretar actividades sociales específicas. En la medida en que las mujeres sean percibidas como más responsables de las tareas de crianza y maternaje, serán socializadas para comportarse de manera más emocional que los varones. Desde la infancia, los padres discuten acerca de los malestares afectivos con más frecuencia con sus hijas mujeres; usan mayor variedad de palabras emocionales al hablar con ellas, sonríen más a las mujeres que a sus hijos varones, castigan con mayor frecuencia las manifestaciones emocionales en hijos del sexo masculino y descalifican o ignoran más las expresiones de tristeza masculina así como las expresiones de enojo u hostilidad entre las mujeres. Estos comportamientos participan en la conformación de las identidades masculinas y femeninas, dando como resultado que las mujeres incorporen la expresión afectiva como parte importante de su identidad de género y revelen menores conductas agresivas directas que los varones (Casullo, 1998).

Las manifestaciones emocionales son formas de prácticas sociales, en tanto actividades recursivas sostenidas por distintos grupos o colectividades. Corresponde referirse a una internalización, co-cons-

trucción o apropiación de guiones y expectativas culturales: el desarrollo afectivo-cognitivo es una transformación y no sólo la resultante de una simple transmisión de información (Rogoff, 1990). Internalizar supone el funcionamiento de dos tipos de mecanismos de procesamiento de la información: *no verbales o sensoriales y lingüísticos*, los que se unifican generando una nueva estructura mental en términos de sistema funcional (Edwards, 1999). Sus elementos básicos son siempre tres: el sujeto, el contexto y las interacciones entre ambos. Procesos básicos como el habla, la percepción, la atención, la posibilidad de memorizar, el pensar y el sentir, cambian sus propiedades cuando toman en cuenta su inserción en un hábitat cultural específico. Una de las primeras tareas a realizar por los neonatos es la diferenciación entre contextos culturales y no culturales, la que se posibilita mediante el acceso al sistema de signos y símbolos (sociales e intelectuales) que ofrece el contexto cultural. Las emociones humanas se construyen más allá de las limitaciones perceptivas. Una emoción (enojo, felicidad, tristeza, hostilidad, irritabilidad, alegría) es siempre el producto de un proceso semióticamente mediado; sin los símbolos que ofrece la cultura, la mediación es imposible. La cultura supone siempre información social compartida codificada en símbolos referidos a objetos, acciones, sensaciones (Valsiner, 1997). Los símbolos existen en la medida en que tienen un uso social y su significado siempre es arbitrario (Toomela, 1996).

Investigaciones realizadas con estudiantes adolescentes de Buenos Aires (Argentina) sobre malestares depresivos, ideaciones suicidas, impacto de los eventos estresantes del ciclo vital, soledad, aislamiento y ansiedad, permitieron determinar que cerca de un 15% de la población estudiada puede considerarse en riesgo o vulnerable (Casullo, 1998; Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000). Datos que coinciden con los encontrados por Walker & Townsend (1998) y otros investigadores norteamericanos y europeos. Nos preguntamos en qué medida ello refleja el hecho de compartir una realidad cultural que transmite símbolos semejantes para significar los malestares.

La vida emocional supone procesos valorativos basados en creencias y valores. Las valoraciones se concretan en términos de implicaciones para el sí mismo (*self*) y los vínculos psicosociales. En el marco de la cultura occidental judeocristiana las emociones se conocen introspectivamente y supo-

nen una jerarquización en la que lo racional predomina sobre lo afectivo. Esta jerarquización atraviesa variables tales como el sexo y la edad: las mujeres y los niños y adolescentes son descritos como menos racionales y con menor control afectivo (Shweder, 1993).

Algunos estudios sobre la covariación o comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos (Hinden et al., 1997) en niños y adolescentes, revelan que tal co-ocurrencia es mucho más frecuente en niños de edades menores; a medida que crecen, reconocen mayor número de categorías diferenciales tales como las que exponemos en el presente trabajo. Un desorden o malestar puede estar expresando la manifestación temprana de otro. Con el desarrollo se verifica el reconocimiento de emociones más específicas. Así, en muestras de pre-adolescentes se han encontrado más signos vegetativos de la depresión correlacionados con situaciones de hiperansiedad (Craighead, 1991); en la adolescencia esos signos vegetativos se integran en el concepto de *depresión*. A los niños muy pequeños les resulta difícil discriminar entre ansiedad y depresión. Existen numerosos estudios transversales y pocos longitudinales que puedan dar cuenta del proceso de construcción diferenciada de una categoría o noción de malestar o afecto negativo. En este sentido, cabe esperar que la diferenciación entre malestares psicológicos aumente a medida que aumenta la edad cronológica.

En este trabajo nos referimos a los afectos negativos (Kendall & Watson, 1989) o presencia de síntomas psicopatológicos, aunque sabemos que los in-

vestigadores difieren en la aceptación de aquella nosología evaluativa. Trabajos recientes con adolescentes indican que el denominado síndrome ansioso-depresivo correlaciona por lo menos con siete manifestaciones distintas de problemas emocionales y de conducta (Kazdin, 1994; Hammen & Compas, 1994). Algunos autores (Burns & Eidelson, 1998) sostienen que no corresponde hablar de un *cluster* de afectos negativos. Dado que la comorbilidad y la covariación son características centrales en la psicopatología infanto-juvenil, autores como Hammen y compas. (1994) sugieren no utilizar categorías específicas referidas al malestar afectivo en esas etapas del ciclo vital.

Presentamos datos referidos a estudiantes adolescentes residentes en tres regiones geográficas argentinas. Dado que es necesario comprender tanto el bienestar como el malestar psicológicos en relación con la realidad social y cultural en la que se construyen y manifiestan, interesa comparar a sujetos de la misma edad y nivel de escolaridad, pero habitantes de sistemas subculturales diferentes: la ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires (una metrópolis), la región Norte de la Patagonia (ciudades de Neuquén y Cipolletti) y la zona Noroeste del país, la ciudad de San Miguel de Tucumán.

Método

El estudio llevado a cabo fue de tipo descriptivo comparativo. La unidad de análisis corresponde a los adolescentes escolarizados urbanos.

Tabla 1
Distribución de las muestras según sexo y edad

		BUENOS AIRES (N= 500)		PATAGONIA (N= 319)		TUCUMAN (N= 501)	
		N	%	N	%	N	%
SEXO	VARONES	238	48	132	41	230	48
	MUJERES	262	52	187	59	271	52
EDAD	13 y 14	108	22	109	34	216	43
	15 a 18	392	78	210	66	285	57
M. EDAD		15,9		15,1		14,8	

Muestra

Fueron entrevistados 1320 estudiantes adolescentes (13 a 18 años) residentes en las localidades de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, Tucumán y Patagonia (Alto Valle). La participación fue voluntaria. Las administraciones se realizaron grupalmente en el contexto escolar. En la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense se efectuaron administraciones individuales a cargo de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires que cursaban la asignatura Técnicas Psicométricas, segunda cátedra, durante el primer cuatrimestre de 1999, supervisados por auxiliares docentes.

La Tabla 1 resume los datos referidos a las tres submuestras.

Puede apreciarse que la submuestra tucumana es la que tiene mayor porcentaje de alumnos entre 13 y 14 años (43%), mientras que la correspondiente a la zona de Buenos Aires se halla compuesta por un 78% de estudiantes entre 15 y 18 años, 40% de estudiantes de 17 y 18 años. La distribución según sexos resulta homogénea, con un porcentaje ligeramente superior de mujeres en la muestra patagónica (59%).

La distribución ocupacional de los adultos a cargo de los adolescentes permite observar que para la submuestra de Buenos Aires, el 73% de los adultos posee una inserción ocupacional que corresponde a las categorías II, III y V. En la submuestra patagónica, el 68% de los adultos corresponde a las categorías V, III y I, en tanto que para Tucumán el 74% se ubica en las categorías II, III y V.

Las categorías ocupacionales utilizadas fueron las siguientes:

Categoría I: albañiles, empleadas domésticas, peones.

Categoría II: choferes, obreros calificados, agentes de fuerzas armadas o de seguridad.

Categoría III: docentes, enfermeros, empleados bancarios, comerciantes, vendedores, suboficiales de fuerzas armadas y de seguridad.

Categoría IV: oficiales de fuerzas armadas, supervisores, jefes.

Categoría V: directivos, gerentes, profesionales, empresarios.

Categoría VI: jubilados, amas de casa, desocupados.

Técnicas de Evaluación

Los adolescentes respondieron una encuesta sobre datos sociodemográficos básicos y el listado de síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1994) en su adaptación argentina. Es un inventario autoadministrable integrado por noventa síntomas clínicos agrupados en nueve áreas (ansiedad, depresión, ideación paranoide, somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo). La persona evaluada tiene que responder si le ha molestado o preocupado el síntoma listado, durante la última semana, en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (nada a mucho). Es posible obtener tres índices globales que dan cuenta de la profundidad y dimensión del malestar psicológico: 1) Índice de severidad global 2) Índice de malestar psicopatológico 3) Índice de síntomas positivos.

El análisis factorial realizado replicando el procedimiento seguido por Derogatis, con el método de componentes principales y rotación varimax, muestra la presencia de nueve factores que explican el 41% de la varianza.

Respecto a la confiabilidad de la versión argentina de la técnica, se obtuvieron los siguientes resultados:

a) Coeficiente alfa para escala completa: 0.96

b) Coeficiente Guttman, división por mitades: 0.92

c) Coeficiente Spearman-Brown: 0.92.

Para cada una de las dimensiones que integran esta lista de síntomas se han obtenido los siguientes coeficientes de confiabilidad alfa:

Somatizaciones: 0.75

Obsesiones y Compulsiones: 0.75

Sensibilidad Interpersonal: 0.76

Depresión: 0.79

Ansiedad: 0.80

Hostilidad: 0.72

Ansiedad Fóbica: 0.70

Paranoia: 0.67

Psicoticismo: 0.75

Resultados

La Tabla 2 presenta los valores medios y de desviación para cada dimensión e índice considerados en la SCL para cada muestra según región.

El índice de severidad global es mayor en la Patagonia y menor en Tucumán. Con el fin de identificar la presencia de diferencias significativas por región en los patrones sintomáticos, se realizó un análisis de varianza de un factor de efectos fijos, con contrastes a posteriori *Student-Newman-Keuls* y *Tukey b*. La razón por la que se utilizaron ambos contrastes radicó en que se trabaja con tres grupos, cada uno indicativo de una región geográfica, considerándose el primero de estos sistemas de análisis como suficientemente potente con pocos grupos, aunque aumentando la tasa de error por familia de comparaciones. De esta manera, se decidió emplear ambos y comparar los resultados.

Los resultados que se consignan en la Tabla 3 indican diferencias significativas según región geográfica en todas las dimensiones de los síntomas evaluados por la SCL-90-R.

Cuando no se especifica el contraste utilizado es porque ambos han coincidido en los resultados. En el caso de sensibilidad interpersonal se consignan ambos resultados dado que el SNK diferencia tres grupos y el Tukey b sólo dos.

En la megalópolis de Buenos Aires los valores promedios son siempre inferiores. Puede decirse que los adolescentes patagónicos somatizan más, reconocen sentirse más deprimidos y se autoperiben más hostiles. Los tucumanos se muestran más obsesivos y compulsivos, con mayor sensibilidad interpersonal, ansiedad general, ansiedad fóbica y con valores promedios mayores en ideación paranoide y psicosis.

A continuación se resumen las diferencias significativas entre valores promedios según sexo y re-

gión, obtenidas mediante el cálculo de la prueba *t* de Student para muestras no relacionadas.

Tabla 2

Patrones sintomáticos. Valores medios y desviaciones típicas según región geográfica

Dimensión	Región Geográfica					
	Tucumán		Alto Valle		Buenos Aires	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Somatizaciones	94.00	80.00	97.00	70.00	68.00	56.00
Obsesivo – compulsivo	1.41	78.00	1.36	76.00	1.21	71.00
Sensibilidad interpersonal	1.41	82.00	1.30	81.00	1.02	67.00
Depresión	1.19	78.00	1.25	0.72	0.98	0.68
Ansiedad	1.13	85.00	1.10	0.82	0.91	0.63
Hostilidad	1.11	90.00	1.15	0.86	0.94	0.72
Ansiedad fóbica	0.74	80.00	60.00	0.65	0.39	0.51
Paranoia	1.20	86.00	1.08	0.77	0.89	0.72
Psicosis	0.94	75.00	85.00	0.70	0.58	0.57
Índice de severidad	19.00	11.00	1.10	0.61	0.85	0.50
Total síntomas positivos	47.87	19.23	46.03	18.68	38.90	17.90
Índice de malestar positivo	1.89	0.75	2.04	0.58	1.88	0.47
Suma ítems adicionales	7.18	5.19	7.98	5.10	5.62	4.48

Tabla 3

Dimensión	<i>F</i>	<i>P</i>	Comparación de valores medios por categorías
Somatizaciones	23.825	**	0.68 (BsAs) ; 0.93 (Tuc) y 0.97 (Pat.)
Obsesivo compulsivo	9.777	**	1.21 (BsAs) ; 1.36 (Pat.) y 1.41 (Tuc)
Sensibilidad interpersonal	34.480	**	1.02 (BsAs) ; 1.30 (Pat) y 1.41 (Tuc) (SNK) 1.02 (BsAs) ; 1.30 (Pat) y 1.41 (Tuc) (Tukey)
Depresión	17.086	**	0.97 (BsAs) ; 1.19 (Tuc) y 1.25 (Pat)
Ansiedad	11.818	**	0.90 (BsAs) ; 1.09 (Pat.) y 1.12 (Tuc)
Hostilidad	7.714	**	0.94 (BsAs) ; 1.11 (Tuc) y 1.14 (Pat)
Ansiedad fóbica	35.084	**	0.39 (BsAs) ; 0.59 (Pat) y 0.74 (Tuc)
Ideación paranoide	19.226	**	0.89 (BsAs) ; 1.07 (Pat.) y 1.19 (Tuc)
Psicosis	36.844	**	0.58 (BsAs) ; 0.84 (Pat.) y 0.93 (Tuc)

** $p < .01$

Síntomas. Diferencias significativas según sexo y región

Tucumán

Somatizaciones: $t = -4.70$, a favor de las mujeres.
 Obsesiones: $t = -2.55$, a favor de las mujeres.
 Sensibilidad Interpersonal: $t = -5.33$, a favor de las mujeres.
 Depresión: $t = -5.88$, a favor de las mujeres.
 Ansiedad: $t = -6.09$, a favor de las mujeres.
 Hostilidad: $t = -0.9$. Sin diferencias significativas según género.
 Ansiedad Fóbica: $t = -5.32$, a favor de las mujeres.
 Paranoia: $t = -1.41$. Sin diferencias significativas según género.
 Psicoticismo: $t = -2.17$, a favor de las mujeres.

Patagonia

Somatizaciones: $t = -4.94$, a favor de las mujeres.
 Obsesiones: $t = -3.65$, a favor de las mujeres.
 Sensibilidad Interpersonal: $t = -4.40$, a favor de las mujeres.
 Depresión: $t = -8.59$, a favor de las mujeres.
 Ansiedad: $t = -5.04$, a favor de las mujeres.
 Hostilidad: $t = 0.65$. Sin diferencias significativas.
 Ansiedad Fóbica: $t = -2.18$, a favor de las mujeres.
 Paranoia: $t = -1.18$. Sin diferencias significativas.
 Psicosis: $t = -2.68$, a favor de las mujeres.

Buenos Aires

Somatizaciones: $t = -5.28$, a favor de las mujeres.
 Obsesiones: $t = -2.99$, a favor de las mujeres.
 Sensibilidad Interpersonal: $t = -4.00$, a favor de las mujeres.
 Depresión: $t = -6.51$, a favor de las mujeres.
 Ansiedad: $t = -4.78$, a favor de las mujeres.
 Hostilidad: $t = -1.52$. Sin diferencias significativas.
 Ansiedad Fóbica: $t = -2.75$, a favor de las mujeres.
 Paranoia: $t = -1.05$. Sin diferencias significativas.
 Psicoticismo: $t = -2.45$, a favor de las mujeres.

Es interesante destacar que hemos encontrado un patrón común de síntomas reconocidos como presentes según género, en las tres regiones estudiadas: las mujeres somatizan más, se reconocen más obsesivas, con puntuaciones más elevadas en sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad general y fóbica y presencia de síntomas de tipo psicótico. No se han encontrado diferencias según género en la

autopercepción de hostilidad ni en las ideaciones paranoides.

Se consignan a continuación los resultados referidos a diferencias significativas según edad y región geográfica, obtenidos a partir del cálculo de la prueba *t* de Student para muestras no relacionadas. Sólo se mencionan las dimensiones en las que se ha encontrado significación estadística; se analizan dos categorías de edades: 13-14 años y 15-18 años.

Tucumán

El reconocimiento de síntomas depresivos es mayor en estudiantes de 15 a 18 años.

($t = 2.34$)

Patagonia

No se ha encontrado diferencia estadística significativa según edad para ninguna de las dimensiones analizadas.

Buenos Aires

Se ha podido verificar que las obsesiones ($t = -2.95$) y la sintomatología depresiva ($t = -2.72$) son más frecuentes entre los 15 y 18 años.

La edad está parcialmente relacionada con el autoinforme sobre síntomas psicopatológicos. Sólo en las regiones Buenos Aires y Tucumán las puntuaciones en depresión son más elevadas en adolescentes de más edad (15 a 18 años); en Buenos Aires también los adolescentes mayores reconocen más presencia de síntomas obsesivo-compulsivos ($p < 0.01$).

En la región de Buenos Aires (ciudad de Buenos Aires y conurbano) es donde se han encontrado más diferencias en las dimensiones psicopatológicas o afectos negativos según el nivel ocupacional del adulto a cargo del estudiante adolescente. Las somatizaciones, los síntomas depresivos, la ansiedad general y fóbica, las ideaciones paranoides y delirantes son más frecuentes en la categoría ocupacional más baja y entre adultos jubilados o desocupados.

Discusión y Comentarios

Se ha podido verificar la existencia de diferencias estadísticas significativas para algunas de las dimensiones analizadas según la zona de residencia. El reconocimiento de somatizaciones es más elevado en la patagonia, las obsesiones y compul-

siones así como la sensibilidad interpersonal son superiores entre los tucumanos, en tanto que depresiones, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo se autoinforman con mayor frecuencia entre adolescentes patagónicos. Las puntuaciones son siempre inferiores entre los estudiantes de la región Buenos Aires.

El estudio realizado permite afirmar que en la etapa adolescente, la variable género está muy asociada al reconocimiento de presencia de afectos o emociones negativas: las mujeres admiten sentirse más ansiosas, deprimidas, con más ideaciones paranoides y delirantes, ansiedades fóbicas y somatizaciones que los varones. Es altamente probable que estos datos estén vinculados con la construcción de la identidad sexual, a partir de modelos de identificación a internalizar que parecen ser bastante uniformes en las tres regiones estudiadas.

La edad está vinculada con el reconocimiento de malestares de tipo depresivo y obsesivo-compulsivos en las regiones tucumana y bonaerense, no así en la patagónica. Son los adolescentes entre 15 y 18 años quienes admiten la presencia de tales síntomas. Las restantes dimensiones psicopatológicas no se discriminan según esta variable.

El análisis de la relación entre afectos negativos y el nivel ocupacional del adulto a cargo del adolescente permite señalar que sólo se han encontrado datos significativos para la zona metropolitana de Buenos Aires. El adolescente cuyo padre o tutor está jubilado o sin empleo, tiende a reconocer mayor presencia de malestares psicológicos. Quienes ubican a los adultos en una clase media-media (nivel ocupacional 4 según la escala utilizada en este estudio) revelan sentirse peor que aquéllos que, o bien pertenecen a un nivel medio alto (categoría ocupacional 5) o son empleados con relación de dependencia (categoría 3).

Los estudios realizados con la Lista de Síntomas SCL-90 -R aportan datos locales válidos y confiables; esta técnica de evaluación puede ser utilizada en la Argentina para desarrollar con eficacia tareas de identificación de grupos adolescentes en circunstancias de riesgo o vulnerabilidad psicológica.

En los malestares afectivos que conforman la vida emocional de los adolescentes se pueden distinguir las siguientes características: cualidad, intensidad, expresión comportamental, maneras de

afrontarlos y significarlos, un tipo de organización. Diferencias en las pautas sociales y los valores culturales, especialmente en relación con las variables género y zona de residencia, parecen modificar la conformación de algunas de esas características.

El empleo de estas listas de síntomas debe ser complementado con material cualitativo obtenido a partir del estudio de comportamientos adolescentes concretos, en situaciones específicas. Investigaciones referidas al impacto del informante (padre, docente, adolescente) sobre los datos que se obtienen (Caron & Ruter, 1991) revelan que una manifestación emocional negativa es percibida de manera diferente según el actor social que construye la narrativa o interpreta una acción, evidencia que refuerza lo expresado al presentar este trabajo acerca de la necesidad de evaluar de manera permanente y sistemática el sistema vincular sujeto-contexto. La mera ausencia de emociones negativas, por otra parte, no garantiza la presencia de afectos positivos o de alta satisfacción vital (Mc. Cullough et al., 2000). Es importante tener en cuenta que la presencia de estos tipos de síntomas psicopatológicos o afectos negativos está asociada con la deserción escolar y el no logro de una buena inserción laboral futura (Wood & Cronin, 1999). Tal como lo señalan Wright et al. (1999), la mayor parte de las evaluaciones se centran en el registro de frecuencias de comportamientos o sentimientos autoinformados sin incluir un análisis sistemático de las situaciones en las que se manifiestan. Es peligroso suponer que las puntuaciones obtenidas en una escala o inventario reflejan de manera simple y directa la acción o la emoción real relacionados con comportamientos específicos que implican tanto variables de personalidad como situacionales. Las evaluaciones no contextualizadas pueden detectar altas frecuencias de afectos negativos; si bien las puntuaciones pueden ser estables dicen poco sobre los sujetos concretos en situaciones específicas. Se puede hablar de buena confiabilidad con ausencia de validez ecológica.

Referencias

- Brody, L. (1999). *Gender, emotions and family*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burns, D. & Eidelson, R. (1998). Why are depression and anxiety correlated? A test of the tripartite model. *Journal of Consul-*

- ting and *Clinical Psychology*, 66 (3), 461-473.
- Caron, C. & Ruter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1063-1080.
- Carothers, J. (1947). A study of mental derangement in Africans and an attempt to explain its peculiarities. *Journal of Mental Science*, 93, 584-597.
- Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. M., González Barrón, R., Fernández Liporace, M. & Montoya, I. (2000). Problemas adolescentes en Iberoamérica (aceptado para ser publicado). *Revista Psicodebate*. Psicología, Cultura y Sociedad.
- Casullo, M. M., Bonaldi, P. & Fernández Liporace, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Craighead, W. E. (1991). Cognitive factors and classification issues in adolescent depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 309-324.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist Manual*. Minneapolis: National Computer System. (Adaptación castellana, Facultad de Psicología, UBA, 1998).
- Edwards, D. (1999). Emotion discourse. *Culture & Psychology*, 5 (3), 271-291.
- Hammen, C. & Compas, B. E. (1994). Unmasking unmasked depression in children and adolescents: The problem of comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 14, 7183.
- Harré, R. (1986). *The social construction of emotion*. London: Basil Blackwell.
- Hinden, B., Compas, B., Howell, D & Achenbach, T. (1997). Covariation of the anxious-depressed syndrome during adolescence: separating fact from artifact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (1), 6-14.
- Kazdin, A. (1994). Informant variability in the assessment of childhood depression. En W. Reynolds & H. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents. Issues in clinical child psychopathology*. New York: Plenum.
- Kendall, P. C. & Watson, D. (1989). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. California: Academic Press.
- Mccullough, G., Huebner, S. & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and adolescents positive subjective well-being. *Psychology in the School*, 37 (3), 281-290.
- Mesquita, B. & Frida, N. H. (1992). Cultural variations in emotions. *Psychological Bulletin*, 112, 179-204.
- Murphy, H. B. M. (1978). The advent of guilt feelings as common depressive symptom. A historical comparison of two continents. *Psychiatry*, 41, 229-242.
- Ratner, C. (2000). A cultural-psychological analysis of emotions. *Culture & Psychology*, 6, 15-39.
- Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking. Cognitive development in social context*. New York: Oxford University Press.
- Solomon, R. (1978). Emotions and anthropology: The logic of emotional world views. *Inquiry*, 21, 181-199.
- Toomela, A. (1996). How culture transforms mind: A process of internalization. *Culture & Psychology*, 2 (3), 285-305.
- Valsiner, J. (1997). *Culture and the development of children actions*. New York: John Wiley & Sons.
- Walker, Z. & Townsend, J. (1998). Promoting adolescent mental health in primary care: A review of the literature. *Journal of Adolescence*, 21, 621-634.
- Wright, J., Zakriski, A. & Drinkwater, M. (1999). Developmental psychopathology and the reciprocal patterning of behavior and environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), 95-107.
- Wood, S. & Cronin, H. (1999). Students with emotional and behavioral disorders and transitions planning: What the follow up studies tell us. *Psychology in the Schools*, 36 (4), 327-345.