

Síntomas Psicopatológicos en adolescentes: Estudio Comparativo

Psychopathological symptoms among adolescents:
A comparative study.

MA. MARTINA CASULLO¹, MA. SOLEDAD CRUZ²,
REMEDIOS GONZÁLEZ³, CARMEN MAGANTO².

RESUMEN

Se presentan los resultados obtenidos en un estudio realizado sobre presencia de síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes (N: 720) residentes en el País Vasco (España), Valencia (España) y Buenos Aires (Argentina). Se utilizó la versión castellana del listado de síntomas SCL-90- R (Derogatis, 1994) que evalúa síntomas de somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicotimismo. Los resultados indican que el lugar de residencia diferencia a los adolescentes de 15 a 18 años, en síntomas como las ideaciones paranoides y la sensibilidad interpersonal en la muestra del País Vasco; las somatizaciones en Valencia y los síntomas depresivos en Buenos Aires. Los adolescentes de menor edad (13-14 años) muestran mayores síntomas obsesivos y compulsivos. Respecto a la variable género se observó que la hostilidad y ansiedad están igualmente presentes en mujeres y varones, mientras que los síntomas restantes las mujeres muestran valores promedios significativamente mayores en todas las muestras.

Palabras claves:

Psicopatología, Síntomas, Adolescentes.

1. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Argentina. e-mail: casullo@psi.uba.ar
2. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. Tolosa 70. 20018 San Sebastián. España.
3. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez 21. 46010. Valencia. España.

ABSTRACT

Data on psychopathological symptoms in samples of adolescent students (N: 720) from the Basque Country (Spain), Valencia (Spain) and Buenos Aires (Argentina) are presented. For data gathering a Spanish version of SCL-90-R (Derogatis, 1994) was administered. The technique allows to obtain information on the following symptoms: somatization, obsesive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism. Means and SD were obtained and Student't and ANOVAS were calculated. We found that place of residence shows associations with some symptoms, mainly in adolescents who are 15 years old and older. Paranoid ideations and interpersonal sensitivity are higher in the Basque Country (Spain), somatizations show higher mean values in Valencia (Spain) and depression in Buenos Aires (Argentina). Younger adolescents (13-14 years old) show higher obsesive and compulsive symptoms mean values. Regarding sex, data show that only hostility and anxiety mean values are the same for both sexes; all other symptoms are higher in the samples of women students.

Key words:

Psychopathology. Symptoms. Adolescents.

INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre crecimiento y desarrollo en la adolescencia han sido numerosos durante las dos últimas décadas, lo que ha dado lugar a la aparición de nuevas revistas dedicadas a analizar estos temas (por ejemplo, *Journal on Research on Adolescence*), así como un aumento substancial de publicaciones de artículos científicos relacionadas con estudios sobre esta etapa evolutiva. (Steinberg, Sheffield Morris, 2001). Puede decirse que tal crecimiento es resultado de la incidencia de cuatro factores centrales:

- 1) La influencia de la denominada "mirada ecológica sobre el desarrollo humano" a partir de fines de los años 80 y toda la década de los noventa, que determinó se empezara a tener en cuenta el impacto de los cambios en el contexto sobre el desarrollo sano y patológico.
- 2) Desarrollo de técnicas metodológicas que posibilitan el estudio de factores biosociales.
- 3) La tendencia a dar prioridad a estudios de psicología aplicada, vinculados con los comportamientos antisociales, violencia, abuso de drogas y embarazos tempranos.
- 4) La realización de estudios longitudinales que valoren la importancia de la infancia y la adolescencia en el desarrollo psicológico adulto.

A pesar de las propuestas planteadas referidas a desdramatizar la adolescencia (Dornbusch, Petersen y Hetherington, 1991), numerosos investigadores señalaron que la adolescencia no es una etapa de patologías normativas. Los momentos con malestares y tormentas esperables parecen no ser tales (Arnett, 1999). Es necesario poder diferenciar entre malestares transitorios o circunstanciales de patrones psicopatológicos serios y peligrosos. Así, por ejemplo, si bien muchos adolescentes beben alcohol, algunos pueden llegar a hacerlo de manera tal que afecte su rendimiento académico y relaciones psicosociales. También, es conveniente poder diferenciar entre aquellos problemas que se originan y son propios durante el tránsito por la adolescencia de los que tienen sus raíces en etapas más tempranas del desarrollo y otros que permanecen, se estabilizan y persisten.

Existe una gama de problemas adolescentes que desaparecen con el logro de la adultez, pero poco se ha investigado sobre los mecanismos a través de los cuales ese fenómeno se concreta, más allá de señalar los efectos positivos del matrimonio y el acceso al mundo del trabajo (Sampson y Laud, 1995). El desarrollo de síntomas psicopatológicos es la resultante de transacciones complejas entre variables o factores diversos como las condiciones previas de salud, los niveles de ajuste o vulnera-

bilidad personal. También, la presencia de situaciones de riesgo, disponer de acceso a factores protectores pueden determinar la existencia de recursos disponibles en términos de percepción de situaciones estresantes, estilo de apego seguro y nivel de autoestima (Leadbeater, Kuperminc, Blatt y Hertzog, 1999).

Como lo señalan Benjet y Hernández Guzmán (2001) la adolescencia temprana es un momento de cambios físicos rápidos así como de nuevas demandas sociales, hechos que impactan sobre el desarrollo psicológico sano. Y es en este período de transición cuando emergen las diferencias según géneros en depresión, autoestima e imagen corporal. Durante los años iniciales de la adolescencia las mujeres comienzan a sentirse menos satisfechas con ellas mismas y sus cuerpos. La maduración puberal es más visible entre mujeres que entre varones. Es interesante poder determinar los procesos que afectan de manera adversa las consecuencias de los cambios físicos que se producen en este período y, de manera particular, si esos cambios madurativos producen mayor y diferente sintomatología según la identidad sexual.

Estudios sobre maduración temprana y tardía (Williams y Dunlop, 1999) confirman hallazgos previos en el sentido de constatar que la edad puberal incide en el equilibrio del adolescente futuro (Benjet y Hernández Guzmán, 2001) y afecta de

manera diferente a varones y mujeres. Los varones con pubertades tardías muestran baja autoestima y sentimientos de inadecuación más fuertes. Los que maduran precozmente son más populares y tienen autoimágenes más positivas, pero tienen el riesgo de concretar actos delictivos y antisociales en los que se incluyen abuso de alcohol y sexualidad genital precoz, en la medida que se vinculan con hombres de mayor edad cronológica, el riesgo es mucho mayor (Williams y Dunlop, 1999).

El género (masculino/ femenino) es mencionado como un factor de riesgo importante. Se entiende como tal a la variable que puede predecir la aparición de una determinada patología o un aumento de los síntomas (Stice, 2002). Algunos autores (Eisenberg y cols, 2003; Farmer, Compton y Burns, 2002) aluden a patologías INTERNALIZANTES Y EXTERNALIZANTES y destacan que mientras unas tienden a desaparecer con el paso del tiempo otras, como la depresión, continúan su curso de desarrollo. Los trastornos depresivos y su relación con la variable género (es mayor entre las mujeres) se consolidan durante la adolescencia; los distintos modelos teóricos los atribuyen a cambios hormonales, la presencia de eventos vitales estresantes o a la estructuración de determinadas estrategias de afrontamiento y habilidades cognitivas.

Ciertas investigaciones interculturales indican que las emociones que

están en juego en situaciones donde prevalecen malestares psicológicos son vividas de manera diferente por mujeres y varones. Cuando una persona tiene una experiencia emocional intensa la experimenta compartiendo significados que son importantes para su entorno social y cultural. La literatura hace referencia a los estados emocionales compartidos (social sharing) presentes en el 80 % de nuestras experiencias afectivas. (Rimé, Finkenauer, Luminet, Zech y Philippot, 1998). Así, mientras que las mujeres tienden a inhibir los afectos negativos orientándolos contra sí mismas los varones neutralizan la expresión de la mayor parte de sus afectos y proyectan al exterior sus sentimientos negativos (Singh-Manoux, 2000). Se considera mayor emocionalidad femenina, mientras que se construyen estereotipos sobre la base de modelos que aluden al déficit masculino (Fabes y Martin (1991), también se postula el valor de la dimensión relacional a través de los vínculos con los demás (Kashima, Yamaguchi, Kim, Choi, Gelfand y Yuki, 1995). Cabe señalar que las formas de expresar emociones y malestares se aprenden durante el proceso de socialización, mucho más activo en la infancia y adolescencia; se incorporan los comportamientos socialmente correctos o socialmente deseables. En términos generales, en nuestra cultura occidental urbana las mujeres se socializan para ser protectoras, responsables y

obedientes, mientras que de los hombres se espera que sean independientes, controlados y exitosos (Fabes y Martin (1991). Esta forma de manejar las emociones por la mujeres puede ser la causa que en los diferentes trabajos consultados sean relacionadas con la depresión o mayor vulnerabilidad psicológica en general debido al componente cultural y/o fisiológico (Eisenberg y cols, 2003; Farmer, Compton y Burns, 2002).

Hart, Bryer y Martinez (1991) y Mc Gough y Curry (1992) emplean el SCL-90-R con adolescentes internados por problemas psiquiátricos, (Hart y col., 1991) depresivos y con problemas de conducta (Mc Gough y Curry, 1992). Indagan si la técnica evalúa una sola dimensión (presencia global de psicopatología) o varias. Sus estudios mediante el cálculo de correlaciones canónicas sugieren que el SCL-90-R posibilita medir sólo dos factores o dimensiones: problemas relacionados con la presencia de depresión, ansiedad y estado de ánimo disfórico, y, hostilidad y suspicacia (sólo explica el 10% de la varianza). En estudios realizados en Argentina se constató que el SCL-90-R es un instrumento válido y confiable para concretar tareas de identificación de síntomas (screening) de adolescentes en situaciones de riesgo o vulnerabilidad. (Casullo y Castro, 1999; Casullo y Fernandez, 2001).

Estudios previos sobre malestares psicológicos y percepción de bienestar psicológico en adolescentes resi-

dentos en las ciudades de Buenos Aires y Valencia evaluados con la lista de síntomas SCL-90-R, se observó que los adolescentes valencianos manifestaron mayor número de síntomas psicopatológicos y de mayor severidad en tanto que los argentinos informan mayor bienestar psicológico (González, Casullo y Montoya, 1999; González, Casullo, Fernández, Montoya, 2000). Las diferencias culturales, también parecen aportar diferencias en la presencia de síntomas en los adolescentes (González, Casullo y Montoya, 1999; González, Casullo, Fernández, Montoya, 2000)

En el marco de este contexto el objetivo del presente estudio se centró en identificar la presencia de síntomas psicológicos en adolescentes y la incidencia que el lugar de procedencia puede tener.

MÉTODO

Muestra

La muestra (N=720) (Tabla 1) esta formada por estudiantes adolescentes urbanos, de ambos géneros, con edades entre 13 y 18 años y procedentes del País Vasco (n=256; hombres=128, mujeres=128), Valencia (n=266; hombres=142, mujeres=124) y Buenos Aires (n=198; hombres=68, mujeres=130). La distribución según género (Tabla,1) es semejante (hombres=338; mujeres=382) teniendo una distribución paritaria en las muestras del País Vasco y Valencia, mientras en Buenos Aires predominan los hombres. Los grupos de edad han sido estudiado en dos intervalos: Grupo 1: 14 -15 años (284 sujetos) y Grupo 2 : 16 – 18 años (436 sujetos).

**Tabla 1 - Datos de la muestra en función del genero.
Frecuencias y porcentajes**

Ciudad	País Vasco		Valencia		Buenos Aires		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Hombres	128	37.88	142	42.01	68	20.11	338	100
Mujeres	128	33.50	124	32.46	130	34.03	382	100
Total	256	35.55	266	36.94	198	2705	720	100

Intrumento y procedimiento

La presencia de sintomatología psicopatológica fue evaluada con la versión adaptada al castellano del auto informe Listado de Síntomas Revisado (SCL-90-R; Derogatis, 1994). Este instrumento ha sido utilizado como diagnóstico y en la evaluación de los efectos del tratamiento psicológico (Kass, Charles, Klein y Cohen, 1983; Bjorkly, 2002; Wilson, Taylor y Robenson, 1985). Permite la agrupación de síntomas en nueve categorías psicopatológicas: Somatizaciones, Obsesiones y Compulsiones, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideaciones Paranoides y Psicoticismo. Está integrado por 90 ítems con cinco opciones de respuesta (escala Likert). Estudios ya mencionados en este trabajo permitieron determinar su validez y confiabilidad en población hispano parlante (Casullo y Castro, 1999; Casullo y Fernández, 2001).

El procedimiento utilizado fue un muestreo intencional donde la participación fue voluntaria. La administración del auto informe fue realizada de forma colectiva por un Psicólogo diferente en las diferentes muestras estudiadas. El estudio de los resultados se centró en comparar las diferen-

cias entre medias y se realizó a través de pruebas "t" y ANOVAS.

RESULTADOS

Estudio de la muestra total según edad y género.

Los resultados obtenidos al comparar los **grupos de edad** (Tabla 2) indican que la población más joven presenta un nivel de malestar psicopatológico superior a la muestra de más edad. Las diferencias estadísticamente significativas se observaron en somatización, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica e ideación paranoide. Las mayores diferencias se observaron en los escalas de sensibilidad interpersonal e ideación paranoide. Seguidas de tendencia a somatizar, a presentar síntomas de depresión y ansiedad fóbica y por último ansiedad. Sin embargo los síntomas obsesivo-compulsivos, el nivel de hostilidad, y el grado de psicoticismo son similares entre ambos grupos, es decir, no difieren significativamente en función de la edad de los sujetos. Así pues, en las primeras edades de la adolescencia se advierten más síntomas de malestar psicológico que al final de la misma.

Tabla 2 - Medias y desviaciones típicas en función de la edad y del género en toda la muestra. Diferencia de medias (T-Test)

SCL-90	Edad					Género				
	G1:14-15 n = 284		G2: 16-18 n = 436		t	MUJER n = 338		HOMBRE n = 382		t
	M	DT	M	DT		M	DT	M	DT	
Somatización	10.38	7.18	8.91	7.57	2.60**	11.47	7.91	7.25	6.17	8.02***
Obs. Compulsivo	13.09	6.89	12.43	7.86	1.18	13.71	8.06	11.53	6.62	3.98***
Sen. Interpersonal	10.95	7.02	9.18	6.54	3.44***	11.51	7.17	8.02	5.81	7.21***
Depresión	13.99	9.45	12.00	9.21	2.80**	15.49	9.99	9.73	7.49	8.81***
Ansiedad	9.75	6.86	8.67	6.86	2.07*	10.33	7.04	7.70	6.41	5.22***
Hostilidad	6.08	4.37	5.55	4.59	1.54	5.80	4.48	5.72	4.54	0.23
Ansiedad Fóbica	3.63	4.10	2.75	3.58	2.94**	3.59	4.06	2.5	3.44	3.80***
Ideación Paranoide	6.25	4.40	5.00	4.55	3.65***	5.90	4.75	5.04	4.23	2.56**
Psicoticismo	6.62	6.03	5.86	6.12	1.65	7.16	6.57	5.03	5.28	4.81***

*** p < .001; ** p < .005; * p < .05

Atendiendo a la variable **género** (Tabla 2), las diferencias son mayores que las observadas en relación a la edad. Las mujeres en todas las escalas del SCL-90 obtuvieron puntuaciones superiores a los hombres, todas son estadísticamente significativas, excepto hostilidad. Las dos escalas en las que las diferencias de medias se incrementan son depresión y somatización, es decir, atendiendo a toda la muestra estudiada las mujeres presentan más síntomas relacionados con el cuerpo y un estado de ánimo más deprimido que los hombres.

Si los adolescentes más jóvenes puntúan más alto en las escalas y, a su vez, las mujeres presentan más síntomas que los hombres pareciera poder concluirse que son las mujeres de menor edad las que acumulan más sintomatología clínica. Sin embargo, para confirmar este supuesto se han estudiado las **diferencias de medias para hombres y mujeres separadamente atendiendo a la variable edad**.

Los resultados obtenidos permiten señalar que en el grupo de hombres no se observan diferencias significativas

entre los grupos de edad, en ninguna de las escalas. Únicamente en ideación paranoide los más jóvenes, (14 y 15 años), presentaron puntuaciones significativamente mayores ($t(336) = 2.24$, $p = .026$), que los adolescentes de 16 a 18 años. Sin embargo las adolescentes mujeres presentaron diferencias estadísticamente significativas en ocho de las nueve escalas del SCL-90 estudiadas, excepto en hostilidad ($p > .05$) que sólo es tendencial, pudiendo considerarse dichas diferencias en altamente significativas ($p = .001$) en sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad fóbica e ideación paranoide. Se observaron diferencias con menor nivel de significatividad ($p < .05$) en obsesión-compulsión, ansiedad y psicoticismo. Esto confirma la hipótesis de que las mujeres más jóvenes, informan de sí mismas que tienen más síntomas psicológicos (psicopatológico) que las adolescentes de más edad, y que los hombres de cualquier edad.

Estudio de las diferencias según lugar de procedencia

El estudio de las **características psicopatológicas de los adolescentes en función del lugar de procedencia** (Tabla 3) muestra que los síntomas clínicos de los adolescentes son similares en todos los lugares que han sido estudiados, es decir, no están asociados a la procedencia geográfica o lugar cultural de origen. En la única escala en la que aprecian diferencias es en ansiedad, poniéndose de manifiesto que los adolescentes de Buenos Aires se perciben con menor nivel de ansiedad que los del País Vasco y de Valencia, siendo las diferencias entre el grupo de Buenos Aires y el de Valencia y el de Buenos Aires y el del País Vasco estadísticamente significativas. Sin embargo, no hay diferencias entre los adolescentes del País Vasco y los de Valencia

Tabla 3 - Medias y Desviaciones Típicas en las escalas del SCL-90 en función del lugar de procedencia en toda la muestra. Diferencias de las medias (F).

SCL-90	G1:14-15 n = 284		G2: 16-18 n = 436		MUJER n = 338		F
	M	DT	M	DT	M	DT	
Somatización	9.71	7.13	9.95	8.10	8.60	6.89	2.03
Obs. Compulsivo	12.26	6.99	13.37	7.76	12.32	7.73	1.75
Sen. Interpersonal	9.68	6.82	9.69	6.76	10.37	6.79	0.72
Depresión	13.02	9.88	12.70	9.48	12.60	8.47	0.12
Ansiedad	9.61	7.10	9.97	7.27	7.26	5.60	10.10***
Hostilidad	5.97	4.53	5.49	4.55	5.85	4.43	0.78
Ansiedad Fóbica	2.73	3.63	3.48	4.11	3.05	3.61	2.55
Ideación Paranoide	5.10	4.55	5.85	4.86	5.51	3.99	1.80
Psicoticismo	5.97	5.94	6.48	6.57	5.97	5.60	0.58

*** $p < .001$

Una de las preguntas que queda por contestar es si las diferencias de edad y género se mantienen o no en función del lugar de procedencia, es decir, ¿los adolescentes más jóvenes se perciben con más problemas que los más mayores en cada una de las muestras estudiadas? Y por otra parte, ¿los más jóvenes presentan diferencias entre sí si se comparan en función del lugar de origen?

En el estudio de los resultados entre **grupos de edad en cada lugar de procedencia** (Tabla 4; sentido vertical) se observa que en el País Vasco los adolescentes de 14 y 15 años presentan puntuaciones más altas que los de 16 a 18 años, siendo significativas en ocho de

las nueve escalas. Los resultados son altamente significativos ($p < .001$) en somatización, sensibilidad interpersonal, hostilidad y ansiedad fóbica. En tres escalas las diferencias, aún siendo significativas, lo son de menor magnitud ($p < .05$), por lo que parece que los síntomas de ansiedad y depresión, vinculados o no entre sí, así como los síntomas de psicoticismo se presentan en los más jóvenes. En la muestra de Valencia, que no se observan diferencias significativas en ninguna escala, por lo que la edad no parece tener una incidencia como en las otras dos muestras. En la muestra de Buenos Aires, los adolescentes presentan una sintomatología similar indepen-

dientemente de la edad en problemas somáticos, hostilidad y psicoticismo, en el resto de las escalas se observan diferencias significativas, mostrando el grupo de edad más joven mayor sintomatología.

Estos resultados podrían indicar que las diferencias encontradas previamente en la muestra general se deben casi exclusivamente a los adolescentes del País Vasco y Buenos Aires.

Tabla 4 - Comparación entre los grupos de edad en cada lugar de procedencia ("t" test). Comparación según lugar de procedencia y grupo de edad (ANOVA)

SCL-90	Edad	País Vasco (1)		Valencia (2)		Buenos Aires (3)		F
		G1.n = 98	G2.n = 158	G1.n = 126	G2.n = 140	G1.n = 60	G2.n = 138	
		M	DT	M	DT	M	DT	
Somatización	G1(1)	12,02	7.34	9.44	7.20	9.70	6.45	4.00*
	G2	8.27	6.62	10.41	8.82	8.12	7.04	4.10*
	t	4,22***		-0,98		1,48		
Obs. Compulsivo	G1	12.66	6.51	12.88	7.28	14.20	6.71	1.02
	G2	12.01	7.28	13.81	8.18	11.50	8.02	3.37*
	t	0,72		-0,97		2,28*		
Sen. Interpersonal	G1	11.66	6.99	9.79	6.65	12.20	7.56	3.21*
	G2	8.46	6.46	9.60	6.87	9.57	6.30	1.51
	t	3,75***		0,23		2,53*		
Depresión	G1	14.90	9.92	12.65	9.11	15.33	9.15	2.34
	G2	11.85	9.71	12.75	9.84	11.41	7.90	0.76
	t	2,42*		-0,08		3,05**		
Ansiedad	G1	10.90	7.46	9.45	6.61	8.51	6.12	2.50
	G2	8.80	6.77	10.43	7.81	6.72	5.30	10.61***
	t	2,31*		-1,09		2,07*		
Hostilidad	G1	7.36	4.8	5.13	3.98	6.01	3.90	7.53***
	G2	5.11	4.13	5.82	5.01	5.78	4.65	1.15
	t	3,83***		-1,25		0,32		
Ansiedad Fóbica	G1	3.86	4.38	3.21	3.81	4.13	4.18	1.27
	G2	2.03	2.87	3.73	4.35	2.58	3.23	8.87***
	t	3,66***		-1,03		2,57*		
Ideación Paranoide	G1	6.19	4.35	6.22	4.81	6.40	3.58	0.04
	G2	4.42	4.55	5.52	4.91	5.13	4.10	2.25
	t	3,07**		1,17		2,09*		
Psicoticismo	G1	7.24	6.58	6.09	5.56	6.73	6.02	1.03
	G2	5.18	5.38	6.84	7.36	5.64	5.40	2.86
	t	2,60*		-0,94		1,26		

(1) G1 = 14 - 15 años; G2 = 16 -18 años *** p < .001; ** p < .005; * p < .05

La relación entre **lugar de procedencia y grupo de edad (14 y 15 años)** (Tabla 4; sentido horizontal) muestra que en los sujetos más jóvenes las diferencias son altamente significativas en hostilidad, diferenciándose significativamente las dos comunidades del estado español entre sí, y manifestándose niveles de hostilidad significativamente mayores en el País Vasco que en Valencia y Buenos Aires. En la misma dirección van los problemas relacionados con quejas somáticas y dolores físicos, como neuralgias, cefaleas, dolores funcionales, etc., aquejándose en mayor medida los sujetos del País Vasco que de Valencia. Sin embargo, en la escala de sensibilidad interpersonal los sujetos de Buenos Aires obtienen puntuaciones significativamente más altas que los de Valencia y País Vasco.

En el **grupo de sujetos de 16 a 18 años** las diferencias se observan en las escalas de somatización, obsesión-compulsión, ansiedad y ansiedad fóbica, en todas ellas los adolescentes de Valencia obtuvieron las medias más altas. Las dos escalas que evalúan síntomas de ansiedad es donde las diferencias adquieren mayor nivel de significación. Se podría señalar que entre los sujetos más jóvenes los del País Vasco son más hostiles y somatizan más que sus compañeros de las otras ciudades estudiadas, mientras que en los adolescentes de más edad se incrementa la ansiedad, especial-

mente en los valencianos.

Las mismas cuestiones realizadas con respecto a la variable edad, se han hecho en relación a la variable género. Las mujeres independientemente del lugar de procedencia presentan más problemas psicológicos que los hombres del mismo lugar? Y a su vez, si comparamos a los hombres o mujeres con sus homólogos de otras comunidades mantienen el mismo perfil psicopatológico o éste varía en función del lugar de origen?.

Los resultados **según el género e independientemente del lugar de procedencia** (Tabla 5; sentido vertical), indican que las mujeres informan tener una sintomatología psicológica mayor que los hombres, a excepción de hostilidad e ideación paranoide que son los hombres de Buenos Aires los que presentan medias mayores. Las diferencias con mayor significación estadística ($p < .001$) se encuentran en las mujeres del País Vasco y de Valencia. La única escala en la que no se observaron diferencias significativas es la de hostilidad. En la muestra de Buenos Aires sólo en tres escalas las diferencias son significativas, en sensibilidad interpersonal y depresión que las mujeres obtienen medias mayores y en hostilidad en los hombres. En las tres muestras de adolescentes los sentimientos de tristeza, desvalorización y las ideas mórbidas propias de la depresión están más presentes entre las mujeres adolescentes que los hombres de su edad.

**Tabla 5 - Comparación entre los grupos según género en cada lugar de procedencia ("t" test).
Comparación según lugar de procedencia y género (ANOVA)**

SCL-90	Género	País Vasco (1)		Valencia (2)		Buenos Aires (3)		F
		Hombres = 128 Mujeres = 128		Hombres = 142 Mujeres = 128		Hombres = 68 Mujeres = 130		
		M	DT	M	DT	M	DT	
Somatización	Hombres	7.23	5.72	7.18	6.87	7.44	5.50	0.04 8.87***
	Mujeres	12.19	7.54	13.11	8.26	9.21	7.46	
	t	-5,29***		-6,31***		-1,89		
Obs. Compulsivo	Hombres	10.32	6.39	12.46	7.05	11.86	5.83	3.69* 2.02
	Mujeres	14.20	7.06	14.40	8.40	12.56	8.57	
	t	-4,61***		-2,02*		-0,68		
Sen. Interpersonal	Hombres	7.31	5.32	8.44	6.33	8.49	5.48	1.55 0.58
	Mujeres	12.05	7.33	11.12	6.97	11.35	7.22	
	t	-5,92***		-3,28***		-2,87**		
Depresión	Hombres	8.88	6.65	10.41	8.56	9.90	6.44	1.42 3.24*
	Mujeres	17.15	10.84	15.33	9.83	14.01	9.06	
	t	-7,35***		-4,32***		-3,69***		
Ansiedad	Hombres	7.37	6.08	8.51	7.13	6.60	5.21	2.30 15.85***
	Mujeres	11.83	7.38	11.64	7.10	7.61	5.79	
	t	-5,26***		-3,57***		-1,21		
Hostilidad	Hombres	5.53	4.21	5.30	4.63	6.96	4.80	3.18* 2.06
	Mujeres	6.41	4.80	5.71	4.47	5.28	4.12	
	t	-1,55		-0,72		-2,52*		
Ansiedad Fóbica	Hombres	2.12	3.23	2.87	3.71	2.61	3.17	1.62 1.96
	Mujeres	3.34	3.91	4.19	4.43	3.28	3.80	
	t	-2,73**		-2,61**		-1,31		
Ideación Paranoide	Hombres	4.34	3.75	5.30	4.61	5.81	4.12	3.21* 1.82
	Mujeres	5.87	5.12	6.49	5.08	5.36	3.93	
	t	-2,72***		-2,01*		0,76		
Psicoticismo	Hombres	4.38	4.37	5.46	6.03	5.34	5.13	1.56 1.69
	Mujeres	7.56	6.83	7.65	6.97	6.30	5.83	
	t	-4,43***		-2,70**		-1,14		

(1) G1 = 14 - 15 años; G2 = 16 -18 años *** p < .001; ** p < .005; * p < .05

Al comparar el **lugar de procedencia** y el **género** (Tabla 5; sentido horizontal) se observa que los hombres presentan puntuaciones muy similares

independientemente del lugar de origen. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en síntomas obsesivo-compulsivo en Valencia en

relación con los del País Vasco, y en hostilidad en los hombres de Buenos Aires comparados con el resto de sus compañeros de la misma edad. Respecto a los hombres, solo en tres escalas se observan diferencias significativas, en las seis restantes los resultados son semejantes. La sintomatología somática y la ansiedad son significativamente superiores en las mujeres del País Vasco y Valencia, presentando ambas comunidades diferencias altamente significativas con las mujeres de Buenos Aires. Los síntomas depresivos son más altos en las mujeres del País Vasco, donde las puntuaciones son significativamente más altas que las que obtienen las adolescentes de Buenos Aires y Valencia.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.

Los datos obtenidos en este estudio mediante el análisis de las respuestas a un listado de síntomas que fue administrado en forma grupal en contextos educativos, permiten confirmar que las variables género, edad y lugar de residencia tienen cierto tipo de vinculación con el reconocimiento de la presencia de síntomas psicopatológicos en la adolescencia.

El lugar de residencia aparece asociado con determinados tipos de malestares, especialmente entre los adolescentes mayores de 15 años: las ideaciones paranoides y los problemas referidos a la sensibilidad inter-

personal son más altos en el País Vasco, las somatizaciones se señalan como más importantes y frecuentes en Valencia, en tanto que en Buenos Aires son más altos los malestares vinculados con la depresión, aunque ésta es significativamente más elevada entre los vascos.

Si se tienen en cuenta las edades, prescindiendo del género y el lugar de residencia, los más jóvenes (13 a 15 años) reconocen la presencia de mayor sintomatología obsesiva y ansiosa. Estos resultados están en la misma línea que los presentados por Benjet y Hernández Guzmán, (2001)

Al analizar la variable género constatamos que, para el total de la muestra, mujeres y varones se auto - perciben igualmente hostiles y ansiosos. En las restantes categorías psicopatológicas son las adolescentes mujeres quienes obtienen siempre valores promedios más elevados, con significación estadística. En la literatura se muestra este mismo sentido de los resultados (Sinoh-Manoux, 2000) pudiendo plantearse si en las sociedades occidentales las mujeres adolescentes al proyectar las emociones negativas sobre sí mismas no las hace más vulnerables a desarrollar trastornos psicopatológicos. Por lo que además de mayor vulnerabilidad debido a la edad, el ser mujer acrecenta su riesgo.

Cabe destacar que el SCL-90-R ha demostrado ser una técnica de evaluación psicológica eficaz para ubicar estudiantes en riesgo en ámbitos edu-

cativos; el contexto socio-cultural parece tener efecto en el desarrollo y manifestación de determinados tipos de malestares. Como ya se ha señalado, se pudo confirmar información de estudios anteriores sobre el tema: las mujeres, en términos generales, reconocen mayor presencia de síntomas

que los varones. Estos resultados si bien concuerdan con los observados en la literatura tendrían que confirmarse en posteriores investigaciones con muestras mas plurales. Su confirmación proporcionaría las bases para establecer programas de prevención en este grupo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnett, J. J. (1999). Adolescence storm and stress reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Benjet, C., y Hernandez Guzman, L. (2001). Gender differences in psychological well-being of mexican early adolescents. *Adolescence*, 36, (141),47-65.
- Bjorkly, S. (2002). SCL-90-R profiles in a sample of severely violent psychiatric inpatients. *Aggressive Behavior*, 28, 446-457.
- Casullo, M. M., y Castro Solano, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. Aportaciones del SCL-90-R. Facultad de Psicología. UBA. *Anuario de Investigaciones*, 7, 147-157.
- Casullo, M. M., y Fernández Liporace, M. (2001). Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *PSYKHE*, 10, (1), 155-162.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90- R*. Adaptación castellana de la técnica. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. *MANUAL*. Minnesota: National Computer Systems.
- Dornbush, S. M., Petersen, A. C., y Hetherington, E. M. (1991). Projecting the future of research on adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 7-17.
- Eisenberg, N., Valiente, C., Sheffield Morris, A., Fabes, R., Cumberland, A., Reiser, M., Thompson Gershoff, E., Shepard, S., y Losoya, S. (2003). Longitudinal relations among parental emotional expressivity, children's regulation, and quality of socioemotional functioning. *Developmental Psychology*, 39, (1), 3-19.
- González, R., Casullo, M. M., y Montoya, I. (1999). Trastornos psicopatológicos y bienestar psicológico en adolescentes españoles y argentinos. Un estudio prospectivo.
- II Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica. Caracas, Venezuela.**
- González, R., Casullo, M. M., Fernández L. M., y Montoya, I. (2000). Psychiatric Symptomatology and Psychological well-being in Argentine and Spanish Adolescents.
- XXVIII International Congress of Psychology. Estocolmo, Suecia.**
- Fabes, R. A., y Martin, C. L. (1991). Gender and age stereotypes of emotionality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 122, 5-37.
- Farmer, E., Compton, S., y Burns, B. (2002). Review of the evidence for treatment of childhood psychopathology. Externalizing disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, (6), 1267-1302.
- Hart, K. M., Bryer, J. B., y Martinez, K. A. (1991). SCL-90-R symptoms patterns for adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 56, 168-178.

- Kashima, Y., Yamaguchi, S., Kim, U., Choi, S. C., Gelfand, M. J., y Yuki, M. (1995). Culture, gen-der and self: a perspective from individualism - collectivism research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 925-937.
- Kass, F., Charles, E., Klein, D.F., Cohen, P. (1983). Discordance between the SCL-90 and therapists' psychopathology ratings. *Archives General Psychiatry*, 40, 389-393.
- Leadbeater, B., Kuperminc, G. P., Blatt, S., y Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescent internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35, (5). 1268-1282.
- Mc Gough, J., y Curry, J. (1992). Utility of the SCL-90-R with depressed and conduct disordered adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 59, (3), 552-563.
- Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E., y Philippot, P. (1998). Long lasting cognitive and social consequences of emotion: social sharing and rumination. En W. Stroebe y M. Hewstone (editores), *European Review of Social Psychology*, (146-149). New York: J. Wiley & Sons.
- Sampson, R.J., y Laub, J.H. (1995). Collective regulation of adolescent misbehavior: validation results from eighty Mujergo neighborhoods. *Journal of Adolescence Research*, 12, 227-244.
- Singh- Manoux, A. (2000). Culture and gender issues in adolescence: evidence from studies on emotion. *Psicothema*, 12, (sup), 93-100.
- Steinberg, L., y Sheffield Morris, A. (2001). Adolescent Development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta – analytic review. *Psychological Bulletin*, 12, (5), 825-848.
- Williams, J. M., y Dunlop, J. C.(1999). Pubertal timing and self-reported delinquency among male adolescents. *Journal of Adolescence*, 22, (1), 57-71.
- Wilson, J. H., Taylor, P. J., y Robertson, G. (1985). The validity of the SCL-90 in a sample of British men remanded to prison for psychiatric report. *British Journal of Psychiatry*, 147, 400-403.