

Factores psicosociales y salud mental: un instrumento de detección de sujetos adolescentes en riesgo

D. Páez, J. Iraurgi, M. Valdosedá e I. Fernández

RESUMEN

En este artículo presentamos los datos normativos de una escala integrada de detección o screening de problemas de salud mental en adolescentes jóvenes (13-18 años).

La escala consiste en un cuestionario que toca los diferentes factores psicosociales de la salud mental y de la afectividad, a saber, los sucesos de vida estresante, el apoyo social objetivo, el apoyo social subjetivo o percibido y las formas de afrontamiento. Para evaluar el estado afectivo se presenta la escala PNA.

Después de contestar las preguntas, cada sujeto se debe situar en los deciles de cada respuesta. Los sujetos que tengan mayor afectividad negativa que positiva (balanza de afectos menor de cero), que tengan puntuaciones de estrés superior a 6, que puntúen menos de 11,2 en apoyo social objetivo y menos de 30 en apoyo social subjetivo, más de 8 y 10 en afrontamiento evitante conductual y cognitivo, respectivamente, y menos de 8 en afrontamiento activo, se consideran sujetos de riesgo o que tienen una alta probabilidad de presentar problemas de salud mental.

LABURPEN

Txosten honetan, gaztetxoen buru-osasunaren arazoak direla-eta, sumatze edo screeningekin oso:uriko eskalaren arauzko argibideak aurkezten ditugu.

Honetan datza eskala: buru-osasun eta sentiberatasunaren zenbait siko-sozial eragingarri ikutzen dituen galdeketa: hots, estres-bizieraren gertakizunak, egiazko gizarte laguntza, norberekiko gizarte-laguntza edo nabaria, eta kontrajarreraren erak. Sentiberatasun egoera neurtzeko PNA eskala aurkezten da.

Galderei erantzun ondoren, kide bakoitza erantzun bakoitzaren deziletan kokatu behar da. Sentiberatasun baiezkoa (positiboa) baino ezezkoa (negatiboa) handiagoa duten kideak (zero azpitiko sentipenen balantza), y gaisetiko estreesen emaitza dutenek), gizarte-laguntza objektiboan, 11,2 azpitiko emaitzak badituzte, eta 30 azpitiko gizarte laguntza subjektiboan, 8 eta 10 gaisetikokontrajarrera ekidintzaille bidegarri eta ezaupidea, dagokienez, eta 8 azpitikoa, kontrajarrera eraginkorrean, arizkukotzat jo behar dira, edo buru-osasunari dagozkion arazoak edukitzeko probabilitate handia dutenak.

PALABRAS CLAVE

Sucesos vitales.

Soporte social.

Formas de afrontamiento.

Afectividad.

Salud mental.

Instrumentos-escalas.

Escreening.

INTRODUCCION

Este artículo define los factores psicosociales de la salud mental (estrés, apoyo o soporte social, formas de afrontamiento), así como el estado de ánimo o afectividad. Posteriormente, se exponen las escalas o instrumentos que miden los fenómenos antes definidos y a continuación se explica cómo se puntúa a las personas a partir de la entrevista-cuestionario. Se ejemplifica la forma de puntuar y evaluar a los sujetos, y se dan las puntuaciones de referencia a partir de una muestra de adolescentes de la CAV (Gran Bilbao). En un anexo se presentan los cuestionarios.

Como se podrá constatar, en la actualidad se define al trastorno mental no como algo interno al individuo ni como una presencia de síntomas o emociones negativas. La salud mental se define como una mayor presencia de emociones positivas sobre las negativas o balanza de afectos positiva (véase abajo). Este equilibrio afectivo se entiende además como un producto de la interacción entre los desafíos y cambios vitales que el medio impone (presencia de estrés o sucesos vitales negativos), el apoyo o integración social objetiva, así como la percepción subjetiva de dicho apoyo. Por último, las formas en que la persona enfrenta los problemas también entra en esta «ecuación».

La pretensión de este artículo es entregar los elementos conceptuales y el instrumento suficiente para que el médico aplique en su práctica clínica esta concepción. De esta manera, esperamos entregar a los pediatras vasco-navarros una escala de detección de posibles casos de alteraciones psiquiátricas.

FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD MENTAL

Diversos estudios han puesto de manifiesto la relación entre factores psicosociales y la salud mental. Entre los factores psicosociales más reseñados se han contemplado el nivel de estrés, el apoyo social, tanto objetivo como subjetivo, y las formas o estrategias de afrontamiento a problemas (coping).

Sucesos vitales

Las investigaciones empíricas reafirman la asociación entre la aparición de sucesos vitales problemáticos y el nivel de síntomas psicopatológicos (Paez y cols., 1986).

Se entiende por sucesos vitales aquellas experiencias objetivas de cambio vital que exigen un reajuste de la conducta del sujeto en tanto que interrumpen o amenazan con obstaculizar las actividades usuales de éste (Thoits, 1983). Psicológicamente, los sucesos estresantes son aquellos que se perciben como amenazas al bienestar físico o psíquico (Krantz y cols., 1985).

Si bien inicialmente se propuso que cualquier suceso vital, negativo o positivo, que implicara un cambio y un esfuerzo de adaptación estaba asociado a la aparición de síntomas —problemas psicofisiológicos—, la evidencia existente señala que sólo los sucesos negativos juegan un rol facilitador de los trastornos psíquicos y físicos (Monroe y cols., 1983). Además, son los sucesos de vida negativos, sobre todo aquellos que implican una amenaza estable a medio plazo, los que están asociados a la aparición de síntomas o episodios de enfermedad mental —en particular la depresión—. La investigación, ya clásica, de Brown y Harris (1978) encontró que en las 3-4 semanas previas a la aparición de una crisis depresiva se producía una «aglomeración» o una serie de sucesos negativos muy próximos temporalmente.

Una síntesis de siete investigaciones distintas pero con una misma metodología, muestran que el 25% de los sujetos que habían sufrido sucesos vitales severos habían desarrollado una depresión, frente a un 4% de los sujetos que no las habían sufrido (Harris, 1983, en Paez y cols., 1986).

Soporte social

La falta de contacto y apoyo social de los sujetos apunta ser un factor de riesgo en la aparición de problemas afectivos (Cohen y Ashby, 1985; Paez y cols., 1986).

El concepto de apoyo social se refiere tanto a la cantidad de las relaciones sociales como a lo que se denomina soporte percibido y funcional, esto es, la percepción subjetiva o satisfacción con la ayuda social que se recibe de los otros (Basabe y cols., 1993).

Se define al soporte social como la percepción que tiene el sujeto, a partir de su inserción en las redes sociales, de que es: a) cuidado y amado, b) valorado y estimado, c) que pertenece a una red social de derechos y obligaciones (Turner, 1983). El elemento fundamental no es la mera inserción objetiva en una red social densa, sino la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material (Paez y cols., 1986).

La integración en redes sociales amplias puede ayudar a evitar experiencias o situaciones negativas que podrían provocar problemas psicofísicos. Las situaciones continuadas de bajo contacto social, de falta de una red de familiares, amigos y/o conocidos que ayude moral, emocional y materialmente a un sujeto, están asociadas a una mayor presencia de síntomas físicos y psicológicos (Paez y cols., 1986). Se han encontrado correlaciones significativas entre el número de contactos sociales, la satisfacción con éstos, la depresión y la ansiedad (Sarason y cols., 1983). Revisando 18 investigaciones sobre soporte social y malestar psicológico, Rook y Dooley (1985) encontraron que éste explicaba entre el 2 y el 17% de la sintomatología.

Asimismo, la ausencia de una red social eficaz actúa como factor de riesgo en personas con déficits de integración social. A este respecto, además de un rol directo, la falta de soporte social jugaría un rol indirecto de exacerbación de los efectos de los sucesos de vida negativos. Al contrario, una fuerte red de soporte social permitiría mitigar y controlar el impacto del estrés.

Por otra parte, se ha constatado una interacción entre el nivel de soporte social y el nivel de estrés —la acción conjunta de bajo apoyo y alto estrés produce un efecto superior al deseable de un simple efecto aditivo—. Del mismo modo, la acción de los sucesos negativos y los déficits en el soporte social se sobreponen —por ejemplo, la pérdida de un ser querido supone, simultáneamente, un suceso negativo y una carencia de soporte social— (Paez y cols. 1986).

Desde otro punto de vista, la integración social o un buen soporte social se relacionaría con un sentimiento de bienestar ya que proporcionaría un sentimiento de estabilidad y confianza en la vida cotidiana. Facilitaría la formación de un sentido de sí mismo seguro y positivo, ya que el tener una red social tupida implica que el sujeto tiene varios roles y, por tanto, una identidad más múltiple y reforzada (Cohen y Ashby, 1985).

Afrontamiento del estrés

Otra línea de investigación es la que relaciona los problemas de salud mental con la forma de afrontarlos. Asociado a los dos elementos anteriores —mayor frecuencia de sucesos negativos y menor soporte social— estaría el hecho de que los sujetos con una mayor sintomatología psicofísica aprenden tácticas, maneras o modos inadecuados de enfrentar el estrés (Paez y cols., 1986).

Se definen las capacidades sociales de afrontamiento al estrés –o a problemas– como los esfuerzos orientados a controlar, tolerar y reducir las demandas que afectan y sobrepasan los recursos personales (Kessler y cols., 1985). Esto es, la estrategia de afrontamiento (coping) se refieren a cómo la gente se maneja ante las demandas de los sucesos estresantes, teniendo como funciones básicas la resolución de problemas, la regulación de emociones, la protección de la autoestima y el manejo de interacciones sociales (Laux y Weber, 1991, en Basabe y cols., 1993). Estas estrategias de afrontamiento incluyen tanto procesos cognitivos (denegación, represión, supresión, intelectualización) como conductas de resolución de problemas empleadas para manejar o reducir la ansiedad y otros estados emocionales negativos y/o problemáticos (Vaillant, 1990).

Existen dos clasificaciones predominantes del coping. En una primera, se divide entre las formas centradas en el problema versus las centradas en la emoción (Barnett y Gottlib, 1988; Folkman y Lazarus, 1986). Las centradas en el problema incluyen: búsqueda de información y resolución de problemas; las centradas en la emoción recogen la regulación afectiva, la descarga emocional, la confrontación hostil y la búsqueda de soporte emocional. Una segunda clasificación es la efectuada entre formas de afrontamiento activas versus de evitación. Las formas activas se refieren a aquellos esfuerzos conductuales o cognitivos para manejarse directamente con el suceso estresante. Las formas evitantes consisten en el no enfrentamiento con el problema o en la reducción de la tensión a través de conductas de escape (Basabe y cols., 1993).

Las conductas de reducción del estrés más eficaces serían el afrontamiento directo, con una creencia de ser capaz de resolver el problema y controlando las emociones. Las conductas ineficaces serían el escape o evitación y la explosión emocional. No obstante, la utilización simultánea de tácticas, combinando diferentes maneras de enfrentar el problema, sería lo más eficaz (Kessler y cols., 1985). Investigaciones que comparan diversas maneras de enfrentar problemas encontraron que la acción directa no reducía el malestar psicológico ni reducía el nivel subsecuente del problema (op. cit.). Por otra parte, el tipo de problema a afrontar también influye sobre cuál es la táctica más efectiva. Cuando el problema es muy fuerte o irresoluble, la evitación, la denegación o desatención selectiva y la disminución de expectativas se utilizan más y son más efectivas que el afrontamiento directo (Menaghan, 1983, Kaplan, 1983). También parece que los sujetos utilizan tácticas específicas a las situaciones, más que poseer estilos estables de afrontamiento de los problemas.

Afectividad

A la hora de definir el concepto de salud mental se pueden diferenciar dos concepciones. Una primera viene dada por una definición negativa, donde se entendería por salud mental la ausencia de enfermedad. En una segunda, basada en una definición positiva, la salud mental equivale a bienestar psicológico y sería entendida como el conjunto de conductas, actitudes y sentimientos que representan el nivel de efectividad, éxito y satisfacción de la persona. Mientras que la primera de las definiciones centra su atención en los aspectos más clínicos relacionados con la salud mental, la segunda entiende ésta como la capacidad individual de realizar satisfactoriamente las actividades normales de cada día (Alvaro, 1992).

El bienestar/malestar psicológico se puede definir como la balanza entre emociones positivas y negativas. La afectividad negativa se manifiesta por problemas como la ansiedad y la depresión y está asociado a un mayor número de conflictos interpersonales y problemas de salud. En cambio, la afectividad positiva se manifiesta por los buenos sentimientos hacia uno mismo y hacia el mundo que le rodea, y se asocia a un mayor número de contactos sociales, a

la extraversion y a la participación en nuevas actividades (Echebarría y Paez, 1989; Zautra, 1983; Warr y cols., 1983).

Cuestionarios como la «escala de equilibrio afectivo de Bradburn» (en Eusko Jaurlaritza, 1987) pueden ponerse como ejemplo del tipo de medidas utilizadas en la operacionalización y medición de la salud mental en una población general. El equilibrio afectivo como medida del estado de salud mental de la población indicaría los estados relativos de salud (op. cit.).

A continuación vamos a describir los instrumentos y la muestra a partir de la cual hemos establecido una especie de «termómetro analógico» mediante el cual se puede detectar a adolescentes con potenciales problemas de salud mental.

INSTRUMENTOS

Escala de Sucesos Vitales Autobiográficos - Nivel de Estrés

Esta escala mide la cantidad de sucesos y cambios ocurridos en la vida de una persona durante el último año. Para su elaboración se consideraron dos escalas. Una primera, ya clásica en estudios de salud mental, la adaptación de Conde y Franch (1984) de la escala de sucesos vitales del Dpto. de Salud Mental de la Universidad de California (en Páez y cols., 1986) y una segunda correspondiente a la escala de Acontecimientos Vitales -PERI- de Dohrenwend y cols., adaptada por Vizcarro (1984) para una población adolescente. Se ha producido la adaptación a nuestro contexto de estas escalas (Basabe y cols., 1992), seleccionando los ítems más relevantes, un total de 35, tras desestimar aquellos sucesos de baja incidencia en el grupo estudiado (población juvenil).

Los sucesos vitales recogidos agrupan situaciones tanto positivas (ítems: 1, 2, 6, 10, 11, 27, 29, 31 y 34), como negativas (ítems: 3, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 32, 33 y 35), debiéndose puntuar con un «1» en el caso de haber tenido experiencia de ellas, o con un «0» en caso de no ocurrencia.

El nivel total de estrés vendría dado por la suma total de los ítems, de forma que a medida que aumenta la puntuación se incrementaría el nivel de estrés. La dimensión de estrés negativo, quedaría recogida mediante el sumatorio de los ítems correspondientes.

En nuestro estudio, la puntuación media para el estrés total fue de $4,19 \pm 2,52$ (el más menos se refiere a la desviación típica en este y en los otros datos); en el caso del estrés negativo fue de $2,76 \pm 1,95$.

Escala de Soporte Social Objetivo

Busca obtener información acerca de la densidad de redes sociales del sujeto; es decir, constataría una dimensión objetiva de la integración social (ayuda obtenida de los otros). Se trata de una escala basada en la elaborada por el Dpto. de Salud Mental de California (en Páez y cols., 1986), pero adaptándola a una población joven (Basabe y cols., 1992).

Consta de 5 ítems con un rango de variación de 1 a 4. La corrección consistiría en el sumatorio de los 5 ítems y la interpretación radicaría en que una mayor puntuación correspondería con un mayor Soporte Social Objetivo (amplitud e inserción en una red social de contactos).

En un estudio realizado por Basabe y Paez (1992) con una muestra de 803 jóvenes de Bilbao, el coeficiente alpha obtenido para esta escala fue de .65; coeficiente que es moderadamente bajo, aunque mejor que los obtenidos en otros estudios con escalas similares. Para nuestra muestra, la fiabilidad alcanzada se sitúa en un alpha de .59.

La puntuación media para el apoyo social objetivo ha sido de $13,18 \pm 2,73$.

Soporte Social Subjetivo (Vaux y cols., 1986)

Busca obtener una estimación del soporte o apoyo social subjetivo o percibido por el sujeto. Permite tener tanto un indicador de satisfacción como insatisfacción. Consta de 10 ítems centrados en las esferas familiar y de amigos, con un rango de variación de 1 a 4.

Para la corrección de esta escala, han de invertirse los valores del ítem 10 (1 por 4, 2 por 3, 3 por 2 y 4 por 1), procediéndose seguidamente a la suma de los valores alcanzados en el total de ítems. Altas puntuaciones corresponderían con un óptimo soporte subjetivo, mientras que bajas puntuaciones indicarían un sentimiento de apoyo deficiente.

En el estudio de Basabe y cols. (1992) el coeficiente alpha de Cronbach alcanzado por esta escala fue de .80; en nuestro caso ha sido de .75.

La puntuación media para el apoyo social subjetivo ha sido de $32,02 \pm 4,58$.

Escala de Estrategias de Afrontamiento

Permite ver cómo el sujeto se maneja ante el estrés. El instrumento utilizado supone una síntesis realizada por Basabe y cols. (1993) de las dimensiones planteadas por Folkman y Lazarus (1986) y por Calver y cols. (1989). Consta de 17 ítems, con un rango de variación de 1 a 4. La escala fue sometida a análisis factorial para conocer las dimensiones subyacentes, encontrándose 4 factores que explican en conjunto el 51,2% de la varianza:

1. Afrontamiento activo.—Incluye formas de afrontamiento activas (luchar contra el problema), planificar la acción, aceptar la propia responsabilidad, y el autocontrol-contención (esperar el momento adecuado). Este factor explica el mayor porcentaje de varianza (23,2%). Incluye los ítems número 1, 2, 4, 15 y 17.

2. Evitación conductual y denegación.—Esta dimensión incluye aquellas formas de evitación/Descompromiso (por medio de alcohol y drogas), Evitación conductual (centrándose en el trabajo o estudio y olvidando problemas), Descompromiso conductual (admitiendo no hacer nada) y la Denegación (negándose a creer lo ocurrido). Este factor explica el 12,9% de la varianza y está compuesto por las preguntas 10, 11, 12 y 13.

3. Búsqueda de apoyo social, descarga y regulación afectiva.—Esta dimensión se caracteriza por la confrontación y regulación emocional (descarga emociones), la búsqueda de apoyo instrumental (hablar con alguien que tenía un problema similar), la búsqueda de apoyo afectivo (búsqueda de simpatía y comprensión) y la reinterpretación positiva (aprender algo de la experiencia). Esta dimensión explica el 8,4% de la varianza y está formada por los ítems 5, 6, 7 y 9.

4. Evitación Cognitiva/Pasividad/Represión.—El factor comprende las formas de afrontamiento siguientes: Aceptación (aceptar lo sucedido y no hacer nada), Escape-Evitación (fantasear), Descompromiso conductual (no hacer nada), Autocontrol (guardar sentimientos) y Denegación (negarse a creer lo ocurrido). Este factor explica el 6,7% de la varianza e incluye los ítems 8, 11, 14 y 15.

La corrección de la escala total vendría determinada por el sumatorio de los 17 ítems. Del mismo modo, el cómputo de los ítems que componen cada dimensión darían cuenta de cada uno de los tipos de afrontamiento descritos. En cualquier caso, una mayor puntuación en cada medida indicaría un mayor uso de las mismas para afrontar problemas. Esto es, a mayor puntuación mayor coping activo o evitante conductual o de regulación o de evitación cognitiva.

Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PNA)

Para medir la salud afectiva de los sujetos hemos utilizado la escala PNA; revisión de Warr y cols. (en Páez y col., 1989) que consta de 18 ítems, de los cuales 10 provienen de la escala original de Bradburn. Esta escala busca medir el nivel de bienestar o malestar subjetivo durante lapsos de tiempo establecidos por el investigador. Los ítems de afecto positivo son el 3, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 16 y 18; los de afecto negativo son el 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 14 y 17. El rango de puntuación de cada ítem va de 1 a 4.

Son tres las medidas de afectividad disponibles a través de esta escala: el afecto positivo, el afecto negativo y la balanza de afectos. Las dos primeras medidas se obtienen de la suma de los ítems correspondientes a cada dimensión (arriba reflejados), de forma que, en ambos casos, a medida que aumenta la puntuación se incrementa el nivel de afecto correspondiente. La balanza de afectos resulta de la diferencia entre el afecto positivo y el negativo, indicándose un mayor malestar psicológico a medida que la puntuación se hace más negativa y un mayor bienestar psicológico a medida que la puntuación toma valores más positivos. El cero indicaría un punto de equilibrio entre ambos afectos.

Con una muestra de 803 jóvenes (Basabe y cols, 1992) el coeficiente alpha para la escala total fue de .70; siendo en el caso del afecto positivo de .79 y de .80 para el afecto negativo. Con nuestra muestra, se han obtenido coeficientes alpha de .71, .77 y .77, respectivamente.

La puntuación media para el afecto positivo es de $21,31 \pm 4,80$, siendo de $15,20 \pm 4,27$ la media para el afecto negativo.

MUESTRA

Se trata de una muestra aleatoria, estratificada por del sexo y la edad, de 183 jóvenes de Bilbao con edades comprendidas entre los 13 y 18 años, siendo la media de edad de 15.8 ($Sx=1.63$). El 54,1% eran hombres y el 45,9% mujeres.

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Existen dos estrategias a la hora de interpretar los resultados obtenidos por un sujeto concreto. En primer lugar, se podría comparar su puntuación respecto a una baremación obtenida a partir de una muestra normativa. Una segunda posibilidad radica en comparar la puntuación del sujeto respecto a los puntos de corte obtenidos a través de un grupo de riesgo. Veamos cada una de estas alternativas por separado, ejemplificando cada una de ellas.

Interpretación a través de la baremación en una muestra normativa

La lógica es la siguiente: después de que el sujeto responda a todos o a algunos de los instrumentos, su puntuación debe situarse en la distribución de valores de la muestra total. Para permitir la comparación se extraen los deciles de las puntuaciones obtenidas en cada escala. Se considerarían puntuaciones de riesgo aquellas que estén por debajo del tercer decil (en el caso del estrés positivo, del soporte social objetivo y/o subjetivo, del afrontamiento activo y de la afectividad positiva), o por encima del séptimo decil (en el caso del estrés total y negativo, del afrontamiento evitante cognitivo y/o conductual, y de la afectividad negativa). La tabla 1 muestra los eneatispos considerados mostrándose en negrita aquellos que suponen puntuaciones de riesgo.

TABLA I

PUNTOS DE CORTE A PARTIR DE UNA MUESTRA NORMATIVA. EN NEGRILLA SE REMARCAN LOS DECILES QUE INDICARÍAN PUNTUACIONES DE RIESGO

	X	Sx	Rango	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Sucesos vitales</i>												
<i>Estrés</i>												
Total	4,19	2,52	1-14	2	3	3	4	5	5	6	7	8
Negativo	2,76	1,95	0-12	0,3	1	1,9	2	3	3	4	4	5
Positivo	2,12	1,13	0-6	1	1	1,2	2	2	2	3	3	4
<i>SopORTE social</i>												
Objetivo	13,18	2,73	7-20	10	11	11,2	12	13	14	15	15,2	17
Subjetivo	32,02	4,58	19-40	25	28	30	31	33	34	35	36	37
<i>Afrontamiento</i>												
Activo	10,08	3,28	5-19	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Evitación conductual y negación	6,56	2,49	4-14	4	4	4	5	6	7	8	9	10
Regulación, descarga y búsqueda de apoyo	8,93	2,45	4-16	6	7	8	8	9	9	10	11	12
Evitación cognitiva, pasividad y represión	8,10	3,01	4-15	4	5	6	7	8	9	10	11	13
<i>Afectividad</i>												
Positiva	21,31	4,80	10-34	15	17	18,2	19	21	23	24	25	27,6
Negativa	15,20	4,27	9,27	10	11	12	13	15	16	17	19	22
Balanza afectos	6,10	6,52	11-22	-2	1	2,2	4	6	8	10	12	14,6

De este modo, si un sujeto está en los extremos superiores de la afectividad negativa, del estrés negativo, de las formas de afrontamiento ineficaces (evitación conductual y cognitiva) o si está en los extremos inferiores del apoyo social objetivo, subjetivo, del afrontamiento directo o eficaz y de la afectividad positiva, la persona se considera en riesgo. Este juicio se ve reafirmado, si la puntuación de la persona se encuentra dentro del rango de la población de riesgo o disfuncional definida aquí como el grupo que tiene una balanza de afectos negativa o igual a cero —este aspecto será tratado en la siguiente alternativa de interpretación.

Veamos mediante una ejemplificación la manera de interpretar los datos obtenidos por un sujeto. Pedro G. tiene 14 años y contestó sólo a la escala PNA de afectividad y a la de estrés. Tiene una puntuación de 2 en estrés negativo, de 19 en afectividad positiva y de 19 en afectividad negativa. Utilizando la distribución o deciles de la muestra total (tabla 1), el sujeto se encuentra en el decil 4 de estrés, en el decil 4 de afectividad positiva y en el 8 de afecto negativo. Aunque no tiene un alto estrés (un alto estrés implica estar en el decil 7 o más), ni una baja afectividad positiva (una baja afectividad positiva implica estar en el decil 3 o menos), posee una balanza de afecto igual a cero o no positiva ($19-19=0$) y está en el decil 8 de afectividad negativa.

Interpretación a través de la comparación con un grupo de riesgo

La lógica en este caso es comparar la puntuación obtenida por un sujeto con los puntos de corte establecidos a través de una muestra o grupo de riesgo. En nuestro caso el grupo de riesgo considerado está compuesto por aquellos sujetos que en la muestra considerada (183 casos) han obtenido una balanza de afectos igual o inferior a cero. Tal resultado representa una situación de malestar psicológico y por tanto una situación de riesgo. Este grupo ha quedado constituido por 33 jóvenes (18% del total). Los puntos de corte para cada variable se establecen en función de la media y desviación típica obtenidas, los cuales quedan expuestos en la tabla 2.

TABLA II

PUNTO DE CORTE A PARTIR DE UN GRUPO DE RIESGO (BALANZA DE AFECTOS ≤ 0)

	Media	Desv. típica	Punto corte
<i>Estrés</i>			
Total	5,273	- 2,096	$\geq 3,189$
Positivo	1,848	+ 0,795	$\geq 2,643$
Negativo	3,394	-1,784	$\geq 1,178$
<i>Soporte social</i>			
Objetivo	11,909	-3,014	$\leq 8,895$
Subjetivo	29,242	-5,081	$\leq 25,203$
<i>Afrontamiento</i>			
Activo	11,030	-3,312	$\leq 7,718$
Evitación conductual y negación	7,515	+2,210	$\geq 9,725$
Evitación cognitiva, pasividad y represión	9,667	+3,351	$\geq 13,018$
<i>Afectividad</i>			
Positiva	16,606	-3,409	$\leq 13,197$
Negativa	20,091	-3,819	$\geq 16,272$
Balanza de afectos	-3,485	3,519	≤ 0

Atendiendo a los puntos de corte reflejados en la tabla 2, se consideraría sujeto de riesgo a aquel que puntuara más de 3,18 en estrés total, más de 2,64 en estrés positivo y más de 1,16 en estrés negativo; puntuaciones menores a 8,89 y 25,20 en soporte social objetivo y subjetivo, respectivamente, supondrían situaciones de riesgo. Puntuaciones menores de 7,71 en afrontamiento activo y mayores a 9,72 en evitación conductual-negociación y mayores a 13,01 en evitación cognitiva-pasividad-represión suponen también riesgo. Del mismo modo, puntuaciones inferiores a 13,19 en afecto positivo, superiores a 16,27 en afecto negativo y menores de 0 en balanza de afecto indicarían que el sujeto está en una situación de riesgo (pertenecería al grupo de riesgo).

Consideremos otro ejemplo para mostrar la forma de interpretar la puntuación de un sujeto concreto. Juan H. tiene 16 años y contestó a la escala PNA, la de estrés y la de soporte subjetivo. Obtuvo una puntuación de 20 en afectividad positiva, de 25 en afectividad negativa, 0 en estrés negativo y 10 en soporte subjetivo. Utilizando los puntos de corte establecidos a partir de un grupo de riesgo (tabla 2) se observa cómo respecto a la afectividad positiva y estrés se mantiene fuera del margen de riesgo al obtener puntuaciones no incluidas a partir del punto de corte (20 frente a 13,19 en el caso de afectividad positiva —sería puntuación de riesgo aquella inferior a 13,19—; y 0 frente a 1,17 en el caso del estrés —una puntuación de riesgo es este caso serían las superiores a 1,17). No obstante, muestra una puntuación de alta en afectividad negativa y baja en soporte subjetivo lo que le incluiría en una situación de riesgo. Así, la puntuación obtenida en afectividad negativa (25) está muy por encima del punto de corte (16,27), y la mostrada en soporte subjetivo (10) está también muy por debajo del punto de corte para dicha variable (25,20). Por otro lado, la balanza de afecto es negativa (20-25 = -5) indicando una situación de malestar psicológico.

ANEXO

Sucesos vitales - Estrés

A continuación te presentamos una serie de acontecimientos o situaciones, señala cuáles de ellas te han sucedido durante el último año.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Comenzó a estudiar después de haber dejado la escuela durante mucho tiempo o a trabajar después de largo paro | SI | NO |
| 2. Has pasado de EGB a Enseñanzas Medias, has iniciado estudios medios o superiores o has cambiado de centro | SI | NO |
| 3. No se graduó en la escuela o en un programa de estudios (no obtuvo el graduado escolar, BUP-COU o FP o estudios medios o superiores) / Dejó de estudiar | SI | NO |
| 4. Dificultades escolares, suspensos, calificaciones bajas, amonestaciones, etc. | SI | NO |
| 5. Has repetido curso | SI | NO |
| 6. Comenzó a trabajar por primera vez | SI | NO |
| 7. Tuvo problemas en su trabajo o con su jefe | SI | NO |
| 8. Fue despedido | SI | NO |
| 9. Rompió con su novio/a o relación amorosa | SI | NO |
| 10. Contrajo matrimonio | SI | NO |
| 11. Inició una relación amorosa (y/o se enamoró) | SI | NO |
| 12. Separación matrimonial | SI | NO |

13. Se quedó embarazada (ella o su pareja) / tuvo o espera un hijo	SI	NO
14. Tuvo un aborto	SI	NO
15. Murió un miembro cercano de su familia (alguien con quien vivía o tenía una relación muy importante)	SI	NO
16. Enfermedad o accidente grave de algún miembro de la familia	SI	NO
17. Murió un amigo íntimo	SI	NO
18. Muerte o accidente grave de alguna persona cercana (no familiar, ni amigo íntimo, etc.)	SI	NO
19. Tuvo muchas discusiones o problemas con sus padres	SI	NO
20. Tuvo problemas con algún otro miembro de su familia, pareja o amigos	SI	NO
21. Se trasladó de domicilio, cambio de ciudad, municipio o barrio de residencia	SI	NO
22. Fue atacado (sufrió alguna agresión no de tipo sexual)	SI	NO
23. Sufrió alguna agresión sexual	SI	NO
24. Sufrió un accidente con o sin heridos	SI	NO
25. Tuvo algún problema legal o con la policía	SI	NO
26. Tuviste tú o tu familia dificultades económicas importantes como una disminución en los ingresos familiares, pérdida de trabajo del padre o la madre, ruina económica, etc.	SI	NO
27. Comienzo o aumento considerable de actividades, aficiones, viajes, salidas,	SI	NO
28. Dejó una afición, deporte o actividad de recreo	SI	NO
29. Adquirió un animal doméstico	SI	NO
30. Murió un animal doméstico o desapareció	SI	NO
31. Hizo nuevas amistades	SI	NO
32. Rompió con un amigo	SI	NO
33. Comenzó el servicio militar	SI	NO
34. Terminó el servicio militar	SI	NO
35. Enfermedad o lesión física importante o por la que tuvo que guardar reposo durante 1 mes por lo menos	SI	NO

(La respuesta afirmativa se puntúa con «1», la negativa con «0»).

SOPORTE SOCIAL OBJETIVO

Rodea con un círculo, por favor, una de las opciones que se te presentan en cada pregunta (Puntuar de 1 a 4).

1. Cuando tienes un problema en la escuela/centro escolar, o en tu trabajo, ¿a cuántas personas se lo cuentas?

(1)	(2)	(3)	(4)
0	1 ó 2	2 a 3	4 ó más

2. Cuando necesitas ayuda para realizar tus estudios, trabajo o alguna otra actividad cotidiana, ¿con cuántas personas puedes contar que te ayuden a resolverlo?

0	1 ó 2	2 a 3	4 ó más
---	-------	-------	---------

3. ¿Cuántos amigos tienes con los que puedas salir normalmente a divertirse?

	0 a 2	3 a 5	6 a 8	9 ó más
4. Cuando te sientes triste, desanimado o cuando tienes un problema sentimental y/o emocional, ¿a cuántas personas puedes contárselo?	0	1 ó 2	2 a 3	4 ó más
5. ¿A cuántas personas de tu familia puedes confiar tus dudas y problemas	0	1 ó 2	2 a 3	4 ó más

SOPORTE SOCIAL SUBJETIVO

A continuación se presenta una lista de frases sobre tus relaciones sociales con tu familia y amigos. Por favor, indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de estas frases, rodeando con un círculo el número que mejor refleje tu opinión.

	Casi nunca o nunca	A veces sí otras no	Casi siempre	Casi siempre
1. Mis amigos me respetan	1	2	3	4
2. Mi familia se preocupa mucho por mí	1	2	3	4
3. Mi familia me valora mucho	1	2	3	4
4. Puedo confiar en mis amigos	1	2	3	4
5. Soy muy querido por mi familia	1	2	3	4
6. Los miembros de mi familia confían en mí	1	2	3	4
7. Tengo un fuerte lazo afectivo con mis amigos	1	2	3	4
8. Mis amigos y yo somos realmente importantes los unos para los otros	1	2	3	4
9. Me siento integrado en un grupo de personas	1	2	3	4
10. No me siento cercano a los miembros de mi familia	4	3	2	1

(Con el ítem 10 mostramos la inversión de puntuaciones que habría de realizarse, en este ítem en concreto)

FORMAS DE AFRONTAMIENTO

De las siguientes formas de afrontar/resolver los problemas, señala en qué grado o medida has empleado cada una de ellas: nada, algunas, bastantes o muchas veces.

	Nunca	Alguna Ocasión	Varias veces	Muchas veces
1. Concentré mis esfuerzos en hacer algo, intenté luchar contra mi problema o enfermedad	1	2	3	4
2. Desarrollé un plan de acción sobre mi problema y lo seguí	1	2	3	4

3. Dejé de lado mis otras actividades y problemas y me concentré en este	1	2	3	4
4. Me forcé a esperar el momento adecuado para hacer algo, evité precipitarme	1	2	3	4
5. Hablé con alguien que tenía un problema similar para saber que hizo el / ella	1	2	3	4
6. Traté de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima, busqué simpatía y comprensión	1	2	3	4
7. Aprendí algo de la experiencia, crecí o mejoré como persona	1	2	3	4
8. Acepté lo que había sucedido y que no se podía hacer nada	1	2	3	4
9. Expresé y dejé descargarse mis sentimientos y emociones	1	2	3	4
10. Me negué o resistí a creer lo que había ocurrido	1	2	3	4
11. Admití que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejé de intentar resolverlo o enfrentarlo	1	2	3	4
12. Me volqué en el estudio o trabajo para olvidarme de todo, actué como si no pasara nada	1	2	3	4
13. Salí a potear o tomar unas copas para olvidar el problema o pensar menos en él	1	2	3	4
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos	1	2	3	4
15. Fantaseé o imaginé el momento en que podrían cambiar las cosas	1	2	3	4
16. Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema	1	2	3	4
17. Analicé mi responsabilidad en el problema y me criticué a mí mismo por lo ocurrido	1	2	3	4

Afrontamiento activo: 1, 2, 4, 15, 17

Evitación conductual y denegación: 10, 11, 12, 13

Evitación cognitiva, pasividad y represión: 8, 11, 14, 15

AFFECTIVIDAD - PNA

Responde a las siguientes preguntas en función de lo que le ha sucedido en la última semana. Contesta marcando con un aspa (x):

	Poco o nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi todo el tiempo
1. ¿Se ha sentido molesto por alguien?	1	2	3	4
2. ¿Se ha sentido muy solo o distante de la gente?	1	2	3	4
3. ¿Ha sentido que las cosas sucedían como usted quería?	1	2	3	4
4. ¿Se ha sentido muy preocupado?	1	2	3	4
5. ¿Se ha sentido contento por tener amigos?	1	2	3	4

6. ¿Ha tenido miedo por lo que le pudiera suceder?	1	2	3	4
7. ¿Se ha sentido particularmente estimulado o interesado por algo?	1	2	3	4
8. ¿Se ha sentido infeliz o deprimido?	1	2	3	4
9. ¿Se ha sentido lleno de energías, pletórico?	1	2	3	4
10. ¿Se ha sentido realmente cansado?	1	2	3	4
11. ¿Se ha sentido tan inquieto que era incapaz de permanecer sentado?	1	2	3	4
12. ¿Ha sentido que se estaba divirtiendo mucho?	1	2	3	4
13. ¿Se ha sentido realmente alegre?	1	2	3	4
14. ¿Se ha sentido con ganas de llorar?	1	2	3	4
15. ¿Se ha sentido usted eufórico?	1	2	3	4
16. ¿Se ha sentido seguro y confiado de su futuro o porvenir?	1	2	3	4
17. ¿Se ha sentido aburrido?	1	2	3	4
18. ¿Se ha sentido satisfecho por haber logrado algo?	1	2	3	4

Afectividad positiva: 3, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 16, 18

Afectividad negativa: 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 14, 17

Balanza de afectos: Afectividad positiva - Afectividad negativa

BIBLIOGRAFIA

- ALVARO, J. L.: Desempleo y bienestar psicológico. Siglo XXI, Madrid. 1992.
- BARNETT, P. A. y GOTLIB, I. H.: Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin*, 1988; 104, 97-126.
- BASABE, N. y PAEZ, D.: Los jóvenes y el consumo de alcohol. *Fundamentos*, Madrid. 1992.
- BASABE, N.; VALDOSEDA, M. y PAEZ, D.: Memoria afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social. En D. Páez (ed.): Salud, expresión y represión social de las emociones. *Promolibro*, Valencia. 1993.
- BROWN, E. H. y HARRIS, T.: Social origins of depression. Tavistock, Londres. 1978.
- BRUGA, T.: Personal losses and deficiencies in social networks. *Social Psychiatry*, 1984; 19, 69-74.
- COHEN, S. y ASHBT, T.: Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985; 98, 2, 310-357.
- CONDE, V. y FRANCH, J.: Escalas de evaluación conductual para la cuantificación de sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos. *Dpto. de Psicología Médica de la Universidad de Valladolid*, Valladolid. 1984.
- ECHEBARRIA, A. y PAEZ, D. (eds.): Emociones: Perspectivas psicosociales. *Fundamentos*, Madrid.
- EUSKO JAURLARITZA: Encuesta de salud de la Comunidad Autónoma Vasca. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria. 1987.
- FOLKMAN, S. y LAZARUS, R. S.: Estrés y procesos cognitivos. *Martínez Roca*, Barcelona.
- KRANTZ, D. y cols.: Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 1985; 36, 349-383.
- LAUX, L. y WEBER, H.: Presentation of self in coping with anger and anxiety: An international approach. *Anxiety Research*, 1991; 3, 233-255.
- MONROE, M. S. y cols. (1983): Prediction of psychological symptoms under high-risk psychosocial circumstances: Life events, social support and symptoms specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 1983; 92, 3, 338-350.
- PAEZ, D. y cols.: *Salud mental y factores psicosociales*. *Fundamentos*, Madrid. 1986.
- PAEZ, D.; ECHEBURUA, E. y BORDA, M.: Evaluación de la eficacia de los tratamientos psicológicos: una propuesta metodológica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1993; 46, 2, 187-198.
- ROOS, K. y DOOLEY, D.: Applying social support research. *Journal of Sociology Issues*, 1985; 41, 5-28.
- SARASON y cols.: Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983; 44, 1, 127-139.
- THOTS, P.: Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. En H. B. Kaplan (ed.): *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. Academic Press, Nueva York.

20. THOITS, P.: Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986; 54, 416-423.
21. TURNER, J. R.: Direct, indirect and moderating effect of social support on psychological distress and associated conditions. En H. B. Kaplan (ed.): *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. Academic Press, Nueva York.
22. VAILLANT, G. E.: Repression in college men followed for half a century. En J. L. Singer (Ed): *Repression and dissociation. Implications for personality, theory, psychopathology and health*. The University of Chicago Press, Chicago. 1990.
23. VAUX, A.; PHILLIPS, J.; HOLLY, C.; THOMSON, B.; WILLIAMS, D. y STEWART, D.: The social support appraisals (SAS) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 1986; 14, 195-219.
24. VIACARRO, C.: Adaptacion de la escala de acontecimientos vitales PERI-modificada. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. 1984.
25. WARR, P.; BARTER, J. y BROWNBRIDGE, G.: On the independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983; 44, 3, 644-651.
26. ZAUTRA, A. J.: Social resources and the quality of life. *American Journal of Community Psychology*, 1983; 11, 3, 275-290.