

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico I (Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



TESIS DOCTORAL

**ADAPTACIÓN ESCOLAR, SOCIAL Y FAMILIAR, ESTRÉS
COTIDIANO Y ACONTECIMIENTOS VITALES
ESTRESANTES EN LA INFANCIA**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR

Mayelin Rey Bruguera

Bajo la dirección de las doctoras:

Isabel Calonge Romano
Rosario Martínez Arias

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico I (Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



TESIS DOCTORAL

**ADAPTACIÓN ESCOLAR, SOCIAL Y FAMILIAR, ESTRÉS
COTIDIANO Y ACONTECIMIENTOS VITALES
ESTRESANTES EN LA INFANCIA**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR

Mayelin Rey Bruguera

Bajo la dirección de las doctoras:

Isabel Calonge Romano
Rosario Martínez Arias

Madrid, 2015

AGRADECIMIENTOS

A mis directoras Isabel y Charo, por sus conocimientos y aportaciones, pero sobre todo por su paciencia y apoyo durante este tiempo. No es posible calcular cuánto he aprendido con vosotras.

A los profesionales del Hospital Universitario Ramón y Cajal:

Jerónimo Saiz Ruiz. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Pedro Rodríguez Sánchez. Jefe de Distrito del Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal.

Aurelio García López. Jefe de Distrito del Centro de Salud Mental de San Blas.

Cristina Polo Usaola. Jefa de Distrito del Centro de Salud Mental de Hortaleza.

Cristina Anchústegui Melgarejo. Jefa de Distrito del Centro de Salud Mental de Barajas.

María Fuencisla Pando Velasco. F.E.A. Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Wences Molina Ruiz. F.E.A. Psicología clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Eva Sardinero García. F.E.A. Psicología clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

María Velasco Ghisleri. F.E.A. Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Amaya Diez Sáenz. F.E.A. Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Marta Trapero García. F.E.A. Psicología clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Rosalía Hillers Rodríguez. F.E.A. Psicología clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Miguela Arevalo García-Gasco. Trabajadora social. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Isabel Gobernado Ferrando. F.E.A. Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Comité Ético de Investigación clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Personal de administración del Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal.

A los profesionales de los centros educativos:

Francisca Colodrón Gómez. Ex directora. Equipo de Orientación Psicopedagógico (E.O.E.P.) de Hortaleza - Barajas, Comunidad de Madrid.

Encarnación Antón. Directora. Equipo de Orientación Psicopedagógico (E.O.E.P.) de San Blas – Vicálvaro – Ciudad Lineal, Comunidad de Madrid.

Juan José Morón. Psicólogo. Equipo de Orientación Psicopedagógico (E.O.E.P.) de Hortaleza - Barajas, Comunidad de Madrid.

Georgina Otero Gutiérrez. Psicóloga. Equipo de Orientación Psicopedagógico (E.O.E.P.) de Hortaleza - Barajas, Comunidad de Madrid.

Marta Arce Santamaría. Psicóloga. Equipo de Orientación Psicopedagógico (E.O.E.P.) de San Blas – Vicálvaro – Ciudad Lineal, Comunidad de Madrid

Enrique Escandón. Director Técnico de Educación Infantil y Primaria. Colegio Joyfe.

María Espada Alonso. Directora. C.E.I.P. La Alameda.

Marina Huerta Martín. Orientadora. Colegio Nuestra Señora de las Victorias - Los Filipenses.

María José Melchor Carmona. Orientadora. Colegio Obispo Perelló.

Laura Quintana Ruiz. Directora. Colegio Liceo Madariaga.

A otras colegas:

Ana de Andrés Peñalver. Psicóloga y terapeuta de familia en MISSEM (Mancomunidad Intermunicipal de Servicios Sociales del Este de Madrid).

Lucía López Portal. Psicóloga

Zoraida Lorenzo Vázquez. Psicóloga

A los participantes:

Alumnos y alumnas, padres y madres y docentes de los centros educativos C.E.I.P. Calderón de la Barca, C.E.I.P. Filósofo Séneca, C.E.I.P. La Alameda, Colegio Joyfe, Colegio Liceo Madariaga, Colegio Nuestra Señora de las Victorias - Los Filipenses y Colegio Obispo Perelló.

Pacientes, padres y madres de los Centros de Salud Mental de Ciudad Lineal, Hortaleza y San Blas.

A todos aquellos que no quisieron ayudarme, pero que en cambio dieron auténtico significado a la palabra compañero y al afrontamiento al estrés.

Y por último, y no menos importante,

De nuevo a Pedro, mi jefe y guía profesional al que admiro.

A mis mejores amigas “doctorandas” Soraya y Marta, que juntas lo hemos conseguido.

A mis mejores amigas, Ana, Blanca, Pili, Paloma, Reyes y Rosalía, por su ayuda en los momentos difíciles y de más urgencia. Y por lo mismo a Dulce, Helena, Toñi, Isabel y Rosa, que también son buenas amigas. Y a Mariné que me ha ayudado en la última etapa.

A mi padre, madre y hermano, que han creído que podía conseguirlo y no han dejado de animarme.

A Antonio, que no tengo palabras para agradecer todo lo que ha hecho durante este tiempo, que me ha ayudado con cuestiones técnicas, además de acompañarme, animarme y por supuesto aguantarme. Y a Bruno que ha hecho que madrugase.

Y aquellos que, aunque lejos, nunca quedaron atrás.

ÍNDICE GENERAL

Resumen	19
Abstract	23

I PARTE TEÓRICA

1. LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	29
1.1. Introducción	29
1.2. Definición de acontecimientos vitales estresantes	34
1.3. La investigación sobre los efectos de los acontecimientos vitales estresantes en la infancia y adolescencia	38
1.3.1. Investigaciones pioneras y desarrollos posteriores sobre acontecimientos vitales estresantes	38
1.3.1.1. Investigaciones pioneras	38
1.3.1.2. Desarrollos posteriores	54
1.3.2. Investigaciones actuales sobre acontecimientos vitales estresantes	62
1.3.2.1. Prevalencia de los acontecimientos vitales estresantes en la infancia y la adolescencia	62

1.3.2.2. Investigaciones actuales con población general	70
1.3.2.3. Investigaciones actuales con población clínica: sintomatología y trastornos mentales	92
1.3.2.4. Investigaciones sobre acontecimientos vitales estresantes específicos	103
1.3.2.5. Otros estudios sobre los acontecimientos vitales estresantes	107
1.3.2.6. Variables relacionadas con los acontecimientos vitales estresantes y sus efectos	110
2. LOS ESTRESORES COTIDIANOS EN LA INFANCIA	151
2.1. Definición de estresor cotidiano	149
2.2. La investigación sobre los efectos de los estresores cotidianos en la infancia y adolescencia	153
2.2.1. Investigaciones pioneras y desarrollos posteriores sobre estresores cotidianos	153
2.2.1.1. Comentarios de los estudios iniciales sobre estresores cotidianos ...	164
2.2.2. Investigaciones actuales sobre estresores cotidianos	165
2.2.2.1. Prevalencia de los estresores cotidianos en la infancia y la adolescencia	165
2.2.2.2. Investigaciones actuales sobre los efectos de los estresores cotidianos	169
2.2.2.3. Investigaciones sobre estresores cotidianos específicos y estudios de la especificidad	184

2.2.2.4. Otros estudios sobre los estresores cotidianos	188
2.2.2.5. Variables relacionadas con los estresores cotidianos y sus efectos	191
3. LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES Y LOS ESTRESORES COTIDIANOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	209
3.1. Investigaciones pioneras y desarrollos posteriores sobre AVE y los estresores cotidianos	211
3.2. Modelos explicativos de los acontecimientos vitales estresantes y los estresores cotidianos	226
3.3. Investigaciones actuales sobre los acontecimientos vitales estresantes y los estresores cotidianos	233
3.4. Luces y sombras en el estudio del estrés en la infancia y la adolescencia	247
 II PARTE EMPÍRICA	
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	259
4.1. Objetivos	259
4.2. Hipótesis de la investigación	259
5. ESTUDIO PILOTO	261
5.1. Traducción y retrotraducción de instrumentos	261
5.2. Aplicación de la prueba	261
5.3. Modalidades de aplicación	262

6. MÉTODO	263
6.1. Población objeto de estudio y muestra	263
6.2. Diseño y procedimiento	269
6.3. Variables de estudio e instrumentos de evaluación	274
7. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS	282
7.1. Análisis de datos	282
7.2. Resultados	282
8. DISCUSIÓN	337
9. CONCLUSIONES	385
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	389
ANEXOS	437
Diagnóstico de participantes de grupo clínico	
Hola de información al paciente y consentimiento informado	
Hoja de información al paciente y consentimiento informado para niños/as de 12 – 17 años	
Protocolo de la investigación	
Estatus socioeconómico, estresores, sintomatología y adaptación	
Síntomas motivo de consulta de participantes del grupo clínico	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Investigaciones actuales de acontecimiento vitales estresantes con población comunitaria	121
Tabla 2. Investigaciones actuales de acontecimiento vitales estresantes con población clínica	143
Tabla 3. Investigaciones actuales de estresores cotidianos	198
Tabla 4. Investigaciones actuales de acontecimientos vitales estresantes y estresores cotidianos	250
Tabla 5. Descripción de la muestra	268
Tabla 6. Grupo clínico: Tratamiento de salud mental	269
Tabla 7. Instrumentos de medida	281
Tabla 8. Tipo de sujeto y sintomatología	283
Tabla 9. Tipo de sujeto y adaptación escolar y familiar	284
Tabla 10. Estadísticos descriptivos grupo y sexo para SDQ síntomas externalizantes	285
Tabla 11. Estadísticos descriptivos grupo y sexo para SDQ síntomas internalizantes	286
Tabla 12. Frecuencia y porcentajes de AVE total y por contenidos	289
Tabla 13. Proporciones de AVE y diferencias entre grupos	290
Tabla 14. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson AVE y síntomas	291
Tabla 15. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson AVE y síntomas	291
Tabla 16. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson AVE y síntomas	292
Tabla 17. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson AVE y síntomas	292

Tabla 18. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson AVE y adaptación	293
Tabla 19. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson AVE y adaptación	294
Tabla 20. Porcentajes de estresores cotidianos con diferencias significativas entre grupos	295
Tabla 21. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson estresores y síntomas	297
Tabla 22. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson estresores y síntomas	298
Tabla 23. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos y síntomas	293
Tabla 24. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos y síntomas	301
Tabla 25. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos con malestar y síntomas	302
Tabla 26. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos con malestar y síntomas	304
Tabla 27. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos e intensidad de malestar y síntomas	305
Tabla 28. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos e intensidad de malestar y síntomas	307
Tabla 29. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson estresores cotidianos y adaptación	308
Tabla 30. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson estresores cotidianos y adaptación	309
Tabla 31. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos y adaptación	310

Tabla 32. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos y adaptación	311
Tabla 33. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos con malestar y adaptación	312
Tabla 34. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos con malestar y adaptación	313
Tabla 35. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos e intensidad de malestar y adaptación	315
Tabla 36. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos e intensidad de malestar y adaptación	316
Tabla 37. Correlaciones CHS malestar y CHS intensidad de malestar	317
Tabla 38. Grupo clínico: AVE y sexo	318
Tabla 39. Grupo comunitario: AVE y sexo	318
Tabla 40. Grupo clínico. Frecuencia de estresores cotidianos y sexo	319
Tabla 41. Grupo comunitario. Frecuencia de estresores cotidianos y sexo	320
Tabla 42. Grupo clínico. Frecuencia de estresores cotidianos con malestar y sexo ..	320
Tabla 43. Grupo comunitario. Frecuencia de estresores cotidianos con malestar y sexo	321
Tabla 44. Grupo clínico. Intensidad de malestar de estresores cotidianos y sexo	322
Tabla 45. Grupo comunitario. Intensidad de malestar de estresores cotidianos y sexo	322
Tabla 46. Grupo clínico. Repetir curso y AVE	326
Tabla 47. Grupo comunitario. Repetir curso y AVE y estresores cotidianos	326
Tabla 48. Grupo clínico. Repetir curso y sintomatología y adaptación	327

Tabla 49. Grupo comunitario. Repetir curso y sintomatología y adaptación	328
Tabla 50. Grupo clínico. Rho de Spearman rendimiento académico y asignaturas suspensas y estresores	329
Tabla 51. Grupo comunitario. Rho de Spearman rendimiento académico y asignaturas suspensas y estresores	329
Tabla 52. Grupo clínico. Rho de Spearman rendimiento académico y asignaturas suspensas y síntomas	330
Tabla 53. Grupo comunitario. Rho de Spearman rendimiento académico y asignaturas suspensas y síntomas	330
Tabla 54. Grupo clínico. Rho de Spearman académico y asignaturas suspensas y adaptación	331
Tabla 55. Grupo comunitario. Rho de Spearman académico y asignaturas suspensas y adaptación	331
Tabla 56. Síntomas motivo de consulta: frecuencia y porcentaje	332
Tabla 57. Análisis mediacional. Efecto de AVE total sobre CHS total malestar	334
Tabla 58. Análisis mediacional. Efecto de AVE – CHS sobre SDQ total	334
Tabla 59. Análisis mediacional. Efecto de AVE – CHS sobre SDQ externalizante ..	334
Tabla 60. Análisis mediacional. Efecto de AVE – CHS sobre SDQ internalizante ..	335

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fuentes de estrés en la infancia y la adolescencia (Compas, 1987)	33
Figura 2. Modelo conceptual general del papel de los estresores en la etiología de la psicopatología de la infancia y la adolescencia (Grant et al., 2003)	230
Figura 3. Modelos teóricos de la relación de los acontecimientos vitales estresantes y los estresores cotidianos y la sintomatología depresiva propuestos por Clements et al. (2008). Modificado de la adaptación de Stefanek et al. (2012)	231
Figura 4. Grupo, sexo y SDQ síntomas externalizantes	286
Figura 5. Grupo, sexo y SDQ síntomas internalizantes	287

Adaptación Escolar, Social y Familiar, Estrés Cotidiano y Acontecimientos Vitales estresantes en la Infancia

RESUMEN

Las investigaciones sobre el estrés o sobre la infancia son muy numerosas. Sin embargo, los trabajos dedicados al estudio del estrés en la infancia aún no son suficientes para conocer las consecuencias del estrés en esta etapa de la vida. Y sorprende los escasos estudios del estrés en la infancia con población clínica de salud mental.

Objetivos:

La presente investigación analizó la relación entre los acontecimientos vitales estresantes (AVE) y situaciones de estrés cotidiano y la sintomatología psicológica y la adaptación en la infancia.

Se consideraron aquellos AVE de carácter negativo, pero no traumáticos, independientes del control del individuo, y que implicaban algún tipo de pérdida. Los estresores cotidianos eran situaciones diarias, menos intensas, pero molestas por su alta frecuencia.

Se revisó la literatura clásica de referencia y la más reciente evidencia sobre AVE y los estresores cotidianos en el ámbito de la infancia y la adolescencia y su posible efecto acumulativo.

Metodología:

En la selección de los participantes se empleó un muestreo incidental. El total de participantes en el estudio fue 552 niños y niñas de 10 a 12 años. Se compararon pacientes que recibían tratamiento en salud mental en los servicios de salud mental

públicos de la Comunidad de Madrid, con alumnos de centros educativos de la misma zona. Se administraron instrumentos de autoinforme de AVE, estresores cotidianos, sintomatología amplia y síntomas internalizantes y externalizantes y adaptación escolar, social y familiar.

Resultados:

Se observaron diferencias entre el grupo clínico y el grupo comunitario. Como era de esperar, los pacientes mostraron mayor nivel de sintomatología en general y de síntomas externalizantes e internalizantes que los escolares. También aparecieron diferencias en adaptación escolar y familiar, pero no en la adaptación social. Los análisis no mostraron diferencias de sexo en los síntomas externalizantes, pero sí en los síntomas internalizantes, con mayor puntuación en las niñas, en especial en el grupo clínico.

Un porcentaje muy reducido de participantes no había experimentado ningún AVE en los dos últimos años.

Los AVE y los estresores cotidianos se relacionaron con la sintomatología y la adaptación. Al contrario de lo esperado, en general, la asociación entre las variables fue más frecuente en los escolares que en los pacientes.

Se pusieron a prueba los modelos de causación social respecto al papel mediador de los estresores cotidianos entre los AVE y la sintomatología. Se observaron efectos directos de los AVE y efectos indirectos a través de los estresores cotidianos sobre la sintomatología.

Por último, se compararon los resultados de la investigación con los estudios más relevantes, y se examinaron las limitaciones del estudio.

Conclusiones:

Los estresores se relacionan con la psicopatología y el nivel de adaptación, pudiendo actuar como factores de riesgo. Se resalta la importancia de las actuaciones preventivas y la atención integral en la infancia y la adolescencia.

A pesar de la tendencia a considerar que los estresores se asocian con las alteraciones psicológicas, la evidencia no es concluyente y parece que quedará un largo camino por recorrer. La complejidad del campo es tal, que cualquier abordaje permite sólo una visión parcial. Los resultados ponen de manifiesto la necesidad de continuar la investigación del estrés en la infancia y la adolescencia, así como conjugar la investigación con la práctica clínica.

Palabras clave: infancia, acontecimientos vitales estresantes, estresores cotidianos, síntomas internalizantes, síntomas externalizantes, adaptación, salud mental.

School, Social and Family Adjustment, Daily Hassles and Stressful Life Events in Childhood

ABSTRACT

Studies of stress or childhood are countless. However, research on stress in childhood is still scarce in order to know the consequences of stress at this stage of development. And surprisingly there are few studies of stress in children with clinical mental health population.

Goals:

The present work studied the relationship between stressful life events (SLE) and daily hassles, and psychological symptoms and adjustment in childhood.

Negative, but not traumatic SLE were selected, those not under someone's control, and involving some kind of loss. Daily hassles were less intense, but annoying for its high frequency in everyday life.

Both classical reference studies and the most recent evidence related to stressful life events and daily hassles were reviewed, as well as their possible cumulative effect.

Methodology:

Incidental sampling method was used for selecting participants. The total number of participants in the study was 552 children aged 10-12 years. Patients receiving mental health treatment in public mental health services in the Community of Madrid and students from schools in the same area were compared. Self-report questionnaires of SLE, daily hassles, broad symptomatology and internalizing and externalizing symptoms, as well as school, social and family adjustment were administered.

Results:

There were differences between the clinical sample and the community sample were observed. Patients showed a higher level of general symptoms and internalizing and externalizing symptoms than students, as it was expected. There were also group differences in school and family, but not in social adjustment. The analysis showed no gender differences in externalizing symptoms but in internalizing symptoms, with highest scores for girls, especially in the clinical group.

Few participants had not experienced any SLE in the past two years.

SLE and daily hassles were related to symptomatology and adjustment. Contrary to expectations, in general, the association between the variables was more frequent in the school/ community group than in patients.

Social causation models were tested regarding the role of daily hassles as mediator between SLE and symptoms. SLE had direct effects on symptoms, and indirect as well through daily hassles.

Finally, our results were compared to those of the most relevant studies, showing some limitations of this research.

Conclusions:

Stressors are related to psychopathology and adjustment and could act as risk factors. The importance of preventive actions is highlighted and a comprehensive intervention in childhood and adolescence.

Despite the tendency to consider that stressors are associated with psychological disorders, the evidence is not conclusive and need far more research. The complexity of this realm allows any approach only a partial view. The results highlight the need to continue the research of stress in childhood and adolescence, and also combine research with clinical practice.

Keywords: childhood, stressful life events, daily hassles, internalizing symptoms, externalizing symptoms, adjustment, mental health.

I PARTE TEÓRICA

1. LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

1.1. INTRODUCCIÓN

Desde que Selye (1950) aplicase el concepto de estrés al ámbito de la salud, por ello considerado como el fundador de esta área de investigación aplicada a las ciencias de la salud (Sandín, 2008), y describiera el síndrome general de adaptación como una respuesta del organismo ante elementos que ponen en riesgo su homeostasis, se ha recorrido un largo camino y se ha generado un campo muy productivo a nivel teórico y de investigación en la Psicología.

La Psicología tiene en cuenta las diversas caras del estrés y se trata desde diversos prismas. El estrés se entiende desde tres perspectivas (Cohen, Kessler & Gordon, 1995; Cohen & Park, 1992; Johnson, 1986):

1. Estrés como estímulo: Un evento o acumulación de eventos. El estrés es resultado de experimentar un número de situaciones que son nocivas, amenazantes o implican demandas excesivas en el individuo. Se incluyen desastres naturales (terremotos, huracanes...), acontecimientos vitales estresantes (AVE; como divorcio, fallecimiento de la pareja, pérdida del empleo) o estresores menores (estresores cotidianos, tratar con personas molestas). Desde este punto de vista existe un estímulo o situación identificable que será estresante.
2. Estrés como respuesta: Reacción psicofisiológica. Se refiere a la respuesta física o psicológica del sujeto ante situaciones estresantes. El modelo de Selye es el ejemplo más conocido.

3. Estrés como transacción entre la persona y el ambiente: El estrés como proceso transaccional surge para intentar paliar las limitaciones de las perspectivas anteriores. Este enfoque sostiene que el carácter estresante de los eventos ambientales depende de la visión de la persona de estos eventos, si es amenazante o no amenazante, deseable o no deseable, controlable o incontrolable. Además el impacto de los estresores potenciales en la persona depende de sus recursos disponibles para manejar estos eventos. En otros términos, la valoración primaria se refiere a la visión de la persona del valor amenazante de la situación, y puede resultar irrelevante, benigna-positivo o estresante; y la valoración secundaria, la valoración de la persona de los recursos disponibles para manejar o afrontar las situaciones de amenaza o desafío (Lazarus & Folkman, 1984). El estrés como transacción entre la persona y el ambiente pertenece al enfoque cognitivo, donde las variables cognitivas y los proceso mediacionales son fundamentales para experimentar estrés.

Compas (1987) insistió en la importancia de distinguir entre estrés y eventos vitales, puesto que no todos los eventos vitales pueden ser considerados estresantes y no todo estrés es producto de los eventos. Los eventos vitales estresantes serían el resultado de la conjunción de estos dos conceptos.

La definición más conocida y aceptada de estrés desde la perspectiva transaccional la ofrecen Lazarus y Folkman (1984): “El estrés psicosocial es una relación particular entre la persona y el ambiente, que es valorado por la persona como agotador, que excede sus recursos o pone en peligro su bienestar” (p.19).

Johnson (1986), cuya definición de estrés era consistente con la perspectiva de Lazarus y Folkman, también consideraba bastante adecuado referirse a potenciales estresores y su impacto en el individuo (y este impacto se refleja en cambios cognitivos,

comportamentales y/o fisiológicos) y el grado que la relación entre los potenciales estresores y los resultados son mediados por otras variables.

Por su parte, Grant et al. (2003) definieron estrés como “eventos *ambientales* o condiciones crónicas que objetivamente amenazan la salud física y/o psicológica o el bienestar de los individuos de una determinada edad en una sociedad concreta” (p.449). Además, estos autores recomendaban emplear el término estresor para referirse a experiencias ambientales, que consideraban era la característica definitoria de la investigación del estrés. Y defendían que el concepto de estrés en sentido amplio era más útil como término inclusivo que se refería a estresores ambientales y a una amplia variedad de procesos que se ponen en marcha por la exposición a estresores ambientales. En esta línea, la investigación de estrés estudiaría los estresores ambientales y los procesos dinámicos y recíprocos entre estresores, mediadores, moderadores y síntomas psicológicos (Grant et al, 2003).

La vida de las personas está marcada por numerosos eventos y situaciones que varían en magnitud, duración y significado para los individuos. En opinión de Compas (1987), algunos de estos eventos, como los eventos mayores (e.g., fallecimiento de un ser querido) suponen cambios e impacto importantes/dramáticos; en cambio, otros son eventos menores (e.g., dificultad en el aprendizaje) pueden ejercer un impacto relativamente pequeño. No obstante, todos ellos suponen un estímulo para el desarrollo humano, bien al facilitar el crecimiento positivo y la adaptación, o bien al contribuir a la enfermedad o alteración (Compas, 1987).

Según Compas (1987), el estudio de los eventos vitales en la infancia y adolescencia supuso un salto crucial para ampliar la comprensión de su naturaleza y sus efectos.

Compas (2004) también apuntaba que se habían propuesto numerosas definiciones para conceptualizar el estrés psicosocial, que han sido criticadas por dispersión, amplitud o falta de operatividad de cara a la investigación.

En la actualidad, las definiciones más aceptadas se centran en las circunstancias o condiciones ambientales que amenazan, desafían, exceden o dañan las capacidades psicológicas o biológicas del individuo, en este caso, del chico o chica adolescente (Compas, 2004). No obstante, Grant, Compas, Thurm, McMahon y Gipson (2004), que defendían una definición ambiental del estrés, no eran partidarios de aplicar las definiciones transaccionales del estrés con niños y adolescentes, es más consideraban que los efectos de los estresores pueden ocurrir independientemente de los procesos de valoración cognitiva durante la infancia e incluso en la adolescencia (Grant et al., 2003). Se basaban en los datos de investigaciones que sugerían que los procesos de valoración cognitiva en niños expuestos a estresores no jugaban el mismo papel significativo que en etapas posteriores del desarrollo (Nolen-Hoeksema, Girgus & Seligman, 1992; Turner & Cole, 1994; citados en Grant et al., 2003).

Para Grant et al. (2003), las experiencias vitales estresantes constituyen una amenaza al bienestar y al desarrollo saludable de niños y adolescentes. Estas experiencias incluyen acontecimientos traumáticos agudos (desde desastres naturales hasta violencia por parte de otro ser humano), estrés crónico y adversidad (como pobreza o maltrato) y acumulación de acontecimientos vitales estresantes (AVE) y estresores cotidianos (Haggerty, Sherrod, Garnezy & Rutter, 1994; citado en Grant et al., 2003).

Algunas investigaciones se han centrado en el estrés como estímulo que implica una *demanda* o respuesta adaptativa en el niño o adolescente (Compas, 1987). Según esta perspectiva, Johnson (1982) definió los AVE como “experiencias o eventos que

pueden conllevar cambios en la sus vidas y que necesitan grados variables de afrontamiento y adaptación” (p. 219).

En definitiva, en opinión de Compas (1987), los niños y adolescentes estarían expuestos a diferentes fuentes de estrés, provenientes de factores externos o estímulos ambientales o de factores internos. También se podría realizar una distinción entre demandas crónicas, o características duraderas del entorno social o físico (e.g., situaciones de privación o desventaja), y demandas agudas, con un inicio claro y que “implican cambios en las condiciones previas o una alteración del estatus quo” (p. 277). Las fuentes de estrés en la infancia y la adolescencia según Compas (1987) se recogen en la Figura 1.

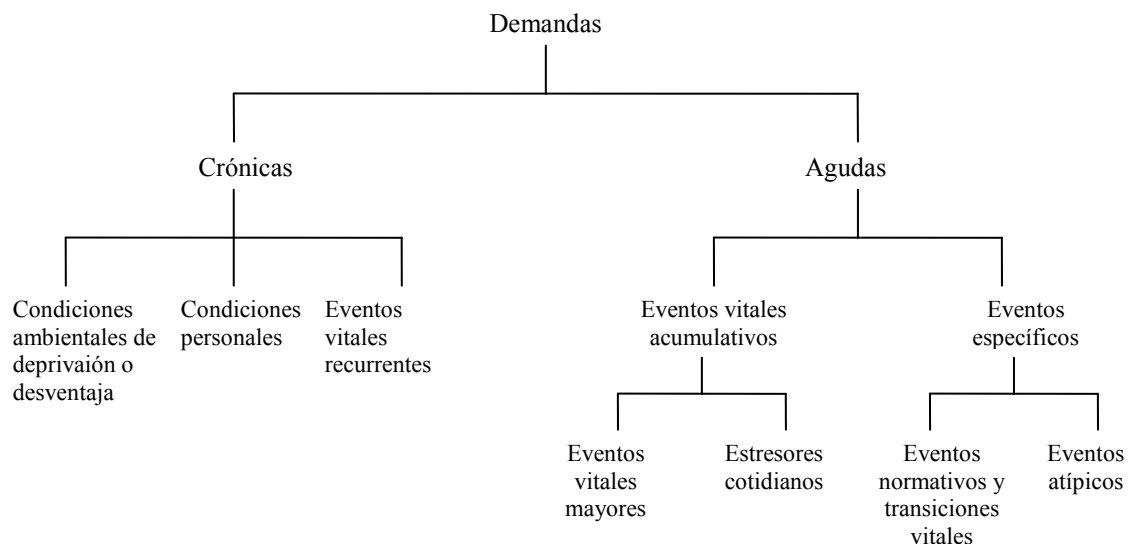


Figura 1. Fuentes de estrés en la infancia y la adolescencia (Compas, 1987)

Desde hace unos años, la psicología clínica y de la salud en la infancia y adolescencia ha dirigido su interés hacia las denominadas adversidades. Sandler (2001) definió “una condición adversa como una relación entre el niño y sus ambientes que amenazan la satisfacción de las necesidades básicas humanas y las metas e impiden el cumplimiento de las tareas de desarrollo que corresponden a su edad” (p.20). Es decir,

los estresores también pueden aparecer clasificados dentro del concepto más general de adversidad. Tal es la preocupación sobre los efectos de la adversidad en niños y adolescentes, que se ha sugerido que la acumulación de experiencias infantiles adversas reduce el bienestar en el niño (e.g., Balistreri, 2015).

1.2. DEFINICIÓN DE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

Como se apuntaba al inicio, el estrés como estímulo hace referencia al enfoque psicosocial del estrés.

Desde los años 30 del pasado siglo, se puede encontrar investigación epidemiológica sobre el significado del estrés social y el bienestar. Sin embargo, el inicio del interés en el papel y el significado del estrés vital vino tras la publicación, en 1967, de Holmes y Rahe de la *Social Readjustment Rating Scale*. La idea que la cantidad de cambio o reajuste era la propiedad del evento responsable del impacto estresante de los eventos vitales se basaba en los planteamientos de Selye, es decir, el estrés implicaba un cambio biológico no específico provocado en respuesta a eventos ambientales e incluso podían influir pequeños cambios continuados en un breve período de tiempo (Turner & Wheaton, 1995).

Coddington (1972), pionero en el estudio de los eventos vitales en la infancia, afirmaba que los eventos traumáticos se consideraban un importante factor etiológico en la enfermedad. Establecía un paralelismo entre la enfermedad física y la psicopatología: si el trauma físico era una causa de la enfermedad física, el trauma psicológico era una causa de la psicopatología. Coddington entendía el “trauma psicológico como aquellos eventos que requerían un reajuste por parte del individuo, un cambio en su vida” (p.205). Este reajuste se podía cuantificar en términos de Unidades de Cambio Vital

(*Life Change Units*, LCUs), concepto introducido por Holmes y Rahe (1967), y aplicado a la psiquiatría infantil por Coddington (1972). Esta definición, como sostenía el propio Coddington (1972), era muy amplia, e incluía tanto eventos con connotación positiva como negativa. Por ejemplo, el cambio de colegio o de casa puede ser bueno o malo para un niño, pero en cualquier caso implica de alguna manera un reajuste del niño.

Turner & Wheaton (1995) indicaron que, dado que el cambio negativo o la demanda no deseable o amenaza que acompaña al cambio representaba la base de la experiencia de estrés, el *evento estresante* se caracterizase sólo por aquellos cambios ambientales y sociales discretos y observables. Los componentes esenciales de esta definición de estrés de evento serían tres: eventos discretos, observables en principio, y un curso temporal autolimitado (para el evento, no necesariamente para las consecuencias).

Por el contrario, las conceptualizaciones alternativas más importantes enfatizaban no el cambio *per se*, sino un rango de aspectos, que incluyen la calidad de la experiencia en términos de no deseabilidad (Paykel, Prusoff & Uhlenhuth, 1971; Paykel, 1979), amenaza contextual (Brown, 1981, 1989) y control personal sobre la ocurrencia del evento (Dohrenwend, Raphael, Schwartz, Stueve & Skodol, 1993). La mayoría de los investigadores se han centrado en cambios no deseables evaluados con listados de eventos negativos (citados en Turner & Wheaton, 1995).

Los acontecimientos vitales no deseables, según Goodyer (1992), constituyen un subtipo de evento vital (como se comentaba los acontecimientos vitales pueden ser deseables, no deseables y neutros) y una forma de experiencia ambiental o contextual a la que los niños están expuestos en su vida diaria (Goodyer, 1992). Este autor se refiere a los eventos vitales estresantes de la siguiente manera:

Un evento vital no deseable se define como una experiencia social adversa con un inicio identificable, limitado en el tiempo y un final claro, tal como una muerte o separación permanente, cuyos efectos es probable que tengan un impacto sobre un individuo que duran más de unas pocas horas. En otras palabras, la exposición a la adversidad es relativamente breve (horas o día), pero el impacto es sustancial (Goodyer, 1992, p. 673).

En definitiva, los acontecimientos o sucesos vitales estresantes (*life events*) se definen como situaciones impredecibles e incontrolables, que suponen cambios, amenazas o pérdidas. Se incluyen tanto acontecimientos normativos (como transición de etapas, del colegio al instituto), como no normativos de pérdida o duelo (como emigración, separación de las figuras de apego, fallecimiento de familiar, accidentes...).

Según Jackson y Frick (1998), un importante tema en el desarrollo infantil implica la comprensión del impacto de los eventos vitales negativos en la adaptación de los niños. En su opinión, las definiciones de los eventos vitales estresantes se centran en cuatro factores:

1. la ocurrencia de un evento estímulo manifiesto,
2. este evento es capaz de alterar el equilibrio fisiológico y psicológico de la persona,
3. este desequilibrio es reflejo de un estado de *arousal* o activación caracterizado por consecuencias neuropsicológicas, cognitivas y emocionales para el individuo, y
4. estos cambios tienen un potencial de interrumpir la adaptación del individuo (Garnezy & Masten, 1990; citado en Jackson & Frick, 1998).

Expertos como Cohen (1988; citado en Cohen & Park, 1992) proponían que las opciones de puntuaciones de los cuestionarios de adultos podían ser aplicadas a las medidas de niños y adolescentes. Los eventos vitales se podían clasificar por la valencia (positivo vs. negativo), la controlabilidad o independencia del comportamiento del individuo o su estado mental, por el contenido real o tema, y si son experiencias principalmente del niño o de sus padres.

Johnson (1986) reconocía la rápida evolución de la investigación de los efectos de los cambios vitales estresantes en la salud y los adultos en los años 70 y 80 del pasado siglo. No obstante, era consciente que la investigación del estrés vital en niños y adolescentes iba muy por detrás o a remolque de la dedicada a adultos, con un aumento de los estudios a principios de los 80. A pesar de los avances, en esos años, la investigación sobre el estrés en la infancia y la adolescencia estaba aún en su “infancia” (Johnson, 1986). Este autor proponía que, dado que los niños y adolescentes podían experimentar una variedad de cambios vitales negativos durante su desarrollo evolutivo, cambios acumulativos que aparecían asociados con desajuste y síntomas, era imprescindible continuar explorando esta relación, así como las maneras para ayudar a los niños y adolescentes para que aprendiesen a afrontarlos.

En esta misma línea, Goodyer (1990) reflexionaba hace tiempo, afirmando que durante casi 50 años los eventos vitales y las dificultades persistentes habían sido objeto de extensa investigación como causas potenciales de trastornos mentales y físicos en individuos de todas las edades. Sin embargo, hasta los años 80 del pasado siglo, las diferentes experiencias de la vida a las que los niños pueden estar expuestos no fueron objeto de clasificación e investigación detallada (Goodyer, 1990).

Niños y adolescentes están expuestos en diverso grado a un amplio rango de situaciones que requieren afrontamiento y adaptación (Johnson, 1986). Estas situaciones

pueden ser más frecuentes, como el nacimiento de un hermano, que supone compartir la atención de los padres, o a veces excepcionales en la vida de los niños y adolescentes, como períodos de separación de los progenitores por una enfermedad u hospitalización, o pérdidas tempranas debido al fallecimiento del padre o de la madre. Es decir, parece claro que la infancia y la adolescencia no es un período libre de problemas. Y en algunos niños y adolescentes estas situaciones adversas pueden ser demasiado frecuentes (Johnson, 1986).

1.3. LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS EFECTOS DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

1.3.1. INVESTIGACIONES PIONERAS Y DESARROLLOS POSTERIORES SOBRE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

1.3.1.1. Investigaciones pioneras.

En la década de los 70 del pasado siglo, se amplió el estudio de los efectos de los eventos vitales estresantes sobre los problemas de salud mental y física en los niños (Sandler & Block, 1979).

Como es bien conocido, y ya se ha mencionado, el enfoque de los sucesos vitales fue iniciado por Holmes y Rahe (1967), que consideraron que los cambios que producían los eventos vitales estresantes eran fundamentales para su impacto, con independencia de su carácter positivo o negativo. Este grupo de investigación (Rahe, Meyer, Smith, Kjaer & Holmes, 1964) había encontrado previamente que los eventos

sociales que requerían adaptación vital estaban asociados de manera significativa con el momento de inicio de la enfermedad.

A partir de la experiencia clínica y de estudios anteriores, Holmes y Rahe (1967) cuantificaron los eventos vitales y construyeron su conocido instrumento: la Escala de Estimación del Reajuste Social (*Social Readjustment Rating Scale*, SRRS). La escala de Holmes y Rahe incluía tanto eventos negativos o estresantes como eventos positivos o socialmente deseables, eventos en consonancia con los valores de la sociedad norteamericana de aquel momento. Estos autores defendían un elemento común en todos los eventos vitales: el cambio respecto al equilibrio previo. Es decir, la aparición de cualquier evento vital implicaba algún comportamiento adaptativo o de afrontamiento por parte del individuo. Las unidades de cambio vital, cuantificación mediante un sistema de ponderación de los cambios, estimaban el reajuste social que la persona tenía que realizar respecto a su nivel de ajuste previo, resultando el carácter potencialmente estresante del evento. La medida de Holmes y Rahe ofrecía el primer índice del alcance de los cambios vitales experimentados y su impacto acumulativo (Johnson, 1986). Este enfoque supuso un cambio radical, al pasar de una perspectiva médica tradicional (causa unifactorial de la enfermedad) a una más compleja o biopsicosocial.

A pesar que esta medida de Holmes y Rahe fue muy cuestionada y se han generado medidas alternativas para evaluar cambios vitales mayores y estresores cotidianos, sirvió de prototipo para el desarrollo del enfoque más conocido de evaluación de estrés vital en niños (ver revisión de Johnson, 1986). La mayoría de la investigación se ha centrado en la acumulación de eventos relativamente discretos durante un período breve de tiempo (generalmente seis meses o un año), que surgió de este trabajo pionero de Holmes y Rahe.

Algunos de los primeros estudios intentaban conocer datos sobre la frecuencia de los eventos vitales durante la infancia y la adolescencia (Compas, 1987). Por ejemplo, Coddington (1972) en sus estudios iniciales de construcción del *Life Event Record* (LER), con niños, encontró una media de tres eventos vitales en el último año, sin diferencias significativas respecto al sexo, clase social o etnia. Aunque sí observó una curva según la edad, análoga a la curva del crecimiento, con menos eventos en los niños más pequeños que en los mayores, curva que explicaba por la progresiva ampliación del ámbito social según avanzaba el desarrollo del niño. En cambio, Newcomb, Huba y Bender (1981) con adolescentes encontraron diferencias de frecuencia en función del sexo, edad y etnia, además de observar que ningún evento fue experimentado por más de dos tercios de los participantes durante el año previo.

Por entonces, ya Coddington (1972) avanzaba que un número de eventos insignificantes que ocurrían en un período de tiempo determinado podían añadir mayor estrés que un único evento traumático.

Otro de los autores que iniciaron el estudio de las experiencias estresantes en la infancia en EE.UU fue Kaoru Yamamoto (1979). Yamamoto se interesó si los niños valoraban las experiencias como estresantes y si sus percepciones coincidían con las de los adultos. Para ello, fue uno de los primeros que solicitó directamente a los propios niños (9 a 12 años) que valorasen 20 eventos vitales potencialmente desagradables en una escala de 7 puntos (de mayor a menor malestar) y que contestasen si habían vivido esa experiencia. En los resultados, los valores de la escala variaron de 1.27 para el evento de menor malestar (la llegada de un nuevo hermano) a 6.90 para el evento de mayor malestar (la pérdida de un padre). El autor no encontró diferencias estadísticamente significativas asociadas con el curso, sexo o experiencia personal. Con la excepción del cambio de colegio: las chicas mayores valoraban el evento más

estresante que las chicas de menor edad, con independencia de la experiencia personal, mientras que no hubo diferencias entre los chicos.

Yamamoto y su grupo (Yamamoto et al., 1996; Yamamoto, Soliman, Parsons & Davies, 1987) también observaron las percepciones del malestar de las experiencias vitales estresantes en diferentes países y culturas empleando la escala *How Do You Feel?* (Yamamoto, 1979). Por ejemplo, Yamamoto et al. (1987), en un estudio con niños en seis países (Australia, Canadá, Egipto, Japón, Filipinas y EE.UU), encontraron que las percepciones y actitudes eran comunes entre los niños. En una investigación posterior, Yamamoto et al. (1996), con niños y adolescentes en seis países (Sudáfrica, Islandia, Polonia, Australia, Reino Unido y EE.UU.), encontraron que en general, la pérdida de los padres era el evento más estresante para todos los niños, seguido de la pérdida de la visión, y entre los eventos menos molestos estaba tener un nuevo hermano. Lo que hizo concluir que los niños experimentaban de manera similar en sus vidas a pesar de las diferencias culturales. Estos resultados contrastaban al compararlos con otra publicación del mismo equipo (Yamamoto & Byrnes, 1984), donde encontraron algunas diferencias en la valoración de los eventos estresantes según el grupo étnico (hispanos y anglosajones) y el estatus en clase (nivel de popularidad).

Por otra parte, estos estudios pioneros también observaban que los niños discriminaban cuando evaluaban el estrés percibido de los acontecimientos estresantes y que sus valoraciones a menudo diferían de las realizadas por los profesionales. Por ejemplo, la valoración de los niños y de los profesionales coincidía en eventos como la pérdida de los padres y retraso académico (Coddington, 1972; Gersten, Langner, Eisenber & Orzeck, 1974; citados en Yamamoto, 1979), pero había desacuerdo en como los niños valoraban los conflictos de los padres como más estresantes y el nacimiento de

un hermano como menos estresante que los profesionales. Por lo que, en aquellos momentos iniciales de la investigación de los AVE en la infancia y adolescencia, proponían que era posible construir una escala significativa para los niños, siempre que se tuviese en cuenta una cuidadosa selección de las experiencias compartidas en la infancia (Coddington, 1972; Gersten et al, 1974; citados en Yamamoto, 1979).

En aquel momento, las investigaciones empleaban habitualmente un **diseño transversal**, como analizaba en una revisión Compas (1987). Este autor concluyó que estos estudios transversales habían encontrado correlación consistente, si bien modesta, entre los eventos estresantes y los problemas psicológicos, comportamentales y somáticos. Es decir, la frecuencia de los eventos vitales negativos y/o el total de eventos vitales se relacionaba positivamente con los niveles de alteración psicológica y física, siendo las correlaciones más altas con los primeros. Lo que llevó a afirmar que los eventos valorados como negativos estaban más relacionados con la disfunción que los eventos valorados como neutros o positivos.

Por ejemplo, Sandler y Block (1979), compararon niños de primaria que los profesores habían identificado con alguna dificultad desadaptativa con otros niños sin desajuste. Emplearon un cuestionario para evaluar los eventos vitales recientes (en el último año), que incluía ítems adaptados de la escala de Coddington (1972), entre otros. Siguiendo las indicaciones de Gersten Langner, Eisenberg y Simcha-Fagan (1977, citados en Sandler & Block, 1979), los ítems fueron seleccionados para que no fuesen confundidos con la adaptación o el comportamiento del niño, ni consecuencia de los mismos. Los padres contestaban si cada uno de los eventos había ocurrido durante los 12 meses anteriores y especificaban el mes en que ocurrió.

Los autores se plantearon dudas metodológicas respecto al valor del grado estrés de los eventos vitales. Al revisar la literatura, encontraron dos alternativas para cuantificar los eventos: emplear la puntuación de reajuste (Coddington, 1972) o puntuar los eventos según su valoración como deseable o no deseable (Dohrenwend, 1972; Gersten et al., 1974; citados en Sandler & Block, 1975). Finalmente, optaron por emplear ambas medidas de puntuación: número total de eventos, peso de cada evento y suma total ponderada para evaluar la cantidad de reajuste requerido en este grupo de edad después de la ocurrencia del evento. Además, cada ítem fue valorado independientemente como deseable, no deseable o ambiguo por dos evaluadores (con un acuerdo interjueces del 90,62%). La puntuación del número de eventos deseables o no deseables fue obtenida por cada sujeto según una puntuación balanceada (suma de no deseables menos suma de deseables).

Sandler y Block (1979) encontraron que los niños identificados por sus profesores con problemas de adaptación experimentaron más eventos estresantes en el año previo en comparación con el grupo control, además el estrés vital también correlacionó significativamente con la valoración de los problemas de ajuste de los niños realizada por sus padres. Según los autores, sus hallazgos aportaban otro indicio que el estrés reciente se relacionaba con la ocurrencia tanto de trastorno físico como emocional en los niños. Asimismo, defendían una perspectiva etiológica, puesto que con diseño correlacional era altamente improbable que una acción de los niños pueda causar la ocurrencia de los eventos estresantes, hecho que fortalecía la implicación del estrés como causa que contribuía a los problemas de ajuste en los niños.

Otro aspecto interesante de este trabajo pionero se refiere a que Sandler y Block (1979) insistían en la intervención con carácter preventivo desde dos perspectivas: identificar factores ambientales y niños de alto riesgo, con la finalidad de realizar una

intervención en un momento temprano para prevenir posteriores trastornos más graves. Además resaltaban la importancia de los profesores en identificar a niños desadaptados para una intervención en crisis o ayudar a los niños a afrontar de modo efectivo las situaciones estresantes.

Por último, Sandler y Block (1979) también proponían múltiples evaluadores cada uno observando el comportamiento del niño en diferentes contextos y la identificación de los moderadores (como el apoyo social o características individuales) de los efectos del estrés como de alta prioridad de la investigación en la infancia.

Johnson y McCutcheon (1980), con adolescentes con el instrumento que diseñaron, *Life Event Checklist* (LEC, Johnson & McCutcheon, 1980), encontraron que los eventos negativos se relacionaron con depresión, ansiedad, desajuste general y locus de control. También hallaron diferencias de sexo, siendo mayor la relación con la salud física en los chicos, y con el ajuste emocional en las chicas.

Pocos años después, Swearingen y Cohen (1985b) analizaron la relación entre los eventos vitales y su capacidad para predecir el desajuste en la adolescencia. Para la evaluación de los eventos vitales emplearon un instrumento creado por ellos, el *Junior High Life Experiences Survey* (JHLES, Swearingen & Cohen, 1985b), que recogía eventos positivos y negativos en los últimos seis meses. El número medio de eventos fue: 5.81 eventos totales, 2.17 eventos negativos, 2.62 eventos no deseables, 1.18 eventos negativos no controlables y 0.84 eventos negativos controlables. Los propios autores referían que la baja prevalencia encontrada podía explicarse al período temporal empleado, seis meses, cuando en otros estudios suele ser un año.

Swearingen y Cohen (1985b) observaron que los eventos negativos, pero no los eventos positivos, se relacionaban significativamente con el desajuste. Los eventos negativos se correlacionaban positiva y significativamente con depresión, ansiedad

rasgo y ansiedad estado y días perdidos de colegio. Los niveles altos de cambios vitales negativos se relacionaban con incremento en depresión, ansiedad y días perdidos de colegio. Sin embargo, dentro de los eventos negativos, no hubo diferencias entre los eventos negativos controlables y no controlables en predecir el desajuste, y tampoco diferencias significativas respecto al sexo o el grupo étnico. Además, los autores sostenían que los índices basados en la valoración de interjueces psicólogos de los eventos deseables no era más predictiva del desajuste que los índices basados en los autoinformes de los adolescentes.

Un dato muy interesante fue que Swearingen y Cohen (1985b) demostraron que el número total de eventos y las puntuaciones de cambio vital según la cantidad de reajuste, eran igual de predictores del comportamiento desadaptado. Resultados similares se han obtenido con el LEC (Johnson & McCutcheon, 1980), por este motivo Johnson (1986) defendía que el simple recuento de eventos puede ofrecer el índice más objetivo y eficiente de cambio vital.

Mientras los diseños transversales son útiles para establecer relaciones entre los acontecimientos y las alteraciones psicológicas, los **estudios prospectivos** intentaban esclarecer el papel de los eventos estresantes en la etiología de estas alteraciones. Los pocos datos disponibles hasta la revisión de Compas (1987), puesto que en aquel momento los estudios prospectivos iniciaban su andadura en el ámbito de la infancia y adolescencia, indicaban que los eventos vitales mayores no se relacionaban linealmente con el desarrollo de los síntomas psicológicos. Además, los resultados eran dispares, mostrando algunos estudios relación significativa (Compas, Wagner, Slavin & Vanatta, 1986) mientras otros no (Swearingen & Cohen, 1985a). En cambio, encontraban que los

síntomas eran mejor predictores de los eventos estresantes posteriores que los eventos de la sintomatología posterior.

Por ejemplo, Swearingen y Cohen (1985a) administraron medidas de experiencias vitales positivas y negativas y de malestar psicológico en dos momentos a adolescentes (media de edad 12 años). En el análisis regresivo transversal encontraron una relación significativa positiva entre los eventos negativos y la ansiedad rasgo y estado y depresión. Sin embargo, en el análisis prospectivo, los eventos negativos no fueron predictores del malestar, siendo más bien determinados en parte por el nivel de malestar previo. Estos autores tampoco hallaron efecto de los eventos positivos como amortiguadores del estrés.

Por su parte, Compas et al. (1986) estudiaron los acontecimientos vitales negativos, el apoyo social percibido y los síntomas psicológicos en adolescentes mayores durante la transición del instituto a la universidad, mediante un diseño longitudinal prospectivo en tres momentos. Las variables estaban relacionadas recíprocamente unas con otras en patrones que cambiaban en períodos de seis meses. Los autores destacaban la importancia de estudiar el estrés y el apoyo social en el período de transiciones vitales que son etapas de mayor vulnerabilidad a los eventos vitales. Asimismo, Compas et al. (1986) sostenían que sus resultados apoyaban el modelo transaccional del estrés (no el modelo lineal) y enfatizaban las vías de influencia recíproca entre las variables personales y ambientales. Es decir, que los eventos vitales negativos podían llevar a síntomas psicológicos mientras los síntomas también podían incrementar la probabilidad de eventos vitales adversos.

Estos estudios prospectivos ya ofrecían un mayor apoyo del papel de las tensiones o estresores crónicas y estresores cotidianos en el desarrollo de dificultades

psicológicas y comportamentales que los eventos vitales mayores (Compas, 1987). Los estresores cotidianos serán tratados en el siguiente capítulo.

Respecto a los estudios con **población clínica**, Heisel, Ream, Raitza, Rappaport y Coddington (1973) estudiaron los eventos socio – psicológicos ocurridos en el entorno externo de los niños previo al inicio de la enfermedad. Los niños eran pacientes con alteraciones físicas (pacientes con artritis reumatoide infantil, hemofilia, pacientes de pediatría general y pacientes quirúrgicos) y psicológicas (pacientes psiquiátricos). Los autores hallaron que los niños con enfermedad experimentaban el doble de cambios vitales importantes que los niños sanos sin enfermedad). Además, los niños en cuatro de los grupos de pacientes (artritis reumatoide, pacientes de pediatría general, pacientes quirúrgicos y pacientes psiquiátricos) habían experimentado dos o tres veces más frecuencia y más severidad de sucesos vitales antes del inicio de su enfermedad que los niños sanos. Heisel et al. (1973) defendían que sus resultados confirmaban que los niños de la población clínica experimentaban más eventos vitales significativos previos a su enfermedad que la población sana. Las cifras indicaron una alta incidencia: 34% de los niños del estudio desarrollaban enfermedad un año después de enfrentarse a ajustes psicológicos importantes frente al ambiente externo (frente al 15% estimado en la población sana). Los autores interpretaron que mostraba la evidencia que los factores socio – psicológicos eran un factor en la patogénesis de la enfermedad. No obstante, un resultado inesperado fue la similitud entre los pacientes psiquiátricos y los pacientes generales o quirúrgicos: no había mayor incidencia de eventos “traumáticos” externos en los pacientes psiquiátricos.

El grupo de Coddington y colaboradores (Coddington, 1972; Heisel et al., 1973) proponía una nueva manera de evaluar el estrés psicosocial que impactaba en la vida de

los niños. La puntuación de evento vital se podía obtener fácilmente, y resultaría de ayuda a los pediatras para compararla rápidamente con los niños de la población general.

Goodyer, Kolvin y Gatzanis (1985, 1986) compararon niños y adolescentes de población clínica que acudían a una clínica psiquiátrica infantil con niños de muestra comunitaria. Eligieron los 12 años como la edad de división entre la infancia y la adolescencia. El grupo clínico fue clasificado según los signos y síntomas, en diferentes trastornos: de conducta, de las emociones moderado, de las emociones grave, y somáticos. En el trabajo del 1985, observaron que los eventos estresantes recientes (12 meses previos al inicio de los síntomas psiquiátricos) independientes de la enfermedad no deseables puntuados de moderado a grave se relacionan con trastornos emocionales y del comportamiento. También hallaron que algunos tipos de eventos, como la separación de los progenitores, enfermedades y accidentes, eran más importante para los trastornos conductuales y de las emociones moderados. Sin embargo, en el trabajo presentado al año siguiente, concluyeron que no había influencia significativa en la asociación entre eventos vitales y trastorno psiquiátrico, con la posible excepción de los trastornos emocionales graves. Tampoco hallaron diferencias de en sexo y edad en relación a la frecuencia e impacto negativo de los eventos. Para los trastornos emocionales graves, la comparación entre chicos y chicas mostró que aunque las chicas tenían el doble de eventos que los chicos, las diferencias no eran significativas (Goodyer et al., 1986). Los propios autores criticaron que sólo se basaron en la información de los adultos y que los estudios futuros deberían considerar la recogida de eventos y la evaluación directamente por los niños.

Cowen, Weisber y Guare (1984) estudiaron a escolares derivados a servicios de salud mental con los que no habían sido derivados. Pidieron a los profesores que

informase sobre once eventos vitales mayores, que eran relativamente objetivos y observables, principalmente de carácter negativo, y más allá del control del niño. Los niños derivados por problemas de salud mental habían experimentado mayores niveles de cambio negativo durante el curso escolar. Algunos eventos como fallecimiento en la familia, enfermedad grave en la familia, separación/divorcio o nuevo matrimonio de los progenitores, dificultades económicas familiares, nueva persona en el hogar, ocurrían con más frecuencia en estos niños.

En aquellos comienzos, la mayoría de las investigaciones se centraban en los cambios vitales acumulativos, aunque también aparecían investigaciones que tratan eventos vitales específicos, como el comienzo en un nuevo colegio, el nacimiento de un hermano, el divorcio de los progenitores o el fallecimiento de uno de ellos (Compas, 1987; Johnson, 1986). Estos estudios, como los que se dedicaban a los eventos vitales múltiples, también hallaban que estos eventos tenían una relación moderada e indirecta con la alteración del funcionamiento adaptativo (Compas, 1987). Y se había encontrado que las medidas de cambio vital se relacionan significativamente con ansiedad, depresión, absentismo escolar, mientras no se había hallado relación con los cambios positivos (Johnson, 1986).

Además, Rutter (1981) proponía que los eventos que implicaban pérdida o decepción deberían ser evaluados separados de aquellos que tienen que ver con relaciones interpersonales alteradas, y ambos considerados aparte de otros cambios vitales. Las medidas iniciales no ofrecían evaluaciones separadas para diferentes tipos de eventos, a pesar que los resultados indicaban cierta especificidad. El LEC (Johnson & McCutcheon, 1980) permitía esta posibilidad.

Estos estudios pioneros fueron objeto de revisión por parte de dos autores relevantes en el estudio de los eventos vitales en la infancia y la adolescencia: Compas (1987) y Johnson (1986).

En la revisión de Compas (1987), el autor concluyó que existía una relación entre los acontecimientos vitales y la adaptación en niños y adolescentes, pero la evidencia del papel etiológico era débil, sobre todo en el caso de los eventos vitales mayores. No obstante, las correlaciones en los estudios transversales eran modestas, no explicando los eventos vitales más del 15% de la varianza de la sintomatología. Además sugería que no estaba claro si estas modestas correlaciones representan adecuadamente la relación evento – alteración o su fortaleza debido a los problemas conceptuales y metodológicos, y que parecía que la relación entre eventos vitales mayores y malestar psicológico durante la infancia y la adolescencia podía ser diferente a la observada en los adultos (Compas, 1987).

En la otra revisión importante, Johnson (1986) también cuestionaba estas bajas correlaciones, que podían deberse a que las medidas empleadas para el estrés vital no sean adecuadas, que no cubriesen la amplia variedad de estresores que los individuos podían experimentar, y que muchos estudios no tenían en cuenta el papel de las variables que podían moderar la relación entre eventos vitales y salud o adaptación. Johnson (1986) insistía que con una notable excepción (e.g., Compas, Davis & Forsythe, 1985), las medidas de cambio vital en niños y adolescentes no evaluaban los estresores que ocurrían a diario (como presión de los iguales, interacciones negativas con los profesores o conflicto con los padres), y que los cambios vitales mayores representaban sólo un tipo de estresores potenciales a los que puede estar expuesta la persona. Muchas situaciones cotidianas podían ser estresantes, por lo que si se quería disponer de una medida completa de estrés, habría que tenerlos en cuenta (Johnson,

1986). Johnson también comentaba que no sólo eran difíciles de interpretar las correlaciones bajas, sino la naturaleza de tal relación, debido al diseño de los estudios, que no permitían observar la dirección de los hallazgos e incluía posibles sesgos de la información.

Una limitación importante y crítica repetida cuando se analizaba la relación estrés – salud tenía que ver con el hecho de incluir en los instrumentos de evaluación de eventos vitales, ítems que eran en sí mismos indicadores, síntomas de enfermedad manifestaciones de trastornos o problemas adaptativos (Johnson, 1986; Turner & Wheaton, 1995). Por ejemplo, Dohrenwend y Dohrenwend (1974, 1978, citados en Turner & Wheaton, 1985) concluyeron que los eventos que habitualmente se emplean en los inventarios eran de tres tipos: 1) los que se confundían con el funcionamiento psicológico del sujeto; 2) los que reflejaban enfermedad física; y 3) los que eran independientes del estado de salud físico y psicológico del sujeto. Según ellos, sólo limitando el foco en los últimos se podría investigar de manera adecuada el significado etiológico de los eventos estresantes.

Para solucionar esta confusión entre las medidas, algunos autores enfocaron el estudio de otra manera. Johnson (1986) propuso que se incluyesen tanto eventos controlables como fuera del control del sujeto para abarcar el ámbito de los cambios vitales estresantes mayores, aunque diferenciados para el análisis de los datos. No obstante, otros autores (Gersten et al., 1977; Masten et al., 1968; citados en Johnson, 1986) insistían el uso sólo de eventos no controlables en la investigación de estrés vital para prevenir de la confusión con variables de resultado. Como se ha comentado, Sandler y Block (1979) encontraron una relación significativa entre el estrés vital y los problemas del comportamiento empleando una escala sólo contenía ítems fuera del control del individuo.

Otro problema deriva, según Monroe (1982), de las inferencias etiológicas en los estudios de los eventos vitales y los trastornos psicológicos. En un estudio con adultos, Monroe (1982) concluyó que sus resultados apoyaban que los eventos no deseables, más que el cambio *per se*, eran más importantes en la predicción del inicio de los síntomas psicológicos (en una muestra inicial sin síntomas). Además de las condiciones de inicio o aparición de los trastornos, las influencias psicosociales estarían muy asociadas con el mantenimiento, exacerbación y remisión del trastorno (Monroe, 1982). También apoyó la premisa que los efectos pueden no ser inmediatos, sino que pueden requerir meses para tener impacto.

Cohen (1992) sobre los primeros estudios también resumió que:

1. Existían datos inconsistentes sobre los efectos prospectivos o etiológicos del estrés vital en adolescentes, y muy pocos datos en niños.
2. El estrés parecía ser resultado del estado inicial. Por ejemplo, la depresión podía llevar a eventos vitales negativos posteriores.
3. Muy pocos estudios que intentaban incorporar los diferentes componentes del proceso de estrés (eventos mayores, eventos menores, estresores crónicos, eventos de progenitores...).
4. Muy pocos estudios mostraban diferencias entre la predicción del inicio y la predicción del mantenimiento de un trastorno. Por ejemplo, los eventos vitales podían estar relacionados con el inicio de depresión en sujetos sanos, y/o con el mantenimiento o exacerbación de la depresión en personas ya deprimidas.
5. Los estudios empleaban medidas criterio con fiabilidad y validez desconocida, y se basaban en exceso en autoinformes.
6. Muy pocos estudios intentaban controlar variables de confusión, que puedan influir en la relación estresores y alteración (como la afectividad negativa).

Con vistas continuar en el avance de la comprensión del papel de los eventos vitales en la infancia y adolescencia desarrollo y mejorar estos planteamientos iniciales, Compas (1987) propuso algunas indicaciones para la investigación posterior del estrés y los eventos vitales en la infancia y adolescencia, en aquel momento área emergente de interés e importancia de la investigación clínica:

1. Necesidad de investigación con mayor rigor metodológico: con estudios prospectivos de las asociaciones entre los eventos estresantes y la sintomatología en diferentes momentos del desarrollo, instrumentos de medidas con adecuadas propiedades psicométricas, en especial en la etapa de la infancia con informes de los propios niños.
2. Cambio en el paradigma conceptual como guía de la investigación del estrés en la infancia y adolescencia. El campo progresaba sin modelos bien articulados que ofreciese una dirección, y asumiendo la hipótesis implícita que los eventos estresantes provocaban alteración psicológica y/o física, cuando existían modelos (como el modelo de desarrollo transaccional) que enfatizaban las influencias recíprocas entre el individuo y el ambiente.
3. Estudiar la variabilidad individual en las respuestas de niños y adolescentes a los AVE, para identificar factores que podían hacerles más vulnerables al estrés mientras otros resistían sus posibles efectos adversos. Es decir, investigar los recursos personales y ambientales como factores de riesgo y protección ante los estresores.

Desde un planteamiento similar, Johnson (1986) recordó que la prioridad para la investigación futura sería incluir estudios sobre la adecuación de las medidas, de variables moderadoras del impacto de los cambios vitales, estudios con niños menores,

además de desarrollar intervenciones dirigidas a ayudar a los niños y adolescentes a afrontar los cambios vitales acumulados.

1.3.1.2. Desarrollos posteriores.

Grant y cols. (Grant et al., 2003, 2004, 2006; McMahon, Grant, Compas, Thurm & Ey, 2003) presentaron varias publicaciones en las que revisaban la investigación la relación del estrés y la psicopatología en la infancia y la adolescencia. Incluyeron 1500 a partir del año 1987, cuando fueron realizadas las últimas revisiones ya comentadas de Compas (1987) y Johnson (1986), hasta el 2001.

En la última de estas revisiones publicadas, repasan el papel de las variables moduladoras y mediadoras (Grant et al., 2006).

Según Grant et al. (2006), las **variables moderadoras** que con más frecuencia se habían estudiado era la edad y el sexo, que representan características individuales “fijas” que son poco probable que sean influidas por estresores. La raza o etnia era la tercera característica individual fija examinada en un pequeño número de estudios. También se habían estudiado otras características individuales relativamente modificables, como cogniciones, competencia y afrontamiento, o variables contextuales, como apoyo social, ambiente familiar, ambiente de iguales, actividades y eventos positivos.

Sin embargo, Grant et al. (2006) sostenían que los resultados de la investigación seguían sin ser concluyentes y ofrecían apoyo limitado a la hipótesis que los moderadores influían en la relación entre estresores y síntomas psicológicos. Los autores comentaban que eran una excepción las investigaciones basadas en un modelo teórico, y la variabilidad en la definición de los constructos y en medidas empleadas,

limitaban las conclusiones que se puedan extraer. Por ejemplo, los estresores parecían más asociados en los síntomas informados por los padres en niños más pequeños y más asociados a síntomas autoinformados en niños mayores. Pero un dato muy interesante era que las diferencias de edad y sexo desaparecían cuando en las investigaciones eran realizadas con muestras amplias.

En opinión de Grant et al. (2006), eran menos numerosos los estudios que habían probado los efectos de las **variables mediadoras**. Y sin embargo, tenían como fortaleza que se fundamentaban en un modelo teórico: la mayoría en la teoría interpersonal o en la teoría cognitiva. Clasificaron estas variables mediadoras de la relación entre estresores y síntomas psicológicos en tres categorías (Grant et al., 2006):

- Basadas en la familia: como los procesos de la familia. En general dentro del marco general de las teorías interpersonales de la psicopatología (Hammen & Rudolph, 1996; citados en Grant et al., 2006).
- Basadas en el niño o adolescente: como las estrategias de afrontamiento o locus de control. Teorías cognitivas de la psicopatología (Cole & Turner, 1993; Harter et al., 1992; citados en Grant et al., 2006).
- Basadas en el ambiente: como los estresores del barrio o vecindario. Estos estudios con menor frecuencia probaban teorías específicas de psicopatología y, más a menudo, se centraban en un principio amplio del paradigma del estrés que propone que los estresores cotidianos mediaban en la relación entre los eventos vitales mayores y la psicopatología (Compas, Howell, Phares, Williams & Ciuanta, 1989).

Grant et al. (2006) resumía que los modelos de mediación se habían probado en experiencias estresantes, que afectaban a los niños y adolescentes, como pobreza, divorcio o conflicto entre los progenitores, exposición a la violencia, abuso, enfermedad

o fallecimiento de los progenitores, en eventos normativos o transiciones de etapas y con estresores acumulados. La pobreza era el mediador más examinado en la investigación. Estos autores concluyeron que los resultados apoyaban la hipótesis que los mediadores explican la relación entre estresores y desarrollo de psicopatología. Sin embargo, los hallazgos más consistentes eran para las variables familiares, como relaciones progenitores – hijos o estilos de crianza (Hammen & Rudolph, 1996; citado en Grant et al., 2006) y sostenían que los estresores ejercían su impacto negativo en los menores alterando las relaciones interpersonales importantes.

Por ejemplo, Luthar (1991) estudió los factores que permiten a los adolescentes mantener comportamientos socialmente competentes a pesar del estrés. De la escala de eventos vitales negativos del LEC (Johnson & McCutcheon, 1980) sólo utilizaron los 18 ítems que representan situaciones sobre las que el niño tenía poco control (como separación de los progenitores), y que con menor probabilidad se confundían con la adaptación como otros (e.g., suspender curso), dando como resultado una media de casi seis eventos vitales negativos.

Luthar (1991), conocida por sus investigaciones sobre la resiliencia, también analizó variables como competencia social, variables moderadoras (inteligencia, locus de control interno, habilidades sociales, desarrollo del yo y eventos vitales positivos) y síntomas internalizantes (depresión). La autora distinguió factores compensatorios (aquellos directamente relacionados con la competencia) y factores protectores o de vulnerabilidad (aquellos que en interacción con el estrés influían en la competencia). Los resultados mostraron que el desarrollo del yo fue un factor compensatorio contra del estrés, las habilidades sociales (sólo la expresividad social) e internalidad (locus de control) probaron ser factores protectores, mientras que la inteligencia y los eventos positivos estaban implicados en los procesos de vulnerabilidad (y servían de

amortiguador del estrés, en función del nivel de estrés y en relación con otras variables). Sin embargo, Luthar (1991) no halló relación significativa entre las variables demográficas (bajo estatus socioeconómico, familia numerosa o grupo étnico minoritario) con la adaptación.

Desde la perspectiva del comportamiento adaptativo, Jackson y Frick (1998) investigaron la relación entre los eventos vitales negativos y factores de protección (temperamento, locus de control, capacidad intelectual, apoyo social, relaciones cercanas con personas significativas, estatus socioeconómico y ambiente familiar) para predecir el funcionamiento adaptativo, emocional y comportamental (internalizado y externalizado) en escolares de 8 a 13 años. No hallaron relación significativa entre los eventos vitales negativos y el comportamiento adaptativo o internalizante, aunque los eventos vitales negativos y los factores de protección contribuyeron independientemente en la predicción del comportamiento externalizante. En otro estudio, Jackson y Warren (2000) tampoco observaron asociación entre los eventos vitales positivos y negativos con el comportamiento adaptativo.

El hecho que Jackson y Frick (1998) no encontrasen relación significativa entre los eventos vitales negativos y el comportamiento adaptativo, puede deberse, en opinión de los autores, a que los propios niños son los informantes de los eventos vitales mayores, mientras que en otros estudios se ha empleado la información de los padres. Además, en el estudio se empleaba una medida de comportamiento adaptativo, constructo que podía ser definido por un conjunto de comportamientos productivos específicos, y no por la ausencia o en oposición del comportamiento desadaptado como en otros estudios. Como los propios autores concluyeron, evaluando el comportamiento adaptativo directamente, más que por la ausencia del comportamiento desadaptado, la relación puede ser más débil que la demostrada previamente. Asimismo, Jackson y

Warren (2000) eran contrarios a que la simple suma de eventos sea predictor del comportamiento adaptativo, sino que insistían en la valoración de individuo, y que el riesgo de psicopatología parece estar sólo cuando los acontecimientos experimentados se interpretan como negativos por el niño.

Otro tema de interés que ha estado presente en las investigaciones es la **especificidad**. McMahon et al. (2003) revisaron la investigación de las relaciones entre estresores específicos y resultados psicológicos específicos en niños y adolescentes. Los autores examinan diversos estresores (factores de riesgo como exposición a la violencia, abuso, divorcio o conflicto marital) en relación a resultados psicológicos de banda ancha de síntomas internalizantes y externalizantes.

Por ejemplo, Sandler, Reynolds, Kliwer y Ramirez (1992; citados en McMahon et al., 2003) encontraron que los eventos de conflicto se asociaron con síntomas externalizantes (en los grupos de niños con fallecimiento de un progenitor y control), mientras que los eventos de separación se asociaron con síntomas internalizantes (en los grupos de niños con fallecimiento de un progenitor y niños con asma). Sin embargo, en los niños de padres divorciados, los eventos de conflicto se asociaron con internalización y los eventos de separación con síntomas externalizantes. Es decir, las investigaciones hallaban evidencia de especificidad entre conflicto marital y síntomas internalizantes en hijos con reciente divorcio de sus progenitores, lo que coincidía con planteamientos teóricos (Sandler et al., 1992), que proponían que el conflicto en un divorcio reciente podía tener un significado asociado con eventos de separación y pérdida, y por lo tanto, llevar a síntomas internalizantes.

Puskar, Tusaie-Mumford, Sereika y Lamb (1999) estudiaron los síntomas depresivos, los eventos vitales y los factores demográficos de riesgo en escolares de 12

amortiguador del estrés, en función del nivel de estrés y en relación con otras variables). Sin embargo, Luthar (1991) no halló relación significativa entre las variables demográficas (bajo estatus socioeconómico, familia numerosa o grupo étnico minoritario) con la adaptación.

Desde la perspectiva del comportamiento adaptativo, Jackson y Frick (1998) investigaron la relación entre los eventos vitales negativos y factores de protección (temperamento, locus de control, capacidad intelectual, apoyo social, relaciones cercanas con personas significativas, estatus socioeconómico y ambiente familiar) para predecir el funcionamiento adaptativo, emocional y comportamental (internalizado y externalizado) en escolares de 8 a 13 años. No hallaron relación significativa entre los eventos vitales negativos y el comportamiento adaptativo o internalizante, aunque los eventos vitales negativos y los factores de protección contribuyeron independientemente en la predicción del comportamiento externalizante. En otro estudio, Jackson y Warren (2000) tampoco observaron asociación entre los eventos vitales positivos y negativos con el comportamiento adaptativo.

El hecho que Jackson y Frick (1998) no encontrasen relación significativa entre los eventos vitales negativos y el comportamiento adaptativo, puede deberse, en opinión de los autores, a que los propios niños son los informantes de los eventos vitales mayores, mientras que en otros estudios se ha empleado la información de los padres. Además, en el estudio se empleaba una medida de comportamiento adaptativo, constructo que podía ser definido por un conjunto de comportamientos productivos específicos, y no por la ausencia o en oposición del comportamiento desadaptado como en otros estudios. Como los propios autores concluyeron, evaluando el comportamiento adaptativo directamente, más que por la ausencia del comportamiento desadaptado, la relación puede ser más débil que la demostrada previamente. Asimismo, Jackson y

en aceptación por los iguales, y los que tenían depresión de larga evolución informaron más conflictos en la familia; y los adolescentes con distimia informaron menos eventos vitales que los de depresión mayor; y el grupo con sintomatología depresiva subsindrómica tenía menos eventos que todos los grupos con diagnóstico de depresión y no mostraba diferencias con los del grupo control. En definitiva, Olson et al. (1999) hallaron que los adolescentes con diagnóstico de depresión habían experimentado más eventos estresantes en sus vidas, en especial más conflictos en la familia, ausencia de un progenitor del hogar por trabajo, un progenitor desempleado, sus familias se habían mudado más a menudo, informaron más cambios en su popularidad con los iguales y de enfermedad grave en ellos o sus padres.

En España, Moreno, Del Barrio y Mestre (1995), en adolescentes, empleando el Inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia (AVIA, Moreno, Del Barrio & Mestre, 1992; citado en Moreno et al., 1995) encontraron que niveles altos de ansiedad (también la ansiedad rasgo) se relacionaban con la experiencia de más eventos vitales negativos. Las autoras llegaron a la conclusión que la experiencia de acontecimientos vitales negativos tenía mayor relación con estados emocionales negativos en sujetos jóvenes, y que esta relación era más intensa y extensa que la relación con acontecimientos vitales positivos.

En general, en opinión de McMahon et al. (2003), parecía obtenerse escasa evidencia de la especificidad entre determinados estresores relacionados con resultados internalizantes o externalizantes, y que los resultados en la relación entre estrés y problemas psicológicos en niños y adolescentes eran más consistentes con los principios de equifinalidad (diferentes experiencias estresantes pueden llevar al mismo resultado) y

multifinalidad (condiciones similares lleven a múltiples resultados) que con la especificidad.

Al analizar los efectos prospectivos, en la mayoría de los **estudios longitudinales** revisados por Grant et al. (2004), los eventos estresantes fueron predictivos del incremento de síntomas psicológicos a lo largo del tiempo (controlando los síntomas previos). Sin embargo, indicaban que la sintomatología también predecía cambios en tasas de estresores con el tiempo. Algunos estudios mostraban que la relación entre estresores y psicopatología era recíproca: los estresores predecían incrementos posteriores de síntomas de psicopatología, y los síntomas predecían incrementos posteriores en eventos estresantes (Compas et al., 1989; DuBois et al., 1992; DuBois et al., 1994; Dubow et al., 1991; Sandler et al., 1994; Wagner et al. 1988; citados en Grant et al., 2004). Esto sugería que, al menos, algunos niños y adolescentes están atrapados en un círculo continuo en el que las experiencias estresantes contribuyen al incremento de síntomas de problemas externalizantes o internalizantes, y estos problemas contribuyen a alterar las relaciones interpersonales, fracaso en las tareas de logro y otros tipos de estresores (Gant et al., 2004).

Respecto a los estudios con **población clínica**, en España Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez (1998) presentaron un estudio sobre los niños y adolescentes que recibían asistencia psicológica en un centro comunitario de salud. Los autores solicitaron a los padres que identificasen todos los acontecimientos que se habían producido en la vida de su hijo, y encontraron que el promedio era alrededor de dos eventos, que además no parecían asociarse con la edad.

Goodyer, Herbert, Tamplin, Secher, & Pearson (1997), realizaron un estudio prospectivo, con pacientes con diagnóstico de un primer episodio de depresión mayor. Encontraron que cuatro factores que se asociaban con trastorno psiquiátrico persistente en general: la falta de una relación confiada materna con la pareja actual, disfunción familiar y escasas amistades al inicio y eventos severamente decepcionantes entre el inicio y el seguimiento, pero no hallaron asociación entre estas experiencias adversas. Además, ninguna combinación de acontecimientos de larga duración o recientes o dificultades se asoció específicamente con la depresión persistente.

En el ámbito de la enfermedad física, Canalda (1989; citada en Canalda y Carbonés, 2005) compararon niños con enfermedad orgánica aguda (infecciosa, no infecciosa o traumática) atendidos en consulta externa de centros de salud o con ingreso hospitalario, con niños con psicopatología aguda o crónica y niños sin trastornos. Los niños con enfermedad orgánica aguda habían experimentado mayor número de acontecimientos vitales negativos.

1.3.2. INVESTIGACIONES ACTUALES SOBRE ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

1.3.2.1. Prevalencia de los acontecimientos vitales estresantes en la infancia y la adolescencia.

Respecto a la prevalencia de los eventos vitales en la infancia y la adolescencia, los datos aportados por los estudios varían en función del instrumento de medida, el marco temporal y el tipo de eventos vitales que registra.

Los instrumentos más empleados son el *Life Event Record* (LER, Coddington, 1972), o modificaciones como el *Adverse Life Events Scale* (Tiet et al., 1998), y el *Life Events Checklist* (LEC, Johnson y McCutcheon, 1980). Para ambos está disponible la adaptación española, del primero fue realizada por Villalonga-Olives et al. (2008) y del segundo, más recientemente por Ferreira, Granero, Noorian, Romero y Domènech-Llabería (2012). También se ha administrado el Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes (Oliva, Jiménez, Parra & Sánchez-Queija, 2008).

A continuación, a modo de ejemplo, se citarán algunos datos de niños y adolescentes de población general y clínica. La información más amplia está en las Tablas 1 y 2, población general y clínica, respectivamente.

Respecto al porcentaje de niños y adolescentes que había experimentado AVE, se ha registrado que en torno al 80% ha experimentado al menos un evento vital negativos (e.g., Ferreira et al., 2012; van der Heijden, Suurland, Swaab & Sonnevile, 2011; Veytia, González, Andrade & Oudhof, 2012). Aunque Flouri y Tzavidis (2008) hallaron que sólo 10% de los niños no había experimentado eventos vitales adversos en el último año o antes del último año.

Cifras menos alarmantes, aunque no por ello menos importantes, aparecen en un trabajo publicado recientemente por Balistreri (2015) con información del National Survey of Children's Health de EE.UU sobre las experiencias adversas, en niños de 6 a 17 años. Observaron que más de la mitad (53%) había experimentado alguna experiencia adversa durante la infancia, 28% al menos dos, mientras 15% había experimentado tres o más adversidades.

No obstante, los datos de McLaughlin et al. (2012) son ligeramente superiores, con muestra nacional adolescentes con trastorno mental en EEUU encontraron 58,3% informaron al menos una adversidad infantil, entre los cuales 59,7% era múltiples adversidades.

En relación al promedio de AVE experimentados, al utilizar el *Life Events Scale for Children* (LES; Coddington, 1972), McLaughlin y Hatzenbuehler (2009a) encontraron una media de unos cinco AVE en los últimos seis meses. Similares datos obtuvieron Villalonga-Olives et al. (2010), aunque en un período de 12 meses, un promedio de 5.7 en chicas y 5.3 en chicos, aunque al considerar sólo los eventos vitales no deseables las cifras disminuyeron, 2 y 2.1, respectivamente. Y Samaniego (2005) halló menos de un evento en un período de siete meses. En cambio, con el *Adverse Life Events Scale* (Tiet et al., 1998), Flouri y Tzavidis (2008) hallaron una media de cuatro eventos adversos en el último año y previos al último año. Según la edad, a los 10 años la media de eventos vitales adversos a fue en torno a dos, y algo superior a los 15 años de edad (tres eventos). Mientras Lewis, Byrd y Ollendick (2012) recogieron una media de 4.73, al evaluar los eventos vitales negativos en el último año en niños y adolescentes con el LEC (Johnson & McCutcheon, 1980).

Con el Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes (Oliva et al., 2008) los resultados se sitúan alrededor de seis AVE, con pocas variaciones según el marco temporal: dos años (Oliva, Jiménez y Parra, 2009), tres (Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez- Queija, 2008), o cinco años (Jiménez, Menéndez e Hidalgo, 2009). Sin embargo, Lorente, Jiménez y Sánchez (2009) hallaron datos ligeramente superiores en niños y adolescentes que viven en contextos familiares de riesgo psicosocial (población usuaria de los Servicios Sociales Comunitarios), donde el promedio se situó casi en

ocho AVE. Aunque en un estudio también con población de riesgo (hijos de progenitores alcohólicos), al tener en cuenta sólo los eventos negativos y no controlables por el menor (algunos controlables desde la perspectiva de otros, como los progenitores), King, Molina y Chassin (2008) hallaron una media de dos eventos.

Con otro instrumento, Life Event Questionnaire (LEQ; Newcomb, Huba, & Bentler, 1981), Marcotte, Fortin, Potvin y Papillon (2002), en niños y adolescentes de 11 a 18 años, encontraron que las medias de AVE en los últimos 12 meses, para todas las edades fueron 9.15 en chicas y 6.84 en chicos; y para los participantes de 11 y 12 años, 6.90 y 4.31, en chicas y chicos, respectivamente.

Por otra parte, en población clínica los datos suelen ser algo superiores. Por ejemplo, con el LER (Coddington, 1972), Currier, Jobe-Shields y Phipps (2009) en pacientes con cáncer encontraron que estos niños habían experimentado una media de cinco AVE a lo largo de su vida y en torno a dos en el último año (eliminaron los eventos vitales positivos y los relacionados con enfermedad grave). Similares datos a los encontrados por Johnston, Steele, Herrera y Phipps (2003) también con pacientes con cáncer. En población con trastorno mental, Sanz et al. (2009), observaron casi seis eventos de promedio con adolescentes y jóvenes atendidos en un Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, incluso algunos pacientes habían experimentado hasta 15.

Al tener en cuenta el diagnóstico de trastorno mental, Mayer et al. (2009) observaron un promedio de seis eventos en niños y adolescentes diagnosticados de trastorno depresivo mayor; mientras Allen y Rapee (2009), dos en pacientes con trastorno de ansiedad y tres cuando había además otro trastorno comórbido.

Otros autores que informaron más eventos vitales en niños con depresión fueron Williamson, Birmaher, Dahl y Ryan (2005), que examinaron la ocurrencia de AVE en el

último año en niños de 6 – 12 años con ansiedad y depresión, mediante la administraron del LER (Coddington 1972), pero sólo incluyendo los eventos valorados como estresantes. Los niños con depresión estaban expuestos significativamente a más eventos vitales en total durante el año previo (dos o más) en comparación con el grupo de ansiedad y control.

En cambio, otros estudios han observado cifras menores. Por ejemplo, en un estudio longitudinal con niños y adolescentes derivados a los servicios de salud mental, Willems, Koot, Ferdinand, Goossens y Schuengel (2008), hallaron diferencias en el promedio de eventos vitales negativos según el marco temporal respecto a la derivación a tratamiento: 1.43 eventos 2 años antes de la derivación a salud mental; 0.71 un año antes; y 1.47, 3 años antes.

Otro resultado que se recogen las investigaciones tiene que ver con los diferentes tipos acontecimientos vitales que aparecen en la infancia y la adolescencia.

En un de estudio con muestra comunitaria, Tiet, Bird, Hoven, Wu et al. (2001), en niños y adolescentes de 9 a 17 años, el AVE adverso más frecuente en el último año fue el fallecimiento en la familia y el menos frecuente nuevo trabajo del padre o la madre.

En su estudio Samaniego (2005) observó que el tipo de suceso más frecuente fue caída substancial de la posición económica (17.4%), seguido de pérdida de trabajo del padre/madre (10.1%), muerte de un animal doméstico (8.7%), muerte de un abuelo (7.2%), aumento significativo de la ausencia del padre del hogar (7.2%), enfermedad seria que requiere hospitalización del padre/madre (7.2%), un tercer adulto o niño se mudó a la familia (5.8%), enfermedad seria que requiere la hospitalización del niño/a

(5.8%). No obstante, es de señalar que a ninguno de los participantes le ocurrieron sucesos tan frecuentes como la separación o divorcio de los progenitores.

Por su parte, los resultados de Flouri y Panourgia (2011) mostraron que los cinco estresores vitales proximales más informados en niños y adolescentes fueron: pérdida de amigo (por ruptura o separación, 51.2%), fallecimiento de un familiar (41.9%), mayor tiempo fuera de casa de un progenitor (38%), presenciar un delito o accidente (37.3%), y aumento de las discusiones entre progenitores (35.4%).

Roselló y Berrios (2004) vieron que los AVE más frecuentes fueron cambio de escuela, trabajo o casa (51%), dificultades económicas (46%), ruptura con la pareja (40%), dificultades con algún miembro de la familia (36%) y muerte de un familiar o amigo (35%). También es de mencionar la frecuencia de otros AVE como separación de los padres (32%), divorcio de los padres (24%), discusiones de los padres (35%), enfermedad o accidente de los abuelos (35%), muerte de padres, hermanos o abuelos (26%).

En el caso de población clínica, Kaplow, Gipson, Horwitz, Burch y King (2014), con adolescentes que acudían a los servicios de urgencia pediátricos para problemas médicos y/o psicológicos, los eventos vitales adversos en los últimos 12 meses más comunes fueron ruptura con la pareja (67%), fallecimiento de un amigo cercano (51%) y repetir/suspender curso en el colegio (46%).

McLaughlin et al. (2012) informaron que entre las adversidades más frecuentes estaban: divorcio (28,4%), delito de un progenitor (26.3%), adversidad económica (16.2%), enfermedad mental de progenitor (15.6%), abuso sustancia por progenitor (10.7%), violencia familiar (8.4%), fallecimiento de un progenitor (7.3), otra pérdida parental (4.9%).

Por último, en ocasiones, los AVE se han clasificado según el contenido en diferentes ámbitos. Por ejemplo, Ferreira et al. (2012) observaron que los eventos vitales negativos más habituales fueron de los ámbitos, por orden: familiar (77,2%), escolar (39,9%), social (36,2%) y salud (11,9%).

Respecto a la prevalencia de los AVE existe un aspecto que no hay que descartar. Se trata de la información ofrecida por diferentes informantes sobre la ocurrencia de los eventos. Algunos estudios han dado cuenta de la variabilidad en los datos obtenidos en función de la fuente de información. Por ejemplo, Johnston et al. (2003) estudiaron los eventos vitales negativos en el último año y a lo largo de la vida, con una versión modificada del CLEQ (Coddington, 1972), en niños y adolescentes de 7 a 18 años y sus progenitores. Los participantes fueron distribuidos en tres grupos: pacientes pediátricos con diagnóstico de cáncer, con diagnóstico de enfermedad crónica (artritis reumatoide infantil, diabetes o fibrosis quística) y niños y adolescentes sanos (escolares de la misma zona). En los preadolescentes (10-12 años), el número de eventos vitales negativos ocurridos a lo largo de la vida del niño fue según los padres ligeramente menor que para los niños (padres: $M = 4.84$, $SD 3.34$; niños: $M = 5.10$, 2.97). Es decir, Johnston et al. (2003) encontraron que los niños informaron significativamente más eventos vitales negativos que sus progenitores. Además, aunque las discrepancias existían en los tres grupos, los progenitores y los niños del grupo sano fueron los más discrepantes. Entre los niños con enfermedad, los progenitores de los niños con diagnóstico de cáncer informaron significativamente más eventos vitales negativos que los otros grupos, mientras que los niños con de enfermedad crónica informaron significativamente menos eventos vitales negativos. Curiosamente, la

relación más fuerte entre los informantes fue para los eventos ocurridos durante toda la vida del niño, frente a los eventos ocurridos en el último año.

En un estudio durante once años con niños y adolescentes superdotados en EE.UU, Peterson, Duncan y Canady (2009), también hallaron diferencias entre los eventos vitales negativos informados por los progenitores y los informados por los niños. Los eventos vitales negativos más frecuentes informados por los padres fueron, por orden: fallecimiento de familiar inmediato o de familia extensa, enfermedad grave en familia inmediata o extensa, cambio en la constelación familiar (separación, divorcio, nuevas nupcias, estudiante de intercambio, nuevo bebé, hermano mayor se va a la universidad), enfermedad nueva o crónica en el niño, lesiones o intervenciones quirúrgicas en los niños, fallecimiento de un amigo del niño (un adulto o un adulto). En cambio, aunque estos estudiantes superdotados habían experimentado muchos eventos negativos y situaciones durante la escolaridad, por lo general mencionaban retos académicos, transiciones escolares, relaciones con los compañeros y compromiso excesivo con sus experiencias más desafiantes, pero no AVE.

En un estudio recién publicado, Kushner y Tackett (2015) obtuvieron concordancias y discrepancias en la información sobre estresores vitales entre los adolescentes y sus progenitores. En especial las discrepancias en estresores específicos se asociaron con afectividad negativa del adolescente o problemas internalizantes, que revelaron diferencias en emocionalidad y autorregulación.

Por el contrario, en población clínica de salud mental, Romero et al. (2009) observaron que en general la información de los progenitores e hijos (niños y adolescentes) sobre los eventos vitales negativos experimentados por estos últimos arrojaba resultados similares.

En este sentido, Achenbach, McGonaghy y Howell (1987) sugirieron que las modestas correlaciones obtenidas sobre el ajuste de los niños de fuentes diferentes reflejarían las diferentes perspectivas de los informantes. Esto podría deberse a la influencia de ciertas variables del ajuste infantil que dependiesen de la relevancia para un informante determinado o el punto de vista desde el que el informante observe al niño. A modo de ejemplo, Villalonga-Olives et al. (2013) encontraron que los padres con problemas de salud mental tendían a atribuir a sus hijos más problemas de salud mental, y con marcadas diferencias con los autoinformes de los hijos.

1.3.2.2. Investigaciones actuales con población general.

Síntomas o comportamientos internalizantes y externalizantes.

Desde hace tiempo, la psicología del desarrollo ha tomado la clasificación de los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia distinguiéndolos en síntomas externalizantes u orientados a la acción, como alteraciones de conducta e hiperactividad; y síntomas internalizantes, o dirigidos al pensamiento, como depresión y ansiedad (Achenbach, 1991).

En la literatura científica, y también en la práctica clínica, los instrumentos empleados para evaluar estos problemas internalizantes y externalizantes más habituales suelen ser *Child Behaviour Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) y *Youth Self Report* (YSR; Achenbach, 1991), el Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC; Reynolds & Kamphaus, 1992; adaptación española de González, Fernández, Pérez & Santamaría, 2004) y el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, Meltze & Bailey, 1998).

Algunas investigaciones han explorado la relación entre los AVE y los problemas internalizantes y externalizantes en la infancia (e.g., Furniss, Beyer & Müller, 2009; Gustafsson, Larsson, Nelson & Gustafsson, 2009; Matos et al., 2015), en la adolescencia (e.g., Kim, Conger, Elder Jr, & Lorenz, 2003), o en la infancia y la adolescencia (e.g., Cole, Nolen-Hoeksema, Girgus & Paul, 2006; Harland, Reijneveld, Brugman, Verloove-Vanhorick & Verhulst, 2002; Mitchell, Tynes, Umaña-Taylor & Williams, 2015).

La mayoría de los estudios han tratado de probar el efecto acumulativo de los AVE en las alteraciones psicológicas, incluso analizando el momento temporal del estresor, para evaluar el estrés proximal y distal. Aunque otros también han intentado buscar la especificidad entre los AVE y los problemas psicológicos (e.g., Gustafsson et al., 2009; Harland et al., 2002).

A la vista de la evidencia, parece que los eventos estresantes incrementan los problemas internalizantes y externalizantes en la vida de los niños y adolescentes (e.g., Flouri & Kallis, 2007; Flouri & Panourgia, 2011; Harland et al., 2002; Kim et al., 2003; Mitchell et al., 2015; Matos et al., 2015; Mitchell et al., 2015; Furniss et al., 2009), incluso con diseños longitudinales (e.g., Cole et al. 2006; Estévez, Oliva & Parra, 2012; Morales & Guerra, 2006).

Sin embargo, estos resultados no aparecen en todos los estudios, donde la relación es parcial (e.g., Flouri, Buchanan, Tan, Griggs & Attar-Schwartz, 2010; Flouri & Kallis, 2011; Flouri & Tzavidis, 2008; Gustafsson et al., 2009; Oliva et al., 2008), o dicha asociación se establece a través o en conjunción con otras variables (e.g., Villalonga-Olives et al., 2013).

Desde la **perspectiva de la exposición al estrés**, Flouri y cols. (Flouri & Kallis, 2007, 2011; Flouri & Mavroveli, 2013; Flouri & Panourgia, 2011; Flouri & Tzavidis, 2008) en Reino Unido, estudiaron el estrés contextual proximal y distal, y lo compararon con los problemas internalizantes y externalizantes. Al igual que otros autores (Morales & Guerra, 2006), parten de la idea básica que la acumulación de eventos vitales, más que un único estresor o la especificidad, se relaciona con los problemas psicológicos.

Esta autora y sus colaboradores, realizaron trabajos con escolares de diferentes edades, empleando como instrumento para evaluar el riesgo contextual acumulado la *Adverse Life Events Scale* (Tiet et al., 1998) y como medida de problemas internalizantes y externalizantes el SDQ (Goodman, 1998).

En uno de estos estudios, Flouri y Kallis (2011), observaron que el riesgo contextual proximal acumulado (número de eventos vitales adversos experimentados en los últimos 6 meses) predecía el total de las dificultades, los síntomas emocionales, los problemas conductuales y la hiperactividad, pero no tenía efecto significativo sobre el comportamiento prosocial o problemas con iguales. Por lo que sugerían que estos estresores actuarían sobre la sintomatología más que sobre conductas que reflejan rasgos centrales de la personalidad. Además, defienden que sus resultados apoyaban los modelos “del umbral” de eventos vitales adversos” (*‘threshold’ models of adverse life events*), puesto que la forma funcional de la relación riesgo contextual proximal y los problemas externalizantes fue cuadrática (que aumentaba y luego decrecía en un rango de valores observados), mientras la relación entre riesgo contextual proximal y el total de dificultades y los síntomas emocionales fue no cuadrática.

No obstante, comentaban que un porcentaje de los participantes, mayor del esperado, tenía altas puntuaciones en problemas de comportamiento externalizante y

psicopatología general, bajas puntuaciones en comportamiento prosocial y rendimiento por debajo de la media nacional. Esta limitación, añadida al tamaño de la muestra y el empleo de un único informante, entre otros, comprometía la generalización de los resultados.

Apuntaban que podían existir diferencias entre los estresores más cercanos en el tiempo y los más lejanos. En otro estudio, Flouri y Tzavidis (2008), aunque los eventos vitales adversos explicaron la psicopatología general y externalizante, el número de eventos vitales adversos proximales (experimentados en el último año o riesgo contextual proximal) fue mejor predictor de psicopatología amplia y externalizante, que los eventos adversos en el pasado (experimentados antes del último año o riesgo contextual distal). Sin embargo, ni el riesgo distal ni proximal predijeron los síntomas emocionales, problemas con iguales o conducta prosocial.

En otro estudio Flouri y Kallis (2007), pidieron a los adolescentes que indicasen los acontecimientos vitales adversos que les habían ocurrido cuando tenían 10 años, a los 15 años y durante el mes anterior. Y encontraron resultados similares. El número de eventos vitales adversos, con independencia del momento, se asoció con los problemas emocionales y del comportamiento, esta asociación fue más fuerte en el caso de los eventos proximales adversos (experimentados en el último mes). Resultados similares obtuvieron con niños de 3 años, donde el riesgo familiar proximal fue el más predictivo (Flouri, Tzavidis & Kallis, 2010).

Dado que no encontraron apoyo para el modelo de riesgos contextuales específicos, estos investigadores concluyeron que el riesgo proximal tiene un efecto aditivo sobre la psicopatología, y defienden que era más relevante investigar el número más que el tipo de riesgos cuando se intentaba predecir psicopatología (Flouri & Tzavidis (2008; Flouri & Kallis, 2007). O lo que es lo mismo, que la evaluación clínica

de problemas emocionales y del comportamiento debería incluir una evaluación completa de componentes ambientales para proteger a los adolescentes en riesgo de la exposición a riesgo adicional. Respecto al riesgo distal, no funcionó como moderador en la relación entre riesgo proximal, lo que sugiere que el efecto del número de riesgos contextuales proximales sobre la psicopatología y la conducta prosocial no está en función del número de riesgos contextuales experimentados en un momento temprano en la vida.

Flouri y Panourgia (2011) hallaron muy fuerte asociación entre el estrés vital y el total de dificultades, y, aunque cuando se añadieron las variables (errores cognitivos y habilidad cognitiva no verbal) se convirtió en ligeramente menor, continuaba siendo el predictor más potente.

Resultados similares obtuvieron Flouri et al. (2010) con un diseño longitudinal, el efecto del estrés vital proximal fue significativo en la predicción de las cuatro dificultades, pero el efecto del estrés vital distal sólo permaneció significativo en predecir los síntomas emocionales.

También Morales y Guerra (2006) probaron la hipótesis del estrés acumulativo, comparando tres contextos estresantes: colegio, familia y vecindario en escolares de primaria. Los 3 contextos estresantes se relacionaron contemporánea y de manera longitudinal (a los 2 años) con comportamiento desadaptado. El estrés acumulativo se relacionó linealmente con incrementos en los problemas de ajuste: menor rendimiento académico y mayores niveles de depresión y agresión. Es decir, para el ajuste actual y posterior, el bienestar de los niños se vio afectado en función del número de estresores a los que habían estado expuesto. Además, el estrés más proximal tenía más efecto relativo con respecto en la acumulación de efectos de estresores en los niños. En cambio no observaron que un único estresor tuviese un efecto acumulativo único.

Villalonga-Olives et al. (2013) en un estudio longitudinal de tres años con adolescentes y jóvenes, emplearon la adaptación española del *Coddington Life Events Scales* (CLES, Villalonga-Olives et al., 2008). Hallaron que la salud mental de los padres y los eventos vitales no deseables fueron los factores de riesgo más importantes sobre los problemas internalizantes y externalizantes. Al realizar un análisis más pormenorizado, observaron que las medidas de salud mental de los adolescentes se vieron afectadas por complejas interacciones entre factores de riesgo y protección. La salud mental de los padres era el factor de riesgo más importante, aunque el efecto negativo fue protegido por la vida en el hogar en los problemas emocionales e hiperactividad. Los eventos no deseables también fueron factores de riesgo, pero mostraron menor efecto que la salud mental de los padres. Además, los adolescentes que habían experimentado eventos no deseables graves o una combinación de varios acontecimientos tenían mayor riesgo de problemas de hiperactividad, en especial los chicos, con mayor prevalencia de estos problemas y parecían verse más afectados que las chicas por eventos no deseables.

Oliva et al. (2008) analizaron el impacto de la ocurrencia de AVE en el ajuste de adolescentes y el papel de la resiliencia. Midieron los AVE con un instrumento creado este grupo de investigación en este estudio y que se ha empleado en posteriores investigaciones, el Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes. Oliva et al. (2008) encontraron influencia significativa de los AVE en la satisfacción vital, los problemas emocionales y en los problemas externalizantes. Es decir, la ocurrencia de AVE se asoció a la presencia de problemas emocionales y de conducta y una menor satisfacción. Al tener en cuenta el impacto emocional negativo de los acontecimientos, observaron correlaciones significativas con las dos dimensiones de ajuste del YSR (Achenbach, 1991) y con la satisfacción vital. En el seguimiento a los dos años,

observaron que la ocurrencia de estresores aumentaba los problemas externalizantes, pero no en los problemas internalizantes. Los AVE influyeron en la satisfacción vital en los dos momentos de medida.

La segunda parte del estudio de este grupo de investigación fue presentada por Estévez et al. (2012), que evaluaron a adolescentes durante 6 años, desde la adolescencia media hasta los inicios de la etapa adulta para analizar la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y los problemas de ajuste emocional y de comportamiento. Los problemas emocionales y de conducta se relacionaron positiva y significativamente con la vivencia de sucesos vitales estresantes en los dos momentos vitales.

Matos et al. (2015) también informaron de asociación entre los eventos estresantes en el último año, medidos por el SRRS (Holmes & Rahe, 1967) y los problemas internalizantes y externalizantes en niños. Los eventos estresantes se relacionaron con todos los ámbitos del SDQ (Goodman, 1998). Es decir, según aumentaban el número de los eventos estresantes, la probabilidad de síntomas emocionales, comportamentales, hiperactividad y problemas de relación también aumentaba.

Gustafsson et al. (2009) examinaron las influencias de la adversidad psicosocial sobre los síntomas internalizantes e externalizantes en niños, y encontraron que los eventos vitales y en especial los interpersonales se relacionaron con los síntomas externalizantes pero no con los síntomas internalizantes. También las diferencias de vecindario en salud mental fueron explicadas por la variabilidad en la adversidad psicológica. Los autores defendían que sus hallazgos ofrecían algún apoyo sobre la especificidad de las adversidades psicosociales en el impacto sobre la salud mental de los niños.

Mitchell et al. (2015) evaluaron el papel de la adversidad vital acumulada en la sintomatología depresiva y el comportamiento agresivo en niños y adolescentes. El instrumento empleado para evaluar las adversidades es el *Non-victimization life adversity and chronic stressors* (Turner & Butler, 2003). Las adversidades más asociadas con los síntomas depresivos y el comportamiento agresivo fueron el uso de drogas y alcohol de los progenitores y discusiones habituales entre los progenitores. Resultados que ponían de manifiesto que los progenitores ejercen una poderosa influencia en la salud mental y comportamiento de sus hijos. Mitchell et al. (2015) encontraron que la exposición a las adversidades en un punto crítico y de inflexión para las preocupaciones de salud mental: los jóvenes que informaron el mayor número de adversidades (7 o más) tenían significativamente mayores puntuaciones de depresión y agresión que los que informaron menor número.

Furniss et al. (2009) examinaron la asociación entre eventos vitales y salud mental de los niños antes de la incorporación al colegio. Estos autores elaboraron un listado "ad hoc", basándose en otros instrumentos. En estos preescolares, el número de eventos vitales tuvo un efecto altamente significativo sobre la prevalencia de problemas internalizantes y externalizantes. Y este número de eventos vitales fue independiente de las variables demográficas (sexo, número de hermanos, nivel educativo de los progenitores e inmigración). En análisis factorial, según el contenido, identificaron seis factores: separación / divorcio (separación, divorcio y nuevo matrimonio), salud del niño (ingreso por enfermedad en hospital, intervención médica), cambio (cambio de casa, nuevo colegio), trabajo de progenitores (pérdida de empleo, vuelta a trabajar), salud de los progenitores (accidente, fallecimiento de un progenitor) y miembros de la familia (nacimiento de hermano, emancipación de hermano mayor). El factor relacionado con accidente o fallecimiento de progenitor se asoció con menor puntuación

total y menos problemas externalizantes. Además, dos eventos, que un progenitor vuelva a trabajar y cambio del mejor amigo, se asociaron con mayor incremento de la puntuación total.

Harland et al. (2002) estudiaron la relación entre las características demográficas de los niños y características familiares y los eventos vitales, y el riesgo de problemas emocionales y/o del comportamiento. Los pediatras solicitaban a los progenitores datos de los niños y adolescentes como parte de la evaluación rutinaria de salud preventiva. Los factores estables, como las características demográficas y familiares, y factores agudos como los AVE se asociaron con el riesgo de problemas emocionales y/o comportamiento en los menores. La relación fue más fuerte para las características familiares y eventos vitales recientes. Además, el riesgo de problemas emocionales y del comportamiento resultó mayor para aquellos que habían experimentado desempleo de un progenitor y divorcio o separación reciente, que para los que habían experimentado estos eventos en el pasado. Harland et al. (2002) también hallaron cuatro factores se asociaron significativamente con los problemas internalizantes: familia monoparental, eventos vitales divorcio o separación, eventos vitales desempleo y otros eventos vitales importantes. Por otra parte, los resultados indicaban que el tiempo disminuye el impacto de los eventos vitales pero hasta cierto punto.

Otra línea de investigación en niños y adolescentes, además del modelo de exposición al estrés, es el **modelo de generación de estrés** y el **modelo de influencias recíprocas** entre el individuo y el ambiente (e.g., Kim et al., 2003). Generalmente se trata de investigaciones con diseños longitudinales prospectivos. A modo de ejemplo, a continuación se comentan algunos trabajos de interés.

Una de estas investigaciones fue llevada a cabo por Kim et al. (2003) que analizaron las influencias recíprocas entre los eventos vitales estresantes y la conducta desadaptada (síntomas internalizantes y externalizantes) durante los tres momentos de la adolescencia (temprana, media y tardía) en un estudio longitudinal de seis años. Emplearon como medida una adaptación del JHLES (Swearingen & Cohen, 1985b), pero sólo los AVE negativos que habían ocurrido en el último año, aunque sin distinguir entre eventos controlables o no. Kim et al. (2003) encontraron que los estresores vitales que experimentaron los adolescentes tenían un efecto similar en su distrés emocional total. Un elevado número de eventos vitales negativos predijo altos niveles de estado ansioso y depresivo en los adolescentes, pero los AVE y el desajuste también interrelacionaban en el tiempo, lo que ponía de manifiesto la desventaja acumulativa para algunos adolescentes, dado que situaciones problemáticas y problemas de ajuste mutuamente se refuerzarán con el tiempo. Autores como Rudolph, Flynn, Abaied, Groot y Thompson (2009) proponían la existencia de un ciclo autoperpetuador de la depresión, generación de estrés interpersonal y posterior depresión, sobre todo en las chicas.

Obradović y Hipwell (2010) evaluaron los síntomas internalizantes y externalizantes y la adversidad familiar a niñas cuando tenían 8 años y luego a los 15 años, así como el estatus puberal. Las adolescentes con funcionamiento desadaptativo previo tuvieron incrementos en la exposición a adversidad familiar posterior. Por otra parte, los efectos significativos de la exposición a la adversidad familiar y estatus puberal sobre los síntomas internalizantes iniciales medió completamente el efecto de los síntomas internalizantes. Es decir, la adversidad familiar fue predictor de los síntomas internalizantes en el tiempo, pero también los síntomas externalizantes tuvieron efecto significativo en la exposición a la adversidad familiar durante la transición a la adolescencia.

Por supuesto, la hipótesis de la generación del estrés se ha puesto a prueba en el ámbito clínico. Rudolph et al. (2000) entrevistaron a pacientes preadolescentes y adolescentes y a sus progenitores, y observaron que los menores con trastorno externalizante y depresión comórbidos tendían a experimentar mayores niveles de estrés dependiente (frente al estrés independiente que tuvo poco poder discriminativo), apoyando la idea que los niños eran partícipes en la construcción de ambientes estresantes.

Cole et al. (2006) analizaron los estudios previos con niños (Nolen-Hoeksema, Girgus & Seligman, 1992; citado en Cole et al., 2006) y adolescentes (Cole, Jacquez & Maschman, 2001; Tram & Cole, 2000; citados en Cole et al., 2006), que empleaban sólo las escalas negativas del *Life Events Questionnaire* (LEQ; adaptado de Coddington, 1972) y *Adolescent Perceived Events Scale* (APES; Compas, Davis, Forsythe, & Wagner, 1987), respectivamente. Cole et al. (2006) observaron que todas las correlaciones eran significativas, por lo concluyeron que sus resultados apoyaban tanto la hipótesis de exposición al estrés como la hipótesis de generación del estrés.

La hipótesis de la generación del estrés también se ha probado con acontecimientos dependientes e independientes. Harkness y Stewart (2009) hallaron que los síntomas cognitivo-afectivos de depresión predecían prospectivamente niveles mayores de eventos interpersonales dependientes. En cambio, los síntomas somáticos predecían prospectivamente mayores niveles de eventos independientes. Además, los adolescentes con trastorno depresivo informaron significativamente mayor amenaza de evento independiente, dependiente interpersonal y no interpersonal en los 12 meses, que aquellos sin trastorno. Los autores defendían que el análisis a nivel de síntomas también ofrecía evidencia para una amplia conceptualización de la hipótesis de generación del estrés que incorpora eventos vitales independientes.

Investigaciones similares sobre la generación del estrés ofrecen otra perspectiva del estudio de los eventos vitales. No obstante, esta perspectiva excede los objetivos de la presente investigación que se refiere a la exposición a AVE independientes del sujeto y, por lo tanto, no controlables.

Síntomas internalizantes.

Algunas investigaciones se han centrado únicamente en los síntomas internalizantes, en ansiedad y depresión en niños (Lu et al., 2013), en adolescentes (Asselmann, Wittchen, Lieb, Höfler & Beesdo-Baum, 2015; McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009b), o en niños y adolescentes (Aune & Stiles, 2009; Harland et al., 2002; McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009a).

Los instrumentos más habituales para evaluar los síntomas depresivos en las investigaciones con niños y adolescentes son el *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1992), *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D; Radloff, 1977), *Symptom Checklist 90 - Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1983).

En el caso de los síntomas de ansiedad se suele optar por: *Revised Childhood Anxiety and Depression Scale* (RCADS; Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis, 2000), *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC; March, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997), *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978), *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC; Spielberger, 1973) o *Screen for Childhood Anxiety Related Disorders* (SCARED; Birmaher et al., 1997), entre otros.

En general se ha hallado relación en interacción o mediante otras variables (Lu et al., 2013; McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009a), hallan relación para la ansiedad pero

no para los síntomas depresivos (McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009b), o incluso encuentran un papel mediador de los problemas internalizantes y externalizantes en la relación AVE y otros síntomas depresivos (Liu & Tein, 2005) o entre ansiedad y depresión (Aune & Stiles, 2009). Algunos autores también se interesan por la especificidad en la relación AVE y síntomas internalizantes, y observan relación entre pérdidas y depresión (Asselmann et al., 2015).

Lu et al. (2013) examinaron el modelo diátesis cognitivo de los problemas internalizantes de los niños, y aplicaron una adaptación del *Life Event Questionnaire* (LEQ, Coddington, 1972). Encontraron que los eventos vitales se asociaron con creencias sobre control externo y sesgos de percepción de amenaza, que a su vez se relacionaron con los problemas internalizantes de los niños. La relación de eventos vitales con problemas internalizantes estuvo parcialmente mediada por el sesgo de percepción de amenaza, pero no por el locus de control. Después de controlar el sesgo de percepción de amenaza y el control percibido, la relación de los eventos vitales con los problemas internalizantes se redujo ligeramente. Por lo que parece que un efecto indirecto desde los eventos vitales es ejercido a través del sesgo de percepción de amenaza.

McLaughlin & Hatzenbuehler (2009a) estudiaron los AVE (LES; Coddington, 1972) en niños y adolescentes y los síntomas depresivos y ansiosos un año después. Observaron que los AVE tuvieron un efecto indirecto significativo sobre los síntomas de depresión posteriores y ansiedad a través de la desregulación emocional. La desregulación emocional medió la asociación entre AVE y síntomas internalizantes en adolescentes, aunque los resultados más fuertes fueron para los síntomas de ansiedad.

En otro estudio estos autores (McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009b) también observaron que los AVE se asociaron longitudinalmente con incrementos en la sensibilidad a la ansiedad. Además, ciertos de AVE, en particular los eventos relacionados con la salud y discordia familiar, predijeron diferencialmente incrementos de la sensibilidad a la ansiedad. Los estresores relacionados con la salud fueron predictivos de miedos de enfermedad e incapacidad mental, mientras los estresores asociados con discordia familiar fueron predictores de temor a inestabilidad, incapacidad mental y preocupaciones sociales de tener síntomas de ansiedad observables en público. Pero no obtuvieron relación con los síntomas depresivos.

Liu y Tein (2005) investigaron la asociación entre psicopatología y comportamiento suicida en adolescentes. Encontraron que los eventos vitales negativos del último año se asociaron con mayor riesgo de problemas internalizantes y externalizantes. Respecto al comportamiento suicida, los adolescentes con intento suicida informaron más eventos vitales negativos durante el último año que los de ideación suicida y no suicida. Los ámbitos de mayor estrés en los adolescentes en riesgo de comportamiento suicida fueron el académico y familiar. También observaron que los problemas internalizantes y externalizantes mediaron el efecto de los eventos vitales sobre el comportamiento suicida adolescente.

Aune y Stiles (2009) evaluaron a niños y adolescentes en dos momentos (con un intervalo de 12 meses). Como medida de los eventos vitales adversos revisaron las escalas existentes (*Life Event Scale*; Holmes & Rahe, 1967; *Life Events Checklist*; Brand & Johnson, 1982; Coddington, 1972) y realizaron una selección de los ítems. Pidieron a los adolescentes que informasen que AVE habían ocurrido entre la primera evaluación y la segunda. Aune y Stiles (2009) hallaron que los AVE jugaron un papel significativo en el desarrollo del síndrome de ansiedad social pero no en su persistencia.

Los síntomas depresivos no jugaron un papel significativo ni en el desarrollo ni en la persistencia del síndrome de ansiedad social, mientras que el síndrome de ansiedad social predijo el desarrollo de depresión.

Asselmann et al. (2015) estudiaron los eventos vitales y la relación con los síntomas depresivos y de ansiedad en cuatro momentos durante 10 años desde la adolescencia hasta el inicio de la etapa adulta. Emplearon como instrumento para evaluar los eventos vitales el *Munich Event List* (MEL, Maier-Diewald et al. 1983: citado en Asselman et al., 2015), que diferencia eventos de pérdida, de peligro y mixtos. Hallaron que los eventos de pérdida predijeron depresión, mientras que los eventos de peligro predijeron ansiedad y depresión, pero no comorbilidad entre ellos. Los eventos mixtos predijeron ansiedad, depresión y comorbilidad entre ambos. Asselmann et al. (2015) concluyeron que, dado que la mayoría de los eventos de pérdida se refieren a fallecimiento o separación de otros significativos, las pérdidas interpersonales serían altamente específicas en predecir depresión.

Buena parte de las investigaciones se han enfocado sólo a los **síntomas depresivos**. En palabras de Canalda (2005), sin temor a equivocación, se puede afirmar que el trastorno que más estudios ha generado en el ámbito de los eventos vitales estresantes es la depresión. En este apartado se tratarán las investigaciones sobre síntomas depresivos, y más adelante las referidas a los trastornos depresivos en población clínica.

Algunos autores observan relación entre los AVE y los síntomas depresivos en adolescentes (Ferreira et al., 2012; Veytia et al., 2012; Sawyer, Pfeiffer & Spence, 2009; Strong, Tsai, Lin & Cheng, 2015), y en niños y adolescentes (Ge, Conger & Elder Jr, 2001; Marcotte, Fortin, Potvin & Papillon, 2002; Rønning et al., 2011; Natsuaki et al.,

2007), incluso en estudios prospectivos (Ge, Conger & Elder Jr, 2001), cuando se controla el nivel previo de síntomas depresivos (Natsuaki et al., 2007), aunque los efectos de los AVE disminuyen con el paso del tiempo (Strong, Tsai, Lin & Cheng, 2015). En otros sólo aparecen efectos indirectos a través de otras variables (Bouma, Ormel, Verhulst & Oldehinkel, 2008) o apoyo parcial (Fernández & Kröner-Herwig, 2013). Y otros estudios no encuentran tal relación (Garnefski & Kraaij, 2006).

Respecto a la especificidad algunos apoyan esta perspectiva (Ferreira et al 2012; Ge, Natsuaki, Neiderhiser & Reiss, 2009), pero otros no (Shanahan, Copeland, Jane Costello & Angold, 2008), o no hay vinculación con eventos tradicionalmente asociados con depresión como los de pérdida (Fernández & Kröner-Herwig, 2013).

Marcotte et al. (2002) evaluaron los eventos vitales en los últimos 12 meses en niños y adolescentes de 11 a 18 años, con el *Life Event Questionnaire* (LEQ; Newcomb, Huba & Bentler, 1981). Los adolescentes que tenían imagen corporal negativa y baja autoestima y que habían experimentado mayor número de AVE, informaron más síntomas depresivos. Además, las chicas informaron imagen corporal más negativa y autoestima e indicaron que habían experimentado mayor número de AVE negativos. Además, Marcotte et al. (2002) realizaron análisis con los adolescentes que habían realizado la transición al instituto, que indicaron que la imagen corporal, la autoestima y los AVE mediaron la relación entre estatus puberal y síntomas depresivos durante ese cambio normativo. Los adolescentes que tenían imagen corporal negativa y baja autoestima, informaron más síntomas depresivos. Sin embargo, un mayor número de AVE se asoció con síntomas depresivos en las chicas, pero no en los chicos.

Ferreira et al (2012) estudiaron la relación entre la sintomatología depresiva y los acontecimientos vitales experimentados en los últimos 12 meses y su nivel de impacto percibido en adolescentes. Para el estudio emplearon el LEC (Johnson &

McCutcheon, 1980), y realizaron la adaptación española de este instrumento, siguiendo clasificación de Mestre, Moreno y del Barrio (1996) para el análisis de los ítems en familiar, escolar, social y salud. Ferreira y cols. (2012) encontraron que los acontecimientos vitales negativos aumentaban la sintomatología depresiva, y nivel de impacto percibido de estos acontecimientos también aumentaba la sintomatología depresiva.

Al considerar los subtipos de acontecimientos, Ferreira et al. (2012) observaron que los eventos vitales negativos familiares, escolares y de salud incrementaban el nivel de sintomatología depresiva. Respecto al impacto percibido, los resultados variaron en función del tipo de acontecimiento y la edad del participante. Para los tipos familiar y escolar, el nivel de afectación por los acontecimientos vitales positivos y negativos no se relaciona con la sintomatología depresiva. En cambio, respecto al nivel de afectación de eventos vitales negativos de salud y sociales, se observó que la edad era una variable moderadora del efecto y las relaciones entre ellos y que la sintomatología depresiva variaba en función de la edad que tengan los participantes. En general, se observó que los acontecimientos sociales negativos durante la adolescencia disminuyeron la presencia de sintomatología depresiva.

Veytia et al. (2012) estudiaron la relación entre los sucesos vitales estresantes y los síntomas de depresión en adolescentes, y observaron el grado de estrés de los sucesos vitales estresantes (sociales, familiares, escolares, de pareja, salud y económicos) se relacionaba con la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes (predecía 21%).

Sawyer et al. (2009) evaluaron a adolescentes en dos momentos con un año de diferencia, para observar la relación entre eventos vitales negativos, síntomas negativos y estrategias de afrontamiento. Sawyer et al. (2009) encontraron que los adolescentes

que experimentaron más eventos vitales negativos tenían un riesgo incrementado de mayores niveles de síntomas depresivos un año después, aunque el impacto fue mayor en aquellos que empleaban más estrategias de afrontamiento negativas.

Ge et al. (2006) observaron que los síntomas depresivos cambiaban de acuerdo a un patrón curvilíneo, especialmente en las chicas: aumentaban durante la adolescencia temprana hasta la adolescencia media y luego disminuían en la adolescencia tardía y la adultez temprana. La mayor prevalencia de los síntomas depresivos es durante la adolescencia media y tardía. En este grupo han proliferado varias investigaciones que relacionan los eventos vitales con los síntomas depresivos.

En uno de estas investigaciones, Ge et al. (2001) estudiaron los acontecimientos no deseables en niños y adolescentes y su relación con los síntomas depresivos y el inicio de la pubertad, durante un período de 6 años. Administraron una versión modificada del JHLES (Swearingen & Cohen, 1985), utilizando sólo los eventos vitales adversos que fueron consistentemente evaluados como “incontrolables” por tres evaluadores independientes. Encontraron que los AVE recientes se asociaron con incremento de los síntomas depresivos. Es decir, los acontecimientos vitales aumentaron el riesgo de estado depresivo posterior. Los autores defendían que el hecho de emplear los AVE no controlables como medidas de estrés, ofrecía una mayor confianza a la asociación entre AVE y síntomas depresivos, dado que existía menor probabilidad de fuesen confundidos entre sí. Además, encontraron que las chicas con maduración temprana con altos niveles de síntomas iniciales y AVE más recientes fueron las que tenían mayor probabilidad de tener síntomas depresivos posteriormente. Ge et al. (2001) concluyeron que sus hallazgos demostraban la importancia de la interacción entre la transición puberal y los factores psicosociales en la mayor vulnerabilidad a experiencias depresivas.

Ge et al. (2009) investigaron los vínculos prospectivos de los AVE y la cercanía progenitores-niño con los síntomas depresivos en hermanos. Ge et al. (2009) encontraron que los eventos vitales personales y familiares se asociaron con un aumento de los síntomas depresivos en el momento de la evaluación inicial. Sin embargo, sólo los eventos vitales personales (no los familiares) se asociaron significativamente con los síntomas depresivos años después (Ge et al., 2006, 2009).

Strong et al. (2015) estudiaron relación entre la adversidad en la infancia y los síntomas depresivos en adolescentes en tres momentos. Encontraron que tanto la adversidad temprana como el momento puberal temprano contribuían a los síntomas depresivos cuando los adolescentes inician la educación secundaria a los 13 años (medida inicial o T1). Sin embargo, el impacto negativo de la adversidad sobre la salud mental de los adolescentes decreció con el tiempo, especialmente en los chicos.

Shanahan et al. (2008) para analizar la especificidad de los factores de riesgo psicosociales (individual, familia, iguales, colegio y barrio) y los trastornos comunes y comórbidos, recogieron datos de niños y adolescentes y a sus progenitores en varios momentos. La depresión tuvo se asoció con varios factores de riesgo identificados previamente, depresión de los progenitores y eventos de pérdida. Sin embargo, no obtuvieron apoyo para la especificidad, más bien observaron que el estrés tenía patrones generales más que específicos de asociación con sintomatología psiquiátrica.

Natsuaki et al. (2007) examinaron los cambios en los síntomas depresivos desde la infancia a la adolescencia temprana y su relación con los antecedentes contextuales en niños y adolescentes afroamericanos. Para evaluar los AVE emplearon JHLES (Swearingen & Cohen, 1985a). Natsuaki et al. (2007) encontraron que los participantes informaron más síntomas depresivos cuando tenían 13 años que a los 11 años. No hallaron diferencias de sexo en el nivel de síntomas depresivos a los 11 años. A los 13

años, las chicas tenían mayores niveles de síntomas depresivos que los chicos. Respecto a los AVE, observaron que los AVE experimentados a los 11 años se relacionaron con los síntomas depresivos a los 11 años y a los 13 años. Es decir, que los AVE experimentados cuando los niños tenían 11 años predijeron los síntomas depresivos a los 13 años, este efecto continuó significativo incluso después de controlar los niveles iniciales de síntomas depresivos.

Fernández y Kröner-Herwig (2013) estudiaron el desarrollo de los síntomas depresivos en la infancia y adolescencia y su relación con los AVE y los síntomas depresivos de las madres. Observaron diferentes trayectorias y diferencias entre sexos. En el modelo completo, el número de acontecimientos en los cinco últimos años y los síntomas depresivos de las madres incrementaron significativamente el nivel de los síntomas depresivos. Sin embargo, en el modelo de sexos, sólo los síntomas depresivos de las madres mostraron influencia significativa en los síntomas en chicos y chicas, mientras que para los eventos vitales influyeron sólo en los chicos. Respecto al tipo de eventos, los eventos de pérdida no mostraron ninguna influencia. Por lo que los autores postularon la existencia de diferencias significativas en el desarrollo de síntomas depresivos en función del sexo.

Rønning et al. (2011) realizaron un estudio longitudinal para observar la relación entre los eventos vitales negativos y la depresión en varones. Recogieron medidas en dos momentos, a los 8 años y a los 18 años. Observaron que la depresión en los chicos a los 8 y a los 18 años se asocia particularmente a AVE en la infancia. Además, el divorcio predijo los síntomas depresivos en la infancia y en la adolescencia tardía.

Como se apuntaba, en general los estudios muestran alguna relación entre los eventos vitales y los síntomas depresivos, pero algún estudio publicado no obtuvo esta relación. Por ejemplo, Garnefski y Kraaij (2006) solicitaron a los adolescentes que

indicasen el acontecimiento vital más negativo de su vida mediante una pregunta de respuesta abierta (*the “most negative event they had ever experienced in their lives”*). Según las respuestas obtenidas, distinguieron tres tipos de eventos: de pérdida, estrés relacional y amenaza para la salud propia o de otros (en orden de frecuencia). Las autoras no encontraron relación entre los eventos vitales negativos y la sintomatología depresiva, pero sí observaron relaciones significativas entre tipo de eventos vitales negativos y estrategias cognitivas de autculpabilización o culpabilización a otros. Los adolescentes con experiencia de amenaza a la salud puntuaron más alto en autculpabilización, mientras los adolescentes con evento de estrés relacional puntuaron más en culpabilizar a otros, que los otros grupos. También encontraron relaciones significativas entre sintomatología depresiva y las estrategias cognitivas de autculpabilización, rumiación, reevaluación positiva, poner en perspectiva y catastrofismo. No encontraron efectos de interacción entre tipo de eventos vitales negativos y estrategias cognitivas, sugiriendo que la relación entre estrategias de regulación emocional cognitivas y sintomatología depresiva era consistente entre los diferentes tipos de eventos vitales.

Menos numerosos son, en cambios, las investigaciones recientes en la infancia y la adolescencia que se centran exclusivamente en los **síntomas de ansiedad** en niños y adolescentes y su relación entre los AVE. Se ha obtenido cierta asociación significativa (Lewis, Byrd & Ollendick, 2012; Aune & Stiles, 2009), o efectos indirectos a través de otras variables (Platt, Williams & Ginsburg, 2015).

Por ejemplo, Lewis et al. (2012) evaluaron los eventos vitales negativos en el último año en niños y adolescentes, con 17 ítems del LEC (Johnson & McCutcheon, 1980). Hallaron relación significativa entre los eventos vitales negativos, apoyo social,

afrontamiento activo y pasivo y ansiedad, es decir, mayor número de eventos vitales negativos, menor apoyo social, mayores esfuerzos de afrontamiento y ser de raza afroamericana se relacionó con más síntomas de ansiedad. Los eventos vitales negativos y el afrontamiento pasivo se relacionaron positivamente con ansiedad: a mayor número de eventos vitales negativos y más afrontamiento pasivo, apareció mayor ansiedad. Además, aunque el afrontamiento activo moderó la relación entre eventos vitales negativos y ansiedad, los eventos vitales negativos sólo se relacionaron con los síntomas de ansiedad en los participantes afroamericanos.

Síntomas externalizantes.

Otras investigaciones se centran en los externalizantes en niños. Algunas observan relación significativa (Rydell, 2010), mientras en otras los efectos desaparecen al tener en cuenta el nivel previo de alteración (Samaniego, 2005).

Rydell (2010) estudió los eventos vitales negativos o ambiguos que estaban fuera del control del sujeto, factores demográficos y síntomas de trastorno oposicionista desafiante y síntomas de trastorno de déficit de atención e hiperactividad según los criterios DSM-IV (American Psychiatric Association, APA, 1995), en niños de 10 años. Según el autor, el criterio de elegir los 10 años fue debido a que en esa edad los comportamientos disruptivos generalmente se han estabilizado, la transición al colegio está realizada, pero el niño aún no ha alcanzado la pubertad. Encontraron que mayor número de eventos vitales negativos se asociaron con mayores niveles de síntomas de ambos trastornos (efecto aditivo), pero no encontraron especificidad respecto a los eventos vitales negativos. Rydell (2010) propuso que sus resultados indicaban que una mayor exposición a eventos vitales negativos podía formar parte del puzzle de los

procesos sociales y psicológicos que configuran las asociaciones entre factores demográficos y problemas de comportamiento en los niños.

Samaniego (2005), con niños de 6 a 11 años en Argentina, empleando el Inventario de Sucesos de Vida (ISV, instrumento construido ad-hoc, sobre la base los desarrollados por Berden, Althaus & Verhulst, 1990; Coddington, 1972), encontró que los sucesos de vida fueron predictores significativos del nivel actual de problemas comportamentales, pero este efecto disminuyó al incluir el nivel de problemas previo a los eventos, siendo el nivel inicial de problemas el mejor predictor. Sin embargo, la generalización de resultados estaba limitada, porque el número de participantes era bastante pequeño y la información fue obtenida de los padres, aunque sean estos los mejores informadores de la conducta externalizante. Sorprende que un suceso que no aparecía era que los padres se habían separado. Además, en el constructo de sucesos de vida, la autora incluyó ítems que podían ser AVE y otros de estresores cotidianos (por ejemplo, aumento de los conflictos entre los padres). No obstante, un aspecto interesante era que en el ISV excluía los eventos que podían presentarse como manifestaciones de una alteración previa (como suspender en el colegio) o que dependían de la conducta del sujeto, para así reducir la confusión de las medidas.

1.3.2.3. Investigaciones actuales con población clínica: sintomatología y trastornos mentales.

Buena parte de los estudios se ha enfocado a observar o cuantificar la presencia de los AVE en la población clínica en general y en niños y adolescentes con determinados trastornos, es decir, son estudios fundamentalmente descriptivos. Algunos

de estos trabajos han sido mencionados con anterioridad. Así que en este espacio se hará referencia a otros similares o que analizan otras variables.

Las **investigaciones descriptivas** han encontrado más eventos vitales en la población clínica que en población general, en pacientes con depresión (Mayer et al., 2009), con ansiedad (Allen & Rapee, 2009; Boerb et al., 2002), con depresión y ansiedad (Williamson et al., 2005), o con trastorno obsesivo compulsivo (Gothelf, Aharonovsky, Horesh, Carty & Alter, 2004). También se ha observado más acontecimientos en pacientes con trastorno comórbido que con un único diagnóstico (Allen & Rapee, 2009; Romero et al., 2009).

Entre estos estudios descriptivos, encontramos el de Mayer et al. (2009) con niños y adolescentes (de 7 a 14 años), pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM) de 23 servicios de psiquiatría infantil de Hungría. Los pacientes tenían el doble de eventos vitales estresantes en su vida que el grupo control.

Otro trabajo lo presentaron Allen y Rapee (2009), que compararon niños y adolescentes con trastornos de ansiedad, con otros trastornos comórbidos y sin psicopatología, y evaluaron los eventos vitales y también los acontecimientos independientes del comportamiento, en los últimos 12 meses. Observaron que los niños con trastorno comórbido informaron mayor número de eventos vitales en general y más eventos vitales negativos que los niños con ansiedad o niños sin trastorno. Los niños con ansiedad experimentaban más eventos vitales negativos dependientes del comportamiento que los niños sin trastorno. Estos datos eran coincidentes en la información aportada tanto por las madres como por los niños. En cambio, en los eventos vitales negativos independientes no se observaron diferencias entre los grupos.

Otros autores que también encontraron más acontecimientos en población clínica fueron Romero et al. (2009), que estudiaron a niños y adolescentes con trastorno bipolar, trastorno depresivo y trastorno de ansiedad. Observaron la ocurrencia de eventos vitales, mediante el LEC (Johnson & McCutcheon, 1980) administrados a los pacientes y a sus progenitores. Encontraron que no había diferencias entre los pacientes con trastorno bipolar, depresión o ansiedad en el número de eventos vitales negativos, pero ambos grupos tenían más eventos vitales negativos que los niños y adolescentes sin trastorno, obteniendo los mismos resultados cuando el análisis se limitó a los eventos vitales negativos más graves. Las variables que correlacionaron con mayor número de eventos vitales negativos totales fueron mayor edad, estatus socioeconómico más bajo, vivir en familia no intactas, raza no caucasiana, ansiedad y trastornos disruptivos. Además observaron mayor número de eventos vitales negativos independientes se asoció con raza no caucasiana y trastornos de ansiedad comórbidos.

Gothelf et al. (2004) estudiaron la relación entre los eventos vitales y la patología ansiosa. Para ello compararon a niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de ansiedad y sin trastorno mental, en el número de eventos vitales en el último año y en su vida. Observaron que los niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo tenían significativamente más eventos vitales totales, más eventos vitales negativos en el año previo al inicio del trastorno y a lo largo de su vida que los controles normales, y además percibían estos eventos con mayor impacto y sus niveles de ansiedad se relacionaron con el impacto percibido. Los únicos acontecimientos vitales que diferenciaron a los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad de los que no tenían diagnóstico fueron los relacionados con enfermedades o daño importante en un familiar.

Lucenko, Sharkova, Huber, Jemelka y Mancuso (2015) revisaron los datos administrativos y de las historias clínicas de adolescentes que acudían a servicios de salud y sociales con fondos públicos, para observar la contribución de las experiencias adversas a los problemas de salud mental y el abuso de sustancias. Encontraron que todas las adversidades (enfermedad mental de progenitor o abuso de sustancias, problemas con la justicia o delito, abuso infantil y/o negligencia, personas hogar y fallecimiento de progenitor, excepto la violencia doméstica) se asociaron con abuso de sustancias. Mientras que el fallecimiento de un progenitor, la enfermedad mental de progenitor, abuso infantil o negligencia y persona sin hogar se relacionaron con salud mental y abuso de sustancias.

Otras investigaciones se dedican a analizar la **asociación entre los AVE y el inicio de los síntomas o del trastorno mental** (Boer et al., 2002; Grasso, Ford & Briggs-Gowan, 2012; McLaughlin et al., 2012; Willemen, Koot, Ferdinand, Goossens & Schuengel, 2008) o la derivación a salud mental (Sandberg, Rutter, Pickles, McGuinness & Angold, 2001).

Willemen et al. (2008), en un estudio longitudinal con niños y adolescentes derivados a los servicios de salud mental (pacientes psiquiátricos ambulatorios) de Holanda, con la información obtenida de los padres a través del 12-item Life Events Questionnaire (LEQ, Berden et al., 1990). Tras una entrevista diagnóstica, asignaron a los niños a uno de los seis grupos diagnósticos: déficit de atención y trastornos del comportamiento disruptivo, trastornos de ansiedad, trastornos del ánimo, trastornos generalizados del desarrollo, otros trastornos (trastornos somatomorfos y enuresis/encopresis) y sin diagnóstico. Willemen et al. (2008) hallaron que los acontecimientos previos a la derivación (principalmente de carácter negativo) predijeron

mayores niveles de problemas internalizantes y externalizantes informados por los padres en la derivación. Aunque los niveles de problemas generalmente disminuyeron en los niños después de la derivación a los SSM. Los acontecimientos ocurridos después de la derivación a salud mental se asociaron con más lenta recuperación de problemas internalizantes (información de padres y niños), pero no de problemas externalizantes a lo largo del tiempo. La experiencia subjetiva de estrés explicó los efectos de los eventos, tanto en el nivel inicial como en el curso de la psicopatología. Estos resultados indicaban, según los autores, que mayores niveles de problemas pueden deberse al efecto de los eventos vitales negativos en la experiencia subjetiva de estrés en la vida. Willemen et al. (2009) concluyeron que parecía que los AVE predecían el inicio de los problemas emocionales y del comportamiento, y que los niños derivados, una vez expuestos a los AVE, quedaban vulnerables a la experiencia de nuevos eventos, que a su vez disminuía su recuperación de los problemas internalizantes.

McLaughlin et al. (2012) examinaron las asociaciones entre las adversidades infantiles y el inicio del trastorno mental en una muestra nacional de adolescentes norteamericanos. Elaboraron un listado y clasificaron las adversidades en tres tipos: pérdida parental (fallecimiento, divorcio y otras separaciones/ pérdidas de contacto con los padres o cuidadores – de 6 meses o más), 4 tipos de maltrato (físico, sexual y abuso emocional y negligencia), 4 tipos de desajuste parental (psicopatología, abuso de sustancias, criminalidad/delincuencia, violencia familiar) y adversidad económica. Las adversidades infantiles se relacionaron más con los trastornos del comportamiento y con menos fuerza con trastornos de miedo. El funcionamiento familiar desadaptativo tuvo la relación más fuerte con el inicio de los trastornos. Los autores plantearon que las adversidades infantiles eran comunes, con mucha frecuencia ocurrían de manera simultánea y se asociaban con el inicio de los trastornos mentales en los adolescentes.

Boer et al. (2002) emparejaron a niños con trastorno de ansiedad derivados a una clínica de psiquiatría infantil con controles no clínicos y con el hermano más cercano en edad no derivado, y los compararon respecto al número de AVE informados por los padres. Los pacientes con trastorno de ansiedad habían experimentado más eventos vitales negativos en el año previo a la derivación y a lo largo de su vida que los controles sanos y que sus hermanos.

Sandberg et al. (2001) evaluaron el momento e impacto de los eventos vitales en los 18 meses previos, mediante una entrevista estandarizada (PACE, *Psychosocial Assessment of Childhood Experiences*), en niños y adolescentes nuevos derivados a un servicio de psiquiatría infantil en Londres y de las consultas de pediatría. Hallaron que los pacientes habían experimentado significativamente más eventos graves (sucesos que conllevan amenaza a medio plazo), a pesar de su independencia. Las diferencias más marcadas entre los grupos fueron para los eventos relacionados con el comportamiento del menor.

Grasso et al. (2012) compararon niños pequeños que asistían a consulta pediátrica, a consulta de salud mental y niños sanos, para ver la relación entre los estresores traumáticos previos y los acontecimientos vitales estresantes de los últimos tres meses, y los problemas externalizantes e internalizantes y los síntomas de estrés postraumático. Grasso et al. (2012) encontraron que los niños expuestos a trauma con estresores vitales actuales tenían más problemas externalizantes e internalizantes, en comparación con niños expuestos a trauma sin estrés actual o niños no expuestos a trauma ni estresores actuales. Además, los grupos expuestos a trauma, con o sin estresores actuales, no diferían en gravedad de síntomas de trastorno de estrés postraumático.

Por último, otro grupo de investigaciones se enfoca a analizar la **especificidad** de los AVE en la población clínica. Por una parte, examinaron si ciertos trastornos psiquiátricos están más fuertemente asociados con eventos vitales adversos que otros trastornos (Tiet, Bird, Hoven, Moore et al., 2001), y por otra, si algunos eventos adversos se relacionaban con determinados trastornos mentales (Mayer et al., 2009; Williamson et al., 2005). Estos autores subrayan, que además de examinar el número total de eventos, la necesidad de examinar eventos específicos o grupos de eventos, para ampliar el conocimiento en la comprensión de las interacciones, lo que podría facilitar la detección precoz como posible factor de riesgo trastornos mentales en la infancia y adolescencia (Mayer et al., 2009; Tiet, Bird, Hoven, Moore et al., 2001).

Tiet, Bird, Hoven, Moore et al. (2001), hallaron más eventos vitales adversos en niños y adolescentes con trastornos conductuales, oposicionista desafiante y distimia, y menos relación de los eventos vitales adversos con trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), agorafobia y fobia social.

Otro análisis que se suele realizar en las investigaciones es la **categorización** de los AVE. Goodyer, Herbert, Tamplin y Altham (2000b) evaluaron síntomas depresivos, eventos vitales y trastorno psiquiátrico los 12 meses previos y posteriores al trastorno depresivo mayor, en adolescentes de alto riesgo. Es interesante la definición que hicieron estos autores (Goodyer et al, 2000b) de los sujetos de alto riesgo, como adolescente con dos o más factores de riesgo entre los siguientes: dos o más eventos vitales no deseables de moderados a graves en los 12 meses previos, actual conflictiva marital o ruptura matrimonial pasada, dos o más eventos de pérdida (duelo y/o separación permanente) de significado personal (familiar o amigo) para el adolescente, expresión emocional elevada e historia previa de trastorno psiquiátrico de los padres.

También es interesante la clasificación que realizaron de los eventos no deseables (aquellos que conllevan grado de impacto negativos de moderado a grave) en cuatro grupos mutuamente excluyentes (Goodyer et al, 2000b):

1. *Peligro para sí mismo*: expectativa o ocurrencia de amenaza física para el niño, como enfermedad o accidentes, implicados en casa o desastre en la comunidad o ser víctima de ataque personal.
2. *Peligro para otros*: expectativa o ocurrencia de amenaza física donde la persona expuesta es un progenitor, hermano, amigo u otro significativo (e.g., profesor, familiar de primer grado, vecino).
3. *Decepciones*: fracaso de las expectativas previas y /o esperanzas (e.g., para sí mismo incluido ruptura de pareja, suspender examen; o para otros como pérdida de trabajo, nuevas dificultades económicas, relación extramatrimonial)
4. *Pérdidas*: estado permanente de más contacto con otro significativo (incluye sólo fallecimiento y separaciones permanentes).

Goodyer et al. (2000b) encontraron que la depresión mayor era precedida, en ambos sexos, por efectos aditivos: las decepciones y pérdidas personales muy próximas (del mes previo al trastorno) se asociaron con el comienzo del trastorno depresivo mayor en adolescentes con alto riesgo. Por lo que consideraron que los eventos vitales eran parte de los procesos antecedentes de la depresión mayor en estos adolescentes de alto riesgo. A conclusiones similares llegaron en un estudio del mismo año (Goodyer, Herbert, Tamplin & Altham, 2000a), que el inicio del trastorno depresivo mayor ocurría en más del 90% de los casos de la población de alto riesgo con antecedentes de adversidades psicosociales continuadas. Este grupo de investigación (Goodyer et al., 2000a, b), concluyó que los eventos recientes no deseados y los síntomas depresivos subclínicos correlacionaban con el inicio del trastorno depresivo mayor en adolescentes.

Williamson et al. (2005) elaboraron una clasificación de los acontecimientos estresantes en: probablemente independiente del comportamiento del niño (e.g., fallecimiento de familiar), probablemente dependiente del comportamiento del niño (e.g., aumento en le número de discusiones con los padres o suspender en el colegio) y eventos que representan pérdida para el niño ya sea material (e.g., cambio de domicilio) como emocional (e.g., fallecimiento de un familiar cercano o amigo o salida fuera de la vida del niño - separación o divorcio de los padres).

En el trabajo de Mayer et al. (2009), los autores agruparon algunos eventos en cuatro clústers:

1. *Salud de los padres*: hospitalización, enfermedad física o enfermedad psiquiátrica de los padres biológicos o padrastros.
2. *Fallecimiento de familiares cercanos*: fallecimiento de progenitor u otro familiar cercano.
3. *Sociodemográficos*: problemas económicos, mudanza, desempleo de los progenitores, desastres naturales, pérdida del hogar.
4. *Intrafamiliar*: nacimiento, hospitalización, enfermedad psiquiátrica de hermano/a, cuidado en acogida, conflictos familiares y divorcio de los progenitores biológicos.
5. *Y eventos varios*: abuso, burlas de los compañeros, contacto con la policía y expulsión en el colegio.

Mayer et al. (2009) observaron que los eventos relacionados con la salud de los progenitores, fallecimiento de familiar cercano y eventos intrafamiliares se asociaron significativamente con TDM. La asociación significativa más fuerte apareció entre

TDM y la salud de los progenitores y el fallecimiento de familiar cercano en los niños más pequeños que en los adolescentes.

En el estudio de Tiet, Bird, Hoven, Moore et al. (2001) los trastornos depresivos se relacionaron significativamente con experiencia de pérdida y dolor (e.g., fallecimiento de familiar, pérdida de amigo, ruptura de pareja). También Williamson et al. (2005) observó que los eventos de pérdida independientes del control del niño en el año anterior fueron más prevalentes entre los niños con depresión, mientras los grupos de ansiedad y control no diferían en el número de eventos de pérdida independiente. Williamson et al. (2005) sugirieron que los eventos de pérdida podían ser específicos para la depresión en niños.

La asociación entre pérdida y depresión ha sido informada en numerosos estudios (Tiet, Bird, Hoven, Moore et al., 2001). El concepto de pérdida abarca no sólo la pérdida de una persona, sino de un rol o una idea afectiva (normalmente vinculada con autoestima, seguridad o significado; Brown, 1998; citado en Tiet, Bird, Hoven, Moore et al., 2001). Como respuesta a la pérdida, es probable que ocurran sentimientos específicos de desesperanza o inutilidad, la persona puede perder una fuente importante de valor o refuerzo (Brown & Harris, 1989). Estos sentimientos de desesperanza o inutilidad podrían conducir a una depresión clínica en toda regla, aunque dependiendo de otras variables de la persona y del ambiente (Tiet, Bird, Hoven, Moore et al., 2001). Aunque como se ha mencionado antes respecto a investigaciones con muestras comunitarias, esta asociación no es consistente, sino que aparece en algunos estudios (Asselmann et al., 2015), pero no en otros (Fernández & Kröner-Herwig, 2013).

Entre los síntomas más impactantes que pueden presentar los pacientes de salud mental encontramos la ideación de muerte o el intento autolítico. Parece que se ha

encontrado relación con los eventos vitales (Grover et al., 2009; Roselló & Berrios, 2004).

Roselló y Berrios (2004) observaron relación significativa entre la ideación suicida y depresión, autoestima, actitudes disfuncionales y eventos vitales negativos. Mientras Grover et al. (2009) obtuvieron relación entre los eventos vitales y las conductas suicidas (ideación e intento suicida) en adolescentes hospitalizados, con efectos mediadores de la solución de problemas.

En muestras comunitarias los datos apuntan en el mismo sentido, Madge et al. (2011) estudiaron la autoagresión deliberada (pensamientos y episodios de autolesiones) en adolescentes de población comunitaria, y su relación con la salud psicológica y los AVE en siete países (Australia y distintos países europeos). Los autores encontraron que la gravedad de la historia de autoagresión se asociaba con mayor depresión, ansiedad e impulsividad, menores niveles de autoestima y mayor prevalencia los AVE. Además, este patrón resultaba consistente entre sexos y países.

La psicopatología también se ha estudiado en combinación con las **enfermedades físicas**. Y se ha examinado la contribución de los AVE en los síntomas psicopatológicos. Por ejemplo, Currier, Jobe-Shields y Phipps (2009) encontraron que, en general, los niños pacientes con cáncer que habían experimentado más frecuencia y gravedad de estresores vitales mostraban más síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT) en relación con la experiencia de la enfermedad.

1.3.2.4. Investigaciones sobre acontecimientos vitales estresantes específicos.

Entre las situaciones que más interés han suscitado para observar las consecuencias de los AVE en niños y adolescentes, se encuentran el divorcio de los progenitores y el fallecimiento de un progenitor. Dado que la literatura sobre ambos es muy extensa, a continuación se presenta una pequeña muestra.

Respecto a la **separación o divorcio de los progenitores**, uno de los aspectos que se repite las investigaciones para comprender cómo la experiencia del divorcio de los progenitores afecta al ajuste de los niños es considerar la edad de los niños en el momento del divorcio de sus progenitores (Lansford et al., 2006) o la edad y el sexo (Malone et al., 2004). También otros estudios plantean que se deben tener en consideración otros AVE que ocurren además del divorcio (Ge, Natsuaki & Conger, 2006).

Malone et al. (2004) realizaron un estudio prospectivo con niños desde la incorporación a educación infantil y que sus progenitores estaban casados hasta el noveno curso. Los niños fueron evaluados todos los años: las madres informaban si los progenitores estaban juntos o se habían separado o divorciado y los profesores informaban de los problemas de comportamiento.

Entre los resultados, Malone et al. (2004) observaron que las trayectorias de los problemas de comportamiento externalizante de las chicas no se vieron afectadas por el divorcio, con independencia del momento del mismo. Por el contrario, los chicos que estaban en educación primaria cuando sus padres se divorciaron mostraron un aumento de los problemas de comportamiento externalizante durante el año del divorcio, incremento que persistió en los años siguientes. Por otro lado, los chicos que estaban en

educación secundaria cuando sus padres se divorciaron mostraron un incremento en problemas de comportamiento externalizante en el año del divorcio seguido de un descenso a niveles de la línea base en el año siguiente al divorcio, y este descenso continuó en los años posteriores.

Malone et al. (2004) concluyeron que su estudio sugería que el curso del desarrollo de los problemas del comportamiento externalizante en relación a la experiencia de los niños del divorcio de sus progenitores dependía del sexo del niño y del momento del divorcio. Es decir, experimentar el divorcio de sus progenitores alteró la trayectoria de problemas de comportamiento externalizante en chicos, pero la dirección de los efectos dependió del momento del divorcio.

También Lansford et al. (2006) encontraron que la experiencia del divorcio se relacionaba con el desarrollo de problemas psicológicos y rendimiento académico a lo largo de la infancia y la adolescencia y que estos efectos variaban según el momento del divorcio. El divorcio o separación de los progenitores en un momento temprano se relacionó más negativamente con el desarrollo de los problemas internalizantes y externalizantes, mientras el divorcio o separación posterior se relacionó negativamente con las notas.

En el estudio de Rønning et al., (2011), comentado previamente, el divorcio predijo depresión en la infancia y en la adolescencia.

Ge et al. (2006) con un diseño longitudinal de 11 años, observaron que los niños que experimentaron el divorcio de sus padres a los 15 años de edad, manifestaron un aumento agudo de los síntomas depresivos en comparación con aquellos de familias no divorciadas. Además, los AVE experimentados poco después del divorcio de sus progenitores mediaron el efecto del divorcio sobre los síntomas depresivos (hipótesis de la alteración del curso de la vida).

Sin embargo, como resaltaban Malone et al. (2004), los problemas de ajuste de los niños no se pueden explicar exclusivamente por la experiencia del divorcio, sino que pueden estar influidos por los procesos familiares que conducen al divorcio.

El **fallecimiento de un progenitor** se valora como uno de los estresores más significativos que un niño puede experimentar (Cerel, Fristad, Verducci, Weller & Weller, 2006) y se ha considerado un factor de riesgo de psicopatología (Gray, Weller, Fristad & Weller, 2011).

Gray et al. (2011) examinan los síntomas depresivos en niños y adolescentes con duelo dos meses después del fallecimiento de uno de los progenitores. Estos niños fueron contactados de la información de las esquelas de los periódicos. Encontraron que el fallecimiento de un progenitor se asoció con un riesgo incrementado de episodio depresivo mayor comparado con los controles, incluso cuando se controlaron factores de riesgo importante: 25% de los participantes con duelo experimentó un episodio depresivo mayor en comparación con el 1% de la muestra comunitaria, y 24% experimentó episodio depresivo subsindrómico (3 o 4 síntomas depresivos) frente a 4% en los controles. Sin embargo, eran importantes los factores que correlacionaron con la presencia de episodio depresivo mayor en los niños con un progenitor fallecido, a saber, la historia previa de episodio depresivo mayor en el niño y el alcoholismo en uno de los progenitores.

Cerel et al. (2006) realizaron un seguimiento a niños y adolescentes y progenitores supervivientes durante los dos años posteriores al fallecimiento del otro progenitor. Compararon la sintomatología psiquiátrica con los niños y adolescentes con depresión y sin trastorno. Observaron que el duelo se asoció con incremento de problemas psiquiátricos en los dos primeros años después del fallecimiento. Sin

embargo, los niños con duelo estaban menos afectados que los niños con diagnóstico clínico de depresión. Además, las familias con alto estatus socioeconómico y menor nivel de síntomas depresivos en el progenitor superviviente tenían mejores resultados. El duelo complejo se asoció con peor curso, pero no la anticipación de la muerte. Cerel et al. (2006) concluyeron que el duelo infantil por el fallecimiento de un progenitor era un estresor significativo, y aquellos niños y adolescentes que experimentaban depresión en combinación con depresión en el progenitor o en el contexto de otros estresores familiares tenían el mayor riesgo de depresión y de psicopatología general.

Melhem, Walker, Moritz y Brent (2008) también encontraron mayor riesgo de depresión y TEPT en hijos y progenitores supervivientes. Los hijos con duelo tenían tres veces más riesgo de depresión, incluso después de controlar otros factores de riesgo. Aunque no encontraron diferencias según el tipo de muerte (e.g., fallecimiento por suicidio u otro tipo).

Sin embargo, otros autores han hallado resultados diferentes. Por ejemplo, Kalter et al. (2003) evaluaron el ajuste emocional de niños y adolescentes 18 meses después del fallecimiento de un progenitor. Observaron que, en general, estos niños y adolescentes estaban bien, aunque con un aumento de problemas internalizantes, siendo los chicos adolescentes los que parecían tener las mayores dificultades. De nuevo, el ajuste del progenitor superviviente fue el mejor predictor de la adaptación de los hijos. Y Ge et al. (2006) mostraron que el efecto de los eventos vitales relacionados con el fallecimiento y la enfermedad no alcanzó la significación estadística como predictor de la evolución de los síntomas depresivos.

Otros autores como Dowdney (2000, 2005) señalaban que resultados sobre los efectos psicológicos en los niños y adolescentes que han experimentado el fallecimiento de un progenitor son heterogéneos. Parece que uno de cada cinco niños tiene

probabilidad de desarrollar un trastorno clínico que justifique su derivación a salud mental. Además, los niños suelen informar más síntomas que sus progenitores sobre ellos, y las mayores dificultades se encuentran en los varones (ver revisiones de Dowdney, 2000, 2005).

1.3.2.5. Otros estudios sobre los acontecimientos vitales estresantes.

El interés sobre los AVE sigue estando vigente, tal y como se refleja en las publicaciones. Los estudios que se han ampliado a diferentes áreas de la psicología, por ejemplo, calidad de vida y bienestar (Villalonga-Olives et al., 2010), conducta de juego (Storr, Lee, Derevensky, Ialongo & Martins, 2012), rasgos de temperamento (Laceulle, van Aken, Ormel & Nederhof, 2015), estilos de crianza (Cole et al., 2006) o procesos cognitivos (Van der Heijden, Suurland, Swaab & Sonnevill, 2011).

En el ámbito de la enfermedad física los AVE han tenido un papel principal en los estudios relacionados con la psicología de la salud desde casi los inicios de los estudios del estrés, y aún mantiene su auge (Nielsen, Hansen, Simonsen & Hviid, 2012; Walders-Abramson et al., 2014).

Por último, no podemos olvidar un tema al que se ha enfocado el estudio del estrés en las últimas décadas, a la capacidad del individuo a adaptarse a pesar de la adversidad o lo que es lo mismo, la resiliencia (e.g., Tiet, Bird, Hoven, Wu et al., 2001).

En relación con la calidad de vida, Villalonga-Olives et al. (2010), aplicaron a adolescentes la adaptación española del Coddington Life Events Scales (CLES, Villalonga-Olives et al., 2008), para medir las experiencias vitales en los 12 meses previos. Encontraron asociación negativa entre eventos vitales y calidad de vida, especialmente sobre el bienestar físico, el bienestar psicológico y en ambiente escolar,

pero también sobre la calidad de vida general. Estos efectos fueron más fuertes con los acontecimientos no deseables, por lo que confirma su importancia.

Este grupo de investigación también evaluaron la relación de los eventos vitales con las quejas psicósomáticas (Villalonga-Olives et al., 2011). En sus resultados sólo los sucesos no deseables mostraron un efecto directo negativo significativo sobre las quejas psicósomáticas, que dejó de ser significativo cuando mediaron la vida familiar y la salud mental del adolescente. Aunque los eventos vitales no deseables continuaron con efectos indirectos sobre las quejas psicósomáticas a través de la vida en el hogar y la salud mental, siendo éstos factores protectores.

Storr et al. (2012) estudiaron la conducta de juego (con juegos de azar) en adolescentes mayores y su relación con los eventos vitales. Experimentar un AVE el año anterior no se asoció con un incremento de la probabilidad de ser un jugador, con juego frecuente o tener un problema de juego. Pero sí encontraron que tal relación era más fuerte en los adolescentes que jugaban mensualmente.

Bruce et al. (2006), en niños y adolescentes, encontraron relación de los estilos de crianza y los eventos vitales negativos con las cogniciones depresivas (competencia autopercebida, pensamientos automáticos negativos, triada cognitiva negativa y estilo atribucional depresivo). Los estilos de crianza y los eventos vitales negativos correspondieron con mayores niveles de cogniciones depresivas, mientras el estilo parental positivo correspondió con niveles más bajos de condiciones depresivas. Las asociaciones más fuertes entre estilos de crianza negativos y pensamientos automáticos negativos fueron en los niños mayores, lo que sugiere un posible efecto moderador de la edad o el nivel del curso escolar.

Los acontecimientos vitales negativos se han relacionado negativamente con la memoria declarativa verbal. Van der Heijden et al. (2011) encontraron que aquellos

niños que experimentaron tres o más acontecimientos vitales negativos recordaban 9% menos a corto y a largo plazo.

En el ámbito de la salud física, se ha observado que la exposición a AVE mayores se asoció con menor adherencia a la medicación oral prescrita y deterioro del funcionamiento psicosocial en adolescentes con diabetes tipo 2 (Walders-Abramson et al., 2014). O los niños expuestos a AVE tenían 13% de incremento del riesgo de enfermedades infecciosas menos graves, pero no mayor riesgo de hospitalización por infecciosas graves (Nielsen, Hansen, Simonsen & Hviid, 2012), con variaciones según el tipo de evento: el divorcio incrementaba el riesgo, pero no el fallecimiento de un progenitor.

Como se apuntaba, otros estudios relacionados abordan los eventos vitales desde la perspectiva de la resiliencia. Su literatura es tan amplia que correspondería a otro trabajo abordarla. A modo de ejemplo, Tiet, Bird, Hoven, Wu et al., 2001 (2001) examinaron efectos principales y de interacción de factores individuales, familiares y ambientales, en niños y adolescentes de diferentes ciudades de EE.UU. Para evaluar los eventos vitales emplearon el Adverse Life Events (Tiet et al., 1998). Tiet, Bird, Hoven, Wu et al., 2001 encontraron que un mejor ajuste en los menores se asoció con factores individuales, familiares y contextuales como supervisión parental cercana, mejor funcionamiento familiar, mayores aspiraciones educativas, ausencia de psicopatología materna, bajos niveles de eventos vitales adversos, mayor cociente intelectual (CI), mejor salud física y número amplio de otros adultos en la familia. En promedio, los niños mostraron mayor grado de resiliencia cuando tenían alto CI, supervisión parental cercana, funcionamiento familiar mejor, mayores aspiraciones educativas y eran chicas. La interacción entre psicopatología maternal y CI fue significativa, y hubo una tendencia entre psicopatología maternal y sexo. Un mayor CI es un factor protector

contra la psicopatología materna y los acontecimientos adversos; mientras el sexo femenino parece ser factor protector frente la psicopatología materna pero no para los eventos vitales adversos.

1.3.2.6. Variables relacionadas con los acontecimientos vitales estresantes y sus efectos.

Las variables que con más frecuencia aparecen en las investigaciones son la edad, el sexo, estatus socioeconómico y el grupo étnico (Grant et al., 2006).

Respecto a la **edad**, algunos estudios encuentran diferencias (Ferreira et al., 2012; Flouri & Kallis, 2007, 2011; Grasso, Dierkhising, Branson, Ford & Lee, 2015; Kaplow et al. 2014; Mitchell et al., 2015; Natsuaki et al., 2007). Por ejemplo, Mitchell et al. (2015) observaron que el número de adversidades aumentaba con la edad y el curso escolar.

Mientras en otros estudios no aparece tal relación (Aune & Stiles, 2009; Mayer et al., 2009; Samaniego, 2005). Mayer et al. (2009) no encontraron diferencias en la edad en el número total de eventos estresantes en el grupo clínico, siendo similar el número de eventos en diferentes edades (entre 5 y 6 eventos). En el grupo comunitario, observaron incremento progresivo en función de la edad hasta la adolescencia media, siendo muy altos los niveles de estresores entre los 7 y 9 años y con estabilización en la adolescencia.

En un estudio reciente, Grasso et al. (2015) también encontraron diferencias respecto a la edad en las experiencias potencialmente traumáticas en niños y adolescentes derivados a un servicio específico de atención al trauma. Los resultados mostraron un

incremento en los patrones complejos de experiencias adversas en la infancia media y la adolescencia, en comparación con la temprana infancia. Además, en función del período del desarrollo, diferentes patrones se asociaron con el sexo o la psicopatología del adolescente y problemas con la ley.

En relación al **sexo**, una evidencia contrastada parece ser que las chicas experimentan altos niveles de problemas internalizados y los chicos muestran más comportamientos externalizantes (e.g., Kim et al., 2003), pero una cuestión diferente es si esas diferencias tienen que ver con los eventos estresantes.

Algunos autores han encontrado diferencias de sexo (e.g., Flouri & Kallis, 2007, 2011; Malone et al., 2004; Marcotte et al., 2002; Natsuaki et al., 2007; Rydell, 2010; Strong et al., 2015; Villalonga-Olives et al., 2011). Como tendencia general, cuando aparecen las diferencias de sexo, es que se observe mayor prevalencia y/o afectación en las féminas, pero algunos estudios encuentran resultados contrarios. Por ejemplo, Rydell (2010) encontró algún efecto del sexo, que apuntan a los chicos como más vulnerables que las chicas a factores familiares no óptimos y expresados en relación con síntomas de trastorno oposicionista y de hiperactividad y déficit de atención. Strong et al. (2015) también encontraron mayor prevalencia de adversidad infantil en los varones, aunque el impacto de la adversidad disminuyó en el tiempo más en éstos. O como se ha mencionado antes, Malone et al. (2004) observaron diferencias de sexo respecto al divorcio de los padres, desde la infancia a la adolescencia, en relación con los problemas de comportamiento externalizante en los chicos. Y Fernández y Kröner-Herwig (2013) obtuvieron relación entre los eventos vitales y el desarrollo de síntomas depresivos sólo en los varones.

Sin embargo, otros no han encontrado diferencias de sexo, en población general (e.g., Aune & Stiles, 2009; Furniss et al., 2009; Jiménez et al., 2009; Lorente et al.,

2009; Kim et al., 2003; Morales & Guerra, 2006; McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009a; Oliva et al., 2009; Samaniego, 2005; Villalonga-Olives et al., 2010; Villalonga-Olives, 2013), ni en población clínica (e.g., Kaplow et al. 2014; Mayer et al., 2009; Romero et al., 2009; Sanz et al., 2009).

No obstante, aunque algunos no han encontrado diferencias significativas en el número total de estresores, estas diferencias sí aparecen cuando se analiza la frecuencia e impacto emocional de algunos eventos, siendo las chicas las que experimentan de manera más negativa los estresores (e.g., Jiménez et al., 2009).

Del mismo modo, en el estudio de Ge et al. (2001), a pesar que el número de eventos informados fue similar entre chicos y chicas, se observaron diferencias significativas en función del sexo únicamente en la frecuencia de algunos eventos y el impacto emocional, siendo las chicas las que experimentaron de modo más negativo cada uno los estresores.

También se ha observado más sucesos vitales estresantes escolar, social y de pareja mujeres, pero sin diferencias significativas entre sexo en los estresores relacionados con la salud y económicos (Veytia et al., 2012).

Dentro de los grupos de investigación, en diferentes estudios y empleando los mismos instrumentos de evaluación, aparecen resultados dispares respecto al sexo. Por ejemplo, Villalonga-Olives et al. (2011) encontraron que las chicas informaron haber experimentado más acontecimientos, pero otros estudios no mostraron tales diferencias (Villalonga-Olives et al., 2010, 2013)

Otras investigaciones no encuentran diferencias de sexo en un momento de medición, pero en otro sí. Por ejemplo, en el estudio de Sawyer et al. (2009) no había diferencias significativas en las puntuaciones de eventos vitales negativos en la línea base, pero si en el seguimiento un año después, con mayores puntuaciones para las

chicas. O Ge et al. (2001) que encontraron diferencias de sexo en interacción con una maduración puberal temprana en chicas: las chicas con maduración temprana (menarquia precoz) representaron el grupo con más altas tasas de síntomas depresivos en los seis años de secundaria.

También se han encontrado diferencias de sexo en población clínica, con respecto a los síntomas depresivos. Por ejemplo, Williamson et al. (2005) las niñas con depresión habían experimentado más eventos en total en comparación con niñas con ansiedad y niñas sin trastorno mental, tanto para los eventos globales como los eventos independientes.

Al tener en cuenta el tipo de evento y el trastorno mental, se han observado diferencias de sexo. Por ejemplo, Tiet, Bird, Hoven, Moore et al. (2001) hallaron fuerte asociación entre el cambio de colegio y varios trastornos mentales (como trastorno de ansiedad por separación, fobia social, TDAH, trastorno oposicionista desafiante, depresión y agorafobia) en chicos pero no en chicas. El encarcelamiento o arresto de un progenitor se asoció con varios trastornos mentales como trastornos de conducta y distimia en chicos, y trastornos de conducta y ansiedad generalizada en chicas. Y tener un nuevo/a padrastro/a tuvo un fuerte impacto en trastornos del comportamiento y distimia en chicos y trastorno de ansiedad generalizada en chicas.

Considerando el **grupo étnico o la raza** de los participantes, aparecen diferencias en el número de eventos vitales negativos, en población general (e.g., Lewis, Byrd & Ollendick, 2012; Mitchell et al., 2015) y en población clínica (e.g., Romero et al., 2009).

Por ejemplo, Lewis et al. (2012), los niños y adolescentes de raza caucasiana tenían menos eventos vitales negativos que los niños y adolescentes afroamericanos.

Además, los eventos vitales negativos sólo se relacionaron con los síntomas de ansiedad en los participantes afroamericanos. Y al analizar conjuntamente la raza y el sexo, los eventos vitales negativos siguieron siendo significativos para los chicos afroamericanos, pero no para las chicas afroamericanas. Lewis et al. (2012) concluyeron que los eventos vitales negativos eran más frecuentes en jóvenes afroamericanos que en jóvenes caucásianos y que los eventos vitales negativos eran un predictor significativo sólo para los adolescentes afroamericanos. En este estudio, los afroamericanos no sólo experimentaron más eventos vitales negativos, sino que estos eventos se relacionaron con más ansiedad, siendo además este patrón más evidente en los chicos afroamericanos. Los autores sugerían que era posible que las chicas afroamericanas empleasen diferentes recursos (como el apoyo social) para manejar los eventos vitales negativos o que los chicos afroamericanos experimenten más racismo y perciban menos redes de apoyo social y entonces tuviesen más malestar que las chicas afroamericanas.

Romero et al. (2009) encontraron mayor número de eventos vitales negativos independientes en pacientes de raza no caucásiana.

Por el contrario, en otros no muestran tales diferencias, como en el trabajo de Lemos, Nunes & Nunes (2013), que aplicaron el *Stressful Life Events Inventory* (Oliva et al., 2008) a adolescentes para comparar el número de AVE en los últimos cinco años, pero no encontraron diferencias entre los adolescentes inmigrantes de primera y segunda generación. Por lo que propusieron que los inmigrantes de segunda generación no parecían estar más expuestos a AVE que los del grupo de primera generación.

Asimismo, se han analizado las diferencias en el efecto de los acontecimientos adversos (Kaplow et al., 2014; Ferreira et al., 2012; McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009a). Ferreira et al. (2012) observaron interacción significativa con la procedencia del sujeto: el impacto percibido fue mayor en población autóctona que en la población

inmigrante. Sin embargo, otros no han hallado diferencias en los efectos en la exposición a los AVE (e.g., Wong, 2008)

Otras variables frecuentes son el **estatus socioeconómico y/o nivel educativo** de los progenitores. Respecto al primero, existen estudios que muestran significación (e.g., Flouri & Kallis, 2007; Natsuaki et al., 2007; Rydell, 2010) y otros no (e.g., King et al. 2008; Samaniego, 2005).

Rydell (2010) encontró que las experiencias de múltiples eventos vitales negativos fueron más comunes en familias con circunstancias no óptimas. Rydell (2010) planteó que incluso en una sociedad opulenta e igualitaria, las circunstancias vitales de los niños se relacionaron con su salud mental. Además, parece que existía alguna especificidad en los factores de riesgo demográficos asociados con los síntomas de trastorno oposicionista desafiante y trastorno de hiperactividad / déficit de atención, mientras los eventos vitales negativos actúan como estresores generales.

Se ha registrado el nivel educativo de los progenitores, de igual manera, se prueba relación en unos estudios (e.g., Flouri & Kallis, 2011), pero no en otros (e.g., Furniss et al., 2009).

Asimismo, se han analizado **otras características individuales, familiares y ambientales**. Algunas de estas variables contribuyen a los procesos de vulnerabilidad, mientras otras funcionan como factores de protección, con efectos amortiguadores sobre el estrés. En general, tienen un papel mediador entre los AVE y las alteraciones psicológicas, pero en algunos casos pueden tener un rol moderador. Aunque los resultados son muy dispares, y no siempre se halla tal asociación. Dado que la lista

podría ser interminable, se citará algunos ejemplos de variables individuales, familiares y ambientales.

Respecto a las **variables individuales**, se han analizado constructos como estilos cognitivos (Vines & Nixon, 2009), errores cognitivos (Flouri & Panourgia, 2011), locus de control (Lu et al., 2013; Platt et al., 2015), razonamiento (Flouri & Kallis, 2007), estilos de afrontamiento (Estévez, Oliva & Parra, 2012; Flouri & Mavroveli, 2013), procesos emocionales (Flouri & Mavroveli, 2013, Kaplow et al., 2014; McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009a), recuerdos intrusivos (Meiser-Stedman, Dalgleish, Yule & Smith, 2012), la historia de adversidades previas (Flouri & Kallis, 2007) y la salud mental del adolescente (Villalonga-Olives et al., 2011).

Algunos estudios sugieren una relación entre el estilo cognitivo, los sucesos vitales y la depresión en niños. Por ejemplo, Vines y Nixon (2009) encontraron el estilo de atribución positivo para los eventos positivos moderó la relación entre los acontecimientos vitales negativos y mantenimiento de los síntomas depresivos en niños de 10 a 12 años, explicando 5% de varianza en el seguimiento a los seis meses. Sin embargo, los eventos positivos no moderaron significativamente la relación entre eventos vitales negativos y síntomas depresivos.

El papel de los errores negativos cognitivos fue abordado por Flouri y Panourgia (2011), que estudiaron la sobregeneralización, catastrofismo, abstracción selectiva y personalización, como mediadores del efecto moderador de la habilidad cognitiva no verbal en la asociación entre eventos vitales adversos en la adolescencia. Las autoras encontraron que la sobregeneralización medió el efecto moderador de la habilidad cognitiva no verbal en la asociación entre eventos vitales y las dificultades totales. Los eventos vitales adversos se relacionaron con una tendencia a sobregeneralizar, que luego

se asoció con problemas emocionales y del comportamiento, pero particularmente en aquellos adolescentes con habilidad cognitiva baja. Además, los errores cognitivos negativos mediaron el efecto del estrés vital, pero sólo sobre los problemas internalizantes (no de los problemas de conducta).

Meiser-Stedman et al. (2012) investigaron la frecuencia de recuerdos intrusivos después de un evento negativo reciente en adolescentes. La mayoría de los participantes habían experimentado al menos un recuerdo intrusivo en las semanas previas, con tasas similares para eventos traumáticos y eventos vitales. Parece que los recuerdos intrusivos son reacciones comunes a los eventos negativos y podrían estar implicados en el mantenimiento del estado depresivo posterior.

El papel del locus de control en algunas publicaciones no ha tenido éxito como mediador en los síntomas internalizantes (e.g., Lu et al., 2013), ni en los síntomas de ansiedad en particular (e.g., Platt et al., 2015).

La habilidad de razonamiento amortiguó la asociación de adversidad proximal y psicopatología, principalmente porque moderó entre la adversidad acumulada proximal e hiperactividad en los resultados de Flouri y Kallis (2007).

Estévez et al. (2012) estudiaron los estilos de afrontamiento y hallaron que sólo el afrontamiento de evitación moderó la relación entre estresores y ajuste, pero no las estrategias más aproximativas (búsqueda de ayuda y solución de problemas). Es decir, las estrategias de evitación mostraron relación con los problemas emocionales y comportamentales: los problemas internalizantes aumentaron según el empleo de estrategias de evitación (tanto de tipo cognitivo como conductual), y los problemas externalizantes mantuvieron una relación significativa con la evitación conductual con todos los momentos, y con la evitación cognitiva en la adolescencia media y tardía. Un resultado muy interesante fue tuvo que ver con la utilización frecuente de estrategias de

afrontamiento de evitación: la evitación cognitiva resultó eficaz para amortiguar el efecto negativo de los sucesos vitales estresantes en el aumento los problemas externalizantes; pero, al contrario, la evitación conductual se relacionó con más problemas externalizantes e internalizantes tras experimentar AVE.

Sin embargo, Flouri y Mavroveli (2013) no encontraron rol mediador de los estilos de afrontamiento ni la regulación emocional. Aunque en otro de sus estudios la reevaluación cognitiva actuaba como moderador o factor protector (Flouri & Mavroveli, 2013). También observaron que la evitación y la supresión afectiva se asociaron con incremento en comportamiento problema (Flouri & Mavroveli, 2013). Al igual que Kaplow et al. (2014), que hallaron que la supresión emocional funcionaba como mediador en la relación entre los eventos vitales adversos y los pensamientos y/o comportamientos suicidas.

Respecto a las **variables familiares**, se han dedicado estudios a la vida familiar en general (Villalonga-Olives et al., 2011), o a aspectos más específicos como relaciones familiares de apoyo o de calidad (Oliva et al., 2008, 2009), la cercanía con las madres (Ge et al., 2009) o con un abuelo (Flouri et al., 2010) o los estilos de crianza (Platt et al., 2015), También buena parte de la investigación se ha centrado en los antecedentes de salud mental en los progenitores y observar si esos niños y adolescentes pueden tener más riesgo (Bouma et al., 2008; King et al., 2008).

Oliva et al. (2008) hallaron que los adolescentes resilientes (aquellos con mucha adversidad y pocos problemas externalizantes) tenían relaciones familiares de mayor calidad que los adolescentes desadaptados (aquellos con mucha adversidad y muchos problemas externalizantes). Por lo que afirmaron que las relaciones familiares positivas durante la adolescencia podían ser consideradas como un factor de protección ante las

consecuencias negativas de los AVE. En un estudio posterior, Oliva et al. (2009) encontraron efectos protectores de las relaciones familiares de apoyo en la adolescencia. Las relaciones progenitores - adolescentes de alta calidad (caracterizadas por cohesión, comunicación, afecto y supervisión) protegían a los adolescentes contra las consecuencias negativas de los AVE en los síntomas externalizantes, pero no en los internalizantes.

Respecto a la relación del niño o adolescente con diferentes miembros de la familia, Ge et al. (2009) encontraron que la cercanía con las madres, pero no con los padres, moderó los efectos de los eventos vitales negativos personales y familiares en los síntomas depresivos posteriores (a los tres años). Mientras Flouri et al. (2010) hallaron que la cercanía al abuelo con relación más significativa moderó el efecto del estrés vital proximal sobre la hiperactividad y la psicopatología amplia, y el efecto de la interacción entre estrés vital distal y proximal sobre la psicopatología amplia y externalizante.

Platt et al. (2015) observaron que los niveles de estrés parental, crianza parental ansiosa e interacción disfuncional progenitor-niño medió la asociación entre AVE y gravedad de los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes. Además, el estrés total de los progenitores medió la asociación entre AVE y gravedad de la ansiedad en el niño. Sin embargo, no encontraron tal efecto en el caso de la psicopatología de los progenitores.

En una investigación longitudinal con hijos de progenitores con alcoholismo (niños y adolescentes de 10 a 14 años, población de alto riesgo), King et al. (2008) encontraron que el número de eventos vitales correlacionaba positivamente con la impulsividad informada por los padres y la emocionalidad negativa, y negativamente con la información de los adolescentes del apoyo emocional de sus progenitores. Estos

autores defendieron que aunque los AVE eran un factor importante de riesgo de psicopatología en niños y adolescentes, la psicopatología de los progenitores, las relaciones pobres con los progenitores y el temperamento contribuían a producir estrés estable durante la adolescencia. King et al. (2008) insistieron que sus resultados apoyaban que, incluso cuando los eventos vitales son seleccionados para reflejar eventos que no eran controlables por el individuo, estaban relacionados con factores ambientales y de personalidad, que ponían a los individuos en alto riesgo de experimentar eventos vitales.

Bouma et al. (2008) observaron que los adolescentes cuyos progenitores habían tenido algún episodio depresivo en su vida eran más sensibles al efecto depresógeno de los eventos vitales estresantes, que los adolescentes sin antecedentes familiares de depresión. Además, estos efectos eran mayores en las chicas. Pero no encontraron que este efecto fuese mediado por factores como el temperamento, el funcionamiento familiar o el estilo de crianza percibido.

Para finalizar, las **variables ambientales** tienen su espacio en el estudio de los AVE. Natsuaki et al. (2007) no hallaron relación con la alteración del vecindario. Mientras, Balistreri (2015) encontró que el acceso al médico de familia se asociaba con mayores niveles de bienestar en la infancia y fue un moderador significativo de la relación entre las experiencias adversas y el bienestar del niño. En este último estudio, los niños con exposición a experiencias adversas en la infancia y acceso al médico de familia tenían mayores niveles de bienestar en comparación a los niños sin acceso.

Tabla 1. Investigaciones actuales de acontecimiento vitales estresantes con población comunitaria.

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Assemmann, Wittchen, Lieb, Höfler & Beesdo-Baum (2015)	Población general, adolescentes y adultos jóvenes, de 14 a 24 años (N = 2304). Alemania.	Munich Event List (MEL, Maier-Diewald et al., 1983). Autoinforme.	83 ítems. 11 ámbitos. Incluyen peligro, pérdida y mixtos	Diseño longitudinal: 10 años, 4 ondas. Eventos de pérdida predijeron depresión. Eventos de peligro predijeron ansiedad y depresión. No predijeron comorbilidad. Eventos mixtos predijeron ansiedad, depresión y comorbilidad entre ellas.	Efectos predictivos diferenciales. Pérdidas interpersonales (fallecimiento / separación de otros significativos) específicas en predecir depresión.
Aune & Stiles (2009)	Población general, adolescentes, de 11 a 14 años, escolares de 6° a 9° curso (N = 1439). Noruega.	Listado con ítems (Life Event Scale, Holmes & Rahe, 1967; Life Events Checklist, Brand & Johnson, 1982; Coddington, 1972). Autoinforme.	12 ítems, EV adversos graves. Ocurrencia.	Diseño longitudinal: 2 ondas, 12 meses. Relación positiva EVE y desarrollo de síndrome de ansiedad social. No relación EVE y mantenimiento de síndrome de ansiedad social.	No diferencias de edad. No diferencias de sexo.
Balistreri (2015)	Población general, niños de 6 a 17 años, con 2011-2012 National Survey of Children's Health (N = 59360). EE.UU.	Adverse childhood experiences (ACE), Centers for Disease Control (CDC, Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards et al., 1998). Heteroinforme.	Diferentes adversidades: EVN (AVE, traumáticos, crónicos). 53% alguna experiencia adversa durante la infancia.	Diseño transversal. 28% al menos dos. 15% tres o más. Relación negativa: adversidad infantil y bienestar. Mayores niveles de bienestar en niños con exposición a adversidad y acceso al médico de familia (frente a no acceso).	Efecto moderador: acceso al médico de familia.
Bouma, Ormel, Verhulst & Oldenhinkel (2008)	Población general, adolescentes (N = 2127). Alemania.	Listado propio Autoinforme y heteroinforme.	25 ítems. Últimos 2 años. Ocurrencia y severidad (escala de 4 puntos).	Diseño longitudinal: 2 ondas, 2 años y medio. 78.2% experimentó al menos un EVE. EV: chicos (14.8%) y chicas (22.2%). Mayor sensibilidad al efecto depresógeno de los EVE en adolescentes con padres con antecedentes de episodio depresivo.	Factor de riesgo: antecedentes depresión en progenitores. Diferencias de sexo: mayor efecto en sexo femenino. No efectos mediadores en la depresión parental de temperamento, funcionamiento familiar o estilo de crianza percibido.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Estévez, Oliva & Parra (2012)	Población general, adolescentes, 6 años, adolescencia media (15-16 años) hasta la adultez emergente (21-22 años) (N = 90). España.	Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes (Oliva, Jiménez, Parra & Sánchez-Queija, 2008). Autoinforme.	29 ítems. Últimos 3 años. Frecuencia. Impacto emocional.	Diseño longitudinal: 3 ondas. Relación positiva: problemas emocionales y de conducta y vivencia de AVE en la adolescencia tardía y la adultez emergente.	Efectos moderadores: sólo afrontamiento de evitación, no estrategias aproximativas (búsqueda de ayuda y solución de problemas). Efecto amortiguador: evitación cognitiva en efecto negativo de AVE en el aumento los problemas externalizantes. Evitación conductual se relacionó con problemas externalizantes e internalizantes tras AVE.
Fernández & Kröner-Herwig (2013)	Población general, niños y adolescentes (M = 11,39 años) (N = 3902). Alemania.	Mannheimer Parent Interview (MEI, Esser et al. 1989). Autoinforme.	9 ítems. Últimos 5 años.	Diseño longitudinal. Modelo total: número de EVE y síntomas depresivos de las madres incrementó significativamente el nivel de síntomas depresivos.	Modelo de sexos: sólo síntomas depresivos de las madres mostraron influencia en síntomas en ambos sexos. EV sólo influyeron en síntomas depresivos en varones. No influencia de eventos de pérdida.
Ferreira, Granero, Noorian, Romero y Domènech-Llaberia (2012)	Población general, Adolescentes 13 a 16 años, estudiantes de 2º y 3º E.S.O. (N = 1061). España.	Adaptación a la población española del Life Events Checklist (LEC, Johnson & McCutcheon, 1980) Autoinforme.	AVE positivos y negativos. Últimos 12 meses Ocurrencia e impacto percibido. Clasificación: familiar, escolar, social y salud.	Diseño transversal. AVE negativos: 86,1%. AVE sólo negativos: 77,2% familiar, 39,9% escolar, 36,2% social y 11,9% salud. EVN aumentan sintomatología depresiva. Nivel de impacto percibido de EVN aumenta el grado de sintomatología depresiva. EVN familiares, escolares y de salud aumentan el nivel de sintomatología depresiva.	Variable moderadora: procedencia del sujeto. Mayor impacto percibido población autóctona que inmigrante. Variable moderadora: edad en EVN de salud y sociales. EVN sociales durante la adolescencia disminuyen los síntomas depresivos.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Flouri & Kallis (2007)	Población general, adolescentes de 16 - 18 años (N = 381). Reino Unido.	Adverse Life Events Scale (Tiet, Bird, Davies, Hoven, Cohen, Jensen & Goodman, 1998). Autoinforme.	EV adversos. Ocurriencia en 3 momentos: a los 10 años, a los 15 años y el mes anterior.	Diseño transversal. A los 10 años: M = 2.89, DT = 3.08, rango 0 - 16. En el último mes: M = 2.19, DT = 2.29, rango 0 - 14. A los 15 años: M = 3.27, DT 3.04, rango 0 - 16. 1/3 no experimentó ningún evento vital adverso en el último mes (30.2%) 1/4 no había experimentado EV adversos a los 10 años (23.1%) 1/5 no había experimentado eventos vitales adversos a los 15 años (21%). Relación número de EV adversos (con independencia del momento) y problemas emocionales y del comportamiento. Asociación más fuerte entre número de eventos vitales adversos proximales (en el último mes) y psicopatología.	Efectos amortiguadores moderadores: habilidad de razonamiento en la asociación de adversidad acumulativa proximal y psicopatología, sobre todo en la hiperactividad. Factores de vulnerabilidad compartida: sexo, edad, historia de adversidades vitales, habilidad de razonamiento y estatus socioeconómico de los padres. No apoyo para el modelo de riesgos proximales específicos.
Flouri & Mavroveli (2013)	Población general, niños y adolescentes de 11 a 16 años (en T2 media de edad 14.33; DT = 1.24) (N = 159). Reino Unido.	Adverse Life Events Scale (Tiet, Bird, Davies, Hoven, Cohen, Jensen & Goodman, 1998) Autoinforme.	25 ítems. Eventos relacionados con padres, familia y amigos o exposición individual a posibles situaciones de riesgo. Ocurriencia. Estrés proximal (en el último año) y estrés distal (antes del último año).	Diseño longitudinal: 2 ondas, 1 año.	No efectos mediadores de afrontamiento y regulación emocional. Relación positiva entre evitación y supresión afectiva (factores de riesgo) y comportamiento problema Efectos moderadores de la reevaluación cognitiva.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Flouri & Panourgia (2011)	Población general, estudiantes de 11 a 15 años (M = 12.72; DT = 1.17) de escuelas secundarias de áreas de desventaja social (N = 430). Reino Unido.	Adverse Life Events Scale (Tiet et al., 1998). Autoinforme.	Ocurrencia en 2 momentos: durante el último año (estrés vital proximal) y antes del último año (estrés vital distal).	Diseño transversal. El estrés vital se relacionó con las dificultades totales, problemas de conducta, con iguales y emocionales. 6 de 381 niños (1.6%) informó que nunca había experimentado eventos vitales adversos. En todos, la media fue 5 para ambos, estrés vital proximal y distal, y 11 para el estrés vital total.	Sobregeneralización medió efecto moderador de habilidad cognitiva no verbal en la asociación entre EV y dificultades totales. EV adversos relación con tendencia a sobregeneralizar, que se asoció con problemas emocionales y del comportamiento, en especial en adolescentes con habilidad cognitiva baja. Efecto mediador de los errores cognitivos negativos en relación estresor y problemas internalizantes. No efecto mediador entre estresor y problemas de conducta.
Flouri & Tzavidis (2008)	Población general, estudiantes de 11 a 18 años (M = 14.05; DT = 1.92) de secundaria (cursos 7º, 8º, 10º y 11º), de zona de desventaja socioeconómica (N = 199) Reino Unido.	Adverse Life Events Scale (Tiet, Bird, Davies, Hoven, Cohen, Jensen & Goodman, 1998). Autoinforme.	Riesgo contextual proximal (número de eventos vitales adversos experimentados en el último año) y riesgo contextual distal (número de eventos vitales adversos experimentados antes del último año)	Diseño transversal. 10% no había experimentado EV adversos en último año. 10% no EV adversos previos al último año. 1.5% no había experimentado AV adverso. 4 EV adversos en el último año y previos al último año. 8 EV adversos experimentados alguna vez. Relación eventos vitales adversos y psicopatología total y externalizante. Número de eventos vitales adversos proximales (riesgo contextual proximal) mejor predictor de psicopatología amplia y externalizante, que eventos adversos en el pasado (riesgo contextual distal).	No apoyo para el modelo de riesgos proximales específicos. Efecto aditivo: riesgo proximal sobre la psicopatología. No efecto moderador: riesgo distal en relación entre riesgo proximal y psicopatología y comportamiento prosocial.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Flouri & Kallis (2011)	Población general, adolescentes de 14-15 años, de familias con desventaja socioeconómica (N = 171). Reino Unido.	Adverse Life Events Scale (Tiet, Bird, Davies, Hoven, Cohen, Jensen & Goodman, 1998). Autoinforme.	Ocurrencia Últimos 6 meses Riesgo contextual proximal.	Diseño transversal. PCCR predijo el total de dificultades, síntomas emocionales, problemas conductuales e hiperactividad. No relación riesgo contextual proximal y comportamiento social o problemas con iguales. Relación cuadrática: riesgo contextual proximal y problemas externalizantes. Relación no cuadrática: riesgo contextual proximal y total de dificultades y síntomas emocionales.	Factores de vulnerabilidad compartida: sexo, edad, rendimiento académico y educación de los padres.
Flouri, Buchanan, Tan, Griggs & Attar-Schwartz (2010)	Población general, niños y adolescentes de 11 a 16 años, escolares de 7° a 11° curso (N = 801). Reino Unido.	Adverse Life Events Scale (Tiet, Bird, Davies, Hoven, Cohen, Jensen & Goodman, 1998). Autoinforme.	EV proximales: durante los últimos 12 meses; EV distales: antes de los 12 meses.	Diseño longitudinal. EV proximales: M = 3.72, DT = 3.03. EV distales: M = 4.95, DT = 3.97. En línea base, estrés vital proximal y distal se asociaron con psicopatología amplia y específica, pero asociación más fuerte con estrés vital proximal. Efecto de estrés proximal significativo en predicción de las cuatro dificultades. Efecto de estrés vital distal sólo significativo en síntomas emocionales. Estrés de zona (deprivación múltiple) no se relacionó en línea base, ni predijo psicopatología amplia ni específica.	Efecto moderador: cercanía al abuelo más significativo con efecto del estrés vital proximal sobre hiperactividad y psicopatología amplia, y efecto de interacción entre estrés vital distal y proximal sobre la psicopatología amplia y externalizante (como estrés vital distal con estrés vital proximal para predecir psicopatología amplia y externalizante).

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Flouri, Tzavidis & Kallis (2010)	Población general, niños de 3 años (N = 4748). Reino Unido.	Riesgo contextual: área/zona (Index of Multiple Deprivation) y familia (con EV adversos proximales y distales experimentados, Adverse Life Events Scale, Tiet et al., 1998). Heteroinforme.	17 ítems. Desde el nacimiento hasta incorporación al colegio.	Diseño transversal. Asociación riesgo (proximal familiar, familiar distal y de zona) y psicopatología amplia. Más predictivo: riesgo proximal familiar.	No efectos amortiguadores de la crianza ni el temperamento
Furniss, Beyer & Müller (2009)	Población general, niños de preescolar (N = 1887). Alemania	Listado propio (Brown & Cowen, 1988). Heteroinforme.	17 ítems. Desde el nacimiento hasta incorporación al colegio.	Diseño transversal. Más del 80% al menos un EV (1 EV = 25.2%; 2 EV = 22.0%; 36.7% = 3 o más). 16.2% no había experimentado ningún EV. M = 2.2 (rango de 0 - 9). EV más frecuentes: nacimiento de hermano, fallecimiento de familiar (no progenitor), ingreso en hospital e intervención quirúrgica del niño. Relación positiva número de EV y problemas de salud mental en los niños. Efecto acumulativo más importante de múltiples EV (3 o más).	No relación con variables demográficas: sexo, número de hermanos, nivel educativo de los progenitores e inmigración. 6 factores de cambio familiar: separación / divorcio, salud del niño, cambio (casa, nuevo colegio), trabajo de progenitores, salud de progenitores y otros miembros de la familia. Accidente o fallecimiento de progenitor se asoció con menor puntuación total y menos problemas externalizantes.
Garnefski & Kraaij (2006)	Población general, adolescentes de 14 a 18 años (M = 15.5; DT 0.94), estudiantes de secundaria (N = 129). Holanda.	EV más negativo de su vida (pregunta abierta: the "most negative event they had ever experienced in their lives."). Autoinforme.	3 tipos de EV: pérdida, amenaza para la salud propia o de otros y experiencia de estrés relacional.	Diseño transversal. 59.7% pérdida, 17.1% amenaza para la salud propia o de otros y 23.3% experiencia de estrés relacional. No relación entre EVN y sintomatología depresiva. Relación entre tipo de EVN y estrategias cognitivas de autoculpabilización o culpabilización a otros.	

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Ge, Conger & Elder Jr (2001)	Población general, adolescentes con transición de educación primaria a secundaria entre 8º y 9º (n = 294), o con cambio de colegio entre 6º a 7º curso (n = 121). EE.UU.	Junior High Life Experience Study (JHLES, Swearingen & Cohen, 1985) versión modificada. Autoinforme.	43 EV no deseables e incontrolables. Últimos 12 meses.	Diseño longitudinal. Asociación EVE recientes e incremento de síntomas depresivos. Los EV incrementan el riesgo de estado depresivo posterior. Síntomas depresivos en 7º curso predijeron niveles de síntomas posteriores en los años de secundaria (5 años después).	Diferencias de sexo en síntomas depresivos. Diferencias tempranas de maduración de asociación estatus puberal en 7º curso y síntomas depresivos posteriores. Mayor probabilidad de depresión posterior en mujeres con maduración temprana con altos niveles de síntomas iniciales y EVE más recientes.
Ge, Natsuaki & Conger (2006)	Población general, adolescentes, estudiantes de 7º curso (N = 550) EE.UU.	Junior High Life Experiences Survey (JHLES, Swearingen & Cohen, 1985a). Autoinforme.	20 EV 3 categorías: fallecimiento, enfermedad o daño/lesión / accidente ocurridos a una persona significativa, EV de relaciones y EV al adolescente.	Diseño longitudinal: 11 años. Media de eventos relacionados con salud: chicos 0.91 (DT = 1.00) y chicas 1.01 (DT = 0.95). Media de eventos de relación: chicos 1.02 (DT = 1.01) y chicas 1.29 (DT = 1.21) Medida de eventos personales: chicos 0.36 (DT = 0.57) y chicas 0.25 (DT = 0.43). Los EVE que varían en el tiempo, en especial referidos a relaciones interpersonales o ámbitos personales, se asociaron con desarrollo de síntomas depresivos. EV de fallecimiento y enfermedad no fueron predictores de evolución de síntomas depresivos.	Patrón curvilíneo de síntomas depresivos: aumento durante adolescencia temprana hasta adolescencia media, y disminución en adolescencia tardía y adultez temprana (sobre todo en mujeres). Mayor prevalencia de síntomas depresivos en adolescencia media y tardía. Diferencias de sexo en síntomas depresivos, en adolescencia y juventud. Diferencias de edad: aumento agudo de síntomas depresivos en adolescentes con divorcio de sus padres a los 15 años de edad (en comparación con adolescentes de familias no divorciadas). Efecto mediador: EVE poco después del divorcio median efecto del divorcio parental sobre los síntomas depresivos (hipótesis de la alteración del curso de la vida).

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Ge, Natsuaki, Neiderhiser & Reiss (2009)	Población general, niños – hermanos y progenitores (T1: M = 13.55, DT = 1.99; T2: M = 16.15, DT = 2.09) y hermano (M = 12.08, DT = 1.90; M = 14.68, DT = 1.86) (N = 756) EE.UU.	Listado “ad hoc” Autoinforme.	91 EVE. Últimos 12 meses.	Diseño longitudinal. T1: EV familiares: M = 2.28, DT = 2.81. T1: EV personales: M = 3.23, DT = 3.38. Relación positiva: EV personales y familiares y síntomas depresivos en T1. Sólo EV personales, no los familiares, se asociaron con síntomas depresivos en T2.	Efecto moderador: cercanía con la madre (efecto amortiguador) No efecto moderador: cercanía con el padre.
Gustafsson, Larsson, Nelson & Gustafsson (2009)	Población general, niños de 6 a 12 años (M = 9), estudiantes (N = 315). Suecia.	Life Incidence of Traumatic Events checklist (LITE, Greenwald & Rubin, 1999). Heteroinforme.	15 ítems. Eventos interpersonales y no interpersonales.	Diseño transversal. Más frecuentes: hospitalización de familiar (herido o enfermo) (31.8%), separación/ divorcio (19.8%), fallecimiento de familiar (16.7%), herido en otro tipo de accidente/ enfermedad en hospital (15.9), enfermedad/lesión/ fallecimiento de amigo (8.9%). Relación positiva EV (en especial interpersonales) y síntomas externalizantes. No relación EV y síntomas internalizantes. Relación positiva adversidad psicológica y vecindario en salud mental.	Desventaja sociocultural: asociación con síntomas internalizantes pero no con síntomas externalizantes.
Harkness & Stewart (2009)	Población general, adolescentes de 13 a 18 años (N = 161). Canadá.	Adolescent version of the Life Events and Difficulties Schedule (Bifulco et al., 1989; Frank et al., 1997). Entrevista.	Eventos interpersonales y eventos no interpersonales	Diseño longitudinal. Síntomas cognitivo-afectivos de depresión predijeron mayores niveles de EV interpersonales dependientes. Síntomas somáticos de depresión predijeron mayores niveles de EV independientes.	Adolescentes con trastorno depresivo informaron mayor amenaza de evento independiente, dependiente interpersonal y no interpersonal en los 12 meses, que adolescentes sin trastorno.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Harland, Reijneveld, Brugman, Verloove-Vanhorick & Verhulst (2002)	Población general, niños y adolescentes de 4 a 15 años (N = 4480). Alemania.	EV recientes en el niño Heteroinforme.	EV recientes (últimos 12 meses) y EV lejanos (más de 12 meses).	Diseño transversal. Relación factores estables (características demográficas y familiares) y factores agudos (EVE) y riesgo de problemas emocionales y/o comportamiento. Relación más fuerte con características familiares y EV recientes.	Mayor riesgo de problemas emocionales y del comportamiento con desempleo de progenitor y divorcio o separación reciente, que en el pasado. Más problemas internalizantes: familia monoparental, EV divorcio o separación, EV desempleo y otros EV importantes.
Jiménez, Menéndez & Hidalgo (2009)	Población general, adolescentes de 11 a 17 años (M = 13.12) (N = 623). España.	Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes (Oliva, Jiménez, Parra & Sánchez-Queija, 2008). Autoinforme.	Ocurrencia e impacto emocional. Últimos 5 años.	Diseño transversal. Media 5 a 6 acontecimientos (M = 5.82; DT = 3.62), similar a la obtenida por los autores de la escala. Respecto al impacto emocional, la media fue 4.90 (DT = 2.18). Relación positiva número de eventos estresantes e impacto emocional promedio. AVE más frecuentes: relacionados con contexto escolar y muerte de un familiar cercano. Mayor afectación con acontecimientos del ámbito familiar y personal.	No diferencias de sexo en frecuencia de AVE. Diferencias entre sexos en tipo de estresores más frecuentes e impacto emocional que experimentan. Mayor impacto negativo en chicas.
Kim, Conger, Elder Jr, & Lorenz (2003)	Población general, adolescentes, estudiantes de de 7º a 12º curso (N = 451). EE.UU.	Junior High Life Experiences Survey (JHLES, Swearingen & Cohen, 1985b). Heteroinforme.	25 ítems. Sólo EVN. Último año. Ocurrencia.	Longitudinal: 5 ondas, 6 años. Relación EVN experimentados y efecto similar en distrés emocional total. Relación positiva número de EVN y estado ansioso y depresivo. Interrelación en el tiempo EVN y desajuste (síntomas internalizados y comportamientos externalizados).	No diferencias de sexo.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
King, Molina & Chassin (2008)	Población general de alto riesgo, niños y adolescentes de 10 a 15 años (M = 13.2 años) de alto riesgo, hijos de progenitores alcohólicos, y controles emparejados (N = 422) EE.UU.	Life Events Schedule for Children (GLESC, Sandler, Ramirez, & Reynolds, 1986). Autoinforme y heteroinforme.	EV negativos y no controlables. Último año. Ocurrencia.	Longitudinal: 3 ondas. 2 EV en cada onda (M = 1.98, DT = 1.76, rango = 0 - 9) En los tres momentos estuvieron fuertemente interrelacionados. Correlación positiva EV e impulsividad y emocionalidad negativa (heteroinformada). Correlación negativa EV y apoyo emocional de progenitores (autoinformada).	No relación de los EV con el estatus socioeconómico familiar. Factores de riesgo psicopatología de los progenitores y temperamento.
Lansford, Malone, Castellino, Dodge, Pettit & Cates (2006)	Población general, niños desde educación infantil hasta 10º curso (N = 194) EE.UU.	Divorcio / separación Heteroinforme.		Diseño longitudinal. Relación experiencia del divorcio con trayectorias de los resultados de comportamiento y notas académicas.	Efecto crítico del momento del divorcio: Divorcio/separación en un momento temprano se relaciona más negativamente con desarrollo de problemas internalizantes y externalizantes, que separación/divorcio posterior. Divorcio/separación posterior se relaciona negativamente con notas.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Lemos, Nunes & Nunes (2013)	Población general, primera y segunda generación de inmigrantes adolescentes de 12 a 18 años (M = 14.88, DT = 1.78) (N= 172). Portugal.	Stressful Life Events Inventory (Oliva, Jiménez, Parra & Sánchez-Queija, 2008). Autoinforme.	25 EVE. Últimos 5 años.	Diseño transversal. EVE más frecuentes: cambio de colegio (44%), fallecimiento de familiar (42%), conflicto de pareja (33%), problemas económicos (30%), rechazo/humillación de iguales (30%), enfermedad de un familiar (29%), conflicto entre progenitores (29%), retención escolar (27%), cambio de miembro familiar (24%), abuso de drogas por un familiar (15%), nuevo matrimonio de progenitores (13%), problemas de alcohol, drogas y juego (13%), divorcio de progenitores (11%), problemas con la justicia (10%), encarcelamiento de familiar (8%), enfermedad o accidente (6%), abuso sexual (4%) y embarazo (3%).	No diferencias en número de EV entre inmigrantes de primera y segunda generación.
Lewis, Byrd & Ollendick (2012)	Población general, niños y adolescentes de 11 a 14 años, escolares de 6° a 8° curso (N = 709). EE.UU.	Life Events Checklist (LEC, Johnson & McCutcheon, 1980). Autoinforme.	17 ítems EVN en el último año	Diseño transversal. M = 4.73 EVE (DT = 3.09, rango 0 – 17). Grupo caucásiano: M = 4.25 (DT = 3.3). Grupo afroamericano: M = 5.68 (DT = 2.99). Relación positiva: mayor número de EV negativos, menor apoyo social, mayores esfuerzos de afrontamiento y ser afroamericano, y síntomas de ansiedad.	Relación positiva EVN y afrontamiento pasivo con ansiedad Efectos moderadores del afrontamiento relación AVE – ansiedad. Diferencias de etnia: EVN sólo se relacionaron con síntomas de ansiedad afroamericanos. Diferencias de sexo: en chicos afroamericanos, no en chicas afroamericanas.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Liu & Tein (2005)	Población general, adolescentes de 12 a 18 años (M = 14.6 años, DT=3.4), estudiantes (N = 1362). China.	Adolescent Self-Rating Life Events Checklist (ASLEC, Liu et al., 1997). Autoinforme.	26 ítems Ámbitos: familia, colegio, interpersonal e individual.	Diseño longitudinal. Relación positiva: EVN y mayor riesgo de problemas internalizantes y externalizantes. Más EVN durante el último año en adolescentes con intento suicida, que con ideación suicida o no suicida. Mayor estrés académico y familiar en adolescentes con riesgo de conducta suicida.	Efecto mediador: problemas internalizantes y externalizantes median el efecto de los EV sobre comportamiento suicida.
Lorente, Jiménez & Sánchez (2009)	Población de riesgo, usuaria de Servicios Sociales Comunitarios, adolescentes de 11 a 18 años (N = 216). España.	Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes (Olivea, Jiménez, Parra & Sánchez-Queija, 2008). Autoinforme.	23 de los 29 ítems. Últimos 5 años. 4 categorías: entorno escolar, contexto familiar, grupo de iguales y circunstancias estresantes de carácter personal Ocurrencia. Impacto emocional (escala 10 puntos).	Diseño transversal. Media de 8 sucesos estresantes (M = 7.95, DT = 3.84, rango = 0 - 19). Impacto emocional promedio de 5 puntos (media = 5.07, DT = 1.98). Estrés más frecuentes: contexto escolar (39%), ámbito familiar (28%), iguales (25%) y de carácter más personal (8%). Mayor intensidad emocional: ámbito familiar (M = 6.06, DT = 2.28) y personal (M = 5.99, DT = 3.32), grupo de iguales (M = 5.39, DT = 2.88) y contexto escolar (M = 4.03, DT = 2.49).	No diferencias de sexo. Patrón compartido entre sexos. Más afectación en chicas de estresores de relaciones interpersonales (grupo de iguales y relaciones de pareja).
Lu, Daleiden, Pratt, Shay, Stone & Asaku-Yeboah (2013)	Población general, escolares de primaria de 4° a 6° curso de 10 a 12 años, (M = 10.98 años, DT = 0.90) y progenitores (N = 459). China.	Life Event Questionnaire (LEQ, adapted from Coddington, 1972). Autoinforme y heteroinforme.	29 ítems, adaptación cultural	Diseño transversal. Asociación EV y creencias sobre control externo y sesgos de percepción de amenaza, que se relacionaron con problemas internalizantes.	Efecto mediador: sesgo de percepción de amenaza. No efecto mediador del locus de control.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Malone, Lansford, Castellino, Berlin, Dodge, Bates & Pettit (2004)	Población general, niños que los progenitores estaban casados en la educación infantil, hasta 9º curso (N = 356). EE.UU.	Divorcio o separación. Heteroinforme.		Diseño longitudinal: de infantil hasta 9º curso.	Diferencias de sexo. Diferencias de edad. No efecto del divorcio en trayectorias de problemas de comportamiento externalizante en chicas. En chicos: Divorcio de padres cuando estaban en educación primaria: incremento de problemas de comportamiento externalizante durante el año del divorcio, que persistió en años siguientes. Divorcio cuando estaban en educación secundaria: incremento en problemas externalizantes en el año al divorcio, y descenso a niveles de línea base en el año siguiente al divorcio, que continuó en siguientes años.
Marcotte, Fortin, Potvin, & Papillon (2002).	Población general, adolescentes, de 11 a 18 años (M = 14.46 años), 6º a 12º curso (N = 547). Canadá.	Life Event Questionnaire (LEQ, Newcomb, Huba & Bentler, 1981). Autoinforme.	39 ítems. Últimos 12 meses. Valoración subjetiva de impacto positivo, negativo o neutro (escala de 5 puntos). Sólo frecuencias de eventos valorados como negativamente estresantes.	Diseño transversal. Más síntomas depresivos en adolescentes con imagen corporal negativa, baja autoestima y que habían experimentado mayor número de EVE. Media en todas las edades chicas 9.15 (DT = 8.42) y chicos 6.84 (DT = 8.86). Media en 11 y 12 años: en chicas 6.90 (DT = 7.09) y en chicos 4.31 (DT = 5.62).	Diferencias de sexo: chicas con imagen corporal más negativa y autoestima y mayor número de EVN. Transición al IES: imagen corporal, autoestima y EVE mediaron relación entre estatus puberal y síntomas depresivos. Más síntomas depresivos en adolescentes con imagen corporal negativa y baja autoestima. Mayor número de EVE se asoció con síntomas depresivos en chicas, pero no en chicos.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Matos, Cruz, Dumith, Dias, Carret & Quevedo (2015)	Población general, estudiantes (M = 10.6 años, DT = 2.8) (N = 1075). Brasil.	Social Readjustment Rating Scale (SRRS, Holmes & Rahe, 1967). Heteroinforme.	26 ítems. Último año.	Diseño transversal. Relación positiva eventos estresantes y SDQ. A mayor número de eventos estresantes, mayor probabilidad de síntomas emocionales, comportamentales, hiperactividad y problemas de relación aumentaba.	
McLaughlin & Hatzembuehler (2009a)	Población general, adolescentes, estudiantes de los cursos 6° a 8° (N = 1065) EE.UU.	Life Events Scale for Children (LES, Coddington, 1972). Autoinforme.	25 ítems. Últimos 6 meses.	Diseño longitudinal. EVE: M = 5.10 (DT = 3.33). Sólo medido en T1. Efectos indirectos de EVE sobre síntomas de depresión y ansiedad posteriores, a través de la desregulación emocional.	No diferencias en sexo o raza/etnia. Efecto mediador: desregulación emocional. Efecto mediador más fuerte en adolescentes mayores.
McLaughlin & Hatzembuehler (2009b)	Población general, adolescentes (N = 1065). EE.UU.	Life Events Scale for Children (LES, Coddington, 1972) Autoinforme y heteroinforme.	Con dos subescalas: EVE relacionados con la salud y EVE de discordia familiar.	Diseño longitudinal: 3 ondas, cada 7 meses. Relación EVE con incrementos en la sensibilidad a la ansiedad en el tiempo.	Efecto mediador: sensibilidad a la ansiedad entre los EVE y síntomas de ansiedad posteriores. No efecto mediador con síntomas de depresión. EVE de salud y discordia familiar, predijeron diferencialmente incrementos de sensibilidad a ansiedad. Salud: miedos de enfermedad e incapacidad mental.
Meiser-Stedman, Dalgleish, Yule & Smith (2012)	Población general, adolescentes de 11 a 18 años, estudiantes de secundaria de 7° a 11° (N = 231). Inglaterra.	Descripción breve de evento perturbador experimentado.	2 meses previos. Valoración del efecto en escala de 0 a 10.	Diseño transversal. Al menos un recuerdo intrusivo en las semanas previas en la mayoría. Tasas similares para eventos traumáticos y EV.	Mediador: recuerdos intrusivos, entre los eventos negativos y mantenimiento de estado depresivo posterior.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Mitchell, Tynes, Umaña-Taylor & Williams (2015)	Población general, estudiantes de diversidad étnica de 6º a 12º curso (N = 916). EE.UU.	Non-victimization life adversity and chronic stressors (Turner & Butler, 2003). Autoinforme.	Toda la vida. Adversidades y estresores crónicos.	Diseño transversal. Media: 4.1 (DT = 2.9). 12% sin adversidad, 47% entre 1 y 4 (limitada), 41% 5 o más (múltiple). 1 de cada 5 experimentó 7 o más. Más frecuentes: fallecimiento de alguien cercano (57%), enfermedad grave de alguien cercano (55%), accidente grave de alguien cercano (54%), tener enfermedad grave (36%), discusiones entre progenitores (34%), pérdida de empleo de progenitor (31%), accidente grave (27%), abuso de sustancias por progenitor (26%), intento de suicidio de alguien cercano (23%), encarcelamiento de progenitor (18%), desastre natural (16%), progenitor en conflicto bélico (11%), repetir curso escolar (9%), ser enviado lejos (9%), vivir en la calle (8%). Relación positiva exposición a adversidad y síntomas depresivos y agresión.	Diferencias de edad: más adversidad según aumentaba la edad. Diferencias étnicas. Punto crítico para preocupación de salud mental: 7 o más adversidades. Mayor asociación entre adversidades relacionadas con progenitores (uso de drogas y alcohol y discusiones habituales) y síntomas depresivos y comportamiento agresivo.
Morales y Guerra (2006)	Población general, niños estudiantes de escuelas de educación primaria (1º - 6º curso, 6 - 11 años) de zona urbana en desventaja socioeconómica (N = 2745). EE.UU.	Stressful Urban Life Events Scale (Attar et al., 1994). Autoinforme.	Ultimo año. Ocurrencia. Ámbitos: colegio, familia y vecindario	Diseño longitudinal: 2 años. Los 3 contextos estresantes se relacionaron contemporánea y longitudinalmente con resultados negativos en ajuste (menor rendimiento, mayor depresión y agresión). Efecto acumulativo: Diferentes tipos de estrés en diferentes contextos contribuyeron a dificultades de ajuste actuales y en el tiempo, con efectos directos e indirectos.	No diferencias de sexo. No especificidad: no efecto acumulativo de único estresor. Cierto apoyo la estabilización de los efectos del estrés acumulativo en un determinado umbral. Efecto mayor en momento actual (estrés proximal).

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Natsuaki, Ge, Brody, Simons & Gibbons & Cutrona (2007)	Población general afroamericana. T1: 11 años (M = 10.6, DT = .56), T2: 13 años (N = 777). EE.UU.	Junior High Life Experiences Survey (JHLES, Swearingen & Cohen, 1985a). Autoinforme.	47 ítems Últimos 12 meses.	Diseño longitudinal: 2 ondas, 2 años. EVE a 11 años: M = 9.07, DT 5.45. Relación entre EVE experimentados a los 11 años y síntomas depresivos a los 11 y a los 13 años. EVE experimentados a los 11 años de edad predijeron síntomas depresivos a los 13 años (efecto longitudinal siguió al controlar nivel inicial de síntomas depresivos.	Efecto predictivo de EVE en síntomas depresivos. Diferencias de sexo: más síntomas depresivos a los 13 años en chicas. No diferencias de sexo a los 11 años. Diferencias estatus socioeconómico: más EVE familias con ingresos bajos.
Obradović & Hipwell (2010)	Población general, niñas de 8 años al inicio del estudio (M = 8.8, DT = 0.36) hasta los 15 años, progenitores y profesores (N = 622) EE.UU.	Difficult Life Circumstances questionnaire (DLC, Barnard, 1994). Autoinforme y heteroinforme.	28 EVN	Diseño longitudinal: 6 ondas, anual. Efecto de niveles previos de síntomas externalizantes sobre cambios en competencia social y síntomas internalizantes, y relaciones recíprocas entre competencia social y síntomas internalizantes. Funcionamiento desadaptativo como predictor de exposición a adversidad posterior.	Efectos mediadores: exposición a adversidad y estatus puberal, en relación síntomas internalizantes iniciales y posteriores. Estatus de mayor maduración puberal se relacionó con incremento de síntomas internalizantes, excepto en última evaluación.
Oliva, Jiménez & Parra (2009)	Población general, adolescentes de 15 - 16 años (M = 15.38, DT = 0.56, en T1) y 18-19 años (M = 17.85, DT = 0.52 (N = 113; N = 100). España.	Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes (Oliva, Jiménez, Parra & Sánchez-Queija, 2008). Autoinforme.	2 últimos años Ocurrencia.	Diseño longitudinal: 2 ondas, 2 años. EVE: M = 6.20 (DT = 3.17, rango 0 - 15)	No diferencias de sexo. Efecto moderadores: relaciones progenitores - adolescentes de alta calidad (cohesión, comunicación, afecto y supervisión) protegen a de efectos negativos de EVE en síntomas externalizantes, pero no en internalizantes.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Oliva, Jiménez, Parra & Sánchez-Queija (2008)	<p>Población general, estudiantes adolescentes.</p> <p>Dos momentos: adolescencia media (M = 15.38; DT = 0,56) y tardía (M = 17,87; DT = 0,52). España.</p>	<p>Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes (Oliva, Jiménez, Parra & Sánchez-Queija, 2008).</p> <p>Autoinforme.</p>	<p>29 ítems</p> <p>Últimos 3 años.</p> <p>Ocurrencia e impacto emocional</p>	<p>Diseño longitudinal.</p> <p>Media total de AVE: 6.28 (DT = 3.17, rango = 0-15)</p> <p>Media de impacto emocional: 32.84 (DT = 22.20, rango = 0 - 114).</p> <p>AVE más frecuentes: traslado de clase (72.3%), muerte de un familiar cercano (54.5%) y ruptura de la relación con la pareja (45.5%).</p> <p>AVE que más negativamente afectó: fallecimiento de un familiar (8.1/10)</p> <p>Influencia significativa de los AVE en satisfacción vital, problemas emocionales y problemas exteriorizantes.</p> <p>Relación positiva: AVE y problemas emocionales y de conducta.</p> <p>Relación negativa AVE y satisfacción vital.</p> <p>En T2: relación positiva AVE y problemas externalizantes. No relación AVE y problemas internalizantes.</p>	<p>Factor de riesgo: AVE.</p> <p>Factor de protección: relaciones familiares positivas en efectos negativos de AVE: adolescentes resilientes (más adversidad y pocos problemas exteriorizantes) tenían relaciones familiares de mayor calidad que adolescentes desadaptados (más adversidad y muchos problemas exteriorizantes).</p>
Peterson, Duncan & Canady (2009)	<p>Población general, niños y adolescentes superdotados, de 7-10 años (en T1), hasta 18 años, y progenitores. (N = 59). EE.UU.</p>	<p>Listado "ad hoc" (Holmes & Rahe, 1967).</p> <p>Autoinforme y heteroinforme.</p>	<p>Eventos negativos y positivos.</p>	<p>Diseño longitudinal.</p> <p>Muchos eventos negativos y situaciones durante escolaridad.</p>	<p>Autoinforme retos académicos, transiciones escolares, relaciones con iguales y compromiso excesivo con experiencias más desafiantes.</p> <p>Heteroinforme: más EV, fallecimiento, enfermedad, cambio en composición familiar (divorcio, nuevo hermano, emancipación), enfermedad del niño.</p>

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Platt, Williams & Ginsburg (2015)	Población general, niños de 7 a 13 años (M = 8.82, DT = 1.75) de alto riesgo sin ansiedad, de progenitores con ansiedad (N = 130). EE.UU.	Life Events Scale (LES, Coddington, 1972)	35 ítems. Últimos 6 meses.	Diseño transversal. M = 4.43, DT = 2.38, rango 10.00. Más frecuentes: fallecimiento de abuelo (30%), madre comienza a trabajar (28.46%), aumento de discusiones entre progenitores (20%), cambio en situación económica (20%), separación de amigo cercano (18.46%), aumento de discusiones con progenitor (16.42%), nuevo curso escolar (15.38%), pérdida de empleo de progenitor (15.38%), problemas con amigos (14.64%), cambio en condiciones de trabajo de padre y más ausencia del hogar (11.54), enfermedad grave con hospitalización de progenitor (10.77%), mudarse a nueva casa o barrio (10%), separación de progenitores (9.23%), emancipación de hermano (8.46%), enfermedad grave con hospitalización de hermano (7.69%), divorcio de progenitores (7.69%).	Efectos mediadores: de estrés parental, crianza parental ansiosa e interacción disfuncional progenitor-niño. No efectos mediadores: cogniciones individuales y psicopatología de los progenitores. Relación indirecta AVE y síntomas de ansiedad.
Rønning, Haavisto, Nikolakaros, Helenius, Tamminen, Moilanen, et al. (2011)	Población general, varones, a los 8 años y a los 18 (N = 2348). Noruega.	Listado "ad hoc" Autoinforme y heteroinformes.	EVN.	Longitudinal: 2 ondas, 10 años. Relación EVE y depresión a los 8 y a los 18 años de edad. Relación divorcio y síntomas depresivos en infancia y adolescencia tardía.	
Rydell (2010)	Población general, niños de 10 años (N = 1200). Suecia.	Listado "ad hoc" (Masten, Neemann & Andenas, 1994). Heteroinforme.	15 EVN fuera del control. Ocurrencia. Áreas: conflictos familiares, problemas de miembros de familia y problemas sociales.	Diseño transversal. Relación positiva EVN y síntomas de trastorno oposicionista desafiante y trastorno de déficit de atención (efectos aditivos).	No especificidad de EVN en síntomas de trastornos. Sexo: ligera vulnerabilidad en varones a factores familiares no óptimos. Estatus socioeconómico: más EVN múltiples en circunstancias no óptimas.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Samaniego (2005)	Población general, niños de de 6 a 11 años (N=69) Argentina	Inventario de Sucesos de Vida (ISV; construido ad-hoc, sobre la base los desarrollados por Coddington, 1972a, 1972b; Berden et al., 1990) Heteroinforme.	24 EVN. Últimos 7 meses Frecuencia.	Diseño transversal. M = .96 (DT=1.16). 47.8% sin EVN. 1 EVN 26.1%. Más frecuente: disminución posición económica (17.4%), pérdida de trabajo de progenitor (10.1%), fallecimiento de animal doméstico (8.7%), fallecimiento de abuelo (7.2%), aumento de ausencia del padre (7.2%), enfermedad con hospitalización de progenitor (7.2%), convivencia con nuevo adulto o niño (5.8%), enfermedad grave con hospitalización del niño (5.8%). Asociación predictiva sucesos de vida y nivel actual de problemas comportamentales.	No diferencias en variables demográficas: edad, sexo o nivel socioeconómico. Reducción del efecto al incluir nivel de problemas previo a los eventos (mejor predictor el nivel inicial de problemas)
Sawyer, Pfeiffer & Spence (2009)	Población general, adolescentes (M = 13.01; DT = 0.5), estudiantes de 8° curso (N = 5634). Australia.	List of Threatening Experiences Questionnaire (LTE-Q, Brugha & Cragg, 1990)	9 EVN. Últimos 6 meses. Ocurrencia.	Diseño longitudinal. Relación positiva: adolescentes con más EVN, riesgo de niveles mayores de síntomas depresivos un año después.	No diferencias de sexo en EVN en línea base (chicas M = 1.5, DT = 1.5; chicos M = 1.4, DT = 1.5). Diferencias de sexo en seguimiento (1 año). Más EVN en las chicas (chicas M = 1.6, DT = 1.6; chicos M = 1.5, DT = 1.7). Efecto mediador: estrategias de afrontamiento negativas No efecto mediador: estrategias de afrontamiento positivas.
Shanahan, Copeland, Jane Costello & Angold (2008)	Población general, niños y adolescentes, de 9 a 16 años (N = 1420). EE.UU.	Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA, Angold & Fisher, 1999). Autoinforme.		Diseño longitudinal: 8 ondas. Patrones generales de asociación. La mayoría de los factores de riesgo putativo fueron específicos de un trastorno o de un área de un trastorno.	Asociación de depresión y algunos factores de riesgo (depresión de los progenitores y eventos de pérdida). No apoyo a especificidad.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Strong, Tsai, Lin & Cheng (2015)	Población general, adolescentes, estudiantas de secundaria (N = 4261) a los 13 años (2001) y tres ondas más (a los 15, 17 y 18 años). Taiwan.	Listado "ad hoc".	6 ítems. Hasta los 12 años. Frecuencia. EVN fuera el control. 2 tipos de pérdidas interpersonales, 2 tipos de desajuste parental y otros tipos.	Diseño longitudinal: 4 ondas. 6,18% 2 o más eventos. Mayor prevalencia en chicos (6.8 %) que en chicas (5.6 %). Relación positiva adversidad temprana y momento puberal temprano con síntomas depresivos al inicio de educación secundaria (13 años, T1). Disminución del impacto negativo de la adversidad sobre la salud mental, especialmente en chicos.	Diferencias de sexo: mayor prevalencia en chicos, pero mayor disminución de efecto negativo. No interacción adversidad infantil y momento puberal temprano.
Tiet, Bird, Hoven, Wu, Moore & Davies (2001)	Población general, hogares de niños de 9 a 17 años de cuatro ciudades (N = 1285) EE.UU.	Adverse Life Events Scale (Tiet, Bird, Davies, Hoven, Cohen, Jensen & Goodman, 1998). Autoinforme.	25 EV adversos. Último año.	Diseño transversal. AVE más frecuente: fallecimiento en la familia. Asociación ajuste con: supervisión parental cercana, mejor funcionamiento familiar, mayores aspiraciones educativas, ausencia de psicopatología materna, bajos niveles de EV adversos, mayor CI, mejor salud física y número amplio de otros adultos en la familia.	Mayor grado de resiliencia con alto CI, supervisión parental cercana, funcionamiento familiar mejor, mayores aspiraciones educativas y sexo femenino. Interacción psicopatología materna y CI. Tendencia psicopatología materna y sexo. Mayor CI: Factor protector frente a psicopatología materna y EVE. Sexo femenino: factor protector frente a psicopatología materna, no para EVE.
van der Heijden, Suurland, Swaab & Sonnevile (2011)	Población general, estudiantas de educación primaria, 6 a 12 años (N = 255). Países bajos.	Questionnaire of Life Events (Veerman, Janssen, Ten Brink, Van der Horst & Koedoot, 2003). Autoinforme y heteroinforme.	15 EVN. Frecuencia Valoración subjetiva (positiva o negativa).	Diseño transversal. M = 1,64 (DT = 1,33, rango 0-5). No eventos (22,2% de los niños), 1-2 eventos grupo (52,4%), y 3 o más eventos (25,4%). 78% experimentó al menos un evento.	

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Veytia, González, Andrade & Oudhof (2012)	Población general, adolescentes de 15 a 19 años (M = 16.26, DT = 0.9) (N = 2292). México.	Cuestionario de Sucesos Vitales (SV, Sandín & Chorot, 2008). Autoinforme.	60 sucesos. 6 dimensiones: escolares, pareja, familia, social, salud y recursos económicos. Percepción y grado de estrés (escala de 5 puntos).	Diseño transversal. 80.4% algún suceso vital estresante familiar, 90.7% algún suceso vital estresante escolar y 80.4% algún suceso vital estresante familiar. Relación positiva sucesos vitales depresión, en sucesos vitales de familia, escolares y sociales. Grado de estrés de dimensiones de sucesos vitales predice en 21% la presencia de síntomas de depresión.	Diferencias de sexo: en tipo de evento: más sucesos vitales estresantes escolar, social y de pareja en mujeres. No diferencias significativas en salud y económicos.
Villalonga-Olives, Forero, Erhart, Palacios-Vieira, Valderas, Herdman, Ferrer, Rajmil, Ravens-Sieberer & Alonso (2011)	Población general, adolescentes / jóvenes y sus progenitores (N = 331). España.	Coddington Life Events Scales (CLES, Coddington, 1999). Autoinforme.	53 ítems. Últimos 12 meses. Dos tipologías: deseabilidad y familiaridad	Diseño longitudinal. Relación positiva entre EV no deseables y quejas psicosomáticas.	Sexo: más EV en las chicas. Efectos indirectos a través de vida en el hogar y estabilidad de salud mental. Efectos mediadores: vida familiar y salud mental del adolescente (factores protectores)
Villalonga-Olives, Forero, Maydeu-Olivares, Almansa, Vieira, Ferrer & Alonso (2013)	Población general, adolescente (N = 454) y progenitores. España.	Coddington Life Events Scales (CLES, Coddington, 1999). Autoinforme y heteroinforme.	53 ítems. Últimos 12 meses. EV deseables y no deseables.	Diseño longitudinal. Relación salud mental de progenitores y EV no deseables con problemas internalizantes y externalizantes Más riesgo de problemas de hiperactividad en adolescentes con EV no deseables graves o varios EV.	No diferencias de sexo en media de EV no deseables. Más riesgo en chicos, por mayor prevalencia de estos problemas de hiperactividad. Factor de riesgo más importante: salud mental de los progenitores. Factor de riesgo: EV no deseables.

Tabla 1. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Villalonga-Olives, Rojas-Farreras, Vilagut, Palacio-Vieira, Valderas, Herdman, Ferrer & Alonso (2010)	Población general, adolescentes (N = 454, en T1), 15,4 años (DT = 2.48, N = 423, en T2). España.	Coddington Life Events Scales (CLES, Coddington, 1999).	53 ítems. Últimos 12 meses. EV deseables y no deseables.	Diseño longitudinal. Media: chicas 5.7; chicos 5.3. Más EV deseables (3.1 chicos / 3.5 chicas) que EV no deseables (2.0 y 2.1). Eventos extrafamiliares (4.4. chicos y 4.7 chicas) más frecuentes que los familiares. Asociación negativa entre EV y calidad de vida: bienestar físico, bienestar psicológico y en ambiente escolar, también sobre la calidad de vida general.	No diferencias de sexo: las chicas no tenían más riesgo que los chicos. El efecto importante sobre la calidad de vida con eventos no deseables.
Vines & Nixon (2009)	Población general, estudiantes de primaria, niños de 10 a 12 años (N = 102). Australia.	Cambridge Life Development Measure (Goodyer, Herbert, Tamplin, Secher & Pearson, 1997). Autoinforme.	13 ítems. Últimos 6 meses. Ocurrencia.	Diseño longitudinal: 2 ondas, 6 meses.	Efecto moderador: estilo de atribución positivo para los eventos positivos en relación entre acontecimientos vitales negativos y seguimiento/mantenimiento de síntomas depresivos.
Wong (2008)	Población general, adolescentes de 15 a 20 años (N = 210). China.	Chinese Adolescents Life Events Checklist (Chan, 1998). Autoinforme.	42 ítems. Último año. Ocurrencia. Grado de estrés.	Diseño transversal.	No diferencias en nivel de estrés de origen (inmigrante o local) por exposición a EVE. Factor protector (amortiguador): apoyo social y competencia social en salud mental de inmigrantes. Factor de riesgo: dificultades de relaciones interpersonales. Riesgo adicional en inmigrantes: cambio de colegio y conflictos parentales.
Young, LaMontagne, Dietrich & Wells (2012)	Población general, adolescentes, de 12 a 15 años, estudiantes de 7º y 8 curso (N = 110). EE.UU.	Negative Life Events Adolescent Life Events Questionnaire (ALEQ, Hankin & Abramson, 2002). Autoinforme.	70 ítems de EVN. Últimos 3 meses.	Diseño transversal. Md: 21 (rango intercuartil de 11-31 / 25-75, rango de puntuaciones 0 – 53). 96% 5 o más EVN. Relación positiva número de EVN y síntomas depresivos.	No diferencias de sexo. No diferencias de edad. Las tres vulnerabilidades cognitivas se asociaron altamente con los EVN. La relación más fuerte fue entre el estilo de respuesta rumiativo y los EVN.

EV: evento vital, EVE: evento vital estresante, EVN: evento vital negativo, AVE: acontecimiento vital estresante.

Tabla 2. Investigaciones actuales de acontecimiento vitales estresantes con población clínica.

ESTUDIO	PARTICIPANTES	EVALUACION	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Allen & Rapee (2009)	Población clínica, niños y adolescentes de 7 a 17 años, y madres. Niños con trastorno de ansiedad (n = 198) y controles (n = 88). Australia.	Child and Adolescent Survey of Experiences (CASE-C/P, Allen, Rapee & Sandberg, 2009). Autoinforme y heteroinforme.	EV en los últimos 12 meses Tipos: positivos y negativos, dependientes / independientes	Diseño transversal. Media de EVN independientes: en grupo de ansiedad, 1.61 (madre) y 1.97 (niño); grupo comórbido, 2.03 (madre) y 2.90 (niño); y grupo control, 1.47 (madre) y 1.60 (niño). Mayor número de EV y de EVN en niños con trastorno comórbido, que en niños con ansiedad o sin trastorno. Más eventos negativos dependientes del comportamiento en niños con ansiedad (información de madre y niño).	Diferencias leves entre informantes.
Boer, Markus, Maingay, Lindhout, Borst & Hoogendijk (2002)	Población clínica, niños de 8 a 13 años con trastorno de ansiedad (N = 25), no clínicos y hermano más cercano en edad no clínico. Alemania.	Questionnaire of Life Events (QLE), adaptación alemana del Social Readjustment Rating Questionnaire (Coddington, 1972) Autoinforme y heteroinforme.	EV negativos y no positivos. Toda la vida del niño y último año.	Diseño transversal. Más EVN en niños con trastorno de ansiedad en su vida y en el año previo a la derivación, que en controles sanos y hermanos.	
Currier, Jobe-Shields & Phipps (2009)	Población clínica, pacientes con cáncer y progenitores (N = 121). EE.UU.	Life Events Questionnaire (LEQ, Coddington, 1972) versión modificada. Autoinforme y heteroinforme.	22 ítems. Toda la vida del niño y último año. Ocurrencia. Unidades de cambio vital. No incluyeron ítems deseables ni de enfermedad.	Diseño transversal. Media toda la vida: 5 AVE (Autoinforme: M = 4.74, DT = 5.11, rango = 0-14 / Heteroinforme: M = 5.11, DT = 3.16, 0 - 14). Media último año: 2 AVE (Autoinforme: M = 1.98, DT = 1.96, 0 - 11 / Heteroinforme: M = 2.02, DT = 1.98, 0 - 9). 4% no habían experimentado AVE. 8% informaron 10 o más eventos. Ninguno más de 14. 59% había experimentado 3 a 7 AVE en toda la vida.	

Tabla 2. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	EVALUACION	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Goodyer, Herbert, Tamplin & Altham (2000a)	Población clínica, adolescentes de 12 a 16 años, pacientes psiquiátricos con trastorno depresivo mayor (N = 180). Inglaterra.	Entrevista psicosocial semiestructurada de eventos recientes deseables y no deseables y amistad/relaciones.	Últimos 12 meses. Eventos no deseables, 4 grupos: peligro para sí mismo, peligro para otros, decepciones y pérdidas	Diseño longitudinal: 12 meses. Inicio de trastorno depresivo mayor precedido por efectos aditivos: mayores síntomas depresivos, decepciones personales y pérdidas sólo en mes.	No diferencias de sexo. Asociación decepciones y pérdidas personales muy próximas (mes previo al trastorno) con el comienzo del trastorno en adolescentes con alto riesgo.
Gothelf, Aharonovsky, Horesh, Carty & Apter (2004)	Población clínica, niños y adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC, n = 28), trastornos de ansiedad (n = 28) y controles (n = 24). Israel.	Life Events Checklist (LEC, Johnson & McCutcheon, 1980). Autoinforme.	Toda la vida.	Diseño transversal. Más EV totales y más EVN en el año previo al inicio del trastorno en niños y adolescentes con TOC, y percibían los eventos con mayor impacto. Relación positiva impacto percibido y nivel de ansiedad.	Especificidad: sólo EV relacionados con enfermedad o daño importante en un familiar diferenció entre trastorno de ansiedad y no diagnóstico.
Grasso, Ford & Briggs-Gowan (2012)	Población clínica, pediátrica y de salud mental, y población general. Niños de 2 a 4 años (M = 2.91 años, DT = 0.56) (N = 213). EE.UU.	Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA, Egger et al., 2006) Heteroinforme.	Eventos potencialmente traumáticos y AVE	Diseño transversal. 63% con historia de exposición potencial al trauma y estrés vital actual. Más problemas externalizantes e internalizantes en niños expuestos a trauma con estresores vitales actuales, que en con niños expuestos a trauma sin estresor actual y niños no expuestos a trauma y sin estresor actuales.	Niños expuestos a trauma (con o sin estresores actuales) no diferían en gravedad de síntomas de trastorno de estrés postraumático.

Tabla 2. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	EVALUACION	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Johnston, Steele, Herrera & Phipps (2003)	Población clínica, niños con diagnóstico de cáncer (n = 130) o de enfermedad crónica (artritis reumatoide infantil, diabetes o fibrosis quística; n = 121). Población general, niños de colegios de misma zona (n = 362). Niños de 7 a 18 años (M = 12.64, DT = 2.96) y progenitores (N = 613 diadas). EE.UU.	Coddington Life Events Questionnaire (CLEQ, Coddington, 1972) versión modificada. Autoinforme y heteroinforme.	Sólo EVN: 22 ítems. Ocurrencia.	Diseño transversal. Preadolescentes (10-12 años): el número de EVE informados a lo largo de la vida del niño fue: padres (M = 4.84; DT = 3.34) y niños (M = 5.10; DT = 2.97). Niños informaron significativamente más EVN que sus progenitores. Niños del grupo de enfermedad crónica informaron significativamente menos EVN que los otros grupos.	Diferencias entre informantes: Los progenitores de los niños con cáncer informaron significativamente más EVN que los otros grupos. Discrepancias en las tres muestras. Progenitores y niños del grupo control significativamente más discrepantes que los otros grupos.
Kaplow, Gipson, Horwitz, Burch & King (2014)	Población clínica, servicios de urgencia pediátricos, problemas médicos y/o psicológicos, centro médico urbano población sin hogar. Adolescentes, de 14 a 19 años (N = 625). EE.UU.	Social Readjustment Rating Scale (Holmes & Rahe, 1967) versión no adulta. Autoinforme.	Solo 12 ítems de EV adversos. Últimos 12 meses Frecuencia.	Diseño transversal. EV más frecuente: ruptura de pareja (67%), fallecimiento de amigo cercano (51%) y repetir/suspender curso escolar (46%).	Efecto mediador de la supresión emocional entre EV y pensamiento e intento suicida. No diferencias de sexo en supresión emocional, número de EVE, síntomas depresivos, ideación suicida o intentos de autolíticos. No relación entre raza y síntomas depresivos, supresión emocional, o intentos de suicidio. Diferencias raza x sexo: más EV adversos en adolescentes blancos, que adolescentes negros. Y más probable ideación suicida. Diferencias de edad: más EV adversos y mayor supresión emocional en adolescentes mayores, que en adolescentes más jóvenes.

Tabla 2. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	EVALUACION	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Lucenko, Sharkova, Huber, Jemelka & Mancuso (2015)	Población clínica, servicios de salud y social públicos. Niños y adolescentes de 12 a 17 años. Cohorte de 1 año (N = 125123). EE.UU.	Datos administrativos y de historias clínicas		Diseño transversal. Valor predictivo de las experiencias adversas sobre la presencia de problemas de salud mental y abuso de sustancias.	Asociación salud mental y abuso de sustancias con fallecimiento de progenitor, enfermedad mental de progenitor, abuso infantil o negligencia y sin hogar. Asociación de abuso de sustancias con casi todos los predictores (enfermedad mental de progenitor o abuso de sustancias, problemas con las justicia/delito, abuso infantil y/o negligencia, personas hogar y fallecimiento de progenitor, excepto violencia doméstica).
Mayer, Lopez-Duran, Kovacs, George, Bajl, Kapornai, Kiss & Vetró (2009)	Población clínica, servicios de psiquiatría infantil, y población general. Niños y adolescentes (de 7 a 14 años), con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM, según diagnóstico DSM-IV), (N = 434) y escolares (N = 724). Hungría	Intake General Information Sheet (IGIS) Heteroinforme.	22 eventos. 4 clusters: salud de progenitores, fallecimiento de familiares cercanos, sociodemográficos e intrafamiliar.	Diseño transversal. Doble de eventos vitales estresantes en su vida en niños con diagnóstico de TDM (6.0, DT = 2.8), frente a grupo control (2.8, DT = 2.0).	No diferencias de edad en número total de eventos en grupo clínico. En grupo comunitario, incremento gradual del número de EVE según edad hasta adolescencia media. Muy altos niveles de estresores en las edades de 7-9 años que se estabilizó en la adolescencia. No diferencias de sexo o de interacción edad-sexo en número total de eventos. Asociación con TDM y eventos relacionados con salud de padres, fallecimiento de familiar cercano y eventos intrafamiliares. Asociación significativa más fuerte entre la salud de los padres y fallecimiento de familiar cercano y TDM en los niños más pequeños que en adolescentes.

Tabla 2. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	EVALUACION	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
McLaughlin, Green, Gruber, Sampson, Zaslavsky & Kessler (2012)	Población clínica, adolescentes de 13 a 17 años (N = 6483) y progenitores. Muestra nacional. EE.UU.	Listado propio: 3 tipos de pérdida parental, 4 tipos de maltrato, 4 tipos de desajuste parental y adversidad económica. Autoinforme.	12 adversidades infantiles.	Diseño transversal. 58.3% al menos una. 59.7% informó múltiples adversidades. Fallecimiento de progenitor (7.3), divorcio (28.4%), otra pérdida parental (4.9%), delito de progenitor (26.3%), adversidad económica (16.2%), enfermedad mental de progenitor (15.6%), abuso sustancia progenitor (10.7%), violencia familiar (8.4%), los demás por debajo de 7%.	Relación más fuerte adversidades y inicio de trastornos del comportamiento. Relación menos fuerte adversidad y inicio de trastornos de miedo. Relación positiva más fuerte adversidad de funcionamiento familiar desadaptativo e inicio de trastornos.
Romero, Birmaher, Axelson, Iosif, Williamson., Gill, ... & Keller (2009)	Población clínica, niños y adolescentes de 7 a 17 años (M = 12.7, DT = 3.2) (N = 446), con trastorno bipolar I, II y no especificado, trastornos depresivos y/o ansiosos (N = 65) y controles sanos (N = 65). EE.UU.	Life Events Checklist (LEC, Johnson & McCutcheon, 1980) Heteroinforme y autoinforme	46 ítems. Sólo EVN Último año. EVE independientes y dependientes del comportamiento.	Diseño transversal.	No diferencia en población clínica en número de EVN. Más EVN en pacientes que en controles. No diferencias de sexo o diferentes subgrupos de trastorno bipolar respecto al número de EVN informados (independientes, dependientes e inciertos). Mayor número de EVN totales: mayor edad, estatus socioeconómico más bajo, vivir en familias no intactas, raza no caucásiana y ansiedad comórbida. Más EVN independientes en raza no caucásiana y trastornos de ansiedad comórbidos.

Tabla 2. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	EVALUACION	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Roselló & Berríos (2004)	Población clínica, adolescentes de 12 a 18 años (N = 113). Puerto Rico.	Adaptación al español de Matos y Roselló (1993) de la Lista de Eventos Estresantes (Coddington, 1972). Autoinforme.	19 ítems. Últimos 12 meses.	Diseño transversal. Más frecuentes: cambio de escuela, trabajo o casa (51%), dificultades económicas (46%), ruptura con la pareja (40%), dificultades con algún miembro de la familia (36%) y muerte de un familiar o amigo (35%). Otros EVE: separación de los padres (32%), divorcio de los padres (24%), discusiones de los padres (35%), enfermedad o accidente de los abuelos (35%), muerte de padres, hermanos o abuelos (26%). Relación entre ideación suicida y depresión, autoestima, actitudes disfuncionales y EVN.	
Sandberg, Rutter, Pickles, McGuinness & Angold (2001)	Población clínica, pacientes de 8 a 16 años (M = 12.2), nuevos derivados a servicio de psiquiatría infantil (N = 99) y grupo control de las consultas de pediatría (M = 12.1 años, N = 26), y cuidador principal. Inglaterra.	Psicosocial Assessment of Childhood Experiences (PACE, Glen, Simpson, Drinnan, McGuinness, & Sandberg, 1993; Sandberg et al., 1993). Autoinforme y heteroinforme.	Eventos graves y adversidades mayores 18 meses previos. Momento e impacto de EV.	Diseño transversal. EV independientes de niño y familia: en grupo clínico M = 1.26 (DT = 1.18) y en grupo control M = 0.61 (DT = 0.94). EV independiente del niño: en grupo clínico M = 1.01 (DT = 1.35) y en grupo control 0.46 (DT = 0.71). EV relacionado con comportamiento del niño, en grupo clínico M = 1.08 (DT = 1.14) y en grupo control M = 0.27 (DT = 0.53).	Más eventos graves (EV que conllevan amenaza a medio plazo), a pesar de su independencia, en pacientes que en controles. Mayores diferencias en eventos relacionados con comportamiento del niño. Apoyo bastante limitado a que EVN provoquen el inicio de trastorno psiquiátrico en niños y adolescentes.
Sanz, Gómez, Almendro, Rodríguez, Izquierdo & Sánchez (2009)	Población clínica, Servicios de Salud Mental (Comunidad de Madrid). Adolescentes de 16 a 21 años (M = 19.35) (N = 62). España.	Cuestionario de experiencias vitales estresantes (Coddington, 1972) y otros eventos Autoinforme.	20 ítems del ILEQ, más 10. Frecuencia y valoración de efecto (escala tipo likert)	Diseño transversal. Media: 5.95 (DT = 3.26). 98.4% uno o más AVE. Hasta 15 AVE en algunos pacientes. Sólo 1 sujeto sin ningún AVE.	No diferencias entre sexos.

Tabla 2. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	EVALUACION	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Tiet, Bird, Hoven, Moore, Wu, Wicks, Jensen, Goodman & Cohen (2001)	Población clínica, niños y adolescentes, de 9-17 años (N=1285). NIMH Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. EE.UU.	Life Events Checklist (LEC; Brand & Johnson, 1982; Coddington, 1972a, 1972b; Johnson & McCutcheon, 1980), versión modificada (Goodman et al., 1998).	26 ítems. Último año. Ocurrencia. Experiencia subjetiva (positiva o negativa). Sólo eventos valorados como adversos.	Diseño transversal. Asociación significativa trastornos conductuales, oposicionista desafiante, depresión mayor y distimia con muchos de los EV adversos examinados (de 17 a 22 de los 25 EV examinados). TDAH, agorafobia y fobia social se relacionaban con muy pocos.	Trastornos depresivos asociados con pérdida y dolor (fallecimiento de familiar, pérdida de amigo, ruptura de pareja). Diferencia de sexo: - cambio de colegio: trastornos en chicos (más del triple de trastornos de ansiedad de separación y fobia social, y más de 5 veces TDAH, trastorno oposicionista desafiante, depresión y agorafobia), pero no en niñas. - encarcelamiento / arresto de progenitor: trastornos de conducta y distimia en chicos y trastornos de conducta y ansiedad generalizada en chicas. - nuevo/a padrastró/a: trastornos del comportamiento y distimia en chicos y trastorno de ansiedad generalizada en chicas.
Willems, Koot, Ferdinand, Goossens & Schuengel (2008)	Población general, niños y sus padres (M = 11.26 años en la primera onda, DT = 3.18, rango 6 - 18) (N = 310, en T1). Países Bajos.	12-item Life Events Questionnaire (LEQ, Berden, Althaus, & Verhulst, 1990). Autoinforme y heteroinforme.	12 EV.	Diseño longitudinal. T1: M = 1.43 (DT = 1.26, 0 -6). T2: M = .71 (DT = .83, 0 -4) T3: M = 1.47 (DT = 1.05, 0 -5). Relación positiva EVE previos a derivación y problemas internalizantes y externalizantes (heteroinforme) Disminución de problemas después de derivación a los SSM.	Efecto mediador: experiencia subjetiva de estrés explicó efectos de los EV, tanto en nivel inicial como en curso de psicopatología. Asociación EV después de derivación y más lenta recuperación de problemas internalizantes (información de progenitores y niños), pero no de problemas externalizantes en el tiempo.
Williamson, Birmaher, Dahl & Ryan (2005)	Población clínica, niños 6-12 años (N = 76) con diagnóstico de depresión, ansiedad y sin trastorno. EE.UU.	Life Events Record (LER, Coddington 1972). Heteroinforme.	Último año. Sólo eventos valorados como estresantes.	Diseño transversal. Más EV en total durante año previo (dos o más) en niños con depresión en comparación ansiedad y control.	Eventos de pérdida independiente más frecuentes en niños con depresión. No diferencias en número de eventos de pérdida independiente en niños con ansiedad y sin trastorno. Diferencias de sexo: más eventos (globales e independientes) en niñas con depresión.

EV: evento vital, EVE: evento vital estresante, EYN: evento vital negativo, AVE: acontecimiento vital estresante

2. LOS ESTRESORES COTIDIANOS EN LA INFANCIA

2.1. DEFINICIÓN DE ESTRESOR COTIDIANO

A finales de los años 70 del pasado siglo, Lazarus y su equipo publicaron diversos trabajos teóricos sobre el significado adaptativo de los estresores relativamente menores y las satisfacciones de la vida diaria, que parecían tener un significado próximo sobre la salud, y proponían que era necesario evaluar su impacto acumulativo (Coyne, Kanner & Hulley, 1979; Kanner & Coyne, 1979; Lazarus, 1980; Lazarus & Cohen, 1977; Lazarus, Kanner & Folkman, 1980; citados en Kanner, Coyne, Schaeffer, Lazarus, 1981).

Los sucesos diarios, sucesos menores o microeventos, según Kanner et al., (1981), son aquellos acontecimientos menores de carácter cotidiano, que aparecen en las transacciones diarias con el entorno. Estos autores distinguieron dos tipos: “las demandas irritantes, frustrantes y estresantes que en cierto grado caracterizan las transacciones cotidianas con el entorno” (p. 3) (*hassles*), y las satisfacciones y experiencias positivas (*uplifts*).

En la presente investigación se va a prestar atención a los estresores cotidianos o molestias, que Lazarus (1985) denominó *daily hassless*, es decir, situaciones diarias o de alta frecuencia que irritan o frustran al individuo. Estos sucesos pueden tener un efecto acumulativo y producir impacto en la salud y el funcionamiento psicológico de la persona. Asimismo, se han definido como “experiencias y condiciones de la vida diaria que se evalúan como importantes y nocivas o amenazantes para el bienestar del individuo” (Lazarus & Folkman, 1984, p.376).

Los estresores cotidianos también son conocidos como microestresores (McLean, 1976) o eventos diarios no placenteros (Lewinsohn & Talkington, 1979; citados en Kanner et al., 1981), tensiones continuas de la vida diaria (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman & Lazarus, 1982) o desafíos de la rutina del día a día de la vida (Almeida, 2005; citado por Johnson & Swendsen, 2015).

Goodyer (1992), autor mencionado por sus estudios sobre los eventos vitales en niños y adolescentes, comentaba que las dificultades continuas constituían otra forma de adversidad social. Según este autor, consisten en experiencias sociales donde inicio y final son difíciles de distinguir, pero donde el niño está continuamente expuesto a una experiencia no deseable, cuya intensidad e impacto puede aparecer y desaparecer con el tiempo, como los conflictos continuados entre los progenitores.

Según Seiffge-Krenke (2007; citado en Trianes et al., 2012) los estresores cotidianos son sucesos, problemas, preocupaciones y contrariedades de alta frecuencia, baja intensidad y alta predictibilidad que pueden alterar el bienestar emocional y físico del individuo.

Como se comentaba al inicio, y bien conocido en el ámbito de la psicología, Lazarus y Folkman (1984) han destacado la importancia de la valoración cognitiva en la percepción de un evento como estresante para el individuo, es decir, el significado del evento, más que su mera ocurrencia, determina el carácter estresante, benigno o irrelevante. En este sentido, el enfoque de los microestresores o estresores cotidianos enfatiza la importancia de la valoración cognitiva en la determinación de los eventos que son percibidos como estresantes (Lazarus & Folkman, 1984).

Puesto que los estresores cotidianos son habituales en la vida de las personas, Kanner et al. (1981) proponen varios factores para valorar su impacto sobre la salud

física y psicológica, como una alta frecuencia crónica, incremento durante un período de tiempo o repetición de los estresores cotidianos con significado psicológico.

Los estresores cotidianos incluyen cuatro dimensiones: las condiciones ambientales, las condiciones ambientales crónicas, las preocupaciones continuas y las reacciones emocionales de malestar (Lazarus & Folkman, 1984).

Kanner et al. (1981) criticaron que el estudio del estrés se hubiese centrado en exclusiva en los eventos vitales mayores, más aún cuando la evidencia mostraba que estos eventos vitales acumulativos sólo correlacionaban débilmente con los resultados de salud. Aunque estos autores son conscientes que los listados y acumulación de eventos mayores, a falta de una medida alternativa, en aquel momento parecían ser un instrumento útil para evaluar el estrés como agente causal, aunque no aportaban nada del día a día de los individuos (Kanner et al., 1981).

Al igual que en el caso de los acontecimientos vitales mayores, estas situaciones estresantes se construyen unas con otras y contribuyen al deterioro emocional y comportamental en adultos y niños (Bridley & Jordan, 2012). Es decir, los estresores cotidianos se consideran factores de riesgo.

2.2. LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS EFECTOS DE LOS ESTRESORES COTIDIANOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

2.2.1. INVESTIGACIONES PIONERAS Y DESARROLLOS POSTERIORES SOBRE ESTRESORES COTIDIANOS

A diferencia de los acontecimientos vitales estresantes, los estresores cotidianos tienen menos historia, que empieza alrededor de 1980, además los métodos de

evaluación han estado en un lugar secundario durante mucho tiempo (Eckenrode & Bolger, 1995).

Se podría afirmar que los primeros pasos de la investigación de los estresores cotidianos tienen su principal exponente en 1981 con la publicación de Kanner, Coyne, Schafer y Lazarus sobre los estresores cotidianos y los eventos vitales mayores en adultos. Estos autores compararon la metodología estándar basada en los acontecimientos vitales para la predicción de los síntomas psicológicos, y se centraron en eventos relativamente menores (*hassles* y *uplifts*). Kanner et al. (1981) construyeron dos escalas, *Hassles Scale* y *Uplifts Scale*, que fueron administradas una vez al mes, durante diez meses seguidos, en una muestra comunitaria de adultos. El listado de estresores cotidianos, construido por los propios investigadores, estaba compuesto por 117 ítems, que se clasificaban en siete áreas temáticas, a saber, trabajo, salud, familia, amigos, entorno, consideraciones de orden práctico y sucesos del azar. Los participantes valoraban los eventos ocurridos en el mes previo. Aunque en el desarrollo de la medida se incluían diferentes puntuaciones, la versión final mantuvo sólo las puntuaciones de frecuencia e intensidad de los estresores cotidianos.

Para establecer la validez de las medidas de estresores menores, Kanner et al. (1981) se plantearon dos cuestiones básicas: la capacidad de los estresores cotidianos para predecir la adaptación y los síntomas psicológicos, en comparación con los eventos vitales mayores, y la independencia de esta relación de los eventos vitales.

Kanner et al. (1981) encontraron que los estresores cotidianos eran mejores predictores de los síntomas psicológicos, tanto concurrentes como posteriores, que los eventos vitales. Es más, cuando eliminaron los efectos de los eventos vitales, las correlaciones entre estresores cotidianos y síntomas continuaron significativas. Esta fue una de las razones que hizo que los autores defendiesen la utilización de instrumentos

de medida centrados en el ambiente o en la transacción para ampliar el conocimiento de los procesos adaptativos.

Según Kanner et al. (1981), algunos estresores diarios podían tener su origen en las características personales, el entorno cotidiano o sus interacciones. Algunos eran determinados por la situación o el ambiente (como un atasco) y poco frecuentes, pero otros se repetían porque la persona permanecía en el mismo contexto con demandas constantes y predecibles o porque el afrontamiento no era adecuado. Por lo que interesaría conocer si el impacto de los estresores cotidianos se debía a su efecto acumulativo o al significado para la persona. Kanner et al. (1981) propusieron que ambas cuestiones se podían indagar en los instrumentos de medida. “La evaluación de los estresores cotidianos [...] puede ser mejor enfoque para predecir los resultados adaptativos que el enfoque habitual de los eventos vitales” (Kanner et al., 1981, p.1).

Como punto de partida de este trabajo de adultos, en 1987, el mismo grupo de investigación, con Allen Kanner al frente (Kanner, Feldman, Weinberger & Ford, 1987), presentó un trabajo sobre *hassles* y *uplifts* en niños de 12 años. Como en el caso de los acontecimientos vitales, y buena parte del ámbito de la psicología clínica y de la salud, la investigación con niños y adolescentes ha surgido a partir de la investigación con adultos y suele ir por detrás de ella.

Kanner et al. (1987) comentaban los fundamentos de su publicación: los estudios realizados con adultos y los trabajos incipientes con niños y adolescentes de población general que evaluaban directamente el estrés diario que mostraron que los estresores comunes diarios se asociaban a una variedad de alteraciones de salud física y psicológica (Bobo, Gilchrist, Elmer, Show & Schinke, 1986; Cohen, Burk & Bjork, 1987; Compas, Davis, Forsythe & Wagner, 1987; Kanner, Harrison & Wertlieb, 1985;

citados en Kanner et al., 1987). Bobo et al. (1986), que desarrollaron el *Adolescent Hassles Inventory* mediante un panel de expertos en desarrollo para adecuar la *Hassles Scale* de adultos, vieron que los niños de sexto curso con altas puntuaciones de estrés cotidiano informaban pobre satisfacción en las relaciones con los iguales, y en especial los varones. Cohen et al. (1987) encontraron que los estresores negativos se asociaron con depresión, ansiedad y autoestima. Compas et al. (1987), trabajo que se mencionarán más en profundidad en el siguiente capítulo, desarrollaron el *Adolescent Perceived Events Scale* (APES), que incluía eventos mayores y cotidianos positivos y negativos, y hallaron que una alta frecuencia de eventos negativos se asociaba significativamente con problemas de conducta en los adolescentes jóvenes y con síntomas psicológicos y problemas de comportamiento en adolescentes mayores. Y por último, el propio Kanner y su grupo (Kanner et al., 1985), en el trabajo inicial de construcción de las *Hassles* y *Uplifts Scales*, observaron que en los niños de 9 y 11 años los estresores cotidianos se asociaban negativamente con la autoestima general, mientras lo contrario ocurría con las satisfacciones.

Asimismo, Kanner et al. (1987) criticaban que el estudio de los estresores cotidianos se hubiese realizado principalmente con el enfoque de los eventos vitales, y además que la información fuese aportada por progenitores o cuidadores, y no por los niños. Estos autores insistieron en la necesidad de disponer de medidas de autoinforme para niños, puesto que los estudios indicaban que las valoraciones de los propios niños y de los adultos sobre los mismos eventos estresantes diferían de manera considerable (Colton, 1985; Yamamoto & Felsenthal, 1982; citados en Kanner et al., 1987). En este sentido, continúan argumentando que podría ser más fácil a los niños informar sobre situaciones que ocurren en el pasado reciente, más que de eventos más amplios que ocurren muchos meses atrás.

En aquel momento los estudios sobre los estresores diarios en la infancia y la adolescencia eran escasos, y Kanner et al. (1987) intentaron llenar este vacío en la investigación. Aunque en este trabajo se trataban tanto molestias como satisfacciones, sólo se hará mención a las primeras, que son el objeto de la presente revisión.

Kanner et al. (1987) eligieron la edad de 12 años, que es considerada la mitad de la transición del desarrollo desde la infancia a la adolescencia (casi en el umbral de la adolescencia). Administraron la *Children's Hassles Scale (CHS)*, versión de 25 ítems de la escala empleada por ellos dos años antes que contenía 43 (Kanner et al., 1985; citados en Kanner et al., 1987), y otras medidas de autoinforme (como ansiedad, depresión, adaptación, apoyo social, competencia social percibida, autoestima, etc.), a estudiantes de sexto curso, en dos sesiones de evaluación de una hora con una semana de diferencia. Se pedía a los participantes que informasen de los estresores cotidianos ocurridos desde el inicio del curso escolar (un período aproximado de 7 – 9 meses). Sobre esta escala y sus características se hablará más en profundidad en el apartado empírico. Brevemente señalar que su construcción partió de las respuestas ofrecidas por los propios niños y en el análisis de los datos emplearon las puntuaciones de frecuencia de molestias valoradas como estresantes, en la línea de sus planteamientos con adultos (Kanner et al., 1981).

Kanner et al. (1987) encontraron que los eventos incluidos en la CHS ocurrían con frecuencia (cada ítem fue marcado por el 30 - 83% de los participantes), lo que demostraba que era relevante y apropiada para este grupo de edad. Del total de los 25 ítems, 17 ocurrieron a más de la mitad. Los niños indicaron un promedio de 12 estresores cotidianos durante el mes anterior (rango 0 - 25, SD = 7.0), siendo los eventos más frecuentes limpiar la habitación (83%) y sentirse aburrido (81%). Sin embargo, a pesar de la frecuencia de los eventos menores, no siempre suponían malestar

en los niños: sólo un evento que ocurrió y fue experimentado con malestar para más de la mitad (ser castigado por hacer algo malo), y eventos que ocurrían con frecuencia no fueron percibidos como malestar por un tercio de los participantes (e.g., tener que limpiar la habitación o comparación no favorable con un igual). La correlación entre el porcentaje que marcaron un ítem y el porcentaje que “se sintió mal” por ese evento fue moderada. Algunos eventos tenían más probabilidad de implicar malestar cuando ocurrían, fueron seis eventos en el 75% o más de la muestra. Tres de estos eventos estaban relacionados con los padres (enfermedad de progenitores, enfado de los padres por las notas del colegio y peleas entre los padres), dos relacionados con castigos (castigo injusto y castigo por fechoría) y un ítem misceláneo (muerte de mascota).

Según Kanner et al. (1987) la inclusión en los instrumentos de medida no sólo la ocurrencia, sino cómo eran experimentados, añadía mayor precisión respecto a la valoración o significado de los eventos, perspectiva consistente con el énfasis en la experiencia subjetiva en los eventos cotidianos (Compas et al., 1987; Kanner et al., 1981; Lazarus & Folkman, 1984).

Los hallazgos de Kanner et al. (1987) mostraron que en general, los estresores cotidianos estaban altamente relacionados con resultados psicológicos negativos (como ansiedad, depresión y distrés) y moderadamente asociados con ausencia de resultados positivos (como restricción, apoyo social, autoestima general y competencia social percibida). Es decir, como los autores esperaban, un incremento en la frecuencia de estresores cotidianos se asoció con mayor alteración psicológica. No obstante, tampoco descartaban la posibilidad que cierta sintomatología, como la depresión, pudiese incrementar la percepción del malestar de los estresores cotidianos como apuntaban otros autores (Cohen, Burk & Bjork, 1987; citados en Kanner et al, 1987).

En el análisis por sexos, Kanner et al. (1987) observaron que la correlación negativa entre estresores cotidianos y adaptación era mayor en los varones, patrón inverso al de los adultos (Kanner et al., 1981). Aunque no encontraron diferencias de sexo en el número de estresores cotidianos ocurridos a nivel global, dos ítems ocurrían con diferente frecuencia: las chicas informaron más no gustarle su apariencia, mientras que los chicos informaron más que los profesores se enfadaron por su comportamiento. En cambio, las diferencias aparecieron en el modo de experimentar el evento: las chicas informaron significativamente más nivel de malestar que los chicos (en 14 de los ítems), que sugirió un efecto de sexo de contenido específico. También se obtuvieron diferencias de sexo en la potencia de diez estresores menores: todos los eventos fueron más potentes para chicas que para chicos, con amplias diferencias de sexo para los siguientes ítems: peleas de los padres, molestias de los hermanos, no gustarle su apariencia. Además, aparecieron diferencias de sexo significativas adicionales en puntuaciones de potencia en los siguientes eventos: los niños se han burlado de ti, perder algo, padres enfermos, padres enfadados por notas, no conocer la respuesta cuando pregunta el profesor, otros niños fueron mejores al hacer algo y no tener suficiente privacidad. Kanner et al. (1987) justificaba estas diferencias de sexo por la etapa del desarrollo elegida en su estudio, puesto que chicas y chicos de este grupo de edad con frecuencia están en etapas evolutivas diferentes, donde las chicas a menudo son púberes (están en estados más tempranos de la adolescencia) y los chicos prepúberes, las chicas estarían más preocupadas por los cambios corporales, las relaciones con los iguales y la autonomía, mientras que los chicos se encontrarían aún en el período denominado de latencia. Los autores se plantean que sería interesante averiguar cuando emergen las diferencias de sexo.

En relación con la estructura familiar (familias completas, reconstituidas y monoparentales), hallaron diferencias sólo en la frecuencia de los estresores cotidianos. Los adolescentes de familias completas tenían menos probabilidad de tener problemas con iguales (burlas de niños), perder al mejor amigo, no sentirse competente en el colegio (deberes demasiado difíciles, no conocer la respuesta al ser preguntado en clase) y sentir que los adultos se enfadan con ellos (enfado de profesor por el comportamiento, padres enfadados por notas). Sin embargo, no hallaron diferencias en los ítems relacionados con la disponibilidad de los padres.

En un trabajo posterior con el mismo instrumento (CHS; Kanner et al., 1987), Kanner y Feldman (1991), estudiaron los posibles efectos mediadores de la percepción de controlabilidad e incontrolabilidad en la relación estresores cotidianos y el funcionamiento. Para medir el grado de control sobre los estresores cotidianos, además de las respuestas de la ocurrencia y el malestar, se pedía a los participantes que valorasen el grado de control que ellos tenían sobre los eventos que les habían ocurrido en el último mes. Al analizar la relación entre los estresores cotidianos, el control percibido sobre ellos y la depresión en niños de sexto curso, hallaron que un peor control percibido sobre los estresores cotidianos se asoció con peor funcionamiento, aunque el número de estos eventos sobre los que los niños tenían mayor control no se relacionó con mejor adaptación.

Creasey, Mitts y Catanzaro (1995) también emplearon la CHS con niños de educación infantil, y observaron que los estresores cotidianos se asociaron con los problemas de comportamiento general, y los problemas de comportamiento externalizante en particular. Y no apareciendo diferencias de sexo.

Otro estudio relevante en estos primeros pasos fue llevado a cabo por Banez y Compas (1990), que examinaron las asociaciones entre los estresores cotidianos de los niños (de 9 a 11 años), los estresores cotidianos y los síntomas psicológicos de sus progenitores con los problemas conductuales y emocionales. Emplearon medidas de autoinforme e información de los progenitores. Para medir los estresores cotidianos de los niños de las últimas dos semanas emplearon los eventos negativos del *Children's Activity Inventory* (CAI, Shelton & Garber, 1987; citado en Banez & Compas, 1990). La información de los niños de los síntomas depresivos se asoció con los estresores cotidianos de los niños y estresores cotidianos de sus madres, mientras que los síntomas de ansiedad se asociaron con estresores cotidianos de los niños y estresores cotidianos de ambos progenitores. Es decir, los estresores del día a día se relacionaron con síntomas psicológicos de los niños incluso después de controlar el estrés diario y los síntomas psicológicos de los progenitores. Sin embargo, las correlaciones encontradas en su estudio eran más bajas que las suelen aparecer entre medidas de estrés cotidiano y síntomas en adolescentes y adultos, que explicaron podría deberse a que los estresores cotidianos estarían menos asociados con síntomas psicológicos en niños de menor edad que en los de mayor edad, o reflejar la escasa sensibilidad del CAI como una medida del estrés diario, puesto que fue diseñado para evaluar actividades diarias de los niños.

Banez y Compas (1990) también encontraron diferencias en la información ofrecida por niños y sus progenitores en los síntomas de ansiedad y depresión, y diferencias en función de los síntomas de los progenitores. Los hallazgos del estudio de Banez y Compas (1990) ofrecieron evidencia que los estresores cotidianos de los niños así como los estresores cotidianos y los síntomas psicológicos de sus progenitores se asociaban con problemas de conducta y emocionales internalizantes. A pesar de los

resultados, los autores apuntaron que los resultados debían de ser tomados con cautela por la metodología transversal y el tamaño de la muestra, entre otras limitaciones.

En definitiva, Banez y Compas (1990) insistían que un modelo integral del estrés en cualquier grupo de edad debía considerar el contexto ecológico más amplio donde los individuos encuentran los eventos estresantes y donde se pueden desarrollar los síntomas psicológicos. En el caso de los niños, existía clara evidencia que la alteración psicológica de éstos se relacionaba con las experiencias estresantes y los síntomas psicológicos de sus progenitores, y la historia de psicopatología y síntomas psicológicos actuales de los progenitores también habían mostrado ser fuentes de riesgo importantes para el desajuste de los niños. Asimismo, defendían que la evaluación de cualquier factor de riesgo para los problemas psicológicos de los niños debe tener en cuenta las diferencias que se han encontrado a partir de diferentes informantes.

Un análisis diferente de los estresores cotidianos ha sido relacionarlos con el contexto ambiental. Por ejemplo, Allison et al. (1999) examinaron el impacto del vecindario sobre las percepciones del estrés vital de adolescentes. A partir de escalas previas, principalmente del APES (Compas et al., 1987), construyeron una escala de estresores cotidianos para adolescentes en contexto urbano, *Urban Adolescent Life Experiences Scale* (UALES), con cuatro categorías: colegio, familia / comunidad, iguales y personal. El mayor impacto de todas las áreas de estresores, excepto estresores cotidianos de colegio, se asoció con depresión. Respecto al contexto, los resultados indicaron que el estrés vital de iguales varió según el barrio de residencia del adolescente, y que el estrés familiar se relacionó linealmente con los índices de recursos económicos del barrio.

Se podría decir que buena parte de la investigación de los estresores cotidianos ha estado vinculada al **ámbito de la medicina o la pediatría**. En el campo de la enfermedad física el grupo de investigación liderado por Varni ha observado el papel de los estresores cotidianos en patologías médicas, como dolor crónico (Varni et al., 1996) o cáncer (Varni & Katz, 1997).

Varni et al. (1996) estudiaron la relación entre los microestresores y la intensidad del dolor crónico en niños y adolescentes (8 a 16 años). Las variables médicas y demográficas explicaban una pequeña parte de la varianza de la intensidad del dolor percibido. Sin embargo, los microestresores (factor de riesgo potencialmente modificable) se relacionaron con la intensidad presente en los niños y adolescentes y el empeoramiento del dolor en los niños. Los autores propusieron que era probable que los estresores cotidianos e la intensidad del dolor interrelacionaran entre sí para contribuir al círculo de escalada estrés - dolor - estrés.

En otro estudio, Varni & Katz (1997) analizaron los microestresores y el apoyo social como predictores de la afectividad negativa (constructo compuesto por síntomas de ansiedad y depresión) en pacientes 8 a 13 años con cáncer, en tres momentos, un mes después del diagnóstico, a los seis meses y a los nueve meses. Para la evaluación de los estresores cotidianos emplearon *Children's Hassles Scale* (CHS; Kanner et al., 1985; citada en Varni & Katz, 1987). Varni & Katz (1997) hallaron que los estresores cotidianos y el apoyo social tenían efectos directos e independientes sobre la afectividad negativa, en especial en la última evaluación, a los nueve meses. En dos estudios transversales previos, observaron que el alto estrés percibido predecía mayores síntomas de ansiedad y depresión en supervivientes a largo plazo de cáncer infantil (Varni, Katz, Colegrove & Dolgin, 1994a), mientras altos apoyo social percibido predecía menos

síntomas de ansiedad y depresión en niños con diagnóstico reciente (Varni, Katz, Colegrove & Dolgin, 1994b; citados en Varni & Katz, 1997)

2.2.1.2. Comentarios de los estudios iniciales sobre estresores cotidianos.

En el capítulo anterior se apuntaban las limitaciones y dificultades de las investigaciones sobre el estrés en la infancia y en la adolescencia en general, y de los eventos vitales mayores en particular. Evidentemente, el estudio de los estresores cotidianos no es ajeno a estas mismas críticas. Sólo destacar que, como señalaba Johnson (1986), el problema de confusión de medidas afecta, e incluso puede ser más preocupante, en el caso de los estudios sobre los estresores cotidiano.

La investigación había demostrado la importancia de los estresores cotidianos en la adaptación y en la alteración física y psicológica. Sin embargo, se ha discutido mucho sobre si esta asociación era, en parte, un artefacto de técnicas de medida similares empleadas en los informes de síntomas y de estresores cotidianos (e.g., Dohrenwend, Dohrenwend, Dobson & Shour, 1984; Dohrenwend & ShROUT, 1985). Asimismo, Dohrenwend (2006) recordaba que problemas como la confusión de medidas de estresores y de resultados de salud son aún más serios cuando implican trastornos mentales, para los que no existen pruebas de laboratorio que sean independientes de los síntomas autoinformados. Y sin embargo, los listados predominan en la investigación del papel de los estresores en la psicopatología (Dohrenwend, 2006).

No obstante, a pesar de estas controversias, otros autores planteaban que los estresores cotidianos podían ser más útiles que la evaluación de eventos vitales mayores para predecir los resultados de adaptación somática y psicológica (Holm & Holroyd, 1992; citado en Von Weis et al., 2002).

2.2.2. INVESTIGACIONES ACTUALES SOBRE ESTRESORES COTIDIANOS

2.2.2.1. Prevalencia de los estresores cotidianos en la infancia y la adolescencia.

Según Zimmer-Gembeck y Skinner (2008), aunque aproximadamente 25% de los adolescentes se verá expuesto al menos un estresor significativo, incluido la muerte de un ser querido o ser testigo de un evento traumático, un número mayor experimentará estresores cotidianos. Por lo que no sorprende que los eventos vitales significativos y muchos de los estresores comunes se relacionen con la salud mental y problemas de comportamiento de los adolescentes.

Entre los instrumentos empleados para evaluar los estresores cotidianos hallamos: la CHS (Kanner et al., 1987) y las diferentes adaptaciones, el *Daily Hassles Questionnaire* (DHQ; Rowlison & Felner, 1988; adaptado por Dubois, Felner, Meares & Krier, 1994), la *Brief Adolescent Hassles Scale* (BAHS; Wright, Creed & Zimmer-Gembeck, 2010), el *High-School Students' Recent Life Experiences* (IHSSRLE; Kohn & Milrose, 1993), la *Brief Adolescent Life Event Scale* (BALES; Shahar, Henrich, Reiner & Little, 2003). En España, recientemente se ha publicado Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IECI; Trianes, Blanca, Fernández-Baena, Escobar & Maldonado, 2011).

Del mismo modo que en los AVE, el tiempo de medida de los estresores cotidianos varía a lo largo de los diferentes estudios, desde los registros diarios (e.g., Johnson & Swendsen, 2015), dos semanas (e.g., Suarez-Morales & López, 2009), un

mes o un poco más (e.g., Abela, Fishman, Cohen & Young, 2012; Shahar et al. 2003), nueve meses (e.g., Santa Lucia et al., 2000) o un año (e.g., Piquart, 2009), incluso algunos no tienen delimitación temporal (e.g., Von Weiss et al., 2002).

Respecto al tipo de medida que obtienen, algunas investigaciones miden la ocurrencia (e.g., Hamilton et al., 2015), otras la frecuencia (e.g., Abela et al., 2012; Shahar et al., 2003; Wright et al., 2010), el nivel o intensidad del malestar percibido (e.g., Sim, 2000; Suarez-Morales & López, 2009; Von Weis et al., 2000; Piquart, 2009), o el malestar y duración (e.g., de Anda et al., 2000), la gravedad (Giallo & Gavidia-Payne, 2006), o incluyen varias medidas de estresores cotidianos (e.g., Bridley & Jordan, 2012; Li, Nussbaum & Richards, 2007; Santa Lucía et al., 2000).

Además, en algunos se obtiene una puntuación total (e.g., Abela et al, 2012; Brozina & Abela, 2006) y otros también en diferentes áreas de estresores cotidianos (e.g., Escobar, Trianes, Fernández-Baena & Miranda, 2010; Piquart, 2009; Santa Lucia et al., 2000; Sim, 2000; Wright et al., 2010). Algunos sólo evalúan unas áreas específicas como: el colegio y hogar (e.g., Alves, Roysamb, Oppedal & Zachrisson, 2011), interpersonales de familia y amigos (Flook, 2011), iguales (e.g., Bowker, Bukowski, Hymel & Sippola, 2000; Hazel, Oppenheimer, Technow, Young & Hankin, 2014), iguales y académico (Carter, Garber, Ciesla & Cole, 2006) o experiencia de hermano con discapacidad (Giallo & Gavidia-Payne, 2006).

Es evidente que esta variedad de registro y resultados, dificulta extraer datos generales y la comparación entre los estudios. Por lo que a continuación se citará algunas cifras de los estresores cotidianos en niños y adolescentes a modo de ejemplo. La información más amplia se puede consultar en la tabla 3.

Johnson y Swendsen (2015) en un estudio con registro diario de los estresores encontraron que los eventos más frecuentes en los niños de 12 y 13 años fueron relacionados con la familia (27%), el colegio (26%) y los iguales (20%).

De Anda et al. (2000) examinaron el grado de estrés experimentado, los estresores más frecuentes y las estrategias específicas de afrontamiento empleadas con su efectividad percibida en adolescentes de 15 a 18 años. De Anda et al. (2000) encontraron que el nivel de estrés informado fue de moderado a bajo. Sin embargo, un notable porcentaje de los estudiantes informaron sentirse “muy estresados” (altos niveles de estrés) de “a menudo” a “muy a menudo” diariamente (25.3%) y semanalmente (33.1%), lo que constituye un número significativo de adolescentes que necesitan alguna forma de intervención. Más de la mitad (51.7%) informaron experimentar algún grado de estrés (“un poco estresado”) de “a menudo” a “muy a menudo” durante una semana ordinaria.

Respecto al nivel de malestar, en España, Martínez-Otero (2012) realizó un estudio del estrés cotidiano en escolares de educación primaria de Madrid. Con la administración del Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IECI, Trianes et al., 2012), el autor encontró que 11,54% de la muestra presentaba estrés de nivel leve (7,05%) o grave (4,49%).

Por otra parte, aunque Pinquart (2009) observó una frecuencia media de estresores cotidianos bastante baja en un período de 12 meses, sin embargo el 99.5% de los participantes informaron que al menos uno, de los 14 estresores cotidianos evaluados, había ocurrido muy a menudo o siempre.

De Anda et al. (2000) también analizaron los estresores más frecuentes, que reflejaron preocupaciones personales sobre objetivos futuros propios, seguido de otros relacionados con el colegio, y luego temas emocionales - interpersonales (incluyendo

desacuerdos con los padres y expresión emocional). Por lo que estos autores sugirieron el centro escolar como el contexto más apropiado para la intervención, no sólo por la accesibilidad a la población, sino porque los estresores experimentados con más frecuencia por los adolescentes se relacionan directa o indirectamente con el entorno escolar.

Guthrie, Young, Boyd y Kintner (2002) estudiaron a adolescentes afroamericanas en los estresores cotidianos percibidos con el *Daily Hassles for Adolescents Scale* (Dubois et al., 1994; Rowlison & Felner, 1988). Las autoras encontraron que los estresores más comunes fueron estresores relacionados con el colegio y académicos, seguidos de los estresores de la familia y económicos, estresores de iguales y sociales y estresores de seguridad personal.

Brobeck, Marklund, Haraldsson y Berntsson (2007) registraron cómo los niños de 5º curso experimentaban estrés diario, mediante entrevistas sobre su experiencia cotidiana. Los resultados confirmaron que el estrés era parte de la vida diaria de los niños. Los participantes describieron que el estrés era a menudo agudo y relacionado con situaciones que ocurren en la vida diaria. Además, Brobeck et al. (2007) observaron cinco componentes clave: “miedo a llegar tarde”, “no tener suficiente tiempo”, “consecuencias físicas y mentales”, “sentimiento negativo y positivo” y “experimentar estrés de otros significativos” (estrés en los progenitores).

Sin embargo, para muchos adolescentes los estresores ambientales son múltiples y acumulativos e incluyen dificultades económicas, conflicto familiar y relaciones con iguales (de Anda et al., 2000).

2.2.2.2. Investigaciones actuales sobre los efectos de los estresores cotidianos.

Se ha analizado la relación entre los estresores cotidianos y los síntomas emocionales y conductuales y dificultades de adaptación. A continuación se comentarán estudios recientes que incluyen sólo como estresor los estresores cotidianos. Además se indicarán los hallazgos en relación a los síntomas o problemas internalizantes y externalizantes y las dificultades adaptativas. Las investigaciones que tratan los estresores cotidianos y los AVE conjuntamente se analizarán en el siguiente capítulo.

En el capítulo primero ya se ha enumerado los instrumentos más habituales para evaluar síntomas internalizantes y externalizantes, depresión y ansiedad, y el nivel de adaptación de los niños y adolescentes. Por lo que se pasará a comentar directamente los resultados de las investigaciones más recientes.

Síntomas o comportamientos internalizantes y externalizantes.

Algunas investigaciones han explorado la relación entre los estresores cotidianos y los problemas internalizantes y externalizantes en la infancia (Bridley & Jordan, 2012; Escobar et al., 2010; Santa Lucia et al., 2000; Sim, 2000; Smith & Somhlaba, 2015; Trianes et al., 2009) y en la infancia y la adolescencia (Carter et al., 2006; Giallo & Gavidia-Payne, 2006; Li et al., 2007).

La mayoría de los estudios han tratado de probar el efecto acumulativo de los estresores cotidianos en las alteraciones psicológicas (Bridley & Jordan, 2012; Sim, 2000), la adaptación social y socioemocional (Escobar et al., 2010; Smith & Somhlaba, 2015; Trianes et al., 2009) o el desajuste escolar (Santa Lucia et al., 2000; Trianes et al., 2009) o el rendimiento académico (Trianes et al., 2009). Aunque otros también han

buscado la especificidad entre los estresores cotidianos y los problemas psicológicos (Hazel et al., 2014; Johnson & Swendsen, 2015; Santa Lucia et al., 2000; Sim, 2000).

A la vista de los resultados de las investigaciones, parece que los estresores cotidianos incrementan los problemas internalizantes y externalizantes y los problemas de ajuste en los niños y adolescentes, con evidencia en diseños transversales (e.g., Bridley & Jordan, 2012; Escobar et al., 2010; Miller & Townsend, 2005; Sim, 2000), mediante técnicas de registro diario de estresores cotidianos (Li et al., 2007) e incluso con diseños longitudinales (Carter et al., 2006; Pinquart, 2009).

Sin embargo, estos resultados no han aparecen en todos los estudios, sino que en algunos se ha observado una relación negativa (e.g., Santa Lucia et al., 2000), en otros la relación es parcial, por ejemplo, para los síntomas internalizantes pero no para los externalizantes (Bridley & Jordan, 2012), para los síntomas depresivos pero no para el funcionamiento social y adaptativo (Smith & Somhlaba, 2015), dicha asociación se ha establecido a través o en conjunción con otras variables (Bridley & Jordan, 2012), o no han mostrado ninguna relación (Giallo & Gavidia-Payne, 2006).

Con **diseño transversal**, Sim (2000) observó la relación entre determinados estresores cotidianos y el apoyo social con depresión y conducta antisocial en preadolescentes. Los resultados mostraron que, con la excepción del apoyo de los padres, sólo los estresores cotidianos afectaron al nivel de desajuste. Es decir, los estresores cotidianos se asociaron significativamente tanto con depresión como conducta antisocial. Respecto al tipo de estresores cotidianos, los estresores de amigos fueron los mejores predictores para la depresión, seguido de los estresores de padres; mientras que los estresores de padres fueron mejores predictores para la conducta antisocial.

Bridley y Jordan (2012) estudiaron las rutinas infantiles (factor protector) como moderadores de la relación entre estresores cotidianos en niños y problemas de conducta internalizantes y externalizante en niños de 8 a 12 años. Emplearon la versión de 43 ítems de la CHS (Kanner et al., 1981). Bridley y Jordan (2012) encontraron interacción significativa entre los estresores cotidianos de los niños y las rutinas respecto a los problemas internalizantes, pero no para los externalizantes. Es decir, los niños que informaron más estresores cotidianos tenían menos problemas internalizantes dentro de un contexto con mayor frecuencia de rutinas infantiles, pero estas rutinas no moderaron la relación entre estresores cotidianos y los problemas de comportamiento externalizante.

En España, Trianes (2002), autora cuyo grupo ha generado variedad de investigación sobre el tema, clasificó los estresores cotidianos de los estudiantes en tres ámbitos: salud (e.g., enfermedad o procesos médicos, preocupación por la imagen), escolar (e.g., dificultades con las tareas académicas, dificultades con los profesores, actividades extraescolares excesivas, o dificultades de relación con los iguales), y familiar (e.g., conflictos entre hermanos, escasa supervisión de los padres).

Escobar et al. (2010) analizaron la aceptación sociométrica y su relación con el estrés cotidiano y los estilos de afrontamiento en niños de 9 a 12 años. Como instrumento de inadaptación socioemocional emplearon el BASC (Reynolds & Kamphaus, 1992; adaptación de González et al., 2004), y para el estrés cotidiano emplearon el Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IICE, Trianes et al., 2009). Los resultados mostraron correlaciones significativas negativas de la aceptación sociométrica con los índices de inadaptación socioemocional y el estrés cotidiano. En concreto, los escolares que tenían menor aceptación por los iguales, presentaban niveles más altos de estrés cotidiano. Además, los alumnos que experimentaban baja aceptación

sociométrica y alta puntuación de estrés cotidiano tenían mayor riesgo de mostrar inadaptación socioemocional que los alumnos con baja aceptación pero que no presentaban alto estrés. Aunque al tener en cuenta el sexo o la edad, la relación fue significativa sólo en las niñas y en los escolares de 10 a 12 años.

En un estudio previo de este equipo de investigación para la validación del IIEC en niños de 9 a 12 años, Trianes et al. (2009), analizaron la relación de este instrumento con problemas socioemocionales, problemas de salud, rendimiento académico y acontecimientos familiares estresantes. En los resultados obtuvieron relaciones significativas en las direcciones esperadas, es decir, las puntuaciones de la escala se asociaron con inadaptación socioemocional y escolar.

Li et al. (2007) examinaron los factores de riesgo (como estresores cotidianos, exposición a la violencia y pobreza), y resiliencia (como sentimiento interno de confianza y apoyo familiar) en niños y adolescentes afroamericanos. Como en otros estudios, los participantes informaron a diario de sus experiencias durante una semana, utilizando el método de registro diario de experiencia. Los estresores cotidianos, pobreza y exposición a la violencia predijeron mayores tasas de síntomas externalizantes e internalizantes. En concreto, estresores cotidianos se asociaron con síntomas internalizantes y externalizantes, la pobreza no se relacionó con estresores cotidianos, y el sexo masculino se asoció con estresores cotidianos, exposición a la violencia y síntomas internalizantes.

Con un **diseño longitudinal**, Carter et al. (2006) pusieron a prueba el modelo de exposición al estrés y el modelo de generación del estrés, a través del análisis de las relaciones entre estresores de iguales y académicos y síntomas internalizantes y externalizantes. En el estudio evaluaron a niños y adolescentes con diferente riesgo de

psicopatología, durante un período de cuatro años. Los resultados ofrecieron apoyo para ambos modelos, pero con diferencias según la fuente de información de los síntomas de los adolescentes. Según los autoinformes, el modelo de exposición al estrés se adaptó mejor a los síndromes internalizantes; es decir, mayores niveles de estresores predijeron significativamente mayores niveles de síntomas informados por los adolescentes un año después. En cambio, según la información de las madres de los síntomas de sus hijos, el modelo de generación del estrés encajaba mejor con los síndromes internalizantes y externalizantes, es decir, mayores niveles de síntomas internalizantes y externalizantes predijeron significativamente mayores niveles de estresores cotidiano un año después en los adolescentes.

Es importante destacar que no siempre la relación entre estresores cotidianos y ajuste se ha manifestado en la dirección esperada en las investigaciones, sino que en ocasiones la relación ha sido negativa. Por ejemplo, Santa Lucía et al. (2000) estudiaron los estresores cotidianos en un área de funcionamiento del individuo, el ajuste escolar, desde una perspectiva transaccional que considera fundamental las influencias recíprocas entre el individuo y su ambiente (Sameroff & Chandler, 1975) y teniendo en cuenta los diferentes sistemas ecológicos donde la persona participa (Bronfenbrenner, 1977; citados en Santa Lucía et al., 2000). Examinaron la frecuencia y la gravedad de los estresores cotidianos en niños de primaria. Los escolares contestaban a la CHS (Kanner et al., 1987), indicando los estresores cotidianos ocurridos desde el inicio del curso (aproximadamente siete meses), y los profesores, a una medida de screening de desajuste escolar. El análisis factorial de la CHS obtuvo cuatro factores: padres, iguales, colegio (académico) y familia. Los resultados mostraron que los eventos de iguales, familia y colegio predecían la valoración del profesor del ajuste escolar de los niños,

siendo la relación de mayor magnitud para los últimos. Es más, los estresores cotidianos estaban asociados a una mejor adaptación escolar, resultado que los autores justificaron debido a que algunos ítems de este factor se referían a la supervisión parental. Parecía que la supervisión de los padres protegiese contra el desarrollo de problemas externalizantes (Kazdin, 1997; Webster-Stratton, 1990; citados por Santa Lucía et al., 2000). Una vez más, un factor asociado con el comportamiento externalizante de los niños contribuyó a la valoración de los profesores del ajuste. Por otra parte, la percepción de malestar no se relacionó con el ajuste escolar, más allá de la frecuencia, pero los autores no descartaban que pudiese estar relacionada con los síntomas depresivos si éstos se hubiesen medido.

En opinión de Santa Lucía et al (2000) esta relación negativa entre las puntuaciones de eventos menores y desajuste escolar reforzaba el papel de las percepciones de los niños en el proceso de selección de los ítems de estresores cotidianos. En la creación inicial de la CHS, Kanner et al. (1987) agruparon empíricamente estos ítems en al área de *hassle*. Claramente, “tener que limpiar tu habitación”, comentaban los autores, no era una experiencia agradable para los niños. Sin embargo, en el contexto de promoción de la disciplina necesaria para adaptarse al entorno escolar, “tener que limpiar tu habitación” podría ser una señal que los progenitores hacían sus funciones parentales. Este hallazgo también apoyaba el punto que algunos factores podían servir como función de riesgo o de protección, según el resultado de interés para la investigación (Luthar, Doernberger & Zigler, 1993; citados en Santa Lucía et al., 2000).

Smith & Somhlaba (2015) estudiaron los estresores cotidianos, los síntomas depresivos, el funcionamiento social y adaptativo y las estrategias de afrontamiento en niños de 9 a 13 años. Como medida de estresores cotidianos también emplearon la CHS

(Kanner et al., 1987). Observaron que no todos los estresores cotidianos eran percibidos de manera estresante. Los estresores cotidianos se relacionaron positivamente con los síntomas depresivos, pero no se relacionaron con el funcionamiento social y adaptativo.

Como se apuntaba, la relación entre los estresores cotidianos y las alteraciones no ha aparecido de manera consistente en todas las investigaciones. Por ejemplo, Giallo & Gavidia-Payne (2006) estudiaron la adaptación en niños y adolescentes que tenían un hermano con una discapacidad. Para evaluar los estresores cotidianos en relación con la discapacidad del hermano, construyeron la *Sibling Daily Hassles and Uplifts Scale*, basada en el *Daily Life Stressors Scale for Children* (Kearney, Drabman & Beasley, 1993), y hallazgos de los propios autores (Giallo & Gavidia-Payne, 2005; citados en Giallo & Gavidia-Payne, 2006). Los autores no hallaron relación significativa entre el apoyo y el ajuste (medido por el SDQ, Goodman et al., 1998). Es más, los mejores predictores de las dificultades de ajuste fueron los factores familiares y parentales, más que las experiencias estresantes y los recursos de afrontamiento. Giallo & Gavidia-Payne (2006) parecían sorprendidos por sus resultados, que contradecían la tendencia de los hallazgos sobre los estresores cotidianos y las estrategias de afrontamiento.

Síntomas o comportamientos internalizantes.

Algunas investigaciones se han centrado únicamente en los síntomas internalizantes en niños (Suarez-Morales & López, 2009), en adolescentes (de Anda et al. 2000; Chan, Chan & Kwok, 2014; Chang & Sanna, 2003; Flook, 2011; Cooper, Guthrie, Brown, & Metzger, 2011; Johnson & Swendsen, 2015; Miller & Townsend, 2005; Piquart, 2009; Shahar et al, 2003; Wright et al., 2010), o en niños y adolescentes

(Abela et al., 2012; Abela & Skitch, 2007; Abela, Zuroff, Ho, Adams & Hankin; 2006; Brozina & Abela, 2006; Galla & Word, 2015; Hazel et al., 2014).

En general se ha encontrado relación de los estresores cotidianos con la sintomatología (Pinquart, 2009), con los síntomas depresivos (Chang & Sanna, 2003; Shahar et al., 2003), los síntomas de ansiedad (Chan et al., 2014; Suarez-Morales & López, 2009), los síntomas de depresión y de ansiedad (Cooper et al., 2011; Johnson & Swendsen, 2015; Miller & Townsend, 2005; Wright et al., 2010; Zimmer-Gembeck, 2010). No obstante, algunos han obtenido relación para la ansiedad pero no para los síntomas depresivos (Brozina & Abela, 2006).

Asimismo, se ha informado de asociación de los problemas internalizantes en interacción con otras variables como la resiliencia disposicional (Pinquart, 2009), la autoestima y las actitudes disfuncionales (Abela & Skitch, 2007), la búsqueda de confirmación (Abela et al., 2006; Brozina & Abela, 2006), el nivel de dependencia y la autoestima (Abela et al., 2012). Ha resultado de interés el papel de otras variables moderadoras como el optimismo-pesimismo (Chang & Sanna, 2003), la calidad de la relación con los progenitores (Hazel et al., 2014) o la orientación del rol de género (Cooper et al., 2011), con variables mediadoras como el estilo cognitivo catastrofista (Chan et al., 2014) o con efectos amortiguadores como los eventos positivos (Shahar et al., 2003) o el autocontrol (Galla & Word, 2015). Además, algunos estudios han revelado relaciones bidireccionales entre los eventos interpersonales y el estado de ánimo depresivo (Flook, 2011).

A la vista de la evidencia, parece que los eventos estresantes incrementan los problemas internalizantes en la vida de los niños y adolescentes, en investigaciones transversales (e.g., Chan et al., 2014; Chang & Sanna, 2003; Cooper et al., 2011; Shahar et al., 2003; Wright et al., 2010), con registros diarios de estresores cotidianos y

síntomas (Flook, 2011; Johnson & Swendsen, 2015), e incluso con diseños longitudinales (Abela & Skitch, 2007; Abela & Skitch, 2007; Brozina & Abela, 2006); Hazel et al., 2014; Pinquart, 2009).

Wright et al. (2010) en el estudio de construcción y validación del *Brief Adolescent Hassles Scale*, encontraron asociación entre los estresores cotidianos relacionales (de progenitores e iguales) en el último mes y las medidas de depresión, ansiedad y satisfacción vital, siendo todas las correlaciones significativas. Resultados similares mostraron el estudio de Miller & Townsend (2005), que administraron el *Urban Hassles Index* (UHI, Miller, Webster, & MacIntosh, 2002) a adolescentes, y encontraron que mayor estrés en las subescalas (acoso, ansiedad, desorganización social y coerción) se relacionó con menor salud mental, con más síntomas de ansiedad y de depresión. Es decir, los adolescentes que experimentaron niveles bajos de estresores cotidianos informaron mejor salud mental que los adolescentes que experimentaron niveles de estresores diarios de moderado a alto.

En el estudio de Cooper et al. (2011) con adolescentes afroamericanas, analizaron la relación entre los estresores cotidianos y los síntomas depresivos y de ansiedad, y el posible papel moderador de la orientación del rol de género. Como instrumento de estresores cotidianos emplearon el *Daily Hassles Questionnaire* (DHQ; Dubois et al. 1994; Rowlison & Felner 1988). Las autoras encontraron que un aumento de estresores cotidianos se asoció con más sintomatología internalizante, y que la orientación del rol de género masculino tenía un papel moderador en esta relación. Sin embargo, este efecto moderador no se observó en el caso de la orientación de rol andrógina ni femenina.

Como se comentaba previamente, además de los diseños transversales y longitudinales, para conocer los estresores cotidianos las investigaciones suelen emplear un diseño con registro diario de los estresores cotidianos, a veces acompañado del registro del estado afectivo (Flook, 2011; Johnson & Swendsen, 2015), o de otras variables individuales como reactividad al estrés y respuestas adaptativas (Galla & Word, 2015).

Johnson & Swendsen (2015) realizaron un seguimiento durante una semana a adolescentes, mediante registros diarios de estresores y de estado afectivo en sus contextos cotidianos. Los participantes tenían que pensar en el evento que había tenido mayor impacto desde la evaluación anterior de un listado de varias categorías: colegio, familia, amigos, pareja, deportes/actividades, religión/espiritualidad, salud y otros. Seleccionaron sólo aquellos eventos que tenían un impacto negativo de las áreas familia, colegio y amigos. Los resultados mostraron que los estudiantes que se percibían a sí mismos con menor estatus social en el colegio informaron mayor grado de tristeza y ansiedad después de eventos escolares y familiares negativos, que los que se percibían con mayor estatus. Sin embargo, sorprende que no fuese significativa esta relación con los estresores cotidianos de iguales, que no afectaron a los estados afectivos.

También Flook (2011) realizó un seguimiento diario durante dos semanas a adolescentes para observar la relación entre eventos interpersonales y el estado de ánimo. La autora encontró asociaciones bidireccionales entre las interacciones sociales diarias y el estado de ánimo. Es decir, el estado de ánimo negativo predijo más eventos interpersonales negativos y menos positivos, y los eventos interpersonales negativos predijeron menor estado emocional positivo y mayor estado negativo. Mientras que lo contrario ocurría con el estado de ánimo positivo y los eventos interpersonales

positivos. Según la autora, los resultados indicaban que la ratio de eventos positivos y negativos experimentada diariamente era consecuencia del estado de ánimo diario.

En el caso de **investigaciones prospectivas**, Pinquart (2009) efectuó un estudio longitudinal con adolescentes desde los 14 a los 18 años de edad, para evaluar la relación entre los estresores cotidianos, la resiliencia disposicional y el aumento de los síntomas en el tiempo (SCL-90-R, Derogatis, 1983). Entre los resultados, el autor encontró que los estresores cotidianos se asociaron con alto nivel de síntomas psicológicos y aumento con el tiempo, es decir, los estresores cotidianos predijeron el incremento de los síntomas psicológicos posteriores. Se halló un efecto de interacción significativo de la resiliencia disposicional y estresores cotidianos sobre las puntuaciones de síntomas. Concretamente, mayores niveles de estos estresores y menores niveles de resiliencia disposicional se relacionaron con mayores síntomas psicológicos. Además la frecuencia de eventos menores mostró una asociación negativa de pequeña a moderada con la resiliencia disposicional: mayores niveles de resiliencia disposicional se relacionaron con menor frecuencia de estos eventos. No obstante, las puntuaciones de resiliencia disposicional no predecían el número de estresores y ni el distrés psicológico en el tiempo. Pinquart (2009) sólo evaluó la frecuencia de estresores cotidianos, no la intensidad de la experiencia estresante, para evitar la asociación entre los estresores cotidianos y los síntomas. Por lo que Pinquart (2009) sostenía que sus resultados indicaban que los individuos que experimentaban mayor número de estresores diarios tenían mayor riesgo de deterioro de la salud psicológica.

Brozina & Abela (2006), midieron ansiedad, depresión y estresores cotidianos (CHAS; Kanner et al., 1987) en niños de 8 a 13 años, y observaron que los síntomas de ansiedad aumentaban tras la exposición a altos niveles de estresores cotidianos en un

período de seis semanas en los niños con alta inhibición conductual, pero los síntomas depresivos no mostraron ningún incremento.

A continuación se comentarán algunas de las investigaciones que han abordado exclusivamente en los **síntomas depresivos**.

Shahar et al. (2003) en una publicación en la que informaron de los análisis de validez inicial del *Brief Adolescent Life Event Scale* (BALES), instrumento dirigido a adolescentes, encontraron que los eventos negativos predijeron los síntomas depresivos. Además, observaron que los eventos positivos amortiguaron el efecto de los eventos negativos sobre los síntomas depresivos.

Chang & Sanna (2003) estudiaron la relación entre el optimismo – pesimismo como moderador entre los estresores cotidianos y el ajuste psicológico (depresión y desesperanza) en adolescentes. Para registrar los estresores cotidianos del último mes emplearon el *High-School Students' Recent Life Experiences* (IHSSRLE; Kohn & Milrose, 1993). Encontraron que estresores cotidianos predecían el desajuste psicológico, y que esta relación era más fuerte cuando los adolescentes mostraban pesimismo (a diferencia del optimismo).

En un estudio longitudinal, Abela y Skitch (2007) evaluaron el componente diátesis – estrés de la teoría cognitiva de la depresión de Beck (1967; citado en Abela & Skitch, 2007) en niños y adolescentes de 6 a 14 años (con una media de edad de 10 años). Los participantes fueron considerados menores en riesgo, puesto que sus progenitores tenían historia de episodio depresivo mayores. En la evaluación inicial, los niños completaron medidas de actitudes disfuncionales, autoestima y síntomas depresivos, y al año siguiente y cada seis semanas, medidas de síntomas depresivos y estresores cotidianos. Los estresores cotidianos fueron valorados por *Hassles Scale for*

Children (HASC; Kanner et al., 1987). Los resultados mostraron que los niños con altos niveles de actitudes disfuncionales y bajos niveles de autoestima informaron mayor incremento de los síntomas depresivos después de un aumento en los estresores cotidianos, en comparación con otros niños que tenían sólo uno de los dos factores de vulnerabilidad. Además, observaron que las puntuaciones de la HASC (Kanner et al., 1987) de padres e hijos estaban significativamente asociadas. Con los mismos participantes, Abela et al. (2006), obtuvieron mayor incremento de los síntomas depresivos, después de estresores cotidianos o síntomas depresivos en los progenitores, en niños con excesiva búsqueda de confirmación.

Siguiendo esta línea de investigación, en un estudio más reciente, Abela y su equipo (Abela et al., 2012), con niños y adolescentes en similar contexto familiar (con antecedentes de trastorno depresivo), observaron que los niveles altos de dependencia se asociaron con mayores incrementos en síntomas depresivos después de eventos negativos entre los niños con baja autoestima (pero no con alta autoestima).

Hazel et al. (2014) en un estudio con niños y adolescentes, evaluaron a los menores y a sus progenitores cada tres meses en un período de un año. En la evaluación inicial se registró la calidad de la relación progenitores – hijos, y en las siguientes evaluaciones los estresores cotidianos y los síntomas depresivos. Los estresores cotidianos fueron evaluados por el *Adolescent Life Events Questionnaire* (ALEQ; Hankin & Abramson, 2002; citados en Hazel et al., 2014), clasificando los ítems en relaciones con iguales y no relacionados con iguales (que incluía ítems de las áreas de colegio o familia). Hazel et al. (2014) hallaron un efecto específico para los estresores de iguales: la calidad de la relación con los padres moderó la relación entre los estresores de iguales y los síntomas depresivos (asociación entre los estresores de pares

e incremento de síntomas depresivos en niños y adolescentes con baja calidad de las relaciones con los progenitores).

Autores como Hazel et al. (2014) criticaron el marco temporal en que se evaluaban los estresores (que podía variar desde seis meses a un año). Según Hazel et al. (2014), dado que los acontecimientos estresantes predictores de los episodios depresivos parecían ser estresores agudos que precipitaban la depresión de forma rápida, normalmente dentro de uno a tres meses (Monroe & Reid, 2008; citados en Hazel et al., 2014), las medidas para evaluar el estrés distal (superior a tres meses) probablemente fuesen menos relevantes para la etiología de los síntomas depresivos.

Respecto a las investigaciones que se centran sólo en **síntomas de ansiedad**, por ejemplo Suarez-Morales y López (2009) estudiaron la relación de los estresores cotidianos con los síntomas de ansiedad en preadolescentes inmigrantes (residentes de al menos dos generaciones). Para valorar los estresores cotidianos de las dos semanas previas emplearon la versión reducida del DHQ (Rowlinson & Felner, 1988; adaptado por DuBois et al., 1994). Las autoras encontraron que la puntuación total de estresores cotidianos fue un predictor significativo independiente de todos los síntomas de ansiedad (síntomas de concentración, fisiológicos y preocupaciones). Además hallaron que el estrés aculturativo también se relacionó con los síntomas de ansiedad.

Chan et al. (2014) evaluaron dos estilos cognitivos, la rumiación y el catastrofismo, y los estresores cotidianos como predictores de la ansiedad, controlando los síntomas depresivos, en adolescentes. Observaron efectos directos de los estresores cotidianos sobre los síntomas de ansiedad en toda la muestra. Los estresores cotidianos predijeron significativamente los síntomas de ansiedad en ambos sexos, y esta asociación estuvo mediada por el estilo cognitivo catastrofista (factor de riesgo).

En el **contexto clínico**, el ámbito médico ha continuado generando investigaciones sobre los estresores cotidianos y su relación con la enfermedad física, y en ocasiones con la inclusión de los síntomas psicológicos.

Por ejemplo, Von Weiss et al. (2002) estudiaron un factor de riesgo, los estresores cotidianos, y un factor de protección, el apoyo social, en la predicción del ajuste en niños y adolescentes con enfermedad reumática. A los niños se les administraron medidas de estresores cotidianos, apoyo social, síntomas depresivos y ansiedad rasgo y estado; y los progenitores completaron medidas de comportamientos internalizantes y externalizantes. El instrumento empleado para observar la frecuencia y gravedad de estresores cotidianos fue *Children's Hassles Scale* (CHS; Varni et al., 1996). Von Weiss et al. (2002) observaron que menores niveles de estresores cotidianos y mayor apoyo social predecían menores problemas de ajuste (internalizantes y externalizantes). Las fuentes de apoyo más significativas fueron los compañeros y los progenitores. Además, los niños con alto apoyo de compañeros tenían menos síntomas depresivos que los niños con bajo apoyo de compañeros, con independencia del nivel de estresores cotidianos. Los estresores cotidianos también se asociaron con otras medidas de ajuste como ansiedad estado y ansiedad rasgo. Estos autores concluyeron que las intervenciones con niños con enfermedades reumáticas deberían enfocarse en el manejo de estresores cotidianos e incrementar el apoyo social, que en este estudio no fue un factor amortiguador, sino que tuvo un efecto principal.

Sin embargo, en opinión de Pinquart (2009), algunos hallazgos podrían haber sobreestimado la asociación entre eventos diarios y síntomas psicológicos porque muchas escalas de estresores cotidianos miden el nivel de malestar psicológico como resultado de los estos estresores más que la frecuencia de los eventos menores. Además,

como la mayoría de los estudios no han registrado datos longitudinales y no han probado si los microestresores afectan al resultado psicológico y/o viceversa.

2.2.2.3. Investigaciones sobre estresores cotidianos específicos y estudios de la especificidad.

Las investigaciones también se han dirigido a estudiar estresores cotidianos específicos, como estresores interpersonales (Flook, 2011; Hamilton et al., 2015; Sim, 2010; Wright et al., 2010), estresores de iguales (Bowker et al., 2000), estresores escolares (Agrawal, Garg & Urajnik, 2010; de Anda et al, 2000) o estresores cotidianos de iguales y académicos (Carter et al., 2006).

Diversos estudios han examinado los **estresores cotidianos interpersonales**, estresores de padres y/o estresores de iguales. Hamilton et al. (2015) observaron la relación entre los síntomas depresivos y la ansiedad social y los estresores interpersonales, y también la victimización de iguales y el maltrato emocional familiar, en la adolescencia temprana. Los participantes fueron evaluados en tres momentos. Hamilton et al. (2015) hallaron que los estresores interpersonales, la victimización de iguales y el maltrato emocional predijeron los síntomas depresivos y de ansiedad social concurrentes. Pero también encontraron efectos mediadores de los síntomas depresivos en la relación estresores y síntomas de ansiedad social posteriores. Es decir, que los adolescentes que tenían reacciones depresivas más inmediatas podían tener mayor riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad.

En opinión de los creadores del *Brief Adolescent Hassles Scale* (Wright et al., 2010), la escala identificaba dos factores principales, los estresores cotidianos de padres

y de iguales, que representaban las molestias más comunes en la vida para los adolescentes (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). Otros posibles factores, como los estresores académicos, comunitario y de salud, no obtuvieron apoyo como factores fiables en esta escala. A juicio de Wright et al. (2010), este resultado era similar al obtenido con el *Inventory of High School Students' Recent Life Experiences* (Kohn & Milrose, 1993), donde el contenido de la mayoría de los factores identificados se relacionaba con la interacción con otros (e.g., alienación social, demandas excesivas, preocupaciones románticas, soledad e impopularidad), y el factor de desafío académico era menos importante. En general, la investigación con adolescentes sugería que los temas familiares y de iguales continuados podían ser los más relevantes (Wright et al., 2010). La lucha de los jóvenes por la autonomía en los años de la adolescencia puede ponerlos en conflicto con los deseos de sus padres para el control continuo y orientación (Schlegel & Herbert, 1991; Zimmer-Gembeck & Collins, 2003) y con las presiones ejercidas por sus pares (Coleman & Hendry, 1999, citados por Wright et al., 2010).

En este trabajo de Wright et al. (2010), ya comentado antes, los estresores cotidianos interpersonales (de progenitores y de iguales) se asociaron con ansiedad y depresión. En la misma línea fueron los resultados de Flook (2011), en su estudio los estresores cotidianos se relacionaron con estado de ánimo negativo.

Como también se ha comentado previamente, Sim (2000) observó que los estresores cotidianos de iguales eran el mejor predictor de depresión, seguido de estresores cotidianos de padres, mientras que el mejor predictor para la conducta antisocial fueron los estresores cotidianos de padres.

Bowker et al. (2000) analizaron los estresores cotidianos de iguales en adolescentes y su relación con el comportamiento agresivo y evitativo, las estrategias de afrontamiento y el nivel de popularidad. Los participantes escribían tres estresores

cotidianos experimentados recientemente con los iguales. Realizaron una clasificación de los estresores cotidianos de iguales en seis tipos: conflicto con iguales, rechazo de iguales, rechazo de otros, envidia, meterse en problemas, preocupaciones sobre el bienestar de los amigos, en base a un estudio previo del mismo grupo de investigadores (Bowker & Hymen, 1991; citado en Bowker et al., 2000). Encontraron que los adolescentes más agresivos percibían más control sobre los estresores cotidianos de iguales, mientras que los adolescentes evitativos percibían un control más limitado.

Otro de los contextos importantes para los niños y adolescentes es el ámbito escolar. Por esta razón se han estudiado los **estresores cotidianos escolares**. Los estresores específicos del ambiente escolar incluyen exámenes, notas, expectativas de rendimiento presente y futuro y metas futuras (de Anda et al., 2000). Parece que las presiones y expectativas en el ambiente escolar son los estresores más frecuentes informados por los adolescentes (de Anda et al., 2000).

Según observaron de Anda et al. (2000), los estresores más frecuentes se relacionaron directa o indirectamente con el ambiente escolar (e.g., preocupaciones personales sobre los objetivos futuros y otras preocupaciones del colegio).

Agrawal, Garg y Urajnik (2010) revisaron en la literatura las diferentes clasificaciones sobre los estresores escolares (Bauwens & Hourcade, 1992; Grannis, 1992; Philips, 1978; citados en Agrawal et al., 2010). Phillips (1978) dividió los estresores del colegio en dos grandes categorías: estresores de logro (e.g., no recibir las notas esperadas, expectativas del profesor y comparación con otros estudiantes) y estresores sociales (e.g., iguales poco amistosos o recibir burlas o amenazas por los iguales). Bauwens y Hourcade (1992) agrupó los estresores del colegio en ocho categorías: trabajo escolar, interacciones sociales, tratamiento por los profesores,

disciplina y procedimientos en clase, actividades extraescolares, actuaciones en público y varios. Grannis (1992) los clasificó según la frecuencia y valoración en tres categorías: problemas académicos (e.g., no poder terminar el trabajo en clase), agresiones físicas y personales (e.g., agresión de alguien) y alteraciones escolares generales (e.g., los compañeros en clase no están quietos).

Debido al interés en los estresores escolares, Agrawal et al. (2010) construyeron un instrumento específico para el estudio de los estresores cotidianos escolares, con cuatro áreas, académica, interacción con iguales, profesor y varios.

Otros estudios se han examinado los **estresores de iguales y académicos**, como el de Carter et al. (2006) con los síntomas internalizantes y externalizantes, ya referido.

En la investigación sobre el estrés cotidiano en la infancia y la adolescencia, algunos se han interesado en cómo el estrés en un ámbito de la vida puede afectar a otro ámbito. Por ejemplo, Salamon, Johnson y Swendsen (2011) analizaron si el estrés académico podía afectar a otros dominios y tener consecuencias psicológicas y sociales negativas. Durante siete días consecutivos, niños y adolescentes indicaban qué evento les había afectado más desde la evaluación previa, siguiendo las categorías familiar, iguales, académico y ocio del *Inventory of Small Life Events* (Zautra, Guarnaccia & Dohrenwend, 1986), y además valoraban el impacto de cada evento. Los autores observaron que los estresores académicos afectaron a los eventos familiares y a los eventos posteriores relacionados con el colegio, y lo mismo ocurrió entre los eventos familiares y de ocio. Los autores concluyeron que los procesos emocionales jugaban un papel fundamental en este efecto de propagación (“*spillover*”), al igual que la influencia recíproca entre los estresores académicos y no académicos.

Asimismo, algunos autores también se han dirigido a analizar la **especificidad en la relación estresores cotidianos y la alteración psicológica o desajuste** (Hazel et al., 2014; Johnson & Swendsen, 2015; Santa Lucía et al., 2000; Sim, 2000).

En esta línea de investigación se ha obtenido alguna relación en función del tipo de estresores cotidianos. Por ejemplo, Johnson & Swendsen (2015) hallaron asociación entre los estresores cotidianos escolares y familiares con los síntomas depresivos y de ansiedad, pero ninguna vinculación con los estresores cotidianos de iguales. Hazel et al. (2014) encontraron efecto específico de la calidad de la relación con los progenitores y la asociación entre los estresores de iguales y los síntomas depresivos. Sim (2000) observó que los estresores cotidianos de amigos y de progenitores se asociaban con depresión, mientras los estresores cotidianos progenitores, con la conducta antisocial. Finalmente, en el estudio de Santa Lucía et al. (2000) la adaptación escolar se relacionó con los estresores cotidianos de familia, colegio e iguales, pero no con los estresores cotidianos de padres.

2.2.2.4. Otros estudios sobre los estresores cotidianos.

El interés respecto a los estresores cotidianos sigue estando vigente y es tal que los estudios se han ampliado a diferentes áreas de la psicología. Se ha encontrado relación entre los estresores cotidianos y el bienestar psicológico (Lai, 2009), variables de personalidad como el perfeccionismo (Hewitt et al., 2002), o la toma de riesgo y la autoestima (Vermeersch, T'Sjoen, Kaufman, Vincke & Bracke, 2010), el rendimiento cognitivo (Maldonado et al., 2008), o el consumo de tabaco (Guthrie, Young, Boyd & Kintner, 2001), o incluso efecto moderador de los estresores cotidianos (Vermeersch et al., 2013), por citar sólo algunos ejemplos.

Lai (2009) observó que el incremento de estresores cotidianos predecían menor bienestar psicológico en los adolescentes.

Hewitt et al. (2002) en niños y adolescentes (de 10 a 15 años), estudiaron cómo el perfeccionismo autoorientado y el perfeccionismo socialmente prescrito interactúan con estrés de logro o estrés social para predecir depresión. Emplearon la CHS (Kanner et al., 1987) de un modo diferente, clasificando los ítems en estrés de logro y estrés social. Los resultados mostraron que el perfeccionismo autoorientado se asoció con depresión y ansiedad, mientras el perfeccionismo socialmente prescrito correlacionó con depresión, ansiedad, estrés social, supresión de la ira e ira dirigida externamente.

Vermeersch et al. (2010), con un enfoque biopsicosocial, encontraron que los estresores cotidianos se relacionaban con toma de riesgo, el nivel de reactividad vascular y la autoestima en adolescentes.

Maldonado et al. (2008) obtuvieron relación entre el rendimiento cognitivo y los estresores cotidianos. En concreto, los niños con mayor puntuación en estresores cotidianos mostraron menor capacidad de atención sostenida y mayor tiempo de recuperación de la información de la memoria de trabajo o episódica. Resultados que en opinión de Trianes et al. (2009), en conjunción con el efecto de los estresores cotidianos sobre el rendimiento académico, evidencian que el estrés cotidiano altera el rendimiento académico en la infancia.

Se ha observado la relación de los estresores cotidianos y el consumo de tabaco, por ejemplo, Guthrie et al. (2001) encontraron que las chicas adolescentes que habían fumado alguna vez tenían mayor número de estresores cotidianos en general y en las áreas colegio/académico y familia/economía, que las que nunca habían fumado. Y la edad de inicio de consumo de tabaco se relacionó negativamente con el número de

estresores cotidianos, con mayor número de estresores cotidianos en las chicas que habían iniciado antes el consumo.

Vermeersch et al. (2013) hallaron efecto moderador de la experiencia de estresores cotidianos en la relación entre un factor genético de variabilidad intrasexual y los síntomas depresivos en chicos adolescentes, pero no en las chicas.

En el ámbito de la **enfermedad física**, como se comentaba anteriormente, los estresores cotidianos han tenido un papel principal en los estudios relacionados con la psicología de la salud desde prácticamente los inicios de la investigación del estrés, y aún mantiene su auge. El estrés psicológico, en forma de eventos vitales o estresores cotidianos negativos, puede afectar negativamente a la salud del adolescente y a los resultados del tratamiento (Joury, Marcenes & Ojal, 2013).

En la literatura pediátrica, los estresores cotidianos también parecen estar implicados como factor contribuyente en la exacerbación de un número de enfermedades crónicas pediátricas. Por ejemplo, el estrés predijo significativamente un incremento en la frecuencia e intensidad de episodios de dolor (e.g., Stone, Broderick, Porter, & Kaell, 1997), y fatiga y rigidez en pacientes reumáticos pediátricos (Schanberg et al., 2000; citados en Bridley & Jordan, 2012). Los estresores cotidianos también se relacionaron con un incremento de las quejas somáticas, en especial en niños con dolor abdominal recurrente (Walker, Garber, Smith, Van Slyke & Clarr, 2001). Por lo que parece evidente en la literatura pediátrica y clínica, el estrés tiene gran impacto en el bienestar emocional, comportamental y físico del niño y del adolescente (Bridley & Jordan, 2012).

Respecto al tratamiento médico, Joury, Marcenes y Johal (2013) investigaron factores psicosociales, como estresores cotidianos, resiliencia y ambiente familiar, en la

predicción de los resultados de tratamiento de ortodoncia en pacientes de adolescentes. Después de un año de tratamiento, encontraron que el mejor predictor del cierre oclusivo fue el apoyo materno, mientras el apoyo paterno, el control de los progenitores, los estresores cotidianos y la resiliencia no se asociaron con los resultados del tratamiento.

1.2.2.4. Variables relacionadas con los estresores cotidianos y sus efectos.

Aunque los niños expuestos a una variedad de situaciones estresantes tienen riesgo de desarrollar problemas psicológicos, no a todos les ocurre. Se han identificado factores individuales, familiares y sociales que pueden proteger frente del impacto nocivo de los estresores cotidianos sobre el ajuste psicológico de los niños.

En general, los estudios han mostrado relaciones positivas entre la ocurrencia de estresores cotidianos y las alteraciones psicológicas y físicas. Aunque es evidente que las personas que perciben las situaciones como estresantes están en riesgo de desarrollar problemas adaptativos, no todas llegan a desarrollar estos problemas. Por lo que, los investigadores se han afanado por determinar las variables que pueden mitigar el impacto de los estresores. Como se apuntaba en el capítulo anterior, las variables que se han examinado con más frecuencia en la literatura han sido la edad, el sexo, estatus socioeconómico y el grupo étnico (Grant et al., 2006).

Respecto a la **edad**, algunos estudios han hallado diferencias respecto a la edad en la frecuencia de los estresores cotidianos (e.g., Jose & Ratcliffe, 2004; Pinquart, 2009) o en el impacto sobre el niño (e.g., Escobar et al., 2010). Otros han obtenido diferencias en algunos tipos de estresores cotidianos (e.g., Wright et al., 2010).

Pinquart (2009) observó que los adolescentes mayores tenían inicialmente una alta frecuencia de estresores cotidianos, pero un fuerte descenso posterior. Mientras, Escobar et al. (2010) encontraron relación más fuerte entre los estresores cotidianos y las medidas de ajuste en el grupo de niños de 10 a 12 años.

En cambio, Wright et al., (2010) no obtuvieron relación significativa entre los estresores cotidianos de padres y edad, pero sí entre los estresores cotidianos de amigos y otros con la edad, siendo los adolescentes mayores (15 a 17 años) los que informaron más estresores cotidianos.

Algunos autores han encontrado diferencias de **sexo** en los niveles de estresores cotidianos (e.g., Jose & Ratcliffe, 2004; Vermeersch et al., 2010), en un momento pero no en otro (e.g., Pinquart, 2009) o en la gravedad o malestar (e.g., Escobar et al., 2010; Jose & Ratcliffe, 2004; Santa Lucia et al., 2000) mayor en las féminas, aunque algunos han informado más estresores en los varones (e.g., Li et al., 2007; Martínez-Otero, 2012; Miller & Townsend, 2005; Smith & Somhlaba, 2015). En algunos estudios también han aparecido diferencias de sexo según los tipos de estresores cotidianos (e.g., Santa Lucia et al., 2000; Vermeersch et al., 2010). No obstante, otros no han encontrado efecto del sexo (e.g., de Anda et al., 2000; Chan et al., 2014; Hamilton et al., 2015; Salamon et al., 2011; Wright et al., 2010).

Pinquart (2009) observó que las mujeres mostraron mayores niveles de microestresores que los hombres en la primera evaluación, pero no en las siguientes.

En el estudio de Vermeersch et al. (2010), de promedio las chicas experimentaron más estresores cotidianos que los chicos, y los chicos no vivieron ningún estresor de manea más significativa que las chicas. Los estresores cotidianos que fueron significativamente más experimentados por chicas tenían que ver con las

relaciones cercanas con otros significativos, mientras que en los chicos incluían ausencia de autonomía, independencia económica y problemas en el colegio.

Santa Lucia et al. (2000) observaron que las chicas informaron experimentar mayor frecuencia de estresores cotidianos de iguales y mayor gravedad de los eventos en todas las áreas, mientras los chicos indicaron más frecuencia de estresores del colegio. Aunque sólo la relación entre eventos de progenitores y el ajuste escolar mostró diferencias de sexo, con una asociación más fuerte en los chicos. Según los autores, las diferencias de sexo en los estresores cotidianos apoyaban la hipótesis de Nolen-Hoeksema y Girgus (1994; citado en Santa Lucía et al., 2000) que el estrés interpersonal actuaría como un factor de riesgo en las niñas. En otras palabras, el mayor nivel de percepción del malestar de los estresores cotidianos en las chicas probablemente representaría otro factor de riesgo para el desarrollo posterior de trastornos internalizantes en chicas (Santa Lucia et al., 2000).

Sin embargo, con la misma escala que Santa Lucia et al. (2000), en la trabajo de Smith & Somhlaba (2015) los chicos expresaron mayor frecuencia e intensidad de malestar de estresores cotidianos.

Algunos autores han hallado efectos de interacción edad – sexo, como en el estudio de Jose & Ratcliffe (2004), que las chicas informaron significativamente más frecuencia de eventos estresantes desde los 12 a los 17 años que los chicos, y mayor intensidad de los estresores a partir de los 13.

Considerando el **grupo étnico, cultural o racial** de los participantes, han aparecido diferencias en el número de estresores cotidianos (e.g., de Anda et al., 2000; Martínez-Otero, 2012). También se ha observado diferencias de etnia en interacción con

el sexo (e.g., Alves et al., 2011). Por el contrario, en otros no han manifestado tales diferencias (e.g., Hamilton et al., 2015).

De Anda et al. (2000) informaron que los estudiantes blancos experimentaban más a menudo estresores personales y relacionados con el colegio que los estudiantes afroamericanos o los latinos, mientras que los estudiantes latinos vivían más a menudo estresores familiares. Por su parte, Martínez-Otero (2012) encontró más estrés escolar, familiar y total en niños inmigrantes.

Alves et al. (2011) se interesaron por las diferencias de sexo en los problemas emocionales en preadolescentes, si ocurrían del mismo modo en las mayorías y en las minorías étnicas, y su relación con dos tipos de estresores cotidianos, del hogar y del colegio. Como Alves et al. (2011) recordaban, la “brecha de género” (“*gender gap*”) se refiere a la mayor tasa de problemas emocionales en chicas, en comparación con los chicos, que surge en la adolescencia, alrededor de los 14 años (Wade, Cairney & Pevalin, 2002; citados en Alves et al., 2011), existe evidencia en los adolescentes mayores y se asume que es un fenómeno transcultural. Los autores hallaron que esta brecha de género en los problemas emocionales se limitaba a los preadolescentes de mayoría étnica, y que los estresores cotidianos del colegio jugaban un papel importante en este efecto. Es decir, las diferencias de sexo en los problemas emocionales sólo ocurrían en la mayoría étnica. En el caso de la minoría étnica no se obtuvo este efecto debido al papel mediador de los estresores cotidianos del colegio, en altos niveles de problemas emocionales en chicos preadolescentes de las minorías. Alves et al. (2011) concluyeron que la ausencia de brecha de género entre los preadolescentes de las minorías indicaría que las circunstancias sociales podrían posponer o impedir la emergencia y magnitud de la brecha de género en estos adolescentes.

En relación al **estatus socioeconómico**, Suarez-Morales y López (2009) observaron que el estatus socioeconómico fue un predictor significativo de algunos síntomas de ansiedad (síntomas de preocupación) con el total de estresores cotidianos, sin embargo, la interacción entre el estatus socioeconómico y el total de estresores cotidianos sobre los síntomas no fue significativa. Los resultados del estudio de Johnson y Swendsen (2015) mostraron que las percepciones de los estudiantes del estatus de su familia en la sociedad de EE.UU. no moderó la relación estrés – estado afectivo, aunque se observó una tendencia que sugería que los jóvenes que percibían a sus familias como de menor estatus informaron mayor grado de tristeza después de eventos familiares, que aquellos que percibían a sus familias como de mayor estatus social. Sin embargo, Li et al. (2007) no obtuvieron relación estresores cotidianos y pobreza.

Respecto a otras **variables individuales**, se ha encontrado efecto amortiguador de la autoestima, como moderador de la asociación entre actitudes disfuncionales, estresores negativos y síntomas depresivos (e.g., Abela & Skitch, 2007), o protector en la relación entre dependencia y estresores cotidianos con los síntomas depresivos (e.g., Abela et al., 2012). También se ha hallado efecto amortiguador del optimismo en la relación entre estresores cotidianos y bienestar psicológico (e.g., Lai, 2009), o efecto moderador del optimismo – pesimismo en la relación estresores cotidianos y ajuste – depresión y desesperanza (e.g., Chang & Sanna, 2003), y efecto mediador del estilo cognitivo catastrofista (e.g., Chan et al., 2014).

Cooper et al. (2011) observaron que la orientación de rol de género masculino en adolescentes afroamericanas moderaba la relación entre estresores cotidianos y funcionamiento psicológico.

Pinquart (2009) indicó que la interacción entre la resiliencia disposicional y los estresores cotidianos sobre el malestar psicológico en el momento inicial, pero ningún efecto de la resiliencia disposicional a los dos años. Es decir, no encontró efectos amortiguadores en la relación entre los estresores y el malestar psicológico en el tiempo.

Y en un estudio con registro diario, Galla & Wood (2015) observaron que el autocontrol en los adolescentes predijo menor exposición y menor reactividad a los estresores cotidianos y más respuestas adaptativas al estrés. En concreto, los adolescentes con mayor autocontrol experimentaron menos estresores cotidianos y menor gravedad de los mismos.

Smith & Somhlaba (2015) registraron asociación entre los repertorios de afrontamiento y el ajuste psicológico. Además, las estrategias de afrontamiento de evitación tuvieron un efecto amortiguador entre los estresores cotidianos y los síntomas depresivos y el funcionamiento adaptativo.

El apoyo social ha generado amplia literatura con resultados no consistentes. Algunos estudios han indicado la relevancia de múltiples fuentes de apoyo, como Von Weiss et al. (2002) que encontró efectos principales del apoyo social de iguales y padres en la relación estresores cotidianos y depresión. En cambio, en el trabajo de Sim (2000) ninguno de los tres tipos de apoyo social evaluados (progenitores, amigos y profesores) moderó la relación entre estresores cotidianos y ajuste emocional y comportamental.

En un estudio con preadolescentes mexicanos residentes en EE.UU., Roosa et al. (2010) analizaron la experiencia de estresores cotidianos (de iguales, económicos, conflictos de familia), y observaron que, además de los efectos directos sobre el comportamiento internalizante y externalizante, los estresores cotidianos se relacionaron indirectamente con el ajuste mediante la asociación con los iguales con conductas

delictivas, sugiriendo que estos niños no tendrían otros medios de afrontamiento que estas relaciones con los iguales de riesgo.

En referencia a otras **variables familiares y/o ambientales**, Bridley & Jordan (2012) indicaron que las rutinas infantiles moderaron la relación entre estresores cotidianos y los problemas internalizantes, pero no con los problemas externalizantes. Y Shahar et al. (2003) hallaron que los eventos positivos amortiguaron el efecto de los eventos negativos sobre los síntomas depresivos.

Tabla 3. Investigaciones actuales de estresores cotidianos.

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Abela, Fishman, Cohen & Young (2012)	Población general, niños y adolescentes, 6 a 14 años (M = 9.8, DT = 2.3) "de alto riesgo" (progenitores con historia o actual episodio depresivo mayor) (N = 140). Canadá.	Hassles Scale for Children (CHAS, Kanner et al., 1987) Autoinforme.	39 ítems Últimas 6 semanas. Frecuencia (escala de 6 puntos). Puntuación total: rango 0 - 145.	Diseño longitudinal. Relación positiva altos niveles de dependencia y síntomas depresivos después de estresores cotidianos negativos en niños con baja autoestima.	Factor de vulnerabilidad: dependencia. Factor de protección: autoestima. No efecto de autoeficacia.
Abela & Skitch (2007)	Población general, niños 6 - 14 años (M = 10) "de alto riesgo" (progenitores con AP trastorno depresivo) (n = 140) y progenitores. Canadá.	Hassles Scale for Children (HASC, Kanner et al., 1987). Autoinforme y heteroinforme.	39 ítems Últimas 6 semanas. Frecuencia (escala de 5 puntos). Puntuación total: rango 0 - 156.	Diseño longitudinal. Mayor incremento en síntomas depresivos después de aumento de estresores cotidianos en niños con altos niveles de actitudes disfuncionales y bajos niveles de autoestima.	Asociación puntuaciones HASC padres e hijos. Factor moderador / amortiguador: autoestima. Factores de vulnerabilidad: actitudes disfuncionales y baja autoestima.
Abela, Zuroffi, Ho, Adams, & Hankin (2006)				Mayor incremento en síntomas depresivos después de aumento de estresores cotidianos o síntomas depresivos de progenitores en niños con búsqueda de confirmación.	Factor de vulnerabilidad: búsqueda de confirmación.
Alves, Roysamb, Oppedal & Zachrisson (2011)	Población general, niños, escolares de 10 a 12 años (N = 902). Noruega.	estresores cotidianos hogar y colegio (Oppedal & Roysamb, 2004)	Hogar y colegio.	Diseño transversal.	Diferencias de sexo: problemas emocionales sólo en mayoría étnica. No diferencias de sexo en minoría étnica. Efecto mediador de estresores de colegio en altos niveles de problemas emocionales en chicos de minoría étnica.
Bridley & Jordan (2012)	Población general, niños de 8 a 12 años (M = 9.44, DT = 1.22) y progenitores (N=131) EE.UU.	Children's Hassles Scale (CHS, Kanner et al., 1981) Autoinforme y heteroinforme.	43 ítems Ocurrencia. Gravedad (escala de 3 puntos). Rango 0-129.	Diseño transversal. M = 28.57, DT = 15.52, rango 0 - 71. Interacción estresores cotidianos y rutinas infantiles en problemas internalizantes. No interacción problemas externalizantes.	Efecto moderador: rutinas infantiles en la relación estresores cotidianos y problemas internalizantes, pero no en problemas externalizantes.

Tabla 3. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Bowker, Bukowski, Hymel & Sippola (2000)	Población general, adolescentes, estudiantes de 7º curso (N = 249). Canadá.	Descripción: pregunta abierta. Autoinforme.	Estrés cotidianos de iguales: 3 experimentados recientemente.	Diseño transversal. Mayor percepción de control sobre sus estresores cotidianos de iguales en adolescentes más agresivos. Menor percepción de control sobre estresores cotidianos de iguales en adolescentes evitativos.	Más estrategias negativas en adolescentes más agresivos e impopulares. Más estrategias centradas en el problema en chicas adolescentes más populares y agresivas. Adolescentes evitativos: menos estrategias centradas en el problema, y más estrategias centradas en la emoción.
Brobeck, Marklund, Haraldsson & Bernthsson (2007)	Población general, escolares de 5º curso (N = 29). Suecia.	Entrevistas a los niños sobre la experiencia de estrés diario.	Estrés agudo y parte de la vida.	Diseño transversal. 5 componentes clave: "miedo a llegar tarde", "no tener suficiente tiempo", "consecuencias físicas y mentales", "sentimiento negativo y positivo" y "experimentar estrés de otros significativos" (estrés en los padres).	
Brozina & Abela (2006)	Población general, niños de 8 a 13 años (M = 10.6, DT = 1.2), estudiantes de 3º - 6º curso (N = 1384). Canadá.	Children's Hassles Scale (CHAS, Kanner, Feldman, Weinberger & Ford, 1987). Autoinforme.	39 ítems. Últimas 6 semanas. Areas: familia, colegio, amigos y ocio.	Diseño longitudinal. M = 83.10, SD = 23.91 Aumento de síntomas de ansiedad tras exposición de estresores cotidianos (en T2 a las 6 semanas) en niños con alta inhibición conductual. No relación con síntomas depresivos.	Factor de vulnerabilidad: inhibición conductual.
Carter, Garber, Ciesla & Cole (2006)	Población general, adolescentes (M = 11.86, DT = 0.57) con diferente riesgo de psicopatología, estudiantes de los cursos de 6º a 9º (N = 240) y sus madres. EE.UU.	Questionnaire about school-related events (Robinson, Garber & Hilsman, 1995). Autoinforme y heteroinforme.	Subescalas: iguales y académico.	Diseño longitudinal. Autoinforme: Modelo de exposición al estrés para síntomas internalizantes. Relación positiva estresores y síntomas internalizantes al año. Heteroinforme: Modelo de generación del estrés: síntomas internalizantes y externalizantes, predicen mayor nivel de estresores cotidianos al año.	Diferencias entre informantes.

Tabla 3. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Chan, Chan & Kwok (2014)	Población general, adolescentes con altos niveles de ansiedad informados, 12 a 18 años (M = 14.9, DT = 1.97) (N = 2802). China.	Listado "ad hoc". Autoinforme.	9 ítems: conflictos con iguales, familia, profesores, problemas académicos, preocupaciones del futuro, preocupación apariencia, problemas con el otro sexo. Frecuencia (escala de 3 puntos).	Diseño transversal. Efectos directos de los estresores cotidianos sobre los síntomas de ansiedad en toda la muestra. Estresores cotidianos predijeron síntomas de ansiedad.	No diferencias de sexo. Mediador: relación totalmente mediada por el estilo cognitivo catastrofista (factor de riesgo). No efectos mediadores de rumiación.
Chang & Sanna (2003)	Población general, adolescentes de 14 a 19 años (M = 15.73, DT = 0.98) (N = 263). EE.UU.	High-School Students' Recent Life Experiences (IHSSRLE, Kohn & Milrose, 1993) Autoinforme.	41 ítems. Último mes. Frecuencia (escala de 4 puntos).	Diseño transversal. M = 91.69, DT = 20.63. Relación positiva estresores cotidianos y depresión y desesperanza. Relación optimismo – pesimismo y ajuste.	Efecto modulador: optimismo – pesimismo. Relación estresores cotidianos y pobre ajuste más fuerte.
Cooper, Guthrie, Brown & Metzger (2011)	Población general, adolescentes mujeres afroamericanas, de 12 a 17 años (M=15.50, DT = 1.70) (N = 103). EE.UU.	Daily Hassles Questionnaire (DHQ, Rowlison & Felner 1988; Dubois et al. 1994). Autoinforme.	41 ítems. Última semana. Malestar (escala de 4 puntos)	Diseño transversal. M = 2.18, DT = .72. Relación positiva estresores cotidianos y síntomas de depresión y ansiedad.	Moderador: orientación del rol masculino. No efecto moderador: orientación de rol femenina o andrógina.
de Anda, Baroni, Boskin, Buchwald, Morgan, Ow., et al. (2000)	Población general, estudiantes de 15 a 18 años (M = 16) (N = 333). EE.UU.	Adolescent Stress, Stressor, and Coping Measure, versión del Adolescent Stress and Coping Measure (Bradley et al., 1990). Autoinforme.	Grado de estrés experimentado. Frecuencia (escala de 4 puntos). Duración (escala de 5 puntos).	Diseño transversal. 25.3% "muy estresados" de a menudo a diariamente, y 31% semanalmente. 51% "un poco estresado" de a menudo a muy a menudo, Más frecuentes: preocupaciones personales sobre objetivos futuros propios, otras relacionadas con colegio, y temas emocionales / interpersonales.	No diferencias de sexo ni en grado de estrés ni en frecuencia. Diferencias de raza: los estudiantes blancos informaron experimentar más a menudo estresores personales y relacionados con el colegio que los estudiantes afroamericanos o los latinos. Más estresores familiares en estudiantes latinos.

Tabla 3. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Escobar, Trianes, Fernández-Baena & Miranda (2010)	Población general, escolares, niños de 9 a 12 años (M = 10,48 años, DT = 0,97) (N = 392). España.	Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IICE, Trianes et al., 2009). Autoinforme.	25 ítems Áreas: salud, colegio y familia. Puntuación total y por escalas.	Diseño transversal. Correlación negativa aceptación social y estrés cotidiano.	Diferencias de sexo: relación sólo en chicas. Diferencias de edad: en el grupo de 10 a 12 años.
Flook (2011)	Población general, adolescentes (M = 14,9 años), estudiantes de 9º curso (N = 589). EE.UU.	Listado de eventos positivos y negativos. Autoinforme y registro diario.	Estresores cotidianos interpersonales: familia y amigos	Diseño transversal. Asociaciones bidireccionales entre interacciones sociales diarias y estado de ánimo. Ratio diaria de eventos positivos y negativos consecuencia de ánimo diario.	Estado de ánimo negativo predice más eventos interpersonales negativos y menos positivos. Eventos interpersonales negativos predicen menor estado emocional positivo y mayor estado negativo.
Giallo & Gavidia-Payne (2006)	Población general, niños y adolescentes (7-16 años) con hermano/a con discapacidad (N = 49) y progenitores. Australia.	Sibling Daily Hassles and Uplifts Scale (Giallo & Gavidia-Payne, 2006). Autoinforme y heteroinforme.	43 ítems. Frecuencia e intensidad (escala de 5 puntos). Estresores cotidianos de experiencia de discapacidad de hermano.	Diseño transversal. No relación estresores cotidianos y ajuste. Relación intensidad percibida de estresores y conducta prosocial. No relación afrontamiento y ajuste. Relación factores familiares y parentales y ajuste.	Factores de riesgo y resiliencia: estatus socioeconómico, asistencia en el pasado a grupos de apoyo de hermanos, estrés parental, tiempo en familia y rutinas, solución de problemas familiares y comunicación y fortaleza familiar.
Guthrie, Young, Boyd, & Kintner (2002)	Población general, adolescentes mujeres afroamericanas de 11 a 19 años (M = 15,45, DT = 1,80) (N = 178) EE.UU.	Daily Hassles for Adolescents Scale (Dubois, Felner & Meares, 1994; Rowlison & Felner, 1988). Autoinforme.	26 ítems. Malestar (escala de 4 puntos)	Diseño transversal. Más comunes, por orden: estresores del colegio y académicos, estresores de la familia y económicos, estresores de iguales y sociales y estresores de seguridad personal.	Nivel socioeconómico.

Tabla 3. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Hamilton, Potter, Olino, Abramson, Heimberg & Iloy (2015)	Población general, adolescentes tempranos de 12 a 13 años (M = 12.84 años) (N = 410). EE.UU.	Adolescent Life Events Questionnaire (ALEQ, Hankin & Abramson 2002). Life Events Interview (LEI, Safford et al. 2007). Autoinforme y heteroinforme.	63 ítems. Ocurrencia. Eventos interpersonales.	Diseño longitudinal. Estrés interpersonales, victimización de iguales y maltrato emocional fueron predictores de síntomas depresivos y de ansiedad social concurrentes.	Efecto mediador de los síntomas depresivos entre estresores y síntomas de ansiedad social posteriores. No diferencias de sexo. No diferencias étnicas.
Hazel, Oppenheimer, Technow, Young & Hankin (2014)	Población general, Niños y adolescentes de 7 a 16 años, de 3º, 6º y 9º curso (N = 675). EE.UU.	Adolescent Life Events Questionnaire (ALEQ, Hankin & Abramson, 2002). Autoinforme.	37 ítems. Últimos 3 meses. Frecuencia (escala de 5 puntos). Estrés cotidianos de relaciones de iguales y no relaciones con iguales.	Diseño longitudinal.	Efecto específico para estresores cotidianos relaciones con iguales. Efecto moderador de calidad de relación progenitores – hijo, en la relación estresores de iguales y síntomas depresivos
Johnson & Swendsen (2015)	Población general, estudiantes 12 a 13 años (M = 12.1, DT = 0.28), 7º curso (N = 35). EE.UU.	Registro diario. Autoinforme.	Ámbitos: colegio, familia y amigos Impacto negativo.	Diseño transversal. 27% familia, 26% colegio y 20% iguales. Mayor tristeza y ansiedad después de eventos escolares y familiares en estudiantes que se percibían con menor estatus social en el colegio, frente a los que se percibían con mayor estatus. Estrés de iguales: no significativa.	No efecto moderador del estatus familiar percibido en la relación estrés – estado afectivo. Tendencia: mayor tristeza después de eventos familiares en estudiantes que percibían a sus familias de menor estatus.

Tabla 3. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Jose & Ratcliffe (2004)	Población general, niños y adolescentes de 10 a 20 años, escolares (N = 2505). Nueva Zelanda.	Everyday Life Events Scale for Children (ELESC, Jose, Cafasso & D'Anna, 1994). Autoinforme.	50 ítems. Último mes. Frecuencia. Intensidad (escala de 4 puntos).	Diseño transversal. M = 17.49, DT = 15.28.	Diferencias de sexo: más estresores cotidianos (frecuencia e intensidad) y síntomas internalizantes en chicas. Diferencias de edad: más estresores cotidianos y síntomas internalizantes según aumenta edad. Interacción sexo – edad: más frecuencia de estresores cotidianos de 12 a 17 años y mayor intensidad de estresor a partir de 13 años en chicas.
Li, Nussbaum & Richards (2007)	Población general, niños y adolescentes de 10 a 15 años (M = 11.95, DT = 1.23), estudiantes afroamericanos, cursos 5º a 8º (N = 263). EE.UU.	Hassles Scale for Children (HSC; Jose, D'Anna, & Cafasso, 1992) e ítems relacionados con la población y de racismo. Autoinforme y heteroinforme.	Ocurrencia. Gravedad (escala de 4 puntos).	Diseño transversal. M = 18.72, DT = 7.13. Relación positiva estresores cotidianos y síntomas externalizantes e internalizantes.	No relación estresores cotidianos – pobreza. Diferencias de sexo: asociación sexo masculino, estresores cotidianos, exposición a violencia y síntomas internalizantes. Síntomas externalizantes. Interacción estresores cotidianos y apoyo familiar. Síntomas internalizantes: riesgo individual, estresores cotidianos y exposición a la violencia.
Martínez-Otero (2012)	Población general, escolares de 5º curso de primaria (M = 9.9 años) (N = 156). España.	Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (IECI, Trianes et al., 2011). Autoinforme.	25 ítems Áreas: salud, colegio y familia. Puntuación total y por escalas.	Diseño transversal. Estrés total: 88.46 % sin estrés, 7.05% estrés leve, 4.49% estrés grave.	Diferencias de sexo: en estrés total en los varones. Diferencias de etnia: más estrés escolar, familiar y total en niños inmigrantes.
Miller & Townsend (2005)	Población general, adolescentes (M = 13.76, DT = 2.05) (N = 254). EE.UU.	Urban Hassles Index (UHI, Miller, Webster, & MacIntosh, 2002). Autoinforme.	32 ítems. Subescalas: acoso, ansiedad, desorganización social y coerción	Diseño transversal. Relación lineal: estrés cotidiano y salud mental (relación negativa), síntomas de ansiedad y depresión (relación positiva).	Diferencias de sexo: más estresores cotidianos varones que mujeres.

Tabla 3. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Pinquart (2009)	Población general, adolescentes, 14-17 años (N = 1395). Early Developmental Stages of Psychopathology study, EDSP; Lieb, Isensee, Sydow & Wittchen, 2000). T1: Adolescentes (M = 16.7, DT = 1.2) (N = 1221). T2: Adultos jóvenes (M = 18.5 años, DT = 1.16) (N = 993). Alemania.	Daily Hassles Scale (Perkonig & Wittchen, 1995). Autoinforme.	14 ítems. Últimos 12 meses. Frecuencia (escala de 4 puntos). Áreas de colegio/ocupación, relaciones con los padres y hermanos, relaciones con iguales, vivienda, finanzas/economía y actividades de ocio.	Diseño longitudinal. T1: M = 1.65, DT = .33. T2: M = 1.64, DT = .32. 99.5%: al menos 1 estresor muy a menudo/siempre Relación estresores cotidianos con altos niveles de distrés psicológico actual. Relación estresores cotidianos y con aumento de distrés psicológico en el tiempo (predictor). Resiliencia disposicional se asoció con menores niveles de estresores cotidianos y distrés sólo en T1.	Sexo: más estresores cotidianos en mujeres en T1. Asociación negativa (de pequeña a moderada) entre frecuencia de estresores cotidianos y resiliencia disposicional. Edad: más estresores cotidianos en adolescentes mayores en T1, fuerte descenso posterior. Nivel educativo: no diferencias en T1. En T2 la educación superior predijo una disminución en número de estresores cotidianos y de distrés psicológico. Efecto de interacción significativo de resiliencia disposicional y estresores cotidianos sobre puntuaciones de distrés. Mayores niveles de estresores cotidianos y menores niveles de resiliencia disposicional se relacionaron con mayores síntomas.
Salamon, Johnson & Swendsen (2011)	Población general, adolescentes de 10 a 13 años (M = 11.44 años, DT = 0.62) (N = 131). Francia.	Inventory of Small Life Events (Zautra et al. 1986). Registro diario.	Áreas: familiar, iguales, académico y ocio. Identificar evento más estresante. Impacto (escala de 7 puntos).	Diseño transversal. Gravedad: Familia: M = 33, DT = 1.64. Iguales: M = 4.82, DT = 4.57. Académico: M = 3.73, DT = 1.65. Ocio: M = 3.93, DT = 1.56. Efecto de propagación de los eventos académicos a los eventos familiares y posteriores eventos académicos. Efecto de propagación entre eventos familiares y de ocio.	No efecto moderador de: sexo, dificultad académica, ansiedad, depresión.

Tabla 3. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Santa Lucía, Gesten, Rendina-Gobioff, Epstein, Kaufmann & Salcedo (2000)	Población general, niños, estudiantes de 3 ^o – 5 ^o curso y profesores (N = 701). EE.UU.	Children's Hassles and Uplifts Scales (Kanner et al., 1987). Autoinforme y heteroinforme.	25 ítems. Desde el inicio del curso escolar (7-9 meses) Factores: padres, iguales, colegio y familia Frecuencia (escala 4 puntos). Percepción de malestar (escala de 3 puntos)	Diseño transversal. Media frecuencia: padres (chicos: 7.9, DT = 4.2 / chicas: 8, DT = 4.1), iguales (chicos: 5.9, DS = 4 / chicas: 6.9, DT = 3.7), colegio (chicos: 5.7, DT = 3.5 / chicas: 4.1, DT = 2.6), familia (chicos: 11.6, DT = 3.9 / chicas: 12.1, DT = 3.9) Media gravedad: padres (chicos: 1, DT = .49 / chicas: 1.11, DT = .46), iguales (chicos: .70, DT = .56 / chicas: .89, DT = .48), colegio (chicos: .83, DT = .51 / chicas: 1.5, DT = .50), familia (chicos: .71, DT = .43 / chicas: .82, DT = .45). Relación negativa estresores y ajuste escolar.	Frecuencia de estresores de iguales, colegio y familia predice únicamente la valoración del profesor del ajuste escolar. Diferencias de sexo: Chicas: mayor frecuencia de estresores de iguales y mayor gravedad de estresores en todas las áreas. Chicos: más estresores en el colegio. Sólo se encontraron diferencias de sexo en la relación entre estresores de padres y ajuste escolar. Sólo diferencias de sexo en la relación estresores de padres y ajuste escolar.
Shahar, Henrich, Reiner & Little (2003)	Población general, estudiantes de 7 ^o a 9 ^o curso (N = 895). EE.UU.	Brief Adolescent Life Event Scale (BALES, Shahar, Henrich, Reiner & Little, 2003). Autoinforme.	Últimas 4 semanas. Frecuencia (escala de 4 puntos). Eventos positivos y negativos.	Diseño transversal. Relación positiva estresores cotidianos y depresión.	Efecto amortiguador: Eventos positivos en la relación eventos negativos y depresión.
Sim (2000)	Población general, estudiantes de 5 ^o y 6 ^o curso, 10-13 años (M = 11.25) (Depresión: N = 338) (Conducta antisocial: N = 360). Corea.	Daily Hassles Scale (Han & Yoo, 1995). Autoinforme.	Últimos 6 meses. Sólo 3 subescalas: padres, amigos y profesores y colegio. Frecuencia (escala de 3 puntos).	Diseño transversal. Relación positiva estresores cotidianos y nivel de desajuste, con depresión y conducta antisocial. No efectos principales del apoyo social, excepto para apoyo de los padres.	No efecto moderador del apoyo social (padres, amigos y profesores) en relación estresores cotidianos – desajuste. Depresión: mejor predictor estresores cotidianos de amigos, seguido estresores cotidianos de padres. Comportamiento antisocial: mejor predictor estresores cotidianos de padres.

Tabla 3. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Smith & Somhlaba (2015)	Población general, niños (9 a 13 años, M = 10.19, DT = .89), estudiantes de 4º y 5º de primaria. Sudáfrica.	Childrend's Hassles Scales (CHS, Kanner et al. 1987). Autoinforme.	25 ítems. Último mes. Frecuencia. Malestar.	Diseño transversal. Frecuencia: M = 13.18, DS = 4.91; rango 2 - 24. Frecuencia de estresor con malestar: M = 8.68, DT = 5.27, rango 0 - 22. Intensidad del malestar: M = 40.47, DT = 17.71, rango 8 - 87. Chicos: Frecuencia: 14.65, DT = 5.68; frecuencia de malestar: M = 9.85, DT = 5.97; intensidad malestar: M = 45.35, DT = 20.43. Chicas: Frecuencia: 12.05, DT = 3.91; frecuencia de malestar: M = 7.77, DT = 4.52; intensidad malestar: M = 36.71, DT = 14.41. Relación positiva estresores cotidianos y síntomas depresivos. No relación estresores cotidianos y funcionamiento social y adaptativo. Relación repertorios de afrontamiento y ajuste psicológico.	Diferencias de sexo: más frecuencia e intensidad de malestar estresores cotidianos en varones. Efecto amortiguador de estrategias de afrontamiento de evitación.
Suarez-Morales & Lopez (2009)	Población general, estudiantes de 5º curso, 9-12 años (M = 10.43), 2º generación inmigrantes (N = 138). EE.UU	Daily Hassles Questionnaire, (DHQ, Rowlinson & Felner, 1988; DuBois et al., 1994), versión reducida. Autoinforme.	71 ítems. Últimas 2 semanas. Intensidad (escala de 4 puntos).	Diseño transversal. M = 24.20, DT = 13.26. Relación positiva estresores cotidianos y ansiedad: el total de estresor fue un predictor significativo independiente de todos los síntomas de ansiedad (de concentración, fisiológicos y preocupaciones).	Estatus socioeconómico: predictor significativo de síntomas de preocupación con el total de estresores cotidianos. No significativa la interacción entre estatus socioeconómico y total de estresores cotidianos en síntomas de preocupación.
Trianes, Blanca, Fernández-Baena, Escobar, Maldonado & Muñoz (2009)	Población general, escolares, niños de 9 a 12 años (M = 10.48 años; DT = 1.24) (N = 1094). España.	Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IICE, Trianes et al., 2009). Autoinforme.	25 ítems. Ámbitos: salud, escuela/iguales y familia	Diseño transversal. Correlación con inadaptación socioemocional y escolar. Relación negativa con resultados escolares. Relación positiva con problemas de salud y cortisol / DHEA-s matutino.	

Tabla 3. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
von Weiss, Rapoff, Varni, Lindsley, Olson, Madson, et al. (2002)	Población clínica, pacientes enfermedad reumática, niños y adolescentes, 8-17 años (N = 160). EE.UU.	Children's Hassles Scale (CHS, Varni, Rapoff, Waldron, Gragg, Bernstein & Lindsley, 1996). Autoinforme.	43 ítems. Frecuencia y gravedad. No delimitación temporal. Puntuación: valoración de malestar de estresores cotidianos negativos.	Diseño transversal. Relación negativa estresores cotidianos y ajuste. Relación positiva estresores cotidianos y síntomas depresivos. Estresores cotidianos con malestar negativo: efectos principales predictivos en ansiedad estado (5%) y ansiedad rasgo (25%).	Efecto principal del apoyo social. No efecto amortiguador /mediador del apoyo social en la relación estresores cotidianos – ajuste.
Wright, Creed & Zimmer-Gembeck (2010)	Población general. E1: escolares 14 - 16 años (n = 11, grupos discusión) E2: escolares 10° - 12° cursos, 15.35 años (N = 212) E3: escolares 10°-12° curso, 16.1 años (N = 236). Australia.	Listado de 67 para construcción escala Brief Adolescent Hassles Scale (Wright, Creed, & Zimmer-Gembeck, 2010). Autoinforme.	14 ítems. Último mes. Frecuencia (escala de 5 puntos). Dos factores: padres y amigos y otros.	Diseño transversal. Correlaciones significativas (de baja a moderada) en la dirección esperada: estresores cotidianos padres y estresores cotidianos amigos con depresión, ansiedad y satisfacción vital.	No relación significativa con sexo de ninguna de las subescalas. No relación estresores cotidianos padres con edad. Relación significativa pero débil estresores cotidianos amigos y otros con edad: más estresores cotidianos entre 15 y 17 años.

3. LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES Y LOS ESTRESORES COTIDIANOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

En los capítulos anteriores se han tratado los AVE y los estresores cotidianos, realizando un recorrido desde los primeros trabajos hasta las más recientes investigaciones, aunque de manera separada. Las siguientes páginas están dedicadas a los estudios que conjugan ambos tipos de estresores y sus relaciones con las alteraciones psicológicas en la infancia y la adolescencia y a los modelos explicativos que han sido propuestos.

En la misma publicación que lanzó el estudio de los estresores cotidianos en adultos, Kanner et al. (1981), siguiendo las propuestas de Hinke (1974; citado en Kanner et al., 1981), plantearon que los acontecimientos vitales mayores tenían un impacto debido a la interrupción de las relaciones sociales, la rutina y la actividad. Es decir, los autores sugerían que “los eventos vitales mayores operarían afectando el patrón de la persona de estresores cotidianos” (Kanner et al., 1987, p.4). En este sentido los autores comentaban, por ejemplo, que el divorcio podría conllevar demandas menores como un aumento de tareas domésticas, entre otros estresores, o que podrían operar a través del significado afectivo o la alteración de los procesos de afrontamiento (Kaplan, 1979; citado en Kanner et al., 1981). Desde esta perspectiva, Kanner et al. (1981) también insinuaron que los estresores menores podrían funcionar como *eventos mediadores* críticos entre los eventos vitales mayores y la salud. Para Kanner et al. (1981) este proceso podría ser de gran interés teórico y práctico, incluso servir como indicadores directos y predictores de estado de salud de cómo los acontecimientos

vitales afectaban la rutina de una persona, pero su abordaje quedaba pendiente para investigaciones futuras.

Lazarus y su grupo (DeLongis et al., 1982; DeLongis, Folkman & Lazarus, 1988; Kanner et al., 1981; Lazarus, 1985), mantenían que los estresores menores tenían una asociación más fuerte con los resultados adaptativos porque representaban medidas *proximales* del estrés, mientras los eventos vitales eran más *distales*. Por lo que plantearon una alternativa que cambiaba el enfoque de los mediadores y los eventos mayores hacia los estresores continuados y las tensiones de la vida diaria.

Del mismo modo, Felner y su grupo (Felner, Farber & Primavera, 1983; Felner, Rowlison & Terre, 1986, citados en Rowlison & Felner, 1988) defendían la importancia de incorporar los estresores cotidianos en los modelos anteriores que habían intentado revelar los caminos en que los eventos vitales influyen el ajuste y los trastornos. Proponían que los eventos vitales mayores eran mejor conceptualizados como marcadores de un proceso transicional más dinámico. Y para intentar comprender el impacto de los eventos mayores era necesario centrarse en los cambios reales y las alteraciones diarias en la vida de las personas. Estas molestias, o circunstancias y demandas que el individuo se enfrenta podían ser mejor reflejo de esos cambios que los eventos mayores.

Según algunos autores (e.g., Kanner et al., 1981; Pearlin, Lieberman, Menaghan, & Mullan, 1981), los eventos vitales y los estresores cotidianos podían converger en la generación del estrés, es decir, los eventos vitales podían crear nuevos estresores cotidianos o intensificar los ya existentes.

En resumen, los eventos vitales mayores, que son distales a la circunstancia vital inmediata de la persona, pueden ejercer algún impacto mediante la exacerbación de

estresores más proximales y demandas cotidianas que la persona trata de afrontar (DeLongis et al., 1982; Felner et al., 1983, 1986).

3.1. INVESTIGACIONES PIONERAS Y DESARROLLOS POSTERIORES SOBRE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES Y LOS ESTRESORES COTIDIANOS

Del mismo modo que Coddington (1972) es de referencia en el estudio de los AVE y Kanner et al. (1987) en los estresores cotidianos en la infancia y la adolescencia, se podría afirmar que el interés por el análisis conjunto de ambos estresores comenzó con varias publicaciones de Compas y su equipo (Compas et al., 1985; Compas et al., 1987; Compas, Howell, Phares, Williams & Ciunta, 1989; Compas, Howell, Phares, Williams & Ledoux, 1989; Davis & Compas, 1986; Wagner, Compas & Howell, 1988), y posteriormente de Felner y grupo (DuBois, Felner, Brand, Adan & Evans, 1992; DuBois et al., 1994; Rowlison & Felner, 1988).

Compas et al. (1987) avanzaban que los eventos vitales estresantes mayores y cotidianos a los que se enfrentan los individuos constituían un factor importante en la etiología y el curso de las alteraciones psicológicas, y que a pesar que tal relación había sido bien documentada en adultos, eran escasos los estudios con niños y adolescentes.

El grupo de investigación liderado por Compas (Compas et al., 1985) criticaban que los limitados trabajos empíricos sobre estrés en la adolescencia hasta entonces se hubiesen centrado casi en exclusiva en examinar la relación entre eventos vitales mayores y la alteración psicológica y/o física, más aún cuando la relación entre eventos vitales negativos y alteraciones obtenida era modesta, como se comentaba en el primer

capítulo. Estos autores cuestionaban que los estudios habían fracasado en ofrecer una perspectiva amplia de la naturaleza de los eventos vitales en la adolescencia y tampoco habían clarificado los procesos mediacionales que podían contribuir a las diferencias individuales en la respuesta a cada evento.

Asimismo, añadían que los problemas de la investigación también tenían que ver con las limitaciones en los cinco instrumentos de eventos vitales (Coddington, 1972; Johnson & McCutcheon, 1980; Newcomb, Huba & Bentler, 1981; Swearingen & Cohen, 1985; Yeaworth, York, Hussey, Ingle & Goodwin, 1980). Por lo que insistían en la necesidad que los ítems fuesen representativos de la etapa de la adolescencia. Sin embargo, en su opinión, cuatro de estas medidas partían de listados generados por adultos, principalmente investigadores y profesionales de salud mental, con la excepción de la de Johnson & McCutcheon (1980), con algunos ítems adicionales generados por una pequeña muestra de adolescentes. Estos instrumentos evaluaban sólo una pequeña parte de los eventos que se encontraban los adolescentes. Es más, del listado total de 81 eventos diferentes de estas cinco medidas, sólo siete eventos eran comunes. Además, la mayoría se centraba exclusivamente en los eventos vitales mayores, con la exclusión de los eventos más frecuentes de menor magnitud o estresores cotidianos. A pesar que la investigación en adultos ya habían demostrado que los estresores cotidianos podían ser tan predictivos o más que los eventos vitales mayores de las alteraciones psicológicas (e.g., DeLongis et al., 1982; Kanner et al., 1981). Para Compas et al. (1985) estos instrumentos para adolescentes eran insuficientes. Los autores continuaban argumentando que en las intervenciones para reducir o prevenir los problemas asociados a los eventos estresantes era fundamental una comprensión más completa de la variedad de eventos y los procesos mediacionales en la adolescencia. Y que esta comprensión también facilitaría indicadores más

sensibles de los tipos y niveles de estrés que experimentaban los adolescentes, para la identificación de sujetos en riesgo y la predicción de alteraciones físicas y psicológicas.

En 1985, Compas et al. presentaron un trabajo con adolescentes de diferentes edades (en la adolescencia temprana, media y tardía). Pidieron a los participantes que generasen un listado abierto de los eventos vitales mayores y estresores cotidianos que les habían ocurrido en los últimos seis meses y los que anticipaban que les ocurrirían en los próximos seis meses. Analizaron el tipo de evento (evento mayor vs menor), la valencia (positivo vs negativo) y las diferencias en función del sexo y la edad. Aparte de encontrar AVE y estresores cotidianos que no habían sido incluidos en los listados previos, Compas et al. (1985) observaron diferencias en función del tipo de evento, edad y sexo en los eventos pasados, pero no en los anticipados. Las mujeres informaron significativamente más AVE, estresores cotidianos y eventos en general que los hombres. Según la edad, los adolescentes mayores informaron mayor número de eventos, mientras que los de la adolescencia media informaron menos; manteniéndose este efecto sólo en los estresores cotidianos, pero no en los AVE, al ser analizados por separado.

Para examinar las valoraciones cognitivas de los eventos estresantes mayores y cotidianos de los adolescentes, Davis y Compas (1986) emplearon un análisis multidimensional, según deseabilidad e impacto de los eventos y generalidad / especificidad de la causa de los mismos. Seleccionaron 20 ítems de varios ámbitos: fallecimiento, enfermedad o accidente, familia, situación de vida, salud personal y apariencia, ocio, pareja, colegio, amistad y trabajo. Como era de esperar, los resultados mostraron un incremento con la edad en la complejidad en las valoraciones cognitivas de los adolescentes respecto a los eventos estresantes. La deseabilidad de los eventos fue la única característica sobresaliente para los adolescentes tempranos, mientras que

los adolescentes medios y tardíos evaluaron los eventos en términos de las tres dimensiones (deseabilidad, impacto y generalidad/especificidad).

Esta línea de trabajo llevaron a Compas et al. (1987) a desarrollar un instrumento para medir los acontecimientos vitales mayores y los estresores menores en la adolescencia de manera conjunta, basado en los fundamentos del modelo cognitivo – transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984). El instrumento era el *Adolescent Perceived Events Scale* (APES), que incluía escalas de valoración del impacto y la deseabilidad, más apropiadas para los adolescentes en la etapa media o tardía de la adolescencia, pero con dudas sobre su precisión en el caso de los adolescentes más jóvenes (por lo que la prueba contenía menos alternativas que para los mayores). La mayoría de los ítems incluidos en APES reflejaban estresores cotidianos en las vidas de los adolescentes, no obstante, Compas et al. (1987) no olvidaban que la asociación entre eventos estresantes y desajuste podía ser falsa debido a la posible confusión entre estresores cotidianos y síntomas.

Un año más tarde, Wagner et al. (1988) probaron la hipótesis mediacional, según la cual los eventos diarios negativos median la relación entre los acontecimientos vitales negativos mayores y la sintomatología psicológica, con adolescentes mayores, empleando un diseño longitudinal y una perspectiva ideográfica. Este enfoque ideográfico se basaba en la teoría que lo que constituía un evento vital mayor (eventos de baja frecuencia y alto impacto), en contraposición con los estresores cotidianos (eventos de alta frecuencia con independencia de su impacto, según son percibidos por el individuo) era probable que dependiese del significado del evento para el individuo, en función de su historia y de las circunstancias psicosociales inmediatas (Wagner et al., 1988). Las medidas fueron tomadas en tres momentos, durante la transición del instituto a la universidad. Para examinar los estresores emplearon la APES (Compas et al.,

1987). Los resultados de Wagner et al. (1988), a través del análisis de ecuaciones estructurales, apoyaron la hipótesis mediacional en los tres momentos de la evaluación: hubo caminos significativos desde los eventos mayores a los eventos diarios y desde los eventos diarios a los síntomas psicológicos. Pero las vías directas desde los eventos mayores a los síntomas no fueron significativas en ningún momento.

Por estos resultados, Wagner et al. (1988) concluyeron que:

Parece que ambos tipos de eventos estresantes mayores y diarios desempeñan un papel en la etiología y mantenimiento de los síntomas psicológicos. Los eventos mayores parecen jugar un papel importante en la ocurrencia de los estresores cotidianos, que a su vez, se relacionan directamente con el estrés psicológico. Ambos tipos de eventos estresantes son importantes en un modelo completo de los procesos subyacentes del estrés psicológico y el trastorno (p.203-4).

En 1989, el grupo de Compas (Compas, Howell, Phares, Williams & Ledoux, 1989) volvió a probar la hipótesis del papel mediador de los estresores cotidianos en la relación entre los eventos vitales mayores y los síntomas en niños y adolescentes y sus progenitores, analizando la relación entre estrés y síntomas en los miembros de la familia. De nuevo, emplearon el instrumento desarrollado por ellos (APES, Compas et al., 1987). Respecto al número de estresores, tanto la media de AVE como de estresores cotidianos fue superior en las chicas. Los resultados mostraron que los problemas emocionales y comportamentales de los niños y los adolescentes se asociaron con los síntomas psicológicos de sus padres, pero no con los síntomas de las madres. Los síntomas de ambos progenitores se asociaron con los estresores diarios de sus hijos, pero sólo los estresores diarios de las chicas se relacionaron con los síntomas de sus madres. Los síntomas de las madres se asociaron con los estresores cotidianos de sus parejas en familias con hijos adolescentes, y los síntomas de ambos progenitores se

asociaron con los estresores cotidianos de sus parejas en familias con hijas adolescentes. Pero no obtuvieron relación significativa entre eventos estresantes de los progenitores y los problemas emocionales y del comportamiento informados por los menores. Según Compas, Howell, Phares, Williams y Ledoux (1989), sus resultados apoyaban el modelo mediacional y un modelo de estrés y sintomatología familiar que incluía tanto relaciones intraindividuales como interindividuales, siendo necesario examinar el contexto social (en este caso, la familia) en que estrés y síntomas se desarrollaban.

Asimismo, Compas et al. (1989) subrayaban la importancia de analizar las diferencias de sexo, que presentaron en una publicación posterior, Wagner y Compas (1990), con adolescentes y estudiantes universitarios. Wagner y Compas (1990) encontraron que las mujeres informaban más eventos negativos que los chicos en los tres grupos de estresores examinados, familiares, de iguales y académicos. Aunque, no hallaron diferencias de sexo en la relación entre eventos negativos y sintomatología, sí observaron diferencias de edad. En función de la edad ciertos estresores se relacionaron más con los síntomas psicológicos: estresores familiares en la adolescencia temprana, de iguales en adolescencia media y académicos en adolescencia tardía (universitarios).

En otra publicación, Compas, Howell, Phares, Williams y Ciunta (1989), donde analizaron los eventos estresantes y los síntomas psicológicos en niños y adolescentes informados por los niños y sus madres, los eventos estresantes se relacionaron con un incremento de los problemas comportamentales y emocionales casi un año después.

Otro grupo de investigadores, con Felner al frente (DuBois et al., 1992; 1994; Rowlinson & Felner, 1988), también iniciaron el análisis conjunto de los efectos de los AVE y los estresores cotidianos.

Rowlison y Felner (1988) replicaron los trabajos previos con adultos (Dohrenwend & ShROUT, 1985; Lazarus, DeLongis, Folkman & Gruen, 1985, citados en Rowlison & Felner, 1988), prestando especial atención en el empleo de múltiples medidas de ajuste y de informantes, las instrucciones y los tipos de respuestas de *Daily Hassles Scale*, la categorización del contenido de los ítems de los estresores, y el grado en que el uso de estos esquemas diferentes influyen en la confusión entre los índices de estrés vital y adaptación. Para ello, administraron a estudiantes de 12 a 19 años de edad el *Life Events Checklist* (LEC, Johnson & McCutcheon, 1980), para medir los AVE en el año previo, y el *Daily Hassles Questionnaire* (DHQ) que seguía el modelo de la escala original CHS (Kanner et al., 1981), para los estresores cotidianos de las dos últimas semanas. Asimismo, evaluaron estrés percibido, depresión, ansiedad, autovaloración, apoyo social percibido, desajuste escolar, rendimiento académico y estado de salud (quejas psicósomáticas).

Mediante procedimientos multimétodo – multirasgo, Rowlison y Felner (1988) encontraron que tanto los eventos vitales mayores (distales) como los estresores cotidianos (proximales) tenían grados importantes de varianza única y compartida con el funcionamiento adaptativo, mientras que el efecto del apoyo social no fue concluyente. Es decir, que los estresores vitales proximales y los distales se asociaron con el ajuste adolescente. En general, la experiencia de acontecimientos vitales negativos y estresores cotidianos fue predictiva de la adaptación en todos los ámbitos excepto en uno, el desajuste valorado por el profesor, que sólo se relacionó con los AVE negativos. Un hallazgo crucial en este estudio fue que, al eliminar parcialmente la varianza asociada a los AVE, se observó incremento significativo en la predicción las puntuaciones de los estresores cotidianos. O dicho de otro modo, los estresores cotidianos continuaron siendo significativos después de eliminar estadísticamente los

efectos de los AVE. También hallaron correlaciones significativas con variables demográficas (eventos negativos – sexo, estresor cotidiano – edad, estresor cotidiano – sexo, pero no para el grupo étnico).

Rowlison y Felner (1988) entendían que los eventos vitales mayores y los estresores menores representaban fuentes de estrés vital conceptualmente distintas, que podían tener una contribución independiente en el nivel de funcionamiento general del individuo. Por lo que proponían que la distinción entre eventos proximales y distales se justificaba por razones conceptuales y empíricas. No obstante, los autores insistían que sus resultados no implicaban una independencia entre ambos tipos de estresores, sino que apoyaban que la ocurrencia de acontecimientos vitales negativos podía conducir a un aumento de estresores cotidianos, y a la inversa. En definitiva, Rowlison y Felner (1988) defendían que para una completa comprensión de la relación entre estrés vital y adaptación, la evaluación de los estresores cotidianos ofrecía un complemento necesario a la metodología estándar de los AVE, que había mostrado ser insuficiente.

En esta misma publicación, Rowlison y Felner (1988) se interesaron por la posible confusión o redundancia de medidas de cambio vital y de ajuste. Sus análisis mostraron que los estresores cotidianos, tanto sintomáticos como no sintomáticos y controlables y no controlables, fueron predictivos de ajuste, aunque la asociación fue mayor en los autoinformes que en los heteroinformes. Respecto a los eventos vitales mayores, encontraron que las puntuaciones de frecuencia simple eran mejores predictores de ajuste que las puntuaciones de impacto autovalorados. Por lo que llegaron a la misma conclusión que otros autores (e.g., Johnson & McCutcheon, 1980; Swearingen & Cohen, 1985b), que era mínima la ventaja añadida de obtener puntuaciones de impacto además de las puntuaciones de frecuencia. En cuanto a la utilidad predictiva de eventos mayores controlables vs no controlables, Rowlison y

Felner (1988) obtuvieron resultados mixtos: los eventos negativos controlables y no controlables fueron igualmente predictivos en cuatro de los seis ámbitos de ajuste (síntomatología física, afecto negativo, valoración del desajuste del profesor y de los padres), pero en las calificaciones recientes y las faltas de asistencia sólo los eventos negativos controlables se asociaron con la adaptación.

Este grupo de investigación presentó un estudio longitudinal. DuBois et al. (1992) examinaron la relación de los eventos vitales estresantes y el apoyo social con el malestar psicológico y el rendimiento académico en los adolescentes. El enfoque prospectivo se empleó para controlar los niveles iniciales de ajuste. La medida elegida para los AVE fue el LEC (Johnson & McCutcheon, 1980), seleccionando sólo los 18 eventos negativos no controlables, y para los estresores cotidianos el DHQ (Rowlison & Felner, 1988), optando sólo por los 26 eventos sobre los que los adolescentes tenían limitado o ningún control. En ambos casos sólo emplearon el recuento simple, no puntuaciones de valoración.

DuBois et al. (1992) encontraron que el estrés y el apoyo social contribuyeron significativamente a la predicción del malestar psicológico posterior, mientras sólo los estresores (no el apoyo social), se asociaron al rendimiento académico posterior. Concretamente, los eventos mayores y los estresores cotidianos se relacionaron con mayores niveles de desajuste en la primera evaluación y en el seguimiento a los dos años, y negativamente con el promedio de calificaciones en el seguimiento. Al tener en cuenta la medida de línea base, aunque el malestar psicológico inicial predijo el malestar psicológico en el seguimiento, obtuvieron un incremento significativo en la predicción del malestar al añadir los estresores vitales, tanto mayores como menores. Lo mismo ocurrió para las calificaciones escolares: los eventos mayores en el inicio fueron predictores de la reducción de calificaciones en el seguimiento, sin embargo, los AVE

ocurridos entre el inicio y el seguimiento no añadieron significación a las calificaciones en la segunda evaluación. Por otra parte, hallaron evidencia de relación recíproca e interactiva, es decir de patrones bidireccionales de efectos entre los estresores cotidianos y malestar psicológico. Aunque los propios autores refieren que tenían que ser cautos porque los participantes del estudio pertenecían a comunidades desfavorecidas, con condiciones de alto riesgo de exclusión escolar.

Un hallazgo relevante de este estudio de DuBois et al. (1992) fue que las medidas de estrés vital y apoyo social se relacionaron con los índices de adaptación obtenidos dos años después, incluso controlando los efectos del ajuste inicial y evitando los factores de confusión en la medición. Por lo que los autores concluyeron que sus resultados proporcionaban una evidencia más potente de la contribución etiológica de los estresores y el apoyo social sobre la adaptación que los mostrados en los estudios transversales previos.

DuBois et al. (1992) argumentaban que los estresores relativamente próximos podían representar un primer mecanismo a través del cual las fuentes de estrés más distales ejercen sus efectos en el funcionamiento. Aunque los indicios eran consistentes con el posible papel de transmisores de efectos de los estresores más distales, también encontraron que los eventos vitales mayores fueron predictores prospectivos de la adaptación con independencia de la varianza compartida con los estresores cotidianos. Resultados, que en opinión de DuBois et al. (1992) cuestionaban los argumentos de Compas (Compas, 1987; Compas et al., 1989) sobre la ausencia de efectos significativos prospectivos de los eventos vitales mayores y la no discriminación entre eventos mayores y menores.

En un estudio posterior, DuBois et al. (1994) investigaron los efectos de las condiciones socioambientales sobre el ajuste durante la adolescencia temprana. Los

participantes fueron evaluados en dos momentos, al inicio del curso y siete meses después, con las mismas medidas que en el estudio del 1992, el LEC (Johnson & McCutcheon, 1980) y el DHQ (Rowlison & Felner, 1988). Los resultados de DuBois et al. (1994) mostraron que tanto los eventos estresantes como el apoyo social contribuyeron significativamente al malestar psicológico y los problemas de conducta en el seguimiento, controlando los niveles iniciales de ajuste en estas áreas. Las condiciones relacionadas con desventaja socioeconómica predecían un rendimiento académico menor y niveles mayores de absentismo y problemas de disciplina en el colegio. Los adolescentes que experimentaban múltiples condiciones de desventaja socioeconómica presentaban mayor vulnerabilidad a los eventos estresantes, así como un mayor potencial para beneficiarse del apoyo social recibido de los adultos en el contexto escolar. Además, hallaron interacción significativa entre apoyo familiar y eventos mayores negativos en la predicción de las faltas de asistencia y las expulsiones del colegio. El patrón de interacción era consistente con el papel de amortiguador del apoyo familiar: los estresores mayores negativos fueron predictores del aumento de las faltas de asistencia y las expulsiones cuando las valoraciones del apoyo familiar eran relativamente bajas, pero no cuando eran altas. Un dato de interés respecto al debate de confusión de medidas se observó al excluir ítems que potencialmente se podían confundir con ajuste: las correlaciones prospectivas entre problemas conductuales y calificaciones en el momento inicial y el número de eventos negativos en el seguimiento no llegaron a la significación estadística. Es decir, los estresores cotidianos fueron uno de los más fuertes y más consistentes predictores socioambientales del nivel de adaptación posterior. Y los resultados ofrecían menos evidencia de los eventos mayores negativos en la adaptación posterior. Dado los hallazgos significativos de los estresores cotidianos, junto con la ausencia relativa de efectos de los eventos mayores, DuBois et

al. (1994) postularon que sus resultados eran consistentes con la perspectiva del papel mediador de los estresores cotidianos entre los eventos mayores y la adaptación.

Otros investigadores que también se interesaron por los AVE y los estresores cotidianos de manera conjunta fueron Monroe, Rohde, Seeley y Lewinsohn (1999). Estos autores analizaron la relación de los estresores mayores y los estresores cotidianos y la ruptura de pareja con el inicio y recurrencia de un episodio depresivo mayor. Evaluaron a los adolescentes mayores en dos momentos, mediante una entrevista clínica diagnóstica, y para los AVE del último año, elaboraron un listado propio de 14 AVE eventos (eliminaron ruptura de pareja e ítems que se relacionaban con psicopatología), a partir de otros instrumentos conocidos (Holmes & Rahe, 1967; Sandler & Block, 1979), y para los estresores cotidianos del último mes emplearon el *Unpleasant Events Schedule* (Lewinsohn, Mermelstein, Alexander & MacPhillamy, 1985). Los resultados indicaron que una ruptura reciente suponía una mayor probabilidad de primer episodio depresivo mayor en la adolescencia (casi la mitad, 46%), en cambio no predecía la recurrencia de la depresión. No encontraron diferencias de sexo. Monroe et al. (1999) defendían que sus hallazgos apoyaban que una ruptura reciente era un factor de riesgo relevante para el primer episodio depresivo mayor en la adolescencia. Además, las medidas de estrés general fueron predictores altamente significativos del primer episodio de depresión mayor entre la evaluación inicial y el seguimiento. El total de eventos y los estresores cotidianos predecían la aparición del trastorno.

Sin embargo, un estudio previo sobre depresión en la adolescencia, este equipo (Lewinsohn et al., 1994) y con los mismos instrumentos para los estresores, informó que los eventos mayores y los estresores cotidianos en el momento inicial no actuaban como desencadenantes de la depresión en el seguimiento un año después. Por lo que

Lewinsohn et al. (1994) afirmaron que los resultados requerían una reinterpretación del papel de ambos estresores: en lugar de actuar como precipitantes, los niveles elevados de acontecimientos estresantes parecían caracterizar a las personas depresivas antes, durante y después del trastorno depresivo, es decir, que las personas que con tendencia a la depresión vivirían en ambientes más estresantes en todo momento.

Wertlieb, Weigel & Feldstein (1987) también examinaron la relación entre estrés y alteraciones del comportamiento en niños cuyos progenitores se habían separado en los cuatro años previos al estudio. Los autores administraron el *Life Events Scale* (LES; Coddington, 1884; citado en Wertlieb et al, 1987) y la *Hassles Scale* (Kanner et al., 1981), para evaluar estresores mayores y menores respectivamente. Wertlieb et al. (1987) encontraron que el estrés de los eventos vitales no deseables y el estrés asociado con mayor intensidad de estresores cotidianos tenían contribuciones independientes y significativas en los síntomas comportamentales.

Heubeck & O'Sullivan (1998) examinaron la relación de los eventos vitales negativos mayores y los estresores cotidianos del contexto escolar con los síntomas internalizantes y externalizantes en niños y adolescentes. Para los AVE ocurridos en la vida de los escolares emplearon un listado basado en medidas empleadas habitualmente y para los estresores cotidianos escolares de los seis meses previos diseñaron el instrumento *Daily Hassles with School Checklist*. No observaron diferencias de sexo en los acontecimientos vitales negativos mayores, aunque los chicos informaron más estresores relacionados con el colegio que en el hogar. Y hallaron diferencias de edad: mayor frecuencia de estresores de iguales y mayor valoración de malestar de estresores de iguales y de profesores entre los más pequeños. Heubeck & O'Sullivan (1998) obtuvieron apoyo para el modelo mediacional para los estresores escolares del colegio en iguales, académico y deberes, pero no para los estresores cotidianos de profesores.

Por su parte, Johnson y Sherman (1997), llevaron a cabo un estudio prospectivo, con estudiantes de primer curso de universidad, para investigar si la relación entre eventos vitales negativos mayores y sintomatología psiquiátrica estaba mediada por la ocurrencia de los eventos vitales negativos menores, y si éstos predecían cambios en los niveles de síntomas psiquiátricos. Emplearon medidas de adultos, aunque la media de edad de los participantes era algo inferior a los 18 años. Los resultados de Johnson y Sherman (1997) mostraron que los estresores cotidianos en el momento inicial mediaron la relación entre eventos vitales negativos mayores en el inicio y sintomatología en los tres momentos (inicial, a los tres y a los seis meses). Además, los estresores cotidianos en la primera y en la segunda evaluación predijeron cambios en la sintomatología psiquiátrica entre la primera medida y la última, incluso después de controlar estadísticamente la sintomatología de cada evaluación. Para los autores, sus hallazgos indicaban que los estresores cotidianos podían estar asociados con la sintomatología psiquiátrica aguda y con su persistencia.

Por último, Davis, Matthews y Twamley (1999) revisaron 83559 publicaciones en un meta-análisis sobre las diferencias de sexo en eventos mayores y menores. Analizaron los niveles informados de estrés, considerando el impacto de: la edad y la representatividad de los participantes, la valoración del impacto y/o gravedad de los eventos vitales efectuada o no por los propios participantes, el tipo de estresor mayor o menor, y el ámbito vital del mismo. Davis et al., (1999) hallaron que las mujeres estaban más expuestas a estrés que los hombres, las mujeres informaron mayor exposición a eventos y evaluación como estresante, siendo estas diferencias más marcadas en la adolescencia. A pesar de la considerable heterogeneidad de las investigaciones, ninguna manifestó que los varones experimentasen mayor estrés que

las mujeres. Sin embargo, los resultados eran más consistentes cuando se analizaban los indicadores de valoración del estrés, con un claro componente subjetivo, que con otros indicadores de exposición al estrés, supuestamente más objetivos. Es decir, era más probable que las mujeres detectasen acontecimientos en sus ambientes y que los valorasen como más estresantes, en comparación con los hombres. Además, examinaron las diferencias de sexo en los síntomas psicológicos, siendo las mujeres quienes informaron más síntomas de depresión, ansiedad y problemas psicosomáticos.

En definitiva, algunos estudios habían intentado determinar qué estresores, eventos mayores o menores, tenían mayor relación con los síntomas. Una propuesta alternativa planteaba que un modelo integrativo de estrés debería incluir ambos tipos de eventos, ya que los acontecimientos mayores podían conducir a un aumento del número de estresores cotidianos, que a su vez podían acarrear sintomatología (e.g., Kanner et al., 1981; Wagner et al., 1988; Pearlin et al., 1981). Los resultados de algunas investigaciones (e.g., Compas, Howell, Phares, Williams & Ledoux, 1989; Heubeck & O'Sullivan, 1998; Wagner et al., 1988) parecían apuntar a que los eventos vitales mayores aumentaban el riesgo de experimentar estresores cotidianos en los niños y adolescentes, y que el efecto de los acontecimientos vitales negativos estaba mediado por los estresores cotidianos y su valoración de por parte de los niños. Es decir, cierta evidencia apoyaba el modelo mediacional propuesto por Kanner et al. (1981) y Felner et al. (1983, citado en Rowlison & Felner, 1988). Sin embargo, otros datos no permitían descartar los efectos independientes de ambos estresores, logrando apoyo para ambos modelos (e.g., Dubois et al., 1992, 1994; Rowlison & Felner, 1988).

3.2. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES Y LOS ESTRESORES COTIDIANOS

Los estresores ocupan un papel central en la psicopatología del desarrollo, importancia que se confirma por los resultados que prueban las relaciones prospectivas entre los estresores y las alteraciones psicológicas en niños y adolescentes (Grant et al., 2004). En opinión del grupo de Grant (2003, 2004) la comprensión del papel del estrés en las vidas de los niños y adolescentes tiene relevancia teórica y práctica. A nivel teórico, los modelos de desarrollo de psicopatología reconocen la importancia potencial del estrés psicosocial como factor de riesgo en la etiología y mantenimiento de trastornos internalizantes y externalizantes en la infancia y la adolescencia (e.g., Cicchetti & Toth, 1991, 1997; Haggerty, Sherrod, Garmezy & Rutter, 1994; Rutter, 1989; citados en Grant et al., 2003, 2004). A nivel práctico, las condiciones estresantes y las dificultades continúan aumentando para los niños y adolescentes, como situaciones de pobreza, violencia y adversidad familiar, problemas emocionales y del comportamiento en estas etapas del desarrollo.

En uno de los artículos de revisión mencionados en el primer capítulo, Grant et al. (2003) analizaron la investigación sobre la asociación entre estresores y síntomas de psicopatología en niños y adolescentes. Los autores concluyeron que el estudio de los estresores en la infancia y la adolescencia era un área menos desarrollada que en adultos. Sus análisis revelaron problemas con las conceptualizaciones del estrés, variabilidad en la medición de estresores y ausencia de investigación guiada por la teoría. Además, insistían que quedaban cuestiones por resolver como el papel de los estresores sobre el ajuste y la salud mental de los niños.

Grant et al. (2003) comenzaban señalando varios temas claves en la conceptualización de la psicopatología en la infancia y la adolescencia. En primer lugar, la mayoría de los estudios que han investigado el papel de los estresores en el desarrollo de problemas psicológico en niños y adolescentes se han basado en medidas de estados emocionales negativos o listados para evaluar síndromes derivados empíricamente, es decir, el foco de atención se sitúa en los síntomas, síndromes y/o trastornos, como se ha podido comprobar en la revisión de los capítulos previos. En segundo lugar, es ampliamente reconocida la baja concordancia entre diferentes fuentes de información sobre el desajuste y la psicopatología del niño y el adolescente (Achenbach et al., 1987). Diferentes informantes ofrecen perspectivas de los síntomas de los niños, con perspectivas específicas particularmente válidas para determinados síntomas (Achenbach, 1991): los profesores y padres parecen ser mejores informantes de los síntomas externalizantes, y los niños y adolescentes, de los síntomas internalizantes. En tercer lugar, los síntomas psicopatológicos y los trastornos mentales tienen una tendencia generalizada a ocurrir simultáneamente en la infancia y la adolescencia, por lo que es necesario incluir evaluaciones de una variedad de estresores y psicopatología si se quiere capturar adecuadamente el grado de tal relación (McMahon et al., 2003). En cuarto y último lugar, las revisiones de las investigaciones sobre la asociación entre estresores y síntomas (e.g., Compas, 1987; Johnson, 1986) concluyeron que no existía evidencia para apoyar la hipótesis que los estresores fuesen predictores de psicopatología en niños y adolescentes en el tiempo.

Frente a este panorama y para solventar las dificultades mencionadas, Grant et al. (2003) formularon un modelo conceptual general del papel de los estresores en la etiología de la psicopatología de niños y adolescentes. Según los propios autores, este modelo se basaba en modelos específicos propuestos previamente (Albano, Chorpita &

Barlow, 1996; Asarnow & Asarnow, 1996; Hammen & Rudolph, 1996; citados en Grant et al., 2003) e incluía cinco proposiciones fundamentales, a saber:

1. Los estresores contribuyen a la psicopatología. Es la base conceptual de la mayoría de los estudios de la relación entre estresores y psicopatología, donde los estresores se definen como “eventos ambientales o condiciones crónicas que objetivamente amenazan la salud física y/o psicológica de los individuos de una particular edad en una sociedad particular” (Grant et al., 2003, p.462).
2. Los moderadores influyen en la relación entre estresores y psicopatología. Se conceptualizan como diátesis o factores protectores, representan características preexistentes (e.g., a la exposición del estresor) que incrementan o disminuyen la probabilidad que los estresores lleven a psicopatología. Son cualidades del niño o su red social previas al estresor. Potenciales variables moderadoras son la edad, sexo, apoyo social y estilos atribucionales o de afrontamiento. Pueden ser el resultado de vulnerabilidades genéticas (o factores protectores), influencias ambientales no estresantes (e.g., influencias de iguales o de padres), y en algunos casos, experiencias estresantes.
3. Los mediadores explican la relación entre estresores y psicopatología. Son activados, parten o son causados por la experiencia estresante actual y sirven, conceptual y estadísticamente, para dar cuenta de la relación entre estresores y psicopatología (Baron & Kenny, 1986; Holmbeck, 1997; citados en Grant et al., 2003). Se convierten en características del niño o su red social en respuesta al estresor, e incluyen estilos de afrontamiento, atribuciones cognitivas y procesos familiares.
4. Especificidad de las relaciones entre estresores, moderadores, mediadores y psicopatología. Un tipo particular de estresor se vincula con un tipo particular de

problema psicológico mediante un particular proceso mediador en el contexto de una variable moderadora particular.

5. Las relaciones entre estresores, moderadores, mediadores y psicopatología son recíprocas y dinámicas. Ninguna de las proposiciones son mutuamente excluyentes y todas pueden operar a la vez o en interacción dinámica, que abarca las siguientes hipótesis específicas: a) cada variable influencia otras (con algunas excepciones como moderadores fijos como edad y sexo); b) al papel de las variables específicas puede variar a través de los estresores específicos y cambiar con el tiempo (e.g., un mediador que se desarrolla en respuesta a un estresor particular puede convertirse en un patrón estable de respuesta e interactuar como moderador para los siguientes estresores; y c) las relaciones recíprocas y dinámicas entre estresores, moderadores y mediadores serán predictivas no sólo del inicio de los síntomas psicológicos, sino también de la exacerbación de los mismos, y del movimiento a lo largo de un continuo de menor a mayor gravedad en las manifestaciones de la psicopatología.

El modelo conceptual general de Grant et al. (2003) sobre el papel de los estresores en la etiología de la psicopatología de la infancia y la adolescencia se recoge en la figura 2.

Muchos estudios transversales y longitudinales han identificado asociaciones positivas entre los estresores mayores y menores y los síntomas psicológicos. Aunque la mayoría de la investigación se han basado en los modelos de causación social, que infieren que experimentar múltiples estresores mayores y/o menores lleva al desarrollo de síntomas psicológicos, en opinión de Clements, Aber & Seidman (2008) existe un debate considerable respecto a la validez de estas conclusiones.

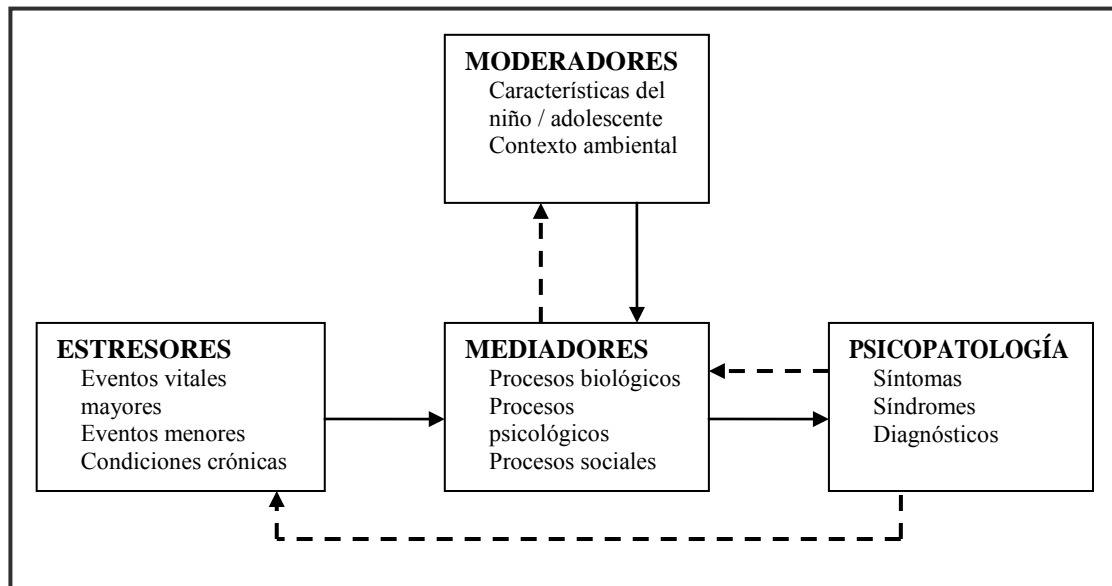


Figura 2. Modelo conceptual general del papel de los estresores en la etiología de la psicopatología de la infancia y la adolescencia (Grant et al., 2003)

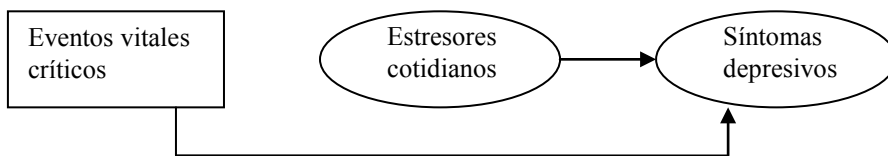
Como se comentaba previamente, el estudio de la depresión ha centrado buena parte de la investigación sobre los estresores, lo que ha llevado al desarrollo de modelos teóricos sobre los síntomas depresivos en la infancia y la adolescencia, dejando de lado otras psicopatologías. Respecto a la relación de los acontecimientos vitales estresantes y los estresores cotidianos y la sintomatología depresiva, Clements et al. (2008) proponen tres modelos teóricos de causación social:

1. El *modelo de efectos independientes*, que sugiere que tanto los AVE y los estresores cotidianos tienen efectos simultáneos, significativos e independientes sobre los síntomas depresivos. Modelo investigado en el estudio de Kanner et al. (1981) y replicado con metodología transversal en los estudios iniciales con adolescentes de Rowlison y Felner (1988) y DuBois et al. (1994).
2. El *modelo de los efectos totalmente mediados*, que plantea que los AVE causan estresores cotidianos, que a su vez llevan a síntomas depresivos. Apoyado por los resultados del grupo de Compas (Compas, Howell, Phares, Williams, & Ledoux, 1989; Wagner et al., 1988).

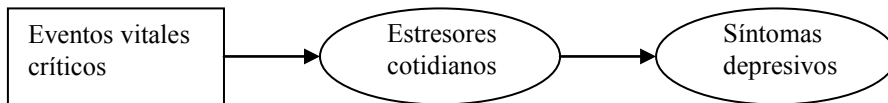
3. El *modelo de efectos mediados parcialmente*, que sugiere que los AVE provocan directamente síntomas depresivos y también estresores cotidianos conducen a su vez a los síntomas depresivos. También probado en el trabajo de Rowlison y Felner (1988).

Los modelos de causación social del estrés de Clements et al. (2008) se presentan en la figura 3.

1. Modelo de efectos independientes



2. Modelo de efectos totalmente mediados



3. Modelo de efectos parcialmente mediados

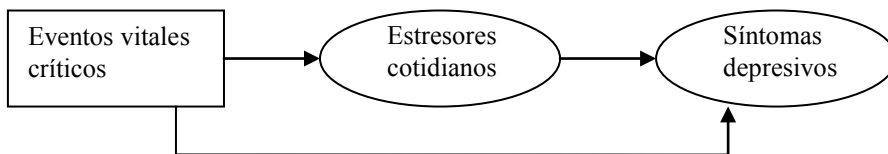


Figura 3. Modelos teóricos de la relación de los acontecimientos vitales estresantes y los estresores cotidianos y la sintomatología depresiva propuestos por Clements et al. (2008). Modificado de la adaptación de Stefanek et al. (2012)

Sin embargo, en opinión de Stefanek, Strohmeier, Fandrem y Spiel (2012), estos modelos se han fundamentado en una conceptualización unidireccional de las relaciones causales, por lo que han sido criticados por no considerar las transacciones entre los síntomas depresivos de los individuos y los estresores en sus ambientes. Sameroff &

MacKenzie (2003) recopilaron los estudios de psicopatología del desarrollo basados en los modelos transaccionales, y encontraron efectos bidireccionales en la relación individuo y sus contextos sociales. No obstante, estas investigaciones no estaban exentas de limitaciones, referidas principalmente a los modelos teóricos, a considerar contextos sociales más amplios y la necesidad de diseños longitudinales con momentos temporales suficientes para evaluar los procesos transaccionales (Sameroff & MacKenzie, 2003).

Se ha postulado que los AVE y los estresores cotidianos pueden causar síntomas depresivos, pero que también es posible que una persona con síntomas depresivos se comporte de manera que provoque estos estresores. Por lo que Clements et al. (2008) expusieron modelos alternativos a los de causación social para los síntomas depresivos:

1. *Modelo de sesgo cognitivo congruente con el estado afectivo*, que indica que el estado emocional influye en el recuerdo de eventos positivos o negativos (Blaney, 1986; citado en Clements et al., 2008).
2. *Modelo transaccional*, que reconoce que la depresión puede ser desencadenada por circunstancias estresantes fuera del control de la persona, pero sugiere que las personas deprimidas actúan creando circunstancias estresantes en sus vidas (Hammen, 1991, 1992a; Rudolph et al., 2000; citados en Clements et al., 2008).
3. *Modelo transaccional completo*, que considera simultáneamente todos los aspectos sugeridos por los modelos anteriores.

Clements et al. (2008) ponen a prueba estos seis modelos teóricos en un estudio longitudinal que se comenta en el siguiente apartado.

3.3. INVESTIGACIONES ACTUALES SOBRE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES Y LOS ESTRESORES COTIDIANOS

En las investigaciones actuales sobre AVE y estresores cotidianos siguen siendo más numerosos los estudios sobre la etapa de la adolescencia (Ash & Huebner, 2001; Clements et al., 2008; Elgar, Arlett & Groves, 2003; Hazel, Hammen, Brennan & Najman, 2008; Hewitt, Caelian, Chen & Flett, 2014; Pettit, Lewinsohn, Seeley, Roberts & Yaroslavsky, 2010; Seiffge-Krenke, 2000; Stefanek et al., 2012; Sund, Larsson & Wichstrøm, 2003; Tessner, Mittal & Walker, 2011; Unger et al., 2001). Sin embargo, aún son pocos los estudios de niños y adolescentes (Cullen, Fisher, Roberts, Pariente, & Laurens, 2014; Dubois, Burk-Braxton, Swenson, Tevendale & Hardesty, 2002; Schneiders et al., 2006) o sólo a niños (Barrett & Heubeck, 2000; Escobar et al., 2013; Vanaelst et al., 2012)

La literatura ha reflejado un predominio de los estudios transversales (Ash & Huebner, 2001; Barrett & Heubeck, 2000; Cullen et al., 2014; Dubois et al., 2002; Elgar et al., 2003; Escobar et al., 2013; Hewitt et al., 2014; Sund et al., 2003; Stefanek et al., 2012; Unger et al., 2001). También han seguido apareciendo estudios descriptivos (Vanaelst et al., 2012). Algún trabajo ha empleado la técnica de registro diario de experiencia (Schneiders et al., 2006). Sin embargo, resalta la escasez de investigaciones longitudinales (Clements et al., 2008; Hazel, et al., 2008; Pettit et al., 2010; Seiffge-Krenke, 2000; Tessner et al., 2011)

Destaca que buena parte de los estudios han sido realizados con población general, siendo la excepción los estudios desarrollados con población clínica (Hewitt et al., 2014).

Las investigaciones que se comentaran a continuación se recogen en la tabla 4.

En una **investigación descriptiva** desarrollada en ocho países europeos, Vanaelst et al. (2012) presentaron los datos de prevalencia de adversidades en la infancia, que incluían los eventos vitales negativos y las adversidades familiares y sociales. Los países participantes fueron Alemania, España, Estonia, Hungría, Italia y Suecia. Emplearon un cuestionario del Proyecto IDEFICS (*“Identification and prevention of Dietary and lifestyle-induced health Effects In Children and infants”*) que administraron a los progenitores de niños de educación infantil y primaria. Vanaelst et al. (2012) extrajeron las siguientes conclusiones:

- Algunas adversidades ocurrían sólo raramente, mientras otras eran muy habituales (e.g., divorcio de los padres).
- Un amplio porcentaje de niños parecían blindados o protegidos de los estresores, mientras un pequeño grupo de niños estaba expuesto a adversidades múltiples y acumuladas.
- La prevalencia de la adversidad en la infancia se veía influida por la zona geográfica (e.g., norte vs sur), el grupo de edad y el sexo.
- Las adversidades infantiles estarían asociadas y confluían, dando lugar al potencial estrés infantil acumulativo.

Vanalest et al. (2012) no encontraron diferencias de sexo para el estrés acumulativo de los eventos vitales negativos y las adversidades, con la excepción de las enfermedades graves o accidentes que eran más prevalente entre los chicos. También los problemas relacionados con los iguales eran más habituales en los chicos, en especial en el grupo de 9 años de edad. Las adversidades infantiles resultaban más prevalentes en los grupos de mayores, es decir, que el riesgo de adversidad se incrementaba con la edad. Además, se halló incrementos significativos en la prevalencia de los grupos de edad con las siguientes variables: menor nivel educativo de la madre,

estructura familiar no tradicional, niño que pasa tiempo solo en casa, divorcio o separación de los progenitores, importantes frustraciones en el colegio y problemas con los iguales. Al considerar las cifras, 59.7% de los niños no había experimentado ningún evento vital negativo y el 46.6% ninguna adversidad familiar o social. O lo que es lo mismo, que 40.3% de los niños vivió al menos un evento vital negativo y 53.4% una adversidad familiar o social.

Vanalest et al. (2012) insistieron que sus hallazgos demostraban la relevancia de la investigación del estrés en la infancia, no sólo de los eventos traumáticos, sino también la necesidad de centrarse en el ambiente familiar y social temprano. Asimismo, apuntaban que los eventos vitales negativos y las adversidades crónicas tendían a agruparse o suceder de manera conjunta.

Entre los **estudios transversales** encontramos el de Barrett y Heubeck (2000) que, en consonancia su línea de investigación (Heubeck & O'Sullivan, 1998), exploraron si los problemas de comportamiento y la ansiedad en los escolares de primaria se relacionaban con sus experiencias cotidianas del colegio. Administraron un listado de AVE ya empleado por ellos investigación (Heubeck & O'Sullivan, 1998), y las escalas *Good and Bad Things about School* (Heubeck, 1995, citado en Barrett & Heubeck, 2000; Heubeck & O'Sullivan, 1998), de experiencias cotidianas (estresores y satisfacciones). Los resultados pusieron de manifiesto que los estresores cotidianos del colegio se relacionaron con eventos vitales mayores negativos, así como con síntomas de ansiedad y problemas conductuales. En concreto, los estresores de compañeros y de profesores tuvieron contribuciones únicas a la predicción de la ansiedad y los problemas de conducta, respectivamente. Los eventos vitales mayores mostraron una correlación positiva con ansiedad y menor correlación con problemas conductuales.

Unger et al. (2001) desarrollaron una escala de eventos vitales estresantes, partiendo del APES (Compas et al., 1987), que evaluaba los eventos vitales positivos y negativos en los últimos seis meses. Los estresores más frecuentes en los adolescentes tenían que ver con el colegio (e.g., malas notas o castigos) y los iguales (e.g., hacer nuevos amigos, llevarse bien con los compañeros). Mientras los eventos de mayor gravedad se referían a alteraciones en la vida familiar, como divorcio de los progenitores, o muerte, accidente o discapacidad de uno de los progenitores. Además, observaron asociaciones entre eventos vitales (especialmente los eventos negativos relacionados con el colegio), y el consumo de alcohol y tabaco y los síntomas depresivos. Es de destacar que los únicos eventos vitales asociados con síntomas depresivos fueron los estresores del colegio.

Elgar et al. (2003) analizaron las diferencias del contexto (rural y urbano) en relación a los estresores (eventos vitales, estresores cotidianos y conflicto), el afrontamiento y los problemas de comportamiento en adolescentes. No obtuvieron diferencias de sexo ni de contexto en ninguno de los estresores evaluados. Aunque sí hubo una interacción sexo – contexto: más conflictos relacionados con el estrés y más problemas externalizantes en chicos de zona urbana que en chicos de zona rural y chicas.

Sund et al. (2003) examinaron la relación entre los factores psicosociales y los síntomas depresivos en la adolescencia. Sund et al. (2003) observaron correlaciones moderadamente altas entre los estresores y los síntomas depresivos. En concreto, encontraron como predictores significativos de los síntomas depresivos, por orden de importancia, los siguientes: suma de estresores cotidianos, suma de AVE, sexo, número de amigos, etnia y estatus laboral de la madre. Los autores no hallaron diferencias de sexo en los AVE, aunque sí en los estresores cotidianos, con correlaciones con los

síntomas depresivos más altas en las chicas, y correlación más fuerte entre síntomas depresivos y estresores relacionados con el colegio en chicos. Además, observaron mayor presencia de síntomas depresivos en los casos del fallecimiento de un progenitor, pero estas diferencias no alcanzaron el nivel de significación. Por lo que, no lograron evidencia para la hipótesis que la pérdida de un progenitor en la infancia sea un factor de riesgo potencial para el desarrollo de síntomas depresivos en la adolescencia.

Ash y Huebner (2001) se interesaron en conocer los estresores vitales agudos y estresores crónicos, así como los recursos ambientales y su relación con la satisfacción vital de los adolescentes. Los resultados indicaron que los eventos agudos y las experiencias vitales crónicas, tanto positivas como negativas, se relacionaron significativamente con la satisfacción vital. Además, las atribuciones de locus de control mediaron las relaciones entre los eventos vitales negativos y los estresores crónicos y la satisfacción vital de los adolescentes. Ash y Huebner (2001) obtuvieron apoyo para el modelo mediacional cognitivo que hipotetiza que los eventos ambientales negativos agudos se relacionarían más con percepciones externas de control, lo que a su vez se vincularía con satisfacción vital global reducida. Y también consiguieron apoyo parcial para el modelo de mediación cognitiva: la relación entre los estresores negativos crónicos y la satisfacción vital estuvo parcialmente mediada por el locus de control de orientación. Estos datos sugerían efectos directos fuertes de los estresores crónicos (vs los eventos vitales negativos agudos) sobre la satisfacción, frente a la presencia de un efecto directo más pequeño de los eventos vitales mayores agudos. Los autores concluyeron que estos acontecimientos podrían operar principalmente alterando la percepción del yo, crucial para la satisfacción vital.

Stefanek et al. (2012) pusieron a prueba los modelos de causación social, y compararon adolescentes australianos con adolescentes inmigrantes de primera y

segunda generación. Los resultados revelaron que la primera generación de adolescentes inmigrantes era más vulnerable a los estresores cotidianos y a los síntomas depresivos, pero no informaron más eventos vitales críticos, en comparación con los adolescentes nativos y de segunda generación. En concreto, los adolescentes de primera generación de inmigrantes manifestaron más síntomas depresivos y estresores cotidianos relacionados con los padres, personales, actividades de ocio, pareja y futuro, mientras que los adolescentes de segunda generación de inmigrantes indicaron más estresores cotidianos relacionados con los padres, colegio y pareja.

Los datos de Stefanek et al. (2012) revelaron diferencias de sexo. En general, las chicas informaron más estresores cotidianos relacionados con el futuro, padres, personal, ocio y colegio. En estresores de iguales no hubo diferencias de sexo en segunda generación, pero las chicas nativas y de primera generación puntuaron más alto en estresores de iguales en comparación con los chicos nativos y de primera generación. Respecto a los modelos teóricos examinados, Stefanek et al. (2012) lograron apoyo para el modelo de los efectos totalmente mediados, es decir, sus resultados apuntaron que los estresores cotidianos mediaban completamente los caminos entre los AVE y los síntomas depresivos en los tres grupos de adolescentes.

Escobar et al. (2013) intentaron identificar las variables que contribuían a los estresores cotidianos en los escolares. Para ello, administraron el IECI (Trianes et al., 2011) para evaluar los estresores cotidianos y también registraron los eventos vitales y los estresores crónicos empleando un listado de autoinforme (Trianes et al., 2011). También recogieron información de los profesores sobre la adaptación social de los niños. Los resultados de Escobar et al. (2013) mostraron que la adaptación social del niño (agresivo, inhibido o líder) y su experiencia con los AVE y estresores crónicos se asociaron con los estresores cotidianos. Los estudiantes con un comportamiento

agresivo manifestaron los niveles más altos de estresores cotidianos, seguido de aquellos que tenían una conducta inhibida. Y, al contrario, los estudiantes que eran líderes presentaron los menores niveles de estresores, seguidos de aquellos que mostraban un comportamiento social. Los autores identificaron un perfil específico de estresores cotidianos en la infancia: los niños con niveles mayores de estresores cotidianos eran aquellos que tenían menor edad, un comportamiento agresivo o inhibido, que habían experimentado más eventos vitales y estresores crónicos y los progenitores no habían completado los estudios primarios. Obtuvieron diferencias de edad: los más pequeños informaron mayores niveles de estresores relacionados con salud, colegio y familia. Sin embargo, no hallaron diferencias de sexo. Los autores plantearon que esta información era relevante para el diseño de intervenciones psicoeducativas en relación a los estresores cotidianos en los escolares.

En un contexto más específico, Dubois et al. (2002) examinaron un modelo integrativo de las influencias relacionadas con la etnia y el sexo en la adaptación durante la preadolescencia y la adolescencia. Emplearon el LEC (Johnson & McCutcheon, 1980) como medida de los AVE de los seis meses previos, con los mismos dominios de contenido que la DHQ (DuBois et al., 1996; DuBois et al., 1994, Rowlison & Felner, 1988) para los estresores cotidianos del último mes. La DHQ fue ampliada para registrar estresores adicionales relacionados con la raza y el sexo. Dubois et al. (2002) observaron que los eventos de discriminación y los estresores cotidianos relacionados con la raza y sexo, contribuían al contexto de estrés general. Y el contexto de estrés, a su vez, influía en los niveles de problemas emocionales y comportamentales y en la adaptación, y estas asociaciones estaban mediadas por los efectos en la autoestima. Los autores hallaron diferencias respecto al grupo étnico en los eventos de discriminación o

prejuicio, los estresores cotidianos de raza, la identidad racial y la autoestima global; y diferencias de sexo en los estresores cotidianos de sexo y problemas emocionales. Los resultados indicaron que las chicas de raza negra eran las más vulnerables a mostrar dificultades significativas de ajuste.

También los registros diarios de experiencia se han empleado en el estudio simultáneo de los AVE y los estresores cotidianos. Schneiders et al. (2006) registraron la reactividad emocional inmediata, durante cinco días consecutivos, a los estresores cotidianos como una función del perfil de riesgo en niños y adolescentes. Para los estresores de los últimos tres meses emplearon el APES (Compas et al., 1987). Probaron la hipótesis que las experiencias estresantes del pasado reciente sensibilizarían a los adolescentes a eventos negativos diarios, pero sus resultados no confirmaron la predicción general. En contra de lo esperado, altas puntuaciones en los eventos estresantes recientes no se asociaron con más frecuencia de eventos negativos diarios o menos frecuencia de eventos positivos. Por lo que se refutó la hipótesis que la reactividad al estrés diario fuese moderada por lo eventos vitales recientes. Es decir, los eventos vitales recientes no tuvieron un efecto principal sobre el estado de ánimo, ni mostraron interacción significativa con los eventos negativos diarios. No obstante, los eventos negativos, especialmente si son estresantes, se asociaron con incremento de afecto negativo (ansiedad, depresión e irritabilidad) y disminución de afecto positivo, con respuestas intensificadas en adolescentes de alto riesgo (aquellos con mayor número de acontecimiento vitales recientes). También este último grupo mostró mayor incremento de síntomas depresivos después de eventos negativos, en comparación con el grupo de adolescentes de bajo riesgo con niveles similares de estrés. Aunque no observaron diferencias en el número total de eventos negativos ocurridos entre los

grupos de alto y bajo riesgo, los adolescentes con alto riesgo informaron mayor número de eventos negativos relacionados con la familia e iguales. Schneiders et al. (2006) no encontraron diferencias de sexo en la valoración de los eventos diarios negativos.

Desde una perspectiva psicopatológica, Cullen et al. (2014) examinaron la exposición al estresor y la reactividad en niños y adolescentes con diferentes perfiles de vulnerabilidad a esquizofrenia (múltiples antecedentes de esquizofrenia, con historia familiar de esquizofrenia, y de bajo riesgo). Evaluaron los eventos vitales negativos y los estresores cotidianos con un cuestionario adaptado (Heubeck & O'Sullivan, 1998). Los autores indicaron que los niños con historia familiar de esquizofrenia y niños con múltiples antecedentes del trastorno estaban más expuestos a mayor número de eventos vitales negativos y estresores cotidianos, respectivamente, en comparación con los iguales con desarrollo normal. Además, los niños con múltiples antecedentes tenían mayor frecuencia de estresores de las áreas de iguales y profesor y percibían más malestar por estas experiencias. Las puntuaciones de frecuencia total de estresores cotidianos correlacionaron positivamente con las experiencias psicóticas en los tres grupos. Se observaron correlaciones significativas entre las puntuaciones de frecuencia de estresores cotidianos y los autoinformes de síntomas internalizantes y externalizantes en los niños con historia familiar de esquizofrenia y niños sanos, pero tal relación no se observó en el grupo de antecedentes múltiples. Respecto a esto último, Cullen et al. (2014) insinuaron que podía reflejar un “efecto techo” en la medición, que era posible que estos niños los síntomas estén tan altos como para verse afectados por los estresores cotidianos.

De los escasos estudios sobre los AVE y los estresores cotidianos llevados a cabo con **población clínica**, encontramos el de Hewitt et al. (2014), con adolescentes diagnosticados de trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, distimia o no especificado), y algunos con otros trastorno comórbidos, principalmente ansiedad, pacientes en régimen ambulatorio o en ingreso hospitalario. Emplearon una entrevista semiestructurada para los estresores episódicos y crónicos del último año, y la CHS (Kanner et al. 1987) para los estresores cotidianos. Los análisis mostraron ofrecieron apoyo parcial al modelo diátesis estrés: el perfeccionismo socialmente prescrito y los estresores cotidianos interactuaron para predecir el suicidio potencial (no la ideación suicida) incluso después de controlar depresión, desesperanza e intento previo de suicidio. Hewitt et al. (2014 no encontraron diferencias de sexo.

Respecto a los **diseños longitudinales**, Tessner et al. (2011) identificaron el estrés psicosocial previo al inicio de los síntomas psicóticos en adolescentes con esquizofrenia. Para ello, evaluaron a adolescentes de población general y, tras una entrevista, fueron asignaron a grupos diagnósticos. Tessner et al. (2011) examinaron el curso evolutivo de los síntomas en función de los AVE y los estresores cotidianos en adolescentes con trastorno de la personalidad esquizotípico, otros trastornos de personalidad o sin trastorno del Eje II del DSM-5 (APA, 2014). Los resultados revelaron que los adolescentes con trastorno de la personalidad esquizotípico y otros trastornos de personalidad informaron mayor número de eventos vitales totales, independientes y no deseados y dependientes en la evaluación inicial, que aquellos adolescentes sin diagnóstico en el Eje II. Es más, el total de eventos vitales fue mayor en los adolescentes con trastorno de la personalidad esquizotípico, y los eventos vitales independientes también fueron más frecuentes en este grupo. No observaron diferencias

entre los grupos diagnósticos en los eventos vitales en el seguimiento (un año después). Respecto a los estresores cotidianos, no hallaron diferencias entre los grupos diagnósticos en la frecuencia de estresores identificados, ni diferencias entre grupos ni en el número total en el inicio o el seguimiento, aunque los adolescentes con trastorno esquizotípico de la personalidad informaron estresores cotidianos que generaron mayor malestar. En relación a la sintomatología, en los grupos diagnósticos, la incidencia de eventos vitales independientes y no deseables se asoció con los síntomas prodrómicos concurrentes. Los eventos vitales independientes no predijeron un incremento en los síntomas positivos o negativos en el tiempo, mientras que los no deseables predijeron síntomas positivos en la segunda evaluación (después de controlar síntomas en la primera evaluación). Al analizar los estresores cotidianos, la frecuencia de los mismos predijo un incremento significativo en síntomas prodrómicos positivos, pero no de los negativos, en el período de un año. Merece destacar que este estudio de Tessner et al. (2011) es de los pocos que recoge información sobre el tratamiento farmacológico.

En referencia a los modelos mencionados previamente, Seiffge-Krenke (2000), con un diseño longitudinal de tres años, probó el modelo integrativo de estrés de Wagner et al. (1988) en adolescentes. Este enfoque considera los efectos directos de los eventos mayores sobre los síntomas psicológicos, así como los efectos indirectos mediados por los eventos diarios. Registró los AVE y los estresores cotidianos con la versión abreviada de la APES (Compas et al., 1987). En el análisis transversal, Seiffge-Krenke (2000) encontró fuertes correlaciones entre los estresores y la sintomatología. Además, los eventos vitales críticos y los estresores cotidianos se relacionaron fuertemente en el tiempo, pero el tipo de estresor no se vinculó con la sintomatología. El mayor incremento en los estresores se produjo entre la evaluación inicial y la segunda evaluación, desde los 13 años 14 años, con una estabilización a los 15 años. Asimismo,

la autora halló una disminución en la sintomatología total en el tiempo, y de los síndromes internalizantes y externalizantes en las chicas, pero no en los chicos.

Los hallazgos de Seiffge-Krenke (2000) apoyaban el modelo de efectos parcialmente mediados. Es decir, los eventos mayores no están sólo mediados por los estresores cotidianos, sino que también afectan a la sintomatología directamente. En la segunda evaluación, sólo fueron significativas las vías desde los estresores cotidianos a la sintomatología (estresor cotidiano → sintomatología) y las vías compuestas del efecto indirecto de los eventos mayores sobre la sintomatología (eventos mayores → estresor cotidiano → sintomatología).

Sin embargo, la propia autora reconocía que los caminos del análisis indicaron que la relación longitudinal entre las variables era más compleja de lo esperado. Mientras ambos tipos de estresores interrelacionaban altamente y mostraban estabilidad moderada en el tiempo, ni los eventos vitales críticos ni los estresores cotidianos fueron capaces de predecir de manera consistente los síntomas en el seguimiento. Como tampoco resultó consistente el papel mediador de los estresores cotidianos entre los eventos vitales mayores y los síntomas, e incluso la acumulación de estresores no tuvo efecto consistente y predictor en la sintomatología. Respecto a esta hipótesis del efecto acumulativo de los diferentes estresores sugerida por Wagner et al. (1988), mencionar que sólo a los 14 años, cuando aumentaron significativamente los diferentes tipos de estresores, apareció un efecto acumulativo de los eventos mayores y menores sobre la sintomatología. Ni a los 13 cuando el estrés es bajo, ni a los 15, cuando el nivel de estrés es similar a los 14 años, surgieron los caminos directos o indirectos entre los eventos mayores y la sintomatología. Seiffge-Krenke (2000) explicó que parecía que los efectos acumulativos de los estresores sobre la sintomatología sucedían sólo cuando los estresores aumentan drásticamente mientras las estrategias de afrontamiento no estaban

establecidas. Es decir, que los efectos del estrés serían menos perjudiciales cuando los adolescentes han madurado y tienen una amplia variedad de estrategias de afrontamiento.

Clements et al. (2008) emplearon el modelo de ecuaciones estructurales para comparar los seis modelos teóricos psicosociales de la asociación entre los estresores vitales y síntomas depresivos, comentados previamente. Clements et al. (2008) evaluaron a adolescentes en tres momentos con un año de diferencia. Administraron el LEC (Johnson & McCutcheon, 1980) para evaluar los eventos mayores ocurridos en el último año, y la *Daily Hassles Scale* (Seidman et al., 1995, adaptada de Rowlison & Felner, 1988) para los estresores cotidianos del último mes, en estos últimos identificando los eventos controlables o no por el sujeto. Clements et al. (2008) observaron que sólo dos modelos se adecuaron a los datos, y eran los que incluían vías que modulaban el efecto de los síntomas depresivos sobre los estresores: el modelo de sesgos cognitivos congruentes con el estado afectivo y el modelo transaccional completo. En ambos modelos se incluyen vías desde los síntomas depresivos a los estresores, así como vías de los estresores a los síntomas depresivos, por lo que no era posible establecer la dirección de la causalidad. En cambio, los modelos de causación social y el modelo de generación del estrés no se adecuaron a los datos. Los modelos de causación social, que representan el enfoque teórico más común para estudiar la asociación estresores – síntomas depresivos, no se adecuaron a los datos, a pesar que la mayoría de los caminos desde los estresores a los síntomas depresivos fueron estadísticamente significativos. Es decir, los resultados no encajaron con los modelos de efectos independientes, de efectos totalmente mediados y de efectos parcialmente mediados.

Hazel et al. (2008) probaron el papel mediador de los estresores recientes en la asociación entre la adversidad temprana y la depresión en la adolescencia tardía. Evaluaron las adversidades de los adolescentes en varios momentos: antes de los 5 años, estrés crónico y episódico a los 15 años, y depresión mayor a los 15 años y entre los 15 y los 20 años. La carga total de estrés de los participantes en la adolescencia media mediaba la asociación entre la adversidad temprana sobre la depresión en la adolescencia tardía (entre los 15 y los 20 años). Además, ninguna de las relaciones observadas se vieron moderadas por el inicio de la depresión antes de los 15 años de edad. Según los autores, más que un factor de riesgo independiente para la ocurrencia de la depresión en la adolescencia tardía, la adversidad temprana jugó un papel en la depresión, al menos en parte, debido a su asociación con la carga de estrés en la adolescencia, un contribuyente bien establecido del inicio de la depresión. Hazel et al. (2008) exponían que la exposición continuada al estrés próxima al inicio de la depresión daba cuenta de la asociación entre adversidad y depresión en la adolescencia tardía.

Por último, Pettit et al. (2010) investigaron los modelos de exposición al estrés y generación del estrés de las relaciones entre eventos vitales mayores y estresores menores y síntomas depresivos. Emplearon un diseño longitudinal, en el que evaluaron en cuatro momentos, desde la adolescencia hasta los 30 años de edad. Para los eventos vitales negativos emplearon ítems seleccionados de instrumentos conocidos (Holmes & Rahe, 1967; Sandler & Block, 1979) y el *Unpleasant Events Schedule* (UES; Lewinsohn, Mermelstein, Alexander & MacPhillamy, 1985) para los estresores cotidianos. En general, los resultados indicaron asociaciones transversales y longitudinales significativas entre los síntomas depresivos y ambos constructos de estrés, y un alto grado de covariación en los síntomas depresivos y estrés concurrente y en el tiempo. Los adolescentes que experimentaron mayores niveles de estresores

cotidianos y de acontecimientos mayores también tendían a experimentar altos niveles de síntomas depresivos. Al igual que otros estudios, los hallazgos de Pettit et al. (2010) sugerían que la trayectoria latente de los síntomas depresivos no era lineal, sino que disminuía hacia la adolescencia tardía y la temprana adultez. El modelo de AVE que más encajaba mostró un incremento hasta los 20 años de edad, seguido de un descenso hasta los 30, siendo el punto más alto a los 20 años. Además, los autores encontraron diferencias de sexo: las asociaciones entre síntomas depresivos y estresores cotidianos fueron más fuertes en las mujeres. También encontraron diferencias de sexo en los eventos vitales mayores, que los autores especularon que derivaban del hecho que las mujeres eran más susceptibles que los hombres a los síntomas depresivos bajo condiciones de estresores cotidianos frecuentes.

3.4. LUCES Y SOMBRAS EN EL ESTUDIO DEL ESTRÉS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Seiffge-Krenke (2000) sugería que en algunos estudios los efectos de los estresores menores sobre la sintomatología eran mayores que los efectos de los eventos vitales críticos. Sin embargo, la proporción de varianza que explicaban los eventos estresantes era pequeña, sugiriendo que otros factores que podrían estar implicados en esta asociación. Esta autora, igual que otros (e.g., Compas, 1987; Grant et al., 2004; Johnson, 1986), reiteraba que la investigación longitudinal prospectiva era necesaria para el conocimiento de los procesos implicados relacionados con el estrés.

Clements et al. (2008) recordaba que un foco de las críticas se refería a las técnicas de medida de estresores vitales, ya comentadas previamente. Los autoinformes

incluyen ítems de experiencias negativas que representan niveles previos de ajuste, eventos que son controlables o estresores dependientes, circunstancias al menos parcialmente dependientes de la conducta del individuo. Es decir, los contenidos de los instrumentos de estresores son similares a los ítems de las medidas que predicen. Por lo que resulta en estimaciones infladas de la asociación entre estresores vitales y sintomatología (Cohen, Buró & Bjorck, 1987; Dohrenwend & Dohrenwend, 1974; Dohrenwend, Dohrenwend, Dodson & Shrout, 1984; citados en Clements et al., 2008).

Los investigadores han intentado manejar este problema de múltiples modos, por ejemplo estudiar sólo estresores incontrolables o críticos que ocurren con independencia de las acciones del individuo, o examinar el papel de los estresores vitales controlables y no controlables de manera simultánea, con resultados inconsistentes (Clements et al., 2008). No obstante, a pesar de las críticas, la mayoría de los estudios continúan empleando un enfoque que no diferencia entre categorías de estresores.

Respecto a los instrumentos, Wagner, Abela & Brozina (2006) presentaron un estudio interesante donde compararon los métodos de recogida de información sobre estresores para analizar si en los listados de autoinformes introducían un exceso de información de los eventos o un exceso de valoración de los mismos en función del los síntomas depresivos del niño o los progenitores, la vulnerabilidad cognitiva o la ansiedad. Para ello, administraron a niños y adolescentes y a sus progenitores la *Children's Life Events Scale*, que contiene ítems de la LES (Coddington, 1972) y la CHS (Kanner et al., 1987), y la *Life Events Interview* (Alloy & Abramson, 2004, citados en Wagner et al., 2006). Los resultados pusieron de manifiesto una asociación positiva entre ambos instrumentos. Los síntomas depresivos, la vulnerabilidad cognitiva y la

ansiedad no se asociaron a un exceso de información de los acontecimientos. La ansiedad se asoció a una valoración excesiva de la gravedad de los eventos en los padres pero no en los niños.

Para Wagner et al. (2006), estos hallazgos sugerían que los listados y las entrevistas podían ser enfoques igualmente viables para evaluar la ocurrencia de los eventos vitales estresantes. No obstante, los datos tenían implicaciones mixtas respecto a la gravedad del evento, como por ejemplo, los informes subjetivos pueden ser sistemáticamente influidos por la ansiedad.

Tabla 4. Investigaciones actuales de acontecimientos vitales estresantes y estresores cotidianos.

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Ash & Huebner (2001)	Población general, adolescentes (M = 15.89 años, DT = 1.39), estudiantes de 9° a 12° curso (N = 152). EE.UU.	Life Stressors and Social Resources Inventory-Youth Form (LISRES-Y, Moos & Moos, 1994). Autoinforme.	Estresores vitales agudos y crónicos. 209 ítems. 9 escalas de estresores vitales: salud física, hogar y dinero, progenitores, hermanos/as, familia extensa, colegio, amigos, pareja y EVN.	Diseño transversal. EVN: M = 9.18. Relación significativa eventos agudos y experiencias vitales crónicas (positivas y negativas) y satisfacción vital.	No diferencias de sexo, edad o etnia en satisfacción vital. Diferencias de estatus económico en satisfacción vital. Efecto mediador del locus de control en relación entre EVN y estresores crónicos y satisfacción vital. Apoyo al modelo mediacional cognitivo en eventos negativos agudos. Apoyo parcial al modelo de mediación cognitiva en estresores negativos crónicos.
Barrett & Heubeck (2000)	Población general, niños (M = 9.23 años, DT = 0.63), estudiantes de 3° y 4° curso (N = 256). Australia.	Listado de AVE (Heubeck & O'Sullivan, 1998). Good and Bad Things about School (Heubeck, 1995; Heubeck & O'Sullivan, 1998). Autoinforme.	EVN: 16 ítems. Toda la vida Ocurrencia. Grado de malestar (escala de 4 puntos) Puntuación total: suma de AVE ocurridos y con malestar. Estresores de colegio positivos y negativos: Últimos 6 meses. Áreas: iguales, trabajo escolar, profesores y temas en el hogar (deberes y relaciones padres-colegio). Frecuencia (escala de 4 puntos). Grado de malestar (escala de 4 puntos).	Diseño transversal. Relación positiva AVE y ansiedad y relación menor con problemas conductuales. Relación estresores del colegio y AVE, ansiedad y problemas conductuales. Relación positiva estresores escolares y ansiedad y problemas de conducta.	Especificidad: Relación estresores de iguales y ansiedad. Relación estresores de profesores y problemas de conducta. Diferencias de sexo: mayor nivel de ansiedad y menor de problemas conductuales en chicas, respecto a los chicos.
Clements, Aber, & Seidman (2008)	Población general, adolescentes jóvenes (M = 11.4 años, DT = 0.92, en T1) (T1: N = 907). (T2 y T3: N = 581). EE.UU.	LEC (Johnson y McCutcheon, 1980) Daily Hassles Scale (Seidman et al., 1995, adaptada de Rowlison & Felner, 1988) Autoinforme.	AVE: 17 ítems. Frecuencia. Último año. Estresores cotidianos: 27 ítems. Ocurrencia y malestar (escala tipo likert). Eventos controlables y no controlables.	Diseño longitudinal: 3 ondas, T2: 1 año y T3: 2 años.	Apoyo al modelo transaccional completo y al modelo de sesgos cognitivos congruentes con el estado afectivo. No apoyo a los modelos de causalidad social (efectos independientes, parcial o totalmente mediados).

Tabla 4. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Cullen, Fisher, Roberts, Pariente & Laurens (2014)	Población general, niños y adolescentes, de 11 a 14 años (M = 13.1), con diferentes perfiles de vulnerabilidad a esquizofrenia (N = 95). Reino Unido.	EVN y estresores cotidianos (Heubeck & O'Sullivan, 1998) Autoinforme y heteroinforme.	EVN: Frecuencia. Valoración nivel de estrés cuando ocurrió y actual (escala de 3 puntos). Estresores cotidianos: 37 ítems. Areas: colegio, hogar, iguales y profesores. Últimos 6 meses (escala de 4 puntos). Valoración del malestar (escala de 3 puntos)	Diseño transversal. EVN: Niños con múltiples antecedentes de esquizofrenia: M = 1.74 (DT = 1.14); niños con historia de esquizofrenia: M = 1.96 (DT = 1.52). Niños sanos: M = 1.10 (DT = 1.21). Mayor exposición a EVN en niños con historia familiar de esquizofrenia. Mayor exposición a estresores cotidianos en niños con múltiples antecedentes.	Más estresores de iguales y profesor y más malestar en niños con múltiples antecedentes. Correlaciones entre frecuencia de estresores cotidianos y autoinformes de síntomas internalizantes y externalizantes en niños sanos o con historia, no en niños con múltiples antecedentes.
Dubois, Burk-Braxton, Swenson, Tevendale & Hardesty (2002)	Población general, preadolescentes y adolescentes de 5º a 8 curso (N = 350). EE.UU.	Life Events Checklist (LEC, Johnson & McCutcheon, 1980). Daily Hassles Questionnaire (DHQ, Rowlison & Felner, 1988) Autoinforme	AVE: Últimos 6 meses, Ocurriencia y valoración de impacto (escala de 4 puntos). Estresores cotidianos: Último mes. Ocurriencia e impacto (escala de 4 puntos).	Diseño transversal. Contribución de eventos de discriminación y estresores cotidianos de raza y sexo, al contexto general de estrés. Influencia del contexto de estrés en síntomas y adaptación.	Efecto mediador de autoestima en relación contexto de estrés y síntomas y adaptación. Diferencias de etnia: eventos de discriminación, estresores cotidianos de raza, identidad racial y autoestima global. Diferencias de sexo: estresores cotidianos de sexo y problemas emocionales. Mayor vulnerabilidad en chicas de raza negra.

Tabla 4. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Elgar, Arlett & Groves (2003)	Población general, adolescentes (M = 12,39 años, DT = 0.32), estudiantes de 7º y 8º curso (N = 246) Canadá.	Life Events Questionnaire (LEQ, Newcomb, Huba, & Bentler, 1986)	AVE: 39 ítems. 6 áreas: padres y familia, colegio, salud personal y apariencia, relaciones interpersonales, independencia y contacto con la ley. Frecuencia y valoración (escala de 5 puntos). Estrés cotidianos: 41 ítems. 8 áreas: aislamiento social, demandas excesivas, temas afectivos/amorosos, decisiones sobre el futuro personal, soledad e impopularidad, molestias y preocupaciones variadas, maltrato social y dificultades académicas. Valoración del malestar (escala de 4 puntos). No especifica tiempo.	Diseño transversal.	No diferencias de sexo en AVE, estresores cotidianos o conflictos. No diferencias de contexto (rural vs urbano) en AVE, estresores cotidianos y conflictos, afrontamiento o problemas de comportamiento. Interacción sexo - contexto: más conflictos relacionados con estrés y más problemas de comportamiento externalizante en chicos de zona urbana, que chicos de zona rural y chicas.
Escobar, Alarcón, Blanca, Fernández-Baena, Rosel & Trianes (2013)	Población general, niños de 8 a 12 años (M = 10.56, DT = 1.21), estudiantes de 3º a 6º curso (N = 6078). España.	Eventos vitales y estresores crónicos (Trianes et al. (2011)) IECI (Trianes et al., 2011) Autoinforme y heteroinforme.	AVE: Frecuencia. IECI: puntuación total.	Diseño transversal. AVE y estresores crónicos: M = 2.55 (DT = 0.94, rango 1 - 8). IECI: chicos: M = 7.04 (DT = 3.59); chicas: M = 6.99 (DT = 3.59). Relación adaptación social, AVE y estresores crónicos con estresores cotidianos. Más estresores cotidianos en niños con comportamiento agresivo o inhibido	Perfil específico de estresores cotidianos en la infancia: menor edad, comportamiento agresivo o inhibido, más AVE y estresores crónicos y progenitores sin estudios primarios. Diferencias de edad: más estresores de salud, colegio y familia en menor edad. No diferencias de sexo.

Tabla 4. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Hazel, Hammen & Brennan & Najman (2008)	Población general, niños y adolescentes, de 5 años, 15 años y 15 - 20 años (N = 705). Australia.	Adversidades antes de los 5 años: información de madres. University of California, Los Angeles (UCLA) Life Stress Interview, versión para adolescentes. Autoinforme y heteroinforme.	AVE. Últimos 12 meses Estrés crónicos.	Diseño longitudinal: evaluación antes de los 5 años, a los 15 y entre los 15 y 20 años.	Efecto mediador del estrés a los 15 años en relación adversidad temprana y depresión entre los 15 y 20 años. No efectos moderadores de la depresión antes de los 15 años.
Hewitt, Caelian, Chen & Flett (2014)	Población clínica, adolescentes de 13 a 19 años (M = 15.53 años), pacientes psiquiátricos ingresados o ambulatorios, con trastornos depresivos (N = 55). Canadá.	Child Life Stress Interview (CLSI); Adrian & Hammen 1991). Children's Hassles Scale (CHS; Kanner et al. 1987). Autoinforme y heteroinformes.	Estrés episódico y crónico. Últimos 12 meses. Áreas: familia, amigos, mascota, colegio, salud, vecindario, actividades, cambios, accidentes, robos o pérdidas, economía, contacto con la ley y problemas legales y decepciones importantes.	Diseño transversal. CLSI: Valoración subjetiva: M = 4.04; DT = 1.87. Valoración objetiva: M = 4.36; DT = 1.91. CHS: M = 12.07; DT = 4.58. Interacción perfeccionismo socialmente prescrito y estresores cotidianos para predecir potencial suicidio, no ideación suicida.	No diferencias de sexo.
Pettit, Lewinsohn, Seeley, Roberts & Yaroslavsky (2010)	Población general, adolescentes de 14 a 16 años (M = 16,6, DT = 1,2, en T1) (N = 815). EE.UU.	Listado de EVN (Schedule of Recent Experiences, Holmes & Rahe, 1967; Life Events Schedule, Sandler & Block, 1979). Unpleasant Events Schedule (UES; Lewinsohn, Mermelstein, Alexander, & MacPhillamy, 1985). Autoinforme.	EVN: 12 ítems. Último año. Estrésores cotidianos: 20 ítems. Último mes. Frecuencia (escala de 5 puntos).	Diseño longitudinal: 4 ondas (desde los 15 a los 30 años). Asociaciones transversales y longitudinales entre estresores y síntomas.	Diferencias de sexo: mayores asociaciones estresores y síntomas depresivos en mujeres. Diferencias de sexo en EVN. Incremento de EVN hasta los 20 años, descenso hasta los 30. Punto más alto: a los 20 años. Trayectoria no lineal de síntomas depresivos.

Tabla 4. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Schneiders, Nicolson, Berkhof, Feron, van Os & deVries (2006)	Población general, niños y adolescentes, en escolares de 11 a 14 años (N = 131). Holanda.	Adolescent Perceived Event Scale (APES, Compas et al., 1987), versión abreviada. Autoinforme y heteroinforme. Registro diario.	100 ítems. Últimos 3 meses. Frecuencia. Deseabilidad (escala de 9 puntos).	Diseño transversal. No relación eventos estresantes recientes y estresores cotidianos. Asociación eventos negativos estresantes e incremento de afecto negativo.	No diferencias de sexo en valoración de eventos cotidianos negativos. No efecto moderador de AVE en reactividad al estrés diario. No efecto principal de eventos vitales recientes en estado de ánimo. No interacción eventos vitales y eventos negativos diarios. Mayor incremento de síntomas depresivos en adolescentes de alto riesgo (mayor número de eventos vitales recientes). No diferencias en número total de eventos negativos en adolescentes de bajo y alto riesgo. Más eventos negativos de familia e iguales en adolescentes de alto riesgo.
Seiffge-Krenke (2000)	Población general, adolescentes (M = 13.9 años, DT = 1.3, en T1) y sus madres (N = 94). Alemania.	Adolescent Perceived Event Scale (APES, Compas et al., 1987), versión abreviada. Life Experience Survey (LES, Sarason et al., 1978). Autoinforme y heteroinforme.	APES: 11 ítems. AVE y estresores cotidianos. Últimos 3 meses. Frecuencia. LES: 60 ítems. Frecuencia.	Diseño longitudinal: 3 años, 3 ondas. Mayor incremento de estresores de T1 a T2 (13-14 años): AVE: M = 50.5 (DT = 26.4), M = 54 (DT = 32.5); Estresores cotidianos: M = 90.5 (DT = 38.5), M = 112.8 (DT = 43.0). Relación estresores y sintomatología. Interrelación estresores en el tiempo. No predicción consistente de estresores sobre sintomatología en el tiempo.	Apoyo al modelo de efectos parcialmente mediados. Relación longitudinal compleja: no consistencia de poder predictivo de estresores, papel mediador de los estresores cotidianos ni efecto acumulativo. Círculo vicioso: estilos de afrontamiento de evitación y sintomatología.

Tabla 4. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Stefanek, Strohmeier, Fandrem & Spiel (2012)	Población general, adolescentes de 14 a 19 años (M = 15.61) nativos e inmigrantes de primera y segunda generación (N = 682). Australia.	Social readjustment rating scale (SRRS, Holmes & Rahe, 1967). Problem Questionnaire (Seiffge-Krenke, 1995) Autoinforme.	AVE: 8 ítems. Frecuencia. Último año. Estrés cotidianos: Ámbitos: padres, iguales, colegio, personal, ocio, pareja y futuro. Valoración (escala de 5 puntos).	Diseño transversal. No diferencias en AVE. Mayor vulnerabilidad a estresores cotidianos y síntomas depresivos en primera generación de inmigrantes. Más síntomas depresivos y estresores cotidianos de padres, personales, actividades de ocio, pareja y futuro en primera generación de inmigrantes. Más estresores cotidianos de padres, colegio y pareja en segunda generación.	Apoyo al modelo de los efectos totalmente mediados. Diferencias de sexo: más estresores cotidianos de futuro, padres, personal, ocio y colegio en las chicas. Diferencias en estresores de iguales en las chicas nativas y de primera generación.
Sund, Larsson & Wichström (2003)	Población general, adolescentes de 12 a 14 años (M = 13.7). Noruega.	Early Adolescence Stress Questionnaire (EASQ, Larson & Asmussen, 1991). Unpleasant Events Schedule (Lewinsohn et al., 1994), versión abreviada. Autoinforme.	AVE: 33 ítems. Último año. Ocurrencia. Ámbitos: familia, colegio e iguales. Estrés cotidianos: 6 ítems, sociales y no sociales. Último mes. Frecuencia (escala de 4 puntos).	Diseño transversal. AVE: M = 4.5. Correlaciones entre total de AVE – estresores cotidianos y síntomas depresivos. Predictores significativos de síntomas depresivos, por orden: suma de estresores cotidianos, suma de AVE, sexo, número de amigos, etnia y estatus laboral de la madre.	No diferencia de sexo en AVE. Diferencias de sexo en estresores cotidianos: correlación más fuerte síntomas depresivos – estresores del colegio en los chicos. Correlación estresores cotidianos – síntomas depresivos más alta en chicas. Fallecimiento de progenitor: más síntomas depresivos, sin diferencias significativas. No diferencias en síntomas depresivos en adolescentes de familias intactas y con progenitores divorciados que compartían tiempo similar con ambos.

Tabla 4. (continuación)

ESTUDIO	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	MEDICIONES	DISEÑO / RESULTADOS	DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
Tessner, Mittal & Walker (2011)	Población general, adolescentes de 12 a 18 años (M = 14.3, DT = 1.8 en T1) (N = 130). EE.UU.	Psiquiátrica Epidemiology Research Interview (PERI, Dohrenwend, 1988). Daily Stress Inventory (DSI, Brantley, Waggoner, Jones & Rappaport, 1998). Autoinforme.	AVE: 102 eventos de cambio significativo: independientes, deseables, no deseables. Último año. Estrés cotidianos: 58 ítems. Últimos días. Frecuencia. Valoración del nivel de estrés (escala de 7 puntos)	Diseño longitudinal: 1 año. Mayor número de AVE totales, independientes, no deseados y dependientes en trastorno de personalidad en T1. No diferencias en AVE en T2. No diferencias en estrésores cotidianos en T1 ni T2. Más estrésores cotidianos con malestar en trastorno esquizotípico de personalidad.	Asociación independientes y no deseables con síntomas prodrómicos de esquizofrenia concurrentes. No relación predictiva AVE independientes. Relación predictiva AVE no deseables sobre síntomas positivos en T2 Relación predictiva estrésores cotidianos sobre síntomas prodrómicos positivos.
Unger, Li, Johnson, Gong, Chen, ... & Lo (2001)	Población general, adolescentes (M = 13.7 años, DT = 0.5), de 7º curso (N = 205). China.	Escala "ad hoc" basada en APES (Compas, Davis, Forsythe & Wagner, 1987) Autoinforme.	Eventos vitales positivos y negativos. Últimos 6 meses. Frecuencia. Valoración de gravedad.	Diseño transversal. Más frecuentes: colegio e iguales. Más graves: alteración familiar (fallecimiento, divorcio...) Relación EV y consumo de alcohol y tabaco y síntomas depresivos.	Sólo se relacionaron con síntomas depresivos eventos relacionados con el colegio.
Vanaelst, De Vriendt, Ahrens, Bammann, Hadjigeorgiou, u, Konstabel, ... & De Henaauw (2012)	Población general, niños de 4 a 11 años (M = 7.91, DT = 1.80), estudiantes infantil y primaria (N = 4637). Alemania, España, Estonia, Hungría, Italia y Suecia.	Proyecto IDEFICS ("Identification and prevention of Dietary- and lifestyle-induced health Effects In Children and infant"). Heteroinforme.	Prevalencia. Estrés acumulado.	Diseño transversal. No EVN: 59.7%. No adversidad familiar o social: 46.6%. Al menos 1 EVN: 40.3%. Al menos 1 adversidad: 53.4%. 4 o + EVN: 0.6%. 4 o + adversidades: 1.4%.	No diferencias de sexo. Más enfermedades graves o accidentes en chicos. Diferencias de edad: más adversidades en los mayores. Más adversidad de iguales en chicos de 9 años. Incremento significativos con: menor nivel educativo de madre, estructura familiar no tradicional, pasar tiempo solo en casa, divorcio/separación de progenitores, importantes frustraciones en colegio y problemas de iguales.

EV: evento vital, EVE: evento vital estresante, EVN: evento vital negativo, AVE: acontecimiento vital estresante

II PARTE EMPÍRICA

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1. OBJETIVOS

Objetivo general:

El objetivo principal de este trabajo es analizar la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y situaciones de estrés cotidiano y la sintomatología psicológica y el nivel de adaptación en la infancia.

Objetivos específicos:

Establecer si la frecuencia y la intensidad de los acontecimientos vitales estresantes o las situaciones de estrés cotidiano, así como la interacción entre ellos, se asocian con los síntomas emocionales y conductuales y con la adaptación escolar, social y familiar de los niños.

Establecer si existen diferencias entre población comunitaria y población clínica en estas variables.

Establecer si aparecen diferencias respecto al sexo y al estatus socioeconómico.

4.2. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Hipótesis 1. Los niños de la población clínica mostrarán mayores niveles de sintomatología (externalizante e internalizante, emocional y comportamental), así como menor nivel de adaptación (escolar, social y familiar), que los niños de la población no clínica.

Hipótesis 2. Las niñas obtendrán mayores puntuaciones en síntomas internalizantes y los niños obtendrán mayores puntuaciones en síntomas externalizantes. Estas diferencias respecto al sexo se observaran en los dos grupos de participantes.

Hipótesis 3. La presencia de acontecimientos vitales estresantes (AVE) se relacionará con mayor prevalencia de sintomatología y menor nivel de adaptación.

Hipótesis 4. La presencia de estresores cotidianos se relacionará con mayor prevalencia de síntomas y menor nivel de adaptación.

Hipótesis 5. Se observará un patrón de relación diferencial entre las categorías de estresores cotidianos y la sintomatología y la adaptación.

Hipótesis 6. Los estresores cotidianos tendrán un papel mediador entre los AVE y la sintomatología. Es decir, una mayor frecuencia de AVE se relacionará con mayor frecuencia y malestar de estresores cotidianos, que a su vez se relacionará con más sintomatología.

Hipótesis 7. No aparecerán diferencias de sexo en la frecuencia de AVE, la frecuencia estresores cotidianos o la frecuencia de estresores cotidianos valorados con malestar.

Hipótesis 8. Los niños de estatus socioeconómico más bajo, presentarán mayor número de AVE y estresores cotidianos, y, por lo tanto, mayor presencia de sintomatología y menor nivel de adaptación.

Hipótesis 9. Se observarán diferencias significativas entre la población clínica y no clínica respecto a las hipótesis propuestas. En general, se esperará más afectación de los AVE y los estresores cotidianos en la población clínica.

Hipótesis 10. Dentro del grupo clínico, se observarán diferencias en función del motivo de consulta.

5. ESTUDIO PILOTO

5.1. TRADUCCIÓN Y RETROTRADUCCIÓN DE INSTRUMENTOS

Dado que algunos de los instrumentos aplicados no estaban adaptados a población española, se llevaron a cabo una serie de pasos. En primer lugar, como las pruebas originales estaban en inglés, se realizó la traducción al español y retrotraducción al inglés (cruzada) por cuatro psicólogas bilingües con conocimientos en el ámbito de la infancia. Una quinta traductora seleccionó los ítems traducidos que más se adecuaban al original en inglés, teniendo en cuenta la comprensión por parte de los niños de habla hispana. En este sentido, se siguieron las indicaciones de las Directrices para la traducción y adaptación de los tests de la Comisión Internacional de Tests (ITC; Muñiz, Elosua & Hambleton, 2013).

5.2. APLICACIÓN DE PRUEBA

Con la finalidad de comprobar que el protocolo de la investigación se podía administrar al grupo de edad objeto de estudio, el protocolo se aplicó a 8 niños (5 niños y 3 niñas), entre los 9 y los 12 años de edad. Estos menores fueron facilitados por el entorno de la investigadora. En tres casos, la administración fue en formato individual, y los otros en pequeño grupo. Se les explicó a los niños que eran unas preguntas que se iban a contestar otros niños de su edad, pero que antes se necesitaba comprobar que se podían entender. Se insistió que no nos interesaban sus respuestas, puesto no se iba a corregir, ni era un examen, pero sí interesaba conocer si se comprendían las preguntas y la respuesta que debía dar. Y se les pidió su colaboración y que hiciesen libremente

preguntas, comentarios, aclaraciones y sugerencias, que se iban recogiendo. Al final de la prueba, se agradeció su colaboración y se les dio una bolsa de golosinas.

Estos niños tardaron en completar el protocolo entre 15 y 30 minutos. Ante las dudas observadas o las sugerencias de los niños, se modificó la redacción de algunas preguntas para facilitar su comprensión. Por otra parte, no se detectaron preguntas de especial sensibilidad que no pudiesen ser contestadas por los menores.

5.3. MODALIDADES DE APLICACIÓN

Por último, como parte del estudio piloto, dado que el protocolo se iba a administrar de manera individual a los pacientes y grupal a los escolares, se llevó a cabo una comprobación de las modalidades de aplicación. Para ello, en la aplicación en el primer centro educativo, se eligió a dos grupos del mismo curso, y en uno se realizó la aplicación individual y en otro, grupal. Para analizar si existían diferencias entre ambas aplicaciones, se efectuaron contrastes con la prueba t de muestras independientes paramétricas en las siguientes variables: sexo, edad, estresores, sintomatología y nivel de adaptación. Los análisis mostraron que se cumplía el supuesto de igualdad de varianzas, y la prueba t para la igualdad de medias no mostró diferencias.

6. METODO

6.1. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO Y MUESTRA

La población inferencial de esta investigación, es decir, aquella a la que se desearía poder hacer inferencias a partir de las conclusiones, es la población infantil de España, pero la población objetivo son niños de la Comunidad de Madrid.

La población marco son pacientes de la Red Pública de los Servicios de Salud Mental Infanto – Juvenil del área sanitaria del Hospital General Universitario Ramón y Cajal, excepto aquellos pacientes que no cumplieran los criterios de inclusión, y los escolares de los centros educativos públicos y concertados de la misma zona, salvo aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión.

En la selección de los participantes para la investigación ha empleado un muestreo incidental o casual (técnica de muestreo no probabilística).

Los participantes en este estudio han sido clasificados en dos grupos: población clínica de salud mental y población comunitaria.

Grupo clínico de salud mental:

Los psicólogos clínicos y médicos psiquiatras que han colaborado en el estudio, han solicitado la participación voluntaria a los pacientes que acudían a las consultas en los centros de salud mental (Programa infanto – juvenil de salud mental) dependientes del Hospital General Universitario Ramón y Cajal. En el estudio se han recogido datos en tres de los cuatro centros.

- Criterios de inclusión en el grupo clínico:

- Pacientes con edades comprendidas entre 10 años y 0 meses a los 12 años y 11 meses.
- ***Criterios de exclusión del grupo clínico:***
 - Edad no correspondiente a la edad de la investigación.
 - Menores con alteraciones mentales y del comportamiento de en la infancia y adolescencia o trastornos del neurodesarrollo según DSM-5 (APA, 2014), cuya manifestación interfiera en la capacidad de comunicación y comprensión, a saber:
 - Discapacidad intelectual: discapacidad intelectual de gravedad leve, moderada, grave, profunda o no especificada.
 - Trastornos de la comunicación: trastornos del lenguaje, trastorno fonológico, trastorno de la comunicación social (pragmático) o trastorno de la comunicación no especificado.
 - Trastornos del espectro autista.
 - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: trastorno por déficit de atención de grado moderado o grave.
 - Trastorno específico del aprendizaje: trastorno específico del aprendizaje con dificultades en la lectura.
 - Trastornos motores: trastorno del desarrollo de la coordinación o trastornos de movimientos estereotipados.
 - Otro trastorno del neurodesarrollo especificado o trastorno del neurodesarrollo no especificado.
 - Menores con trastornos neurocognitivos (lesión cerebral, tumores cerebrales, infecciones por VIH, accidentes vasculares cerebrales...) o síndromes genéticos

que cursen con patología neurológica o trastornos cognoscitivos: como síndrome confusional, delirium, demencia, trastorno amnésico.

- Déficits sensoriales que limiten la capacidad de atención, comprensión o respuesta.
- Menores con dificultades en manejo del idioma por motivos culturales.
- Menores con modalidad educativa de ACNEE (alumno con necesidades educativas especiales) y ACNEAE (necesidades específicas de apoyo educativo en el área del lenguaje) en el ámbito escolar.

Grupo comunitario (no clínico):

- Escolares de los centros educativos públicos y concertados de la misma zona del Hospital General Universitario Ramón y Cajal. Han participado tres colegios públicos y cuatro colegios concertados.

- Criterios de inclusión en el grupo clínico:

- Alumnos y alumnas con edades comprendidas entre 10 años y 0 meses a los 12 años y 11 meses, de los cursos 5º y 6º de educación primaria.

- Criterios de exclusión del grupo clínico:

- Edad no correspondiente a la edad de la investigación.
- Déficits sensoriales que limiten la capacidad de atención, comprensión o respuesta.
- Menores con dificultades en manejo del idioma por motivos culturales.
- Menores con modalidad educativa de ACNEE (alumno con necesidades educativas especiales) y ACNEAE (necesidades específicas de apoyo educativo en el área del lenguaje) en el ámbito escolar.

- Menores que acudían tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en el momento de aplicación del protocolo de investigación.

Participantes.

Los participantes finales en la investigación han sido un total de 552 niños y niñas, de los cuales, 94 (16.2%) eran pacientes de salud mental y 458 (79.1%) alumnos de los centros educativos. Se recogieron datos de 580 niños y niñas, pero se excluyeron de los análisis 27 escolares (4.7%) que estaban en tratamiento de salud mental. En grupo clínico se excluyó un menor porque el motivo de consulta era un AVE traumático. La descripción de los participantes se recoge en la tabla 5.

Como se puede observar en la tabla 5, los participantes del estudio eran 53.4% hombres y 46% mujeres, en el grupo clínico 62% y 37%, y en el grupo comunitario 51.5% y 48.5%, respectivamente. Los menores tenían edades comprendidas entre los 10 y los 12 años, la media en la muestra total fue 10.91 años, 10.84 en los pacientes y 10.92 en los escolares.

Respecto al tipo de centro educativo, 27% del total de participantes estaban en colegios públicos y 73% en colegios concertados, y en los pacientes 34% y 66%, y escolares 25.5% y 74.5%, respectivamente. Los participantes estaban escolarizados en los cursos de 4º de primaria a 1º de la E.S.O. En los centros educativos se administró el protocolo únicamente en los cursos 5º y 6º de primaria. Más de la mitad (58.3%) del total de participantes eran de 6º curso de primaria, también en los pacientes (37.2%) y en los escolares (62.7%). La mayoría de los participantes no había repetido curso (88.4%), al igual que los pacientes (79.8%) y los escolares (90.2%).

Respecto al país de origen de los participantes, más del 90% había nacido en España (92.2% del total, 90.4% de pacientes y 92.6% de escolares). Menores porcentajes se encontraron en relación al país de origen de los padres, en general en torno al 70% ambos progenitores habían nacido en España (70.1% del total, 69.1% de pacientes y 71.4% de escolares). En relación a la ocupación de los progenitores, en el total de participantes, 73.4% de las madres y 86.9 % de los padres trabajaba a jornada completa o parcial; en los pacientes 63.9% y 78.8%; y en los escolares 75.3% y 87.4%, madres y padres, respectivamente.

En cuanto a la composición familiar, en el total de participantes, 71.6% de los niños vivía con ambos progenitores, 17.2% sólo con la madre y 10.7% vivía otro familiar en casa. En los pacientes, 54.3% vivía ambos progenitores, 28.7% sólo con la madre y 17% otro familiar; y en los escolares, 75.1%, 14.8% y 9.4%, respectivamente.

En el grupo clínico, como se menciona más adelante en el procedimiento, se registró información sobre algunas cuestiones relacionadas con el paciente y su tratamiento de salud mental. Respecto al tipo de tratamiento, 68.1% tenía tratamiento psicológico, 27.7% tratamiento psiquiátrico y 4.3% recibía tratamiento combinado. Poco más de un quinto (21.3%) estaba con tratamiento farmacológico, siendo el tipo de fármaco más frecuente los estimulantes (13.8%), como se puede observar en la tabla 6. Respecto al diagnóstico, el trastorno predominante fue trastorno hiperactivo (18.1%), seguido del grupo de trastornos de las emociones de comienzo en la infancia (12,8%), trastornos disociales y de las emociones mixto (10.6%) y trastorno de adaptación (13.8%). No obstante, un porcentaje importante (21.3%) no estaba diagnosticado de trastorno mental. También se registró el tiempo de tratamiento en salud mental, encontrando que más de un tercio llevaba más de dos años (38.3%) y otro tercio menos de 6 meses (33%). Los datos sobre el diagnóstico aparecen en el Anexo.

Tabla 5. Descripción de la muestra

		Total		Pacientes		Escolares	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	295	53.4	59	62.8	236	51.5
	Mujer	257	46.6	35	37.2	222	48.5
Edad	10 años	169	30.6	38	40.4	131	28.6
	11 años	268	48.6	33	35.1	235	51.3
	12 años	115	20.9	23	24.5	92	21.1
Media / DT / rango		10.91 / 0.72 / 10 - 12		10.84 / 0.79 / 10 - 12		10.92 / 0.70 / 10 - 13	
Curso	Cuarto	28	5.1	28	29.8	0	0
	Quinto	186	33.7	15	16.0	171	37.3
	Sexto	322	58.3	35	37.2	287	62.7
	1 ESO	16	2.9	16	17.0	0	0
Repetir curso	No	488	88.4	75	79.8	413	90,2
	Sí	64	11.6	19	20.2	45	9.8
Colegio	Público	149	27.0	32	34.0	117	25.5
	Concertado	403	73.0	62	66.0	341	74.5
País origen	España	509	92.2	85	90.4	424	92.6
	Otro país	42	7.6	9	9.6	33	7.2
País origen progenitor	España	392	71.0	65	69.1	327	71.4
	Otro país	111	20.1	17	18.1	94	20.5
	Uno sí y otro no	47	8.5	12	12.8	35	7.6
Trabajo de madre	jornada completa	202	36.6	26	27.7	176	38.4
	tiempo parcial	203	36.8	34	36.2	169	36.9
	desempleo	79	14.3	18	19,1	61	13.3
	no trabaja	60	10.9	15	16,0	45	9.8
Trabajo de padre	jornada completa	307	55.6	48	51.1	259	56.6
	tiempo parcial	167	30.3	26	27.7	141	30.8
	desempleo	34	6.2	6	6.4	28	6.1
	no trabaja	13	2.4	4	4.3	9	2.0
Total		N = 552		n = 94		n = 458	

Entre los AVE que habían motivado la derivación a salud mental: 9 pacientes (9.6%) se habían separado sus progenitores, 6 (6.4%) había fallecido un progenitor, 2 (2.1%) habían cambiado de país, 7 (7.4%) tenían conflictiva familiar. Además, 3 menores (3.2%) estaban en acogimiento por un familiar distinto a los progenitores y 2 (2.1%) habían sido adoptados.

Tabla 6. Grupo clínico: Tratamiento de salud mental

	Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento psicológico	64	68
Tratamiento psiquiátrico	26	27.7
Tratamiento psicológico y psiquiátrico	4	4.3
Tratamiento farmacológico	20	21.3
Ansiolítico	1	1.1
Antidepresivo	2	2.1
Estabilizador	1	1.1
Antipsicótico	1	1.1
Estimulante	13	13.8
Otro fármaco (no estimulante)	4	4.3
Tiempo tratamiento actual		
menos de 6 meses	31	33.0
6 meses - 1 año	13	13.8
1-2 años	14	14.9
más de 2 años	36	38.3

6.2. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

El presente estudio utiliza un método descriptivo (observacional), transversal.

Los participantes del grupo clínico se han reclutado con la colaboración de los facultativos (psicólogos clínicos y médicos psiquiatras) de los centros de salud mental, con la autorización del Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital General Ramón y

Cajal, y de los Directores de los centros de salud mental correspondientes a dicho hospital.

Los participantes del grupo comunitario se han reclutado con la colaboración de los directores y los psicólogos de los Equipos de Orientación Psicopedagógicos (E.O.E.P.) de la Comunidad de Madrid, en el caso de los centros educativos públicos, y de los psicólogos de los departamentos de orientación, en el caso de los centros educativos concertados. En ambos, contando con la autorización de los directores de los centros escolares.

La presente investigación fue aprobada por el Comité Ético y de Investigación Clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal, de la Comunidad de Madrid.

Procedimiento.

Dado que se trata de población infantil, se requiere la autorización de los tutores legales de los menores.

Los progenitores o tutores legales y los menores tuvieron una información veraz sobre la investigación, pero teniendo especial cuidado de no desvelar los objetivos específicos del estudio para evitar el sesgo en las respuestas. Del mismo modo, a los profesionales de los centros de salud mental y de los centros educativos se les facilitó información sobre la investigación sin desvelar los objetivos específicos del estudio.

La información se entregó a los padres por escrito mediante un documento de consentimiento informado. Los padres dieron su autorización para que sus hijos participaran en la investigación. Asimismo, se informó a los niños/as sobre el estudio, se les pidió su colaboración y consentimiento, señalando claramente que la participación era voluntaria.

El protocolo de estudio se administró a los participantes del grupo clínico coincidiendo con el día que acudían a la consulta en el centro de salud mental. La administración del protocolo al grupo no clínico se llevó cabo en el horario escolar en el aula de los alumnos.

En el grupo clínico, la recogida de los datos fue realizada por la investigadora del presente trabajo y en alguna ocasión por el facultativo responsable del paciente. En el grupo comunitario, la recogida de datos fue realizada por los psicólogos del centro educativo, la propia investigadora y una psicóloga colaboradora.

En ningún momento hubo transacción económica entre la investigadora, los participantes o los centros sanitarios y educativos. Todos los profesionales que colaboraron en el estudio lo hicieron de manera desinteresada, gracias a la implicación del trabajo dentro del Programa Infanto – Juvenil de los centros de salud mental del Hospital Universitario Ramón y Cajal, y a la coordinación con los servicios y centros educativos de la zona.

Los niños contestaron individualmente a las preguntas, evitando que la presencia de los adultos pudiese interferir o alterar sus respuestas, y de este modo garantizar que la información aportada se ajustaba a la realidad del niño.

La metodología, el procedimiento de recogida de datos y los instrumentos de evaluación siguieron los procedimientos empleados tanto en la investigación en psicología como en la práctica clínica en el ámbito de salud mental infanto - juvenil. La situación que se propuso en el presente estudio no es ajena al niño, ni en el contexto de salud mental ni en el ámbito escolar.

La aplicación del protocolo de la investigación para todos los participantes se llevó a cabo durante el curso escolar.

Aspectos éticos de la investigación.

- Hoja de información al paciente y formulario de consentimiento:

El estudio se llevo a cabo de acuerdo a las recomendaciones para estudios de investigación hecha en seres humanos y siguiendo las Normas de Buena Práctica Clínica y la Declaración de Helsinki Brasil 2013 (AMM, 2013) y en la actual Legislación Española en materia de estudios observacionales.

Se informó a todos los participantes sobre la investigación. Los progenitores o tutores legales prestaron su consentimiento por escrito, y se les entregó una copia de la hoja de información y consentimiento informado. Al tratarse de un estudio con menores, este documento fue firmado por los progenitores o tutores y los pacientes. Además, se incluyó una hoja de información al paciente y consentimiento informado del menor maduro (12-17 años) para los participantes de 12 años. Ambos modelos información al paciente y consentimiento informado se recogen en el Anexo.

- Confidencialidad de los datos:

Como aparece en la hoja de información al paciente, la información difundida y obtenida por la puesta en marcha del estudio es considerada confidencial y como tal ha sido tratada en todo momento. Los sujetos del estudio se identificaron con un código numérico. Sólo aquellos datos de la historia clínica que estaban relacionados con el estudio fueron objeto de comprobación. Esta comprobación se realizó en la medida de lo posible en presencia de la investigadora principal, responsable de garantizar la confidencialidad de todos los datos de las historias clínicas pertenecientes a los sujetos participantes en el estudio. Los datos recogidos para el estudio están identificados

mediante un código y sólo la investigadora principal tiene acceso a relacionar dichos datos con la historia clínica del menor.

El tratamiento de los datos se hizo garantizando las medidas de seguridad establecidas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, y en la transmisión a terceros se cumple lo establecido en la mencionada Normativa y el R.D. 1270/2007. En caso de publicación de los resultados de la investigación no se revelará la identidad de los participantes.

- Participantes del grupo comunitario:

Los participantes del grupo no clínico fueron reclutados de los centros escolares públicos y concertados de la zona del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

En primer lugar, se contactó con los dos E.O.E.P. de zona y con los orientadores de los colegios concertados. Se les informó de la investigación y solicitó su ayuda para contar con la colaboración de los centros escolares.

Los centros escolares que finalmente accedieron a participar informaron a los progenitores de los alumnos y solicitaron su autorización mediante una circular informativa, en base a un modelo general que cada centro adaptó en función de su normativa interna. Esta documentación quedó bajo custodia de los E.O.E.P., de los departamentos de orientación o la dirección de los colegios. Los centros escolares facilitaron la disponibilidad (grupos de alumnos, espacios y horario) para la aplicación de las pruebas.

6.3. VARIABLES DE ESTUDIO E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Las variables que se analizan en esta investigación son los acontecimientos vitales estresantes y situaciones de estrés cotidiano, la sintomatología general, síntomas emocionales y comportamentales, la adaptación escolar, social y familiar, el sexo y el estatus socioeconómico.

La recogida de los datos se ha realizado empleando un protocolo con cuestionarios autoinformados. La duración de la administración del protocolo fue aproximadamente de 30 minutos.

El protocolo del estudio está compuesto por los siguientes instrumentos:

- ***Encuesta de datos sociodemográfico:***

Cuestionario elaborado “ad hoc”, de 30 ítems, que incluye datos sociodemográficos y de tratamiento en salud mental. Algunos de los ítems han sido tomados de la encuesta PISA (*Programme for International Student Assessment*; OECD 2012) y adaptados para el presente estudio.

- ***Listado de acontecimientos vitales estresantes:***

Listado de 20 ítems, de respuesta dicotómica (Si / No). Tras una revisión de la literatura y de los instrumentos disponibles sobre sucesos vitales estresantes, se observó gran variabilidad, puesto que se consideraban dentro de los AVE, ítems de estrés cotidianos, ítems evolutivos o de transición de etapas, incluso ítems con valor positivo. Por este motivo, se ha creado un listado propio de sucesos vitales estresantes para la investigación. En este listado se incluyen sucesos vitales estresantes de carácter

negativo, desde el punto de vista de la pérdida, pero no traumático. Además son situaciones que están fuera del control del niño y no se confunden con su comportamiento, sintomatología o adaptación. Se ha establecido una delimitación temporal: los últimos dos años.

Dada las características de este variable, no se ha calculado la consistencia interna.

- ***Children's Hassles Scale (CHS; Kanner et al., 1987):***

Cuestionario de estresores cotidianos, de 25 ítems. Se puede aplicar a niños y adolescentes entre 8 - 17 años. Se generan tres tipos de puntuaciones: a) frecuencia (simple recuento del número de estresores que ocurren en el último mes, puntuación de rango de 0 a 25), b) frecuencia de estresores vividos con malestar (el número de estresores valorados como “regular” o “muy mal”, rango de puntuaciones de 0 a 25), y c) intensidad total del malestar (la suma de los pesos de los ítems que ocurren, rango de puntuaciones de 0 a 100). La consistencia interna del instrumento en el estudio original es de .87 (Kanner et al., 1987).

En la página web de la División 54 de la *American Psychological Association* (APA) se recoge un listado de las medidas de estrés y afrontamiento basadas en la evidencia en población infante – juvenil, publicado también por Blount et al. (2008) en el *Journal of Pediatric Psychology*. La CHS ha sido valorada como una medida de autoinforme de estrés bien establecida y que amplía la comprensión del sujeto de estudio.

Es un instrumento que se ha empleado en numerosas investigaciones, en las que se ha informado de una consistencia muy buena, superior a .80: .82 (Hewitt et al., 2014), .85 (Creasey et al., 1995; Smith & Somhlaba, 2015), incluso han informado un

alpha de .90 o superior (Bridley & Jordan, 2012; Brozina & Abela, 2006; von Weiss et al. (2002).

Santa Lucia et al. (2000) diferenció 4 factores: comparación de iguales (.69), padres (.73), colegio (.69) y familia (.62).

En el presente estudio, se trata de hacer la traducción y adaptación de este instrumento, siguiendo las indicaciones de las Directrices para la traducción y adaptación de los tests de la Comisión Internacional de Test (ITC; Muñiz et al., 2013).

En esta investigación se ha obtenido un α de Cronbach de .78 para el total del instrumento. La mayor parte de las correlaciones de ítems total están por encima de .3 (promedio = .37).

Se han hecho los análisis asumiendo los factores encontrados por Santa Lucia et al. (2002), obteniéndose las siguientes propiedades psicométricas:

- CHS padres: $\alpha = .68$. Todas las correlaciones de ítems total están por encima de .3 (promedio = .44).
 - CHS iguales: $\alpha = .66$. Casi todas las correlaciones ítems total por encima de .3 (promedio = .37).
 - CHS colegio: $\alpha = .56$. Algunas correlaciones ítems total por encima de .3 y otras cercanas (promedio = .32).
 - CHS familia: $\alpha = .54$. Algunas correlaciones ítems total por encima de .3 (promedio = .27).
- ***Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas; Goodman, 1997; Goodman et al., 1998):***

Cuestionario de autoinforme para niños y adolescentes, entre 11 y 16 años. Consta de 25 ítems, con 3 alternativas de respuesta. Tiene cinco subescalas: síntomas

emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas de relación con iguales y escala prosocial. Se obtiene una puntuación total de dificultades, además de las puntuaciones en cada escala. La consistencia interna es alta para la escala total de dificultades (0.82), y aceptable para las subescalas de síntomas emocionales (0.75), problemas de conducta (0.72), hiperactividad (0.69), problemas de relación con iguales (0.61) y conducta prosocial (0.65). Para la población general o población de no riesgo se puede utilizar la alternativa de tres escalas: problemas internalizados, problemas externalizados y escala prosocial (Goodman, Lamping & Ploubidis, 2010). El SDQ ha sido empleado en numerosos estudios y traducido a diferentes lenguas y que está disponible para libre acceso.

En la presente investigación se ha valorado la aplicación de este instrumento en niño de 10 años por la brevedad en la administración: es sencillo de responder, con enunciados breves y respuestas fáciles. El momento evolutivo de los niños de 10 a 12 años es similar, previo a la adolescencia, y estas edades suelen compartir espacios educativos y de ocio. Asimismo, existen pocos instrumentos autoinformados que valoren problemas emocionales y conductuales en la infancia. Además, otros cuestionarios autoinformados y ampliamente utilizados comprenden este rango de edad.

En la presente investigación se ha empleado la versión de autoinforme. La escala de conducta prosocial no ha sido incluida en los análisis.

La consistencia interna α de Cronbach para el total dificultades fue .78. Casi todas las correlaciones de ítems total por encima de .3 ó .4 (promedio = .34).

Respecto a las subescalas y los factores de segundo orden se observó:

- Síntomas externalizantes: $\alpha = .72$. Casi todas las correlaciones de ítems total por encima de .3 o cerca (promedio = .38).

- Síntomas internalizantes: $\alpha = .70$. Casi todas las correlaciones de ítems total por encima de .3 ó .4 (promedio = .36).
- Síntomas emocionales: $\alpha = .69$. Todas las correlaciones de ítems total cumplen criterio de estar por encima de .3 (promedio = .45).
- Problemas de conducta: $\alpha = .50$. Algunas correlaciones ítems total por encima de .3 (promedio = .29).
- Hiperactividad: $\alpha = .66$. Casi todas las correlaciones de ítems total por encima de .3 o cerca (promedio = .41).
- Problemas con compañeros: $\alpha = .52$. Algunas correlaciones ítems total por encima de .3 (promedio = .29).

- ***Modified Depression Scale (MDS; Orpinas, 1993; tomado de Dahlberg, Toal, Swahn & Behrens, 2005):***

Cuestionario de depresión, de 6 ítems, con 5 alternativas de respuesta (valoración de 1 - 5), rango de puntuaciones de 6 - 30. Se puede aplicar desde los 10 a 18 años. Evalúa síntomas depresivos en el último mes. La consistencia interna fue 0.74.

Este instrumento ha sido empleado en diversos estudios (e.g., Dunn, Johnson & Green, 2012), que destacan su brevedad y ser una medida de libre acceso. También se realizará la traducción y adaptación de este instrumento (ITC; Muñiz et al., 2013).

La consistencia interna en esta investigación resultó $\alpha = .65$. Casi todos las correlaciones ítems total cumplen criterio de estar por encima de .3 (promedio = 3.39).

- ***Cuestionario de adaptación escolar:***

Cuestionario de 10 ítems, con 4 alternativas de respuesta. Los ítems han sido tomados de la encuesta PISA (OECD, 2012) y adaptados para el presente estudio. Se

distribuyen en tres escalas: relaciones alumno – profesor, sentido de pertenencia al colegio y actitud hacia el aprendizaje.

La consistencia interna α de Cronbach fue .49. Sólo dos correlaciones ítems total por encima de 0.3 (promedio = 0.23).

Asimismo, en la encuesta se ha registrado información correspondiente al desempeño académico: si se había repetido curso, la valoración del rendimiento académico y las asignaturas suspensas.

- ***Cuestionario de adaptación familiar:***

Cuestionario creado ad hoc para la presente investigación, compuesto de 11 ítems, con 4 alternativas de respuesta. Incluye ítems relacionados con la comunicación y la satisfacción en la familia. El cuestionario será validado una vez recogido los datos de la muestra.

La consistencia interna α de Cronbach fue .79. Todas las correlaciones de ítems total cumplen el criterio de estar por encima de 0.4 (promedio = 0.46).

- ***Información del tratamiento en salud mental:***

En el grupo clínico se recogió la siguiente información:

- Tipo de tratamiento actual: psicológico, psiquiátrico o combinado.
- Tratamiento farmacológico y tipo de fármaco (ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo, antipsicóticos, estimulantes – anfetamínicos y otros).
- Tiempo de duración del tratamiento de salud mental: menos de 6 meses, de 6 meses a 1 año, entre 1 y 2 años y más de 2 años.

- Síntomas motivo de consulta: Para facilitar los análisis los síntomas se agruparon en ocho categorías: a) disminución o déficit de atención (también incluye distraibilidad, hiperactividad), b) alteración del comportamiento (e.g., problema de conducta, oposicionismo, agresividad), c) síntomas de ansiedad (e.g., nerviosismo, inquietud), d) síntomas depresivos (e.g., tristeza, llanto, irritabilidad), e) dificultades en las relaciones sociales (e.g., en integración con iguales, retraimiento, aislamiento, déficits de habilidades, mutismo), f) síntomas físicos o somáticos (e.g., cefalea, dolor abdominal, alteraciones del sueño), g) dificultad de aprendizaje escolar (retraso escolar, problemas de rendimiento, fracaso escolar), y h) déficit de autonomía, conductas regresivas (e.g., rutinas, conductas regresivas, control de esfínteres).
- Diagnóstico CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Las características de los instrumentos se recogen en la tabla 7. El protocolo del estudio se puede ver en el Anexo.

Tabla 7. Instrumentos de medida

Instrumento	Subescalas	Nº de ítems	α de Cronbach	IC - 95%
CHS		25	.83	.807 - .848
	CHS padres	5	.68	.637 - .721
	CHS iguales	7	.66	.617 - .703
	CHS colegio	5	.56	.494 - .611
	CHS familia	7	.54	.473 - .592
SDQ total dificultades		20	.78	.752 - .805
	SDQ externalizante	10	.72	.682 - .752
	SDQ internalizante	10	.70	.662 - .737
	SDQ síntomas emocionales	5	.69	.648 - .729
	SDQ problemas de conducta	5	.50	.433 - .565
	SDQ hiperactividad	5	.66	.610 - .700
	SDQ problemas compañeros	5	.52	.450 - .578
	MDS		6	.65
Adaptación escolar		10	.49	.424 - .551
Adaptación familiar		11	.80	.770 - .820

7. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

7.1. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se ha llevado a cabo con el programa estadístico SPSS versión 22 y el análisis mediacional con el procedimiento PROCESS (Hayes, 2013). Para la comparación de los coeficientes de correlación se ha accedido a un programa online disponible en <http://www.vassarstats.net/rdiff.html>.

Para el tratamiento de los datos y examen de los resultados obtenidos se llevaron a cabo:

- Análisis descriptivos
- Comparaciones entre grupo clínico de salud mental y grupo comunitario (t de Student, análisis de varianza, correlaciones Pearson y Rho Spearman...).
- Modelos mediacional contemplando las variables mediadoras.

7.2. RESULTADOS

Sintomatología y nivel de adaptación en el grupo clínico y el grupo comunitario:

- *Sintomatología:*

Para examinar si existían diferencias entre los participantes de los grupos de pacientes y alumnos se realizó la prueba t de muestras independientes paramétricas. Se analizaron las diferencias de medias entre pacientes y alumnos en las puntuaciones del total de dificultades del SDQ, de las subescalas del SDQ (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros), las escalas de segundo orden del SDQ (externalizante e internalizante) y la medida de depresión MDS.

Los resultados se presentan en la tabla 8. El estadístico de Levene mostró la homogeneidad de las varianzas en los dos grupos en todas las variables analizadas ($p > .05$) a excepción del SDQ problemas de conducta ($p = .016$). Para verificar los contrastes se efectuó la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada para la medida del tamaño del efecto. Se observaron diferencias de medias entre los grupos de pacientes y alumnos en SDQ total de dificultades, SDQ problemas de conducta, SDQ hiperactividad, SDQ externalizante y síntomas depresivos MDS, con significación estadística ($p < .001$). También fueron significativas las diferencias entre las medias de los grupos de síntomas emocionales ($p < .010$) y SDQ síntomas internalizantes ($p < .05$).

Tabla 8. Tipo de sujeto y sintomatología

	Tipo sujeto	Media	DT	<i>t</i> (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
SDQ total dificultades	paciente	13.96	5.74	5.71***	-5,50***	.056
	alumno	10.29	5.66	(550)		
SDQ síntomas emocionales	paciente	3.70	2.44	3.16**	-3.29**	.018
	alumno	2.85	2.37	(550)		
SDQ problemas conducta	paciente	3.00	2.02	4.37***	-4.44***	.044
	alumno	2.03	1.63	(119.2)		
SDQ hiperactividad	paciente	5.55	2.34	6.65***	-6.19***	.074
	alumno	3.84	2.27	(550)		
SDQ problemas compañeros	paciente	1.70	1.68	.67	-.98	.001
	alumno	1.57	1.75	(550)		
SDQ externalizante	paciente	8.55	3.75	6,95***	-6.30***	.081
	alumno	5.87	3.34	(550)		
SDQ internalizante	paciente	5.40	3.49	2,54*	-2.72**	.012
	alumno	4.42	3.41	(550)		
MDS total	paciente	15.52	4.73	3,64***	-3.48**	.023
	alumno	13.67	4.43	(550)		

paciente (n = 94), alumno (n = 458), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

- ***Nivel de adaptación escolar y familiar.***

Para analizar si existen diferencias entre los participantes de los grupos de pacientes y alumnos se realizó la prueba t de muestras independientes paramétricas. Se analizaron las diferencias de medias entre pacientes y alumnos en las puntuaciones de adaptación escolar (total, profesor, colegio y aprendizaje) y adaptación familiar (total, comunicación y satisfacción). Los resultados se presentan en la tabla 9. El estadístico de Levene mostró la homogeneidad de las varianzas en los dos grupos en todas las variables analizadas ($p > .05$), a excepción de la adaptación escolar aprendizaje ($p = .043$). Se observaron diferencias de medias entre los grupos de pacientes y alumnos en adaptación escolar total, adaptación escolar aprendizaje y adaptación familiar satisfacción, con significación estadística ($p < .050$).

Tabla 9. Tipo de sujeto y adaptación escolar y familiar

	Tipo sujeto	Media	DT	<i>t</i> (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
Adaptación escolar total	paciente	15.49	4.07	2.55*	-3.17**	.012
	alumno	14.25	4.33	(550)		
Adaptación escolar profesor	paciente	4.88	1.85	1.60	-1.62	.005
	alumno	4.55	1.85	(550)		
Adaptación escolar colegio	paciente	8.07	2.79	1.89	-3.08**	.006
	alumno	7.36	3.42	(550)		
Adaptación escolar aprendizaje	paciente	2.53	.80	2.11*	-3.00**	.007
	alumno	2.34	.85	(139.7)		
Adaptación familiar total	paciente	15.10	3.88	1.30	-1.38	.003
	alumno	14.53	3.85	(550)		
Adaptación familiar comunicación	paciente	8.79	2.68	.67	-.75	.001
	alumno	8.58	2.67	(133.4)		
Adaptación familiar satisfacción	paciente	6.31	1.72	1.99*	-2.29*	.007
	alumno	5.94	1.60	(128.1)		

paciente (n = 94), alumno (n = 458), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Síntomas internalizantes y externalizantes y sexo y grupo:

Para examinar posibles diferencias en síntomas internalizantes y externalizantes por sexo y grupo, se realizó análisis univariado.

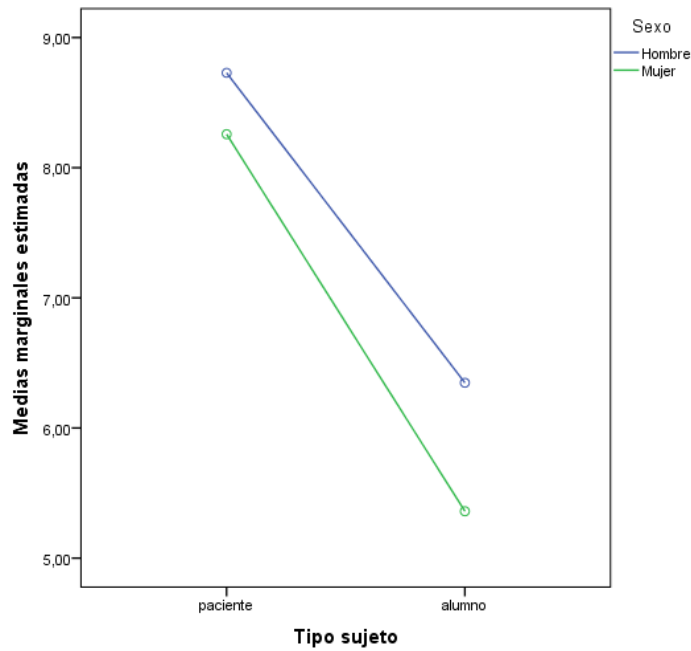
En la tabla 10 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y sexo para los síntomas externalizantes.

**Tabla 10. Estadísticos descriptivos grupo y sexo para SDQ
síntomas externalizantes**

Tipo sujeto	Sexo	Media	DT	N
paciente	Hombre	8.73	3.71	59
	Mujer	8.26	3.85	35
	Total	8.55	3.75	94
alumno	Hombre	6.35	3.36	236
	Mujer	5.36	3.25	222
	Total	5.87	3.34	458
Total	Hombre	6.82	3.56	295
	Mujer	5.75	3.47	257
	Total	6.33	3.56	552

En las puntuaciones del SDQ de síntomas externalizantes, se cumple el supuesto de igualdad de varianza: los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron igualdad ($p = .40$). El efecto por tipo de sujeto resultó estadísticamente significativo ($F(1, 548) = 44.75, p < .001$, eta parcial al cuadrado $.075$). No se encontraron efectos estadísticamente significativos de sexo ($F(1, 548) = 3.42, p = .065$, eta parcial al cuadrado $= .006$), ni del efecto de interacción sexo por tipo de sujeto ($F(1, 548) = .427, p = .51$, eta parcial al cuadrado $.001$). Ver figura 4.

Figura 4. Grupo, sexo y SDQ síntomas externalizantes



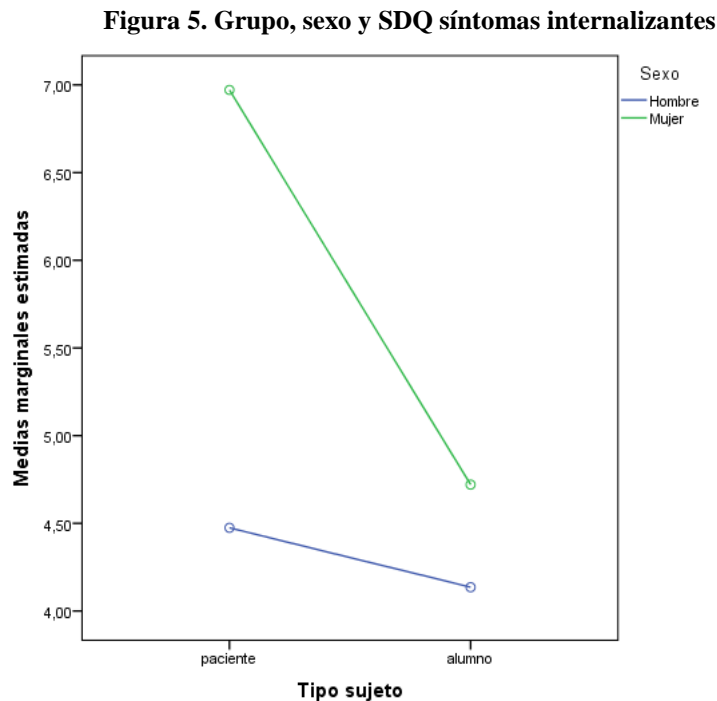
En la tabla 11 se presentan los estadísticos descriptivos del análisis de varianza por grupo y sexo para los síntomas externalizantes.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos grupo y sexo para SDQ síntomas internalizantes

Tipo sujeto	Sexo	Media	DT	N
paciente	Hombre	4.47	2.74	59
	Mujer	6.97	4.05	35
	Total	5.40	3.49	94
alumno	Hombre	4.14	3.02	236
	Mujer	4.72	3.76	222
	Total	4.42	3.41	458
Total	Hombre	4.20	2.96	295
	Mujer	5.03	3.87	257
	Total	4.59	3.44	552

En las puntuaciones del SDQ de síntomas internalizantes, no se cumple el supuesto de igualdad de varianza: los contrastes de Levene para la homogeneidad de

varianza mostraron diferencias ($p = .001$). El efecto por tipo de sujeto resultó estadísticamente significativo ($F(1, 548) = 10.81, p = .001$, eta parcial al cuadrado $.019$). El efecto de interacción de sexo también fue significativo ($F(1, 548) = 15.31, p < .001$, eta parcial al cuadrado $= .027$). El efecto de interacción sexo por tipo de sujeto resultó estadísticamente significativo ($F(1, 548) = 5.89, p < .05$, eta parcial al cuadrado $= .011$). La diferencia debida a la interacción muestra mayores diferencias en las mujeres en el grupo clínico, que puntuaron más alto, pero no en grupo de escolares. Ver figura 5.



Acontecimientos vitales estresantes, sintomatología y adaptación:

- Estadísticos descriptivos de los acontecimientos vitales estresantes:

En primer lugar se describe los resultados obtenidos sobre la frecuencia AVE. La media de AVE en los dos últimos años en el total de participantes fue 3.18, siendo

ligeramente superior en el grupo clínico ($M = 3.65$) respecto al grupo comunitario ($M = 3.08$). Para analizar si estas diferencias eran significativas se realizó la prueba t de muestras independientes. El estadístico de Levene mostró que se cumplía el supuesto de igualdad de varianzas, $t = 1.88$ (550). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al número total de AVE, $p = .003$ (unilateral).

Respecto al número total de AVE, habían tenido un evento 20.1% en el total de participantes, 10.6% en los pacientes y 22.1% en los escolares; 2 acontecimientos habían ocurrido en 19.6%, 22.3% y 19%; y tres eventos, 12.9%, 12.8% y 12.9%, total, pacientes y alumnos respectivamente. Algunos niños habían tenido 6 o más acontecimientos: 19% del total, 27.7% de los pacientes (rango 6 – 10 AVE) y 17.2% de los escolares (rango 6 – 13). El grupo de AVE fallecimiento fue el más frecuente, 54.3% del total, 57.4% de pacientes y 53.7% de alumnos había tenido un evento; seguido del AVE socioeconómico, 33.5%, 42.6% y 31.7%, respectivamente. Los datos se pueden ver en la tabla 12.

El AVE más frecuente fue el fallecimiento de un familiar (diferente a progenitores o hermanos), en torno al 58% (58% del total, 60.6 en pacientes y 57.5% en escolares), reincorporación de los progenitores al trabajo después de desempleo (33.3%, 40.4% y 31.8%), mayor ausencia de los progenitores del hogar por trabajo (32.4%, 24.5% y 34%) y separación de los progenitores (21.5%, 31.9% y 19.3%).

Se compararon todos los AVE en el grupo clínico y en el grupo comunitario para ver si existían diferencias entre ambos en la frecuencia. Los resultados mostraron diferencias significativas entre las proporciones de casos entre ambos grupos, siendo mayor la proporción en los pacientes que en los escolares, para los AVE de cambio de colegio, pérdida de empleo de los progenitores, separación de los padres y fallecimiento de padre. Los resultados se pueden ver en la tabla 13.

Tabla 12. Frecuencia y porcentajes de AVE total y por contenidos

		Total		Pacientes		Escolares	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
AVE enfermedad	0	341	61.8	55	58.5	286	62.4
	1	137	24.8	27	28.7	110	24.0
	2	50	9.1	7	7.4	43	9.4
	3	24	4.3	5	5.3	19	4.1
Media / DT		.56 / .83		.60 / .85		.55 / .83	
AVE fallecimiento	0	216	39.1	35	37.2	181	39.5
	1	300	54.3	54	57.4	246	53.7
	2	32	5.8	4	4.3	28	6.1
	3 o +	4	.7	1	1.1	3	.6
Media / DT		.68 / .62		.69 / .61		.68 / .63	
AVE familiar	0	310	56.2	40	42.6	270	59.0
	1	86	15.6	17	18.1	69	15.1
	2	67	12.1	17	18.1	50	10.9
	3	36	6.5	10	10.6	26	5.7
	4 ó +	53	9.6	10	10.6	43	9.3
Media / DT		1.07 / 1.58		1.4 / 1.67		1 / 1.56	
AVE socioeconómico	0	233	42.2	32	34.0	201	43.9
	1	185	33.5	40	42.6	145	31.7
	2	110	19.9	16	17.0	94	20.4
	3 o +	24	4.3	6	6.4	18	4
Media / DT		.87 / .90		.96 / .88		.85 / .90	
AVE total	0	65	11.8	9	9.6	56	12.2
	1	111	20.1	10	10.6	101	22.1
	2	108	19.6	21	22.3	87	19.0
	3	71	12.9	12	12.8	59	12.9
	4	50	9	9	9.6	41	9.0
	5	42	7.6	7	7.4	35	7.6
	6 ó +	105 (- 13)	19	26 (- 10)	27.7	79 (- 13)	17.2
Media / DT / Rango		3.18 / 2.67 / 0 – 13		3.65 / 2.57 / 0 – 10		3.08 / 2.68 / 0 – 13	

Tabla 13. Proporciones de AVE y diferencias entre grupos

	Total	Pacientes	Escolares	χ^2 (gl)	V de Cramer
AVE1 Cambio de colegio	17.2	27.7	15.1	8.68 (1)**	.125
AVE2 Cambio de barrio o ciudad	21.0	23.4	20.3	.79 (2)	.038
AVE3 Cambio de país	7.1	10.6	6.3	2.58 (2)	.068
AVE4 Nuevo hermano	9.4	12.8	8.7	1.68 (2)	.055
AVE5 Emancipación de hermano	7.7	7.5	7.8	.22 (2)	.020
AVE6 Muy enfermo en hospital	18.9	18.1	19.1	26 (2)	.022
AVE7 Hermano muy enfermo en hospital	16.9	18.1	16.7	.51 (2)	.031
AVE8 Padres muy enfermos en hospital	20.6	23.4	20	.73 (2)	.037
AVE9 Padres han vuelto a trabajar después de desempleo	33.3	40.4	31.8	2.78 (2)	.071
AVE10 Padres trabajan más, y están mucho tiempo fuera de casa	32.4	24.5	34.0	3.75 (2)	.083
AVE11 Padres han perdido trabajo	18.7	27.7	16.9	6.27 (2)*	.107*
AVE12 Padres se han separado	21.5	31.9	19.3	7.52 (2)*	.117*
AVE13 Padres tienen nueva pareja	14.9	18.1	14.2	1.11 (2)	.045
AVE14 Convivencia con nueva pareja de padres	8.2	8.5	8.2	.218 (2)	.020
AVE15 Fallecimiento de madre	.5	0	.7	1.04 (2)	.043
AVE16 Fallecimiento de padre	2.5	7.4	1.5	11.02 (1)**	.141**
AVE17 Fallecimiento de hermano	3.1	0	3.8	4.09 (2)	.087
AVE18 Fallecimiento de otro familiar	58.0	60.6	57.5	.32 (1)	.024
AVE19 Fallecimiento de amigo	4.4	1.1	5.0	3.39 (2)	.078
AVE20 Encarcelamiento de padres	2.9	3.2	2.8	.44 (2)	.028

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

- ***Acontecimientos vitales estresantes y sintomatología:***

Para analizar la relación entre los acontecimientos vitales estresantes y la sintomatología y la adaptación se emplearon coeficientes de correlaciones de Pearson.

Respecto a la sintomatología, en el grupo de pacientes, los AVE total se asociaron positiva y significativamente con SDQ hiperactividad ($p < .05$), síntomas depresivos del MDS ($p < .010$), síntomas externalizantes ($p < .010$) y total dificultades SDQ ($p < .010$). Mientras los AVE familiar se asociaron positivamente con SDQ hiperactividad ($p < .010$), síntomas depresivos MDS ($p < .010$), síntomas

externalizantes ($p < .010$) y total dificultades SDQ ($p < .010$). Los datos se pueden ver en las tablas 14 y 15.

Tabla 14. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson AVE y síntomas

	SDQ síntomas emocionales	SDQ problemas conducta	SDQ hiperactividad	SDQ problemas compañeros
AVE total	.185	.201	.261*	.134
AVE enfermedad	.170	.095	-.005	.020
AVE fallecimiento	-.041	.071	.038	.099
AVE familiar	.196	.150	.307**	.097
AVE socioeconómico	.034	.164	.158	.122

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tabla 15. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson AVE y síntomas

	SDQ total dificultades	SDQ externalizante	SDQ internalizante	MDS total
AVE total	.295**	.271**	.195	.288**
AVE enfermedad	.109	.048	.129	.085
AVE fallecimiento	.052	.062	.019	.117
AVE familiar	.289**	.273**	.184	.279**
AVE socioeconómico	.172	.187	.083	.148

* $p < .05$, ** $p < .01$

En el grupo de escolares, a nivel de sintomatología, como se aprecia en las tablas 16 y 17, los AVE total y los AVE de diferentes ámbitos (enfermedad, fallecimiento, familiar y socioeconómico) correlacionaron positiva y significativamente con la sintomatología: el total dificultades SDQ, las subescalas del SDQ (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros, síntomas externalizantes e internalizantes, $p < .010$) y los síntomas depresivos MDS ($p < .010$). El hecho que la mayoría de las correlaciones sean positivas puede deberse a la mayor variabilidad por el mayor número de sujetos en el grupo no clínico.

Tabla 16. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson AVE y síntomas

	SDQ síntomas emocionales	SDQ problemas conducta	SDQ hiperactividad	SDQ problemas compañeros
AVE total	.281**	.205**	.184**	.188**
AVE enfermedad	.251**	.197**	.136**	.173**
AVE fallecimiento	.157**	.137**	.120**	.148**
AVE familiar	.157**	.101*	.107*	.073
AVE socioeconómico	.226**	.161**	.156**	.171**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tabla 17. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson AVE y síntomas

	SDQ total dificultades	SDQ externalizante	SDQ internalizante	MDS total
AVE total	.309**	.225**	.292**	.335**
AVE enfermedad	.270**	.188**	.264**	.326**
AVE fallecimiento	.199**	.148**	.186**	.230**
AVE familiar	.160**	.122**	.147**	.150**
AVE socioeconómico	.256**	.185**	.245**	.277**

* $p < .05$, ** $p < .01$

- ***Acontecimientos vitales estresantes y adaptación:***

En relación a la adaptación, en el grupo de pacientes, sólo fue estadísticamente significativa la correlación entre AVE fallecimiento y menor adaptación escolar total ($p < .05$). Los datos aparecen en la tabla 18.

Tabla 18. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson AVE y adaptación

	AVE total	AVE enfermedad	AVE fallecimiento	AVE familiar	AVE socio-económico
Adaptación escolar total	.077	-.048	.219*	.004	.114
Adaptación escolar profesor	.147	.059	.178	.057	.142
Adaptación escolar colegio	.001	-.110	.186	-.060	.093
Adaptación escolar aprendizaje	.050	.003	.054	.095	-.075
Adaptación familiar total	.102	-.034	.141	.055	.130
Adaptación familiar comunicación	.123	-.029	.184	.072	.124
Adaptación familiar satisfacción	.039	-.032	.030	.012	.101

* $p < .05$, ** $p < .01$

Respecto a la adaptación, en los alumnos los AVE total se asociaron positivamente y significativamente con menor adaptación escolar (total y al colegio, $p < .010$) y menor adaptación familiar (total, comunicación y satisfacción, $p < .010$). Los AVE de enfermedad se asociaron positiva y significativamente con menor nivel de adaptación escolar (total y al colegio, $p < .010$; y al profesor, $p < .05$) y menor adaptación familiar (total y comunicación, $p < .05$). Los AVE de fallecimiento se asociaron positiva y significativamente con menor nivel de adaptación escolar (total, al profesor y al colegio, $p < .010$). Los AVE familiar se asociaron positiva y significativamente con menor adaptación familiar (total, comunicación y satisfacción, $p < .010$). Los AVE socioeconómicos se asociaron positiva y significativamente con menor nivel de adaptación escolar (total, $p < .05$, y al colegio, $p < .010$) y menor adaptación familiar (total, comunicación y satisfacción, $p < .010$). Los datos se pueden ver en la tabla 19.

Tabla 19. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson AVE y adaptación

	AVE total	AVE enfermedad	AVE fallecimiento	AVE familiar	AVE socio-económico
Adaptación escolar total	.137**	.173**	.151**	.019	.110*
Adaptación escolar profesor	.029	.093*	.100*	-.038	-.005
Adaptación escolar colegio	.138**	.146**	.130**	.031	.133**
Adaptación escolar aprendizaje	.081	.091	.030	.057	.037
Adaptación familiar total	.215**	.106*	.042	.173**	.216**
Adaptación familiar comunicación	.190**	.112*	.029	.164**	.159**
Adaptación familiar satisfacción	.201**	.067	.054	.142**	.255**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Se analizaron las posibles diferencias entre el grupo clínico y el grupo comunitario en los coeficientes de correlación. Respecto a la relación AVE y sintomatología sólo se hallaron diferencias entre grupos de participantes en AVE familiar – SDQ hiperactividad ($z = 1.83$, $p = .034$), mayor en pacientes.

Estresores cotidianos, sintomatología y adaptación:

- Estadísticos descriptivos de los estresores cotidianos:

Los participantes del estudio tuvieron una media de 11.05 (DT = 4.75, rango 0 – 24) estresores cotidianos, 6.28 (DT = 4.39, rango 0 – 23) estresores vividos con malestar, y la intensidad del malestar tuvo un promedio de 21.98 (DT = 18.08, rango 0 – 87). Los datos del grupo clínico fueron 11.52 (DT = 4.47, rango 1 – 24), 6.88 (DT = 4.43, 0 – 21) y 24.25 (DT = 16.40, 0 – 76); y en el grupo comunitario, 10.95 (DT = 4.80, 0 – 23), 6.16 (DT = 4.38, 0 – 23) y 21.51 (DT = 15.99, 0 – 87), respectivamente.

Para analizar si estas diferencias eran significativas se realizó la prueba t de muestras independientes. El estadístico de Levene mostró que se cumple el supuesto de igualdad de varianzas, $t = 1.05$ (550) en CHS total, 1.46 (550) en CHS total malestar, y 1.50 (550) para CHS intensidad total del malestar. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a las tres puntuaciones totales.

Del mismo modo que para los AVE, se compararon las proporciones de casos en los dos grupos de participantes para los estresores cotidianos. Los análisis mostraron diferencias significativas en: “has tenido que recoger tu habitación”, mayor proporción de “sentirse regular” en pacientes y mayor proporción de “sentirse normal” en alumnos; “te han castigado cuando más hecho algo mal”, mayor proporción de “no” en los alumnos, y mayor porcentaje de “sí, mal” en los pacientes; y en “tus deberes eran demasiado difíciles”, mayor porcentaje de “no” en alumnos y mayor porcentaje de “sí, normal” en pacientes. Ver tabla 20 con porcentajes con diferencias significativas.

Tabla 20. Porcentajes de estresores cotidianos con diferencias significativas entre grupos

		Total	Pacientes	Escolares	χ^2 (gl)	V de Cramer
CHS2 Has tenido que recoger tu habitación	Sí, normal	70.5%	54.8%	73.7%	14.29 (3)**	.161
	Sí, regular	10.7%	18.3%	9.2%		
CHS4 Te han castigado cuando has hecho algo mal	No	29.4%	17.0%	32.0%	11.62 (4)*	.147
	Sí, normal	20.3%	22.3%	19.8%		
CHS12 Tus deberes eran demasiado difíciles	Sí, mal	23.6%	34.0%	21.4%	17.33 (3)***	.177
	No	58.5%	39.4%	62.4%		
	Sí, normal	24.8%	37.2%	22.3%		

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

- ***Estresores cotidianos y sintomatología:***

Para analizar la relación entre los estresores cotidianos y la sintomatología se empleó la correlación de Pearson.

- *Frecuencia total de estresores cotidianos, frecuencia total de malestar y total de intensidad del malestar:*

Respecto a la sintomatología, en el grupo de pacientes, la frecuencia total de estresores cotidianos se asoció positiva y significativamente con total dificultades SDQ ($r = .499, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .384, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .377, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .239, p < .05$), SDQ problemas compañeros ($r = .361, p < .01$), síntomas depresivos MDS ($r = .391, p < .01$). Por su parte, la frecuencia de estresores cotidianos vividos con malestar correlacionó con total dificultades SDQ ($r = .493, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .390, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .376, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .220, p < .05$), SDQ problemas compañeros ($r = .358, p < .01$), síntomas depresivos MDS ($r = .432, p < .01$).

La intensidad total del malestar de los estresores cotidianos se asoció positiva y significativamente con total dificultades SDQ ($r = .507, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .382, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .404, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .232, p < .05$), SDQ problemas compañeros ($r = .368, p < .01$), síntomas depresivos MDS ($r = .446, p < .01$).

Al tener en cuenta los síntomas externalizantes e internalizantes, la frecuencia total de estresores cotidianos se relacionó con ambos ($r = .352, p < .01$; $r = .443, p < .01$), al igual que la frecuencia total de estresores vividos con malestar ($r = .340, p < .01$; $r = .446, p < .01$) y la intensidad total del malestar ($r = .362, p < .01$; $r = .445, p < .01$, respectivamente). Las correlaciones aparecen en la tabla 21.

**Tabla 21. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson
estresores cotidianos y síntomas**

	CHS Total	CHS Total Malestar	CHS Total intensidad malestar
SDQ total dificultades	.499**	.493**	.507**
SDQ externalizante	.352**	.340**	.362**
SDQ internalizante	.443**	.446**	.445**
SDQ síntomas emocionales	.384**	.390**	.382**
SDQ problemas conducta	.377**	.376**	.404**
SDQ hiperactividad	.239*	.220*	.232*
SDQ problemas compañeros	.361**	.358**	.368**
MDS total	.391**	.432**	.446**

* $p < .05$, ** $p < .01$

De manera similar al grupo de pacientes ocurrió en los escolares, la frecuencia total de estresores cotidianos se relacionó positiva y significativamente con total dificultades SDQ ($r = .519, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .451, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .373, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .338, p < .05$), SDQ problemas compañeros ($r = .283, p < .01$), síntomas depresivos MDS ($r = .629, p < .01$). La frecuencia de estresores cotidianos vividos con malestar correlacionó con total dificultades SDQ ($r = .521, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .461, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .350, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .349, p < .05$), SDQ problemas compañeros ($r = .280, p < .01$), síntomas depresivos MDS ($r = .618, p < .01$). La intensidad total del malestar de los estresores cotidianos se asoció positiva y significativamente con total dificultades SDQ ($r = .532, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .469, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .356, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .360, p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .287, p < .01$), síntomas depresivos MDS ($r = .618, p < .01$).

También la frecuencia total de estresores cotidianos se relacionó con los síntomas externalizantes ($r = .412, p < .01$) e internalizantes ($r = .459, p < .01$), al igual

que la frecuencia total de estresores vividos con malestar ($r = .408, p < .01$; $r = .465, p < .01$) y la intensidad total del malestar ($r = .418, p < .01$; $r = .474, p < .01$, respectivamente). Las correlaciones aparecen en la tabla 22.

Tabla 22. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson estresores cotidianos y síntomas

	CHS Total	CHS Total Malestar	CHS Total intensidad malestar
SDQ total dificultades	.519**	.521**	.532**
SDQ externalizante	.412**	.408**	.418**
SDQ internalizante	.459**	.465**	.474**
SDQ síntomas emocionales	.451**	.461**	.469**
SDQ problemas conducta	.373**	.350**	.356**
SDQ hiperactividad	.338**	.349**	.360**
SDQ problemas compañeros	.283**	.280**	.287**
MDS total	.629**	.618**	.618**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Se analizaron si existían diferencias significativas entre el grupo clínico y el grupo comunitario en los coeficientes de correlación. Respecto a la relación estresores cotidianos y sintomatología sólo se hallaron diferencias entre grupos de participantes en los síntomas depresivos MDS: CHS total ($z = -2.85, p = .0022$), CHS total estresores vividos con malestar ($z = -2.26, p = .0119$) y CHS intensidad total de malestar ($z = -2.11, p = .0174$), mayor en los pacientes.

- *Frecuencia de diferentes tipos de estresores cotidianos:*

En el grupo clínico, la frecuencia de estresores de comparación de iguales se asoció con total dificultades SDQ ($r = .36, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .34, p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .37, p < .01$) y síntomas depresivos MDS ($r = .26, p < .05$), pero no con SDQ problemas de conducta ni SDQ hiperactividad. La frecuencia de estresores de colegio correlacionó con total dificultades SDQ ($r = .42, p <$

.01), SDQ problemas de conducta ($r = .48, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .26, p < .05$), SDQ problemas compañeros ($r = .24, p < .05$) y síntomas depresivos MDS ($r = .25, p < .05$), y no con SDQ síntomas emocionales. La frecuencia de estresores de familia correlacionó con total dificultades SDQ ($r = .37, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .27, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .33, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .21, p < .05$), SDQ problemas compañeros ($r = .22, p < .05$), síntomas depresivos MDS ($r = .30, p < .01$). La frecuencia de estresores de padres se relacionó con total dificultades SDQ ($r = .30, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .32, p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .22, p < .05$), síntomas depresivos MDS ($r = .34, p < .01$), pero no con SDQ problemas de conducta y SDQ hiperactividad.

Los síntomas externalizantes se asociaron con frecuencia de estresores del colegio ($r = .419, p < .01$) y familia ($r = .308, p < .01$) y padres ($r = .346, p < .01$). Mientras, los síntomas internalizantes se relacionaron frecuencia de estresores en los cuatro ámbitos: comparación de iguales ($r = .416, p < .01$), del colegio ($r = .238, p < .05$), familia ($r = .285, p < .01$) y padres ($r = .329, p < .01$).

Las correlaciones aparecen en la tabla 23.

Tabla 23. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos y síntomas

	CHS iguales	CHS colegio	CHS familia	CHS padres
SDQ total dificultades	.360**	.418**	.374**	.304**
SDQ externalizante	.164	.419**	.308**	.159
SDQ internalizante	.416**	.238*	.285**	.329**
SDQ síntomas emocionales	.340**	.175	.267**	.322**
SDQ problemas conducta	.190	.476**	.332**	.123
SDQ hiperactividad	.098	.260*	.206*	.153
SDQ problemas compañeros	.368**	.240	.203	.216
MDS total	.260	.256	.298*	.345*

* $p < .05$, ** $p < .01$

En el grupo comunitario, la frecuencia de estresores de comparación de iguales se relacionó con total dificultades SDQ ($r = .45, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .40, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .28, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .19, p < .05$), SDQ problemas compañeros ($r = .40, p < .01$) y síntomas depresivos MDS ($r = .48, p < .01$). La frecuencia de estresores de colegio correlacionó con total dificultades SDQ ($r = .43, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .32, p < .01$), SDQ SDQ hiperactividad ($r = .34, p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .18, p < .05$) y síntomas depresivos MDS ($r = .45, p < .01$), y no con SDQ problemas de conducta. La frecuencia de estresores de familia correlacionó con total dificultades SDQ ($r = .30, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .28, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .22, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .24, p < .01$) y síntomas depresivos MDS ($r = .44, p < .01$), y no con SDQ problemas compañeros. La frecuencia de estresores de padres se asoció con total dificultades SDQ ($r = .38, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .35, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .28, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .25, p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .18, p < .01$) y síntomas depresivos MDS ($r = .53, p < .01$).

Los síntomas externalizantes e internalizante se relacionaron con frecuencia de estresores en los cuatro ámbitos. En los externalizantes: comparación de iguales ($r = .264, p < .01$), del colegio ($r = .410, p < .05$), familia ($r = .268, p < .01$) y padres ($r = .301, p < .01$). En los internalizantes: comparación de iguales ($r = .482, p < .01$), del colegio ($r = .312, p < .05$), familia ($r = .235, p < .01$) y padres ($r = .338, p < .01$).

Las correlaciones aparecen en la tabla 24.

Tabla 24. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos y síntomas

	CHS iguales	CHS colegio	CHS familia	CHS padres
SDQ total dificultades	.446	.429	.300*	.381*
SDQ externalizante	.264**	.410**	.268**	.301*
SDQ internalizante	.482**	.312**	.235**	.338**
SDQ síntomas emocionales	.399	.316**	.281**	.354**
SDQ problemas conducta	.283**	.361**	.216**	.275**
SDQ hiperactividad	.185**	.344**	.239**	.245**
SDQ problemas compañeros	.397**	.180**	.076	.179**
MDS total	.484**	.450**	.442**	.526**

* $p < .05$, ** $p < .01$

La comparación de los coeficientes de correlación de los pacientes y los escolares, reveló diferencias significativas en los síntomas depresivos MDS y la frecuencia de estresores cotidianos de iguales ($z = -2.24$, $p = .0125$), colegio ($z = -2$, $p = .0228$) y padres ($z = -2.06$, $p = .0197$), siendo mayor la correlación en el grupo comunitario.

- *Frecuencia de diferentes tipos de estresores cotidianos vividos con malestar:*

Respecto a la frecuencia de estresores vividos con malestar, en los pacientes los estresores de comparación de iguales se asociaron con total dificultades SDQ ($r = .349$, $p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .357$, $p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .425$, $p < .01$) y síntomas depresivos MDS ($r = .322$, $p < .01$), y no se asociaron con SDQ problemas de conducta y SDQ hiperactividad. Los estresores de colegio correlacionaron con total dificultades SDQ ($r = .387$, $p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .293$, $p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .299$, $p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .265$, $p < .01$) y síntomas depresivos MDS ($r = .288$, $p < .01$), pero no con SDQ hiperactividad. Los estresores de familia se asociaron con total dificultades SDQ ($r = .455$, $p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .250$, $p < .05$),

SDQ problemas de conducta ($r = .491, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .309, p < .01$) y síntomas depresivos MDS ($r = .363, p < .01$) y no con SDQ problemas compañeros. Los estresores de padres se relacionaron con total dificultades SDQ ($r = .294, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .287, p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .215, p < .05$) y síntomas depresivos MDS ($r = .334, p < .01$), y no se asociaron con SDQ problemas de conducta y SDQ hiperactividad. Al analizar los síntomas externalizantes e internalizantes, los primeros se relacionaron positiva y significativamente con frecuencia de malestar de estresor de colegio ($r = .282, p < .01$) y de familia ($r = .458, p < .01$), mientras que los segundos se asociaron con malestar de estresor de comparación de iguales ($r = .455, p < .01$), del colegio ($r = .333, p < .01$), familia ($r = .256, p < .01$) y padres ($r = .305, p < .01$). Las correlaciones aparecen en la tabla 25.

Tabla 25. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos con malestar y síntomas

	CHS iguales malestar	CHS colegio malestar	CHS familia malestar	CHS padres malestar
SDQ total dificultades	.349**	.387**	.455**	.294**
SDQ externalizante	.111	.282**	.458**	.166
SDQ internalizante	.455**	.333**	.256*	.305**
SDQ síntomas emocionales	.357*	.293**	.250*	.287**
SDQ problemas conducta	.197	.299**	.491**	.136
SDQ hiperactividad	.008	.194	.309**	.149
SDQ problemas compañeros	.425**	.265**	.169	.215*
MDS total	.322**	.288**	.363**	.334**

* $p < .05$, ** $p < .01$

En relación a los escolares, la frecuencia de estresores vividos con malestar en comparación de iguales se asoció con total dificultades SDQ ($r = .443, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .407, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .270, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .175, p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .403, p <$

.01) y síntomas depresivos MDS ($r = .465, p < .01$). Los estresores de colegio correlacionaron con total dificultades SDQ ($r = .377, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .300, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .292, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .309, p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .140, p < .01$) y síntomas depresivos MDS ($r = .424, p < .01$). Los estresores de familia se asociaron con total dificultades SDQ ($r = .341, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .308, p < .05$), SDQ problemas de conducta ($r = .227, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .276, p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .116, p < .05$) y síntomas depresivos MDS ($r = .447, p < .01$). Los estresores de padres se relacionaron con total dificultades SDQ ($r = .401, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .368, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .276, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .285, p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .171, p < .01$) y síntomas depresivos MDS ($r = .529, p < .01$). En los escolares, los síntomas externalizantes se asociaron con frecuencia de malestar estresor de comparación de iguales ($r = .250, p < .01$), del colegio ($r = .352, p < .01$), familia ($r = .298, p < .01$) y padres ($r = .328, p < .01$). Del mismo modo ocurrió con los síntomas internalizantes: comparación de iguales ($r = .491, p < .01$), del colegio ($r = .281, p < .01$), familia ($r = .274, p < .01$) y padres ($r = .344, p < .01$). Las correlaciones aparecen en la tabla 26.

La comparación de los coeficientes de correlación de los dos grupos de participantes mostró diferencias significativas en la frecuencia de los estresores vividos con malestar en: SDQ problemas de conducta – CHS malestar familia ($z = 2.63, p = .0043$), con mayor correlación en los pacientes; y MDS total – CHS malestar padres ($z = -2.17, p = .0158$), con mayor correlación en los alumnos.

Tabla 26. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos con malestar y síntomas.

	CHS iguales malestar	CHS colegio malestar	CHS familia malestar	CHS padres malestar
SDQ total dificultades	.443**	.377**	.341**	.401**
SDQ externalizante	.250**	.352**	.298**	.328**
SDQ internalizante	.491**	.281**	.274**	.344**
SDQ síntomas emocionales	.407**	.300**	.308**	.368**
SDQ problemas conducta	.270**	.290**	.227**	.276*
SDQ hiperactividad	.175**	.309**	.276**	.285**
SDQ problemas compañeros	.403**	.140**	.116*	.171**
MDS total	.465**	.424**	.447**	.529**

* $p < .05$, ** $p < .01$

- *Valoración de la intensidad del malestar de los estresores cotidianos:*

Se analizaron las relaciones entre la valoración de la intensidad del malestar en los distintos ámbitos de estresores cotidianos (iguales, colegio, familia y padres).

En los pacientes, respecto a los diferentes contenidos, la intensidad del malestar de estresores de comparación de iguales se relacionó con total dificultades SDQ ($r = .366$, $p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .362$, $p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .220$, $p < .05$), SDQ problemas compañeros ($r = .444$, $p < .01$), síntomas depresivos MDS ($r = .349$, $p < .01$), y no con SDQ hiperactividad. Los del área del colegio se asociaron con total dificultades SDQ ($r = .404$, $p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .266$, $p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .341$, $p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .220$, $p < .05$), SDQ problemas compañeros ($r = .274$, $p < .01$), síntomas depresivos MDS ($r = .291$, $p < .01$). El malestar por los estresores de familia se asoció con total dificultades SDQ ($r = .479$, $p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .252$, $p < .05$), SDQ problemas de conducta ($r = .524$, $p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .329$, $p < .01$), síntomas depresivos MDS ($r = .391$, $p < .01$), y no con SDQ problemas compañeros. En el ámbito de los padres, los estresores se relacionaron con SDQ ($r =$

.296, $p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .289$, $p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .224$, $p < .05$), síntomas depresivos MDS ($r = .332$, $p < .01$), pero no con SDQ problemas de conducta y SDQ hiperactividad.

Los síntomas externalizantes se asociaron con valoración de la intensidad del malestar en las áreas del colegio ($r = .321$, $p < .01$) y familia ($r = .488$, $p < .01$). Por su parte, los síntomas internalizantes se relacionaron con valoración de la intensidad del malestar en los contenidos de comparación de iguales ($r = .467$, $p < .01$), del colegio ($r = .319$, $p < .01$), familia ($r = .264$, $p < .01$) y padres ($r = .310$, $p < .01$). Las correlaciones aparecen en la tabla 27.

Tabla 27. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos e intensidad de malestar y síntomas

	CHS iguales intensidad malestar	CHS colegio intensidad malestar	CHS familia intensidad malestar	CHS padres intensidad malestar
SDQ total dificultades	.366**	.404**	.479**	.296**
SDQ externalizante	.126	.321**	.488**	.164
SDQ internalizante	.467**	.319**	.264*	.310**
SDQ síntomas emocionales	.362**	.266**	.252*	.289**
SDQ problemas conducta	.220*	.341**	.524**	.136
SDQ hiperactividad	.012	.220*	.329**	.146
SDQ problemas compañeros	.444**	.274**	.181	.224*
MDS total	.446**	.291**	.391**	.332**

* $p < .05$, ** $p < .01$

En los estudiantes, la intensidad del malestar de estresores de comparación de iguales se relacionó con total dificultades SDQ ($r = .456$, $p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .414$, $p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .277$, $p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .184$, $p < .05$), SDQ problemas compañeros ($r = .417$, $p < .01$), síntomas depresivos MDS ($r = .469$, $p < .01$). El malestar por los estresores de colegio

se asoció con total dificultades SDQ ($r = .391, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .314, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .303, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .320, p < .01$), DQ problemas compañeros ($r = .143, p < .01$), síntomas depresivos MDS ($r = .433, p < .01$). Los del área de familia se asociaron con total dificultades SDQ ($r = .355, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .318, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .232, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .288, p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .129, p < .01$), síntomas depresivos MDS ($r = .459, p < .01$). En el ámbito de los padres se relacionó con SDQ ($r = .420, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = .384, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = .293, p < .01$), SDQ hiperactividad ($r = .299, p < .01$), SDQ problemas compañeros ($r = .176, p < .01$), síntomas depresivos MDS ($r = .535, p < .01$), pero no con SDQ problemas de conducta y SDQ hiperactividad.

Los síntomas externalizantes se asociaron con valoración de la intensidad del malestar en las cuatro áreas: comparación de iguales ($r = .260, p < .01$), del colegio ($r = .365, p < .01$), familia ($r = .309, p < .01$) y padres ($r = .346, p < .01$). Mientras, los síntomas internalizantes se relacionaron con valoración de la intensidad del malestar en los contenidos de comparación de iguales ($r = .503, p < .01$), del colegio ($r = .292, p < .01$), familia ($r = .288, p < .01$) y padres ($r = .358, p < .01$). Las correlaciones aparecen en la tabla 28.

Tabla 28. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos e intensidad de malestar y síntomas

	CHS iguales intensidad malestar	CHS colegio intensidad malestar	CHS familia intensidad malestar	CHS padres intensidad malestar
SDQ total dificultades	.456**	.391**	.355**	.420**
SDQ externalizante	.260**	.365**	.309**	.346**
SDQ internalizante	.503**	.292**	.288**	.358**
SDQ síntomas emocionales	.414**	.314**	.318**	.384**
SDQ problemas conducta	.277**	.303**	.232**	.293**
SDQ hiperactividad	.184**	.320**	.288**	.299**
SDQ problemas compañeros	.417**	.143**	.129**	.176**
MDS total	.469**	.433**	.459**	.535**

* $p < .05$, ** $p < .01$

- ***Estresores cotidianos y adaptación:***

- *Frecuencia total de estresores cotidianos y frecuencia total de malestar:*

Para analizar la relación entre los estresores cotidianos y la adaptación se empleó la correlación de Pearson. En el grupo de pacientes la frecuencia de estresores cotidianos correlacionó con menores niveles de adaptación escolar total ($r = .438$, $p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .335$, $p < .01$), adaptación escolar colegio ($r = .401$, $p < .01$), adaptación familiar total ($r = .276$, $p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .259$, $p < .05$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .219$, $p < .05$). Por su parte, la frecuencia de estresores cotidianos vividos con malestar se relacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .414$, $p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .281$, $p < .01$), adaptación escolar colegio ($r = .437$, $p < .01$). La intensidad total del malestar de los estresores cotidianos asoció con adaptación escolar total ($r = .433$, $p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .308$, $p < .01$) y adaptación escolar colegio ($r = .451$, $p < .01$). Las correlaciones se pueden ver la tabla 29.

**Tabla 29. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson
estresores cotidianos y adaptación**

	CHS Total	CHS Total Malestar	CHS Total intensidad malestar
Adaptación escolar total	.438**	.414**	.433**
Adaptación escolar profesor	.335**	.281**	.308**
Adaptación escolar colegio	.401**	.437**	.451**
Adaptación escolar aprendizaje	.051	-.070	-.084
Adaptación familiar total	.276**	.134	.131
Adaptación familiar comunicación	.259*	.100	.099
Adaptación familiar satisfacción	.219*	.147	.141

* $p < .05$, ** $p < .01$

En el grupo de escolares, la frecuencia de estresores cotidianos correlacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .297, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .222, p < .01$), adaptación escolar colegio ($r = .231, p < .01$), adaptación escolar aprendizaje ($r = .098, p < .05$), adaptación familiar total ($r = .365, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .341, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .309, p < .01$). Por su parte, la frecuencia de estresores cotidianos vividos con malestar correlacionó con menor nivel adaptación escolar total ($r = .281, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .169, p < .01$), adaptación escolar colegio ($r = .250, p < .01$), adaptación familiar total ($r = .358, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .333, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .307, p < .01$). Y la intensidad total del malestar de los estresores cotidianos correlacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .267, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .159, p < .01$), adaptación escolar colegio ($r = .240, p < .01$), adaptación familiar total ($r = .348, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .321, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .303, p < .01$). Las correlaciones aparecen en la tabla 30.

**Tabla 30. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson
estresores cotidianos y adaptación**

	CHS Total	CHS Total Malestar	CHS Total intensidad malestar
Adaptación escolar total	.297**	.281**	.267**
Adaptación escolar profesor	.222**	.169**	.159**
Adaptación escolar colegio	.231**	.250**	.240**
Adaptación escolar aprendizaje	.098*	.057	.050
Adaptación familiar total	.365**	.358**	.348**
Adaptación familiar comunicación	.341**	.333**	.321**
Adaptación familiar satisfacción	.309**	.307**	.303**

* $p < .05$, ** $p < .01$

La comparación de los coeficientes de correlación de los grupos clínico y comunitario mostraron diferencias significativas en la adaptación escolar colegio y las tres medidas de estresores totales: CHS total ($z = 1.65$, $p = .0495$), CHS total malestar ($z = 1.86$, $p = .0314$) y CHS total intensidad malestar ($z = 2.1$, $p = .0179$); así como en adaptación escolar total – CHS total intensidad malestar ($z = 1.65$, $p = .0495$), en todos la correlación fue más fuerte para los pacientes.

- *Frecuencia de diferentes tipos de estresores cotidianos:*

Respecto a la frecuencia de estresores, en el grupo clínico, los estresores de comparación de iguales correlacionaron con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .386$, $p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .291$, $p < .01$), adaptación escolar colegio ($r = .371$, $p < .01$), adaptación familiar total ($r = .266$, $p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .239$, $p < .05$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .227$, $p < .05$), pero no con adaptación escolar aprendizaje. La frecuencia de estresores de colegio se relacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .386$, $p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .322$, $p < .01$), adaptación escolar colegio ($r = .316$, $p < .01$), pero no se asoció con adaptación escolar aprendizaje y adaptación familiar (total,

comunicación o satisfacción). La frecuencia de estresores de familia correlacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .348, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .256, p < .05$), adaptación escolar colegio ($r = .297, p < .01$), y no se asoció con adaptación escolar aprendizaje y adaptación familiar (total, comunicación o satisfacción). La frecuencia de estresores del área de padres sólo correlacionó con menor nivel de adaptación familiar total ($r = .248, p < .05$) y adaptación familiar comunicación ($r = .247, p < .05$). Las correlaciones aparecen en la tabla 31.

Tabla 31. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos y adaptación

	CHS iguales	CHS colegio	CHS familia	CHS padres
Adaptación escolar total	.386**	.386**	.348**	.160
Adaptación escolar profesor	.291**	.322**	.256*	.117
Adaptación escolar colegio	.371**	.316**	.297**	.170
Adaptación escolar aprendizaje	-.005	.112	.142	-.051
Adaptación familiar total	.266**	.191	.094	.248*
Adaptación familiar comunicación	.239*	.163	.123	.247*
Adaptación familiar satisfacción	.227*	.177	.021	.174

* $p < .05$, ** $p < .01$

En los alumnos, la frecuencia de estresores de comparación de iguales correlacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .308, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .240, p < .01$), adaptación escolar colegio ($r = .233, p < .01$), adaptación escolar aprendizaje ($r = .109, p < .05$), adaptación familiar total ($r = .279, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .253, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .249, p < .01$). La frecuencia de estresores de colegio se asoció con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .221, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .164, p < .01$), adaptación escolar colegio ($r = .173, p < .01$), adaptación familiar total ($r = .272, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .268, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .206, p < .01$). La frecuencia de estresores de

familia correlacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .184, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .146, p < .01$), adaptación escolar colegio ($r = .141, p < .01$), adaptación familiar total ($r = .236, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .223, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .198, p < .01$). La frecuencia de estresores de padres se relacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .171, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .122, p < .05$), adaptación escolar colegio ($r = .132, p < .01$), adaptación familiar total ($r = .327, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .298, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .289, p < .01$), y no se asoció con adaptación escolar aprendizaje. Las correlaciones aparecen en la tabla 32.

Tabla 32. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos y adaptación

	CHS iguales	CHS colegio	CHS familia	CHS padres
Adaptación escolar total	.308**	.221**	.184**	.171**
Adaptación escolar profesor	.240**	.164**	.146**	.122**
Adaptación escolar colegio	.233**	.173**	.141**	.132**
Adaptación escolar aprendizaje	.109*	.075	.051	.072
Adaptación familiar total	.279**	.272**	.236**	.327**
Adaptación familiar comunicación	.253**	.268**	.223**	.298**
Adaptación familiar satisfacción	.249**	.206**	.198**	.174

* $p < .05$, ** $p < .01$

No se obtuvieron diferencias significativas entre los coeficientes de correlación de los grupos de participantes y la frecuencia de estresores específicos y la adaptación escolar y familiar.

- *Frecuencia de diferentes tipos de estresores cotidianos vividos con malestar*

En relación a la frecuencia de estresores vividos con malestar, en el grupo clínico, los estresores de comparación de iguales correlacionaron con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .438, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .273, p <$

.01), y adaptación escolar colegio ($r = .501, p < .01$), y no se asoció con adaptación escolar aprendizaje y adaptación familiar (total, comunicación o satisfacción). Lo mismo ocurrió con los estresores de colegio, que sólo se relacionaron con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .334, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .318, p < .01$) y adaptación escolar colegio ($r = .290, p < .01$). La frecuencia de estresores de familia correlacionó únicamente con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .315, p < .01$) y adaptación escolar colegio ($r = .319, p < .01$). La frecuencia de estresores de padres vividos con malestar no correlacionó con adaptación escolar ni familiar. Las correlaciones aparecen en la tabla 33.

**Tabla 33. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson
tipos de estresores cotidianos con malestar y adaptación**

	CHS iguales malestar	CHS colegio malestar	CHS familia malestar	CHS padres malestar
Adaptación escolar total	.438**	.334**	.315**	.162
Adaptación escolar profesor	.273**	.318**	.180	.099
Adaptación escolar colegio	.501**	.290**	.319**	.186
Adaptación escolar aprendizaje	-.152	-.046	.070	-.053
Adaptación familiar total	.127	.120	.015	.157
Adaptación familiar comunicación	.080	.094	-.008	.177
Adaptación familiar satisfacción	.161	.124	.048	.079

* $p < .05$, ** $p < .01$

En el grupo comunitario, la frecuencia de estresores vividos con malestar de comparación de iguales correlacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .276, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .182, p < .01$), adaptación escolar colegio ($r = .230, p < .01$), adaptación familiar total ($r = .240, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .211, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .226, p < .01$). La frecuencia de estresores de colegio valorados con malestar se asoció con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .192, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .105, p <$

.01), adaptación escolar colegio ($r = .185, p < .01$), adaptación familiar total ($r = .239, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .241, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .173, p < .01$). La frecuencia de estresores de familia vividos con malestar se relacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .198, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .112, p < .01$), adaptación escolar colegio ($r = .180, p < .01$), adaptación familiar total ($r = .283, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .264, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .240, p < .01$). La frecuencia de estresores de padres valorados con malestar correlacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .175, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .111, p < .05$), adaptación escolar colegio ($r = .148, p < .01$), adaptación familiar total ($r = .327, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .298, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .291, p < .01$). La adaptación escolar aprendizaje fue la única variable que no se asoció con estresores valorados con malestar en los diferentes ámbitos. Las correlaciones aparecen en la tabla 34.

Tabla 34. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson tipos de estresores cotidianos con malestar y adaptación

	CHS iguales malestar	CHS colegio malestar	CHS familia malestar	CHS padres malestar
Adaptación escolar total	.276**	.192**	.198**	.175**
Adaptación escolar profesor	.182**	.105*	.112*	.111*
Adaptación escolar colegio	.230**	.185**	.180**	.148**
Adaptación escolar aprendizaje	.080	.004	.041	.052
Adaptación familiar total	.240**	.239**	.283**	.327**
Adaptación familiar comunicación	.211**	.241**	.264**	.298**
Adaptación familiar satisfacción	.226**	.173**	.240**	.291**

* $p < .05$, ** $p < .01$

El análisis de comparación de los coeficientes de correlación reveló diferencias en la frecuencia de estresores vividos con malestar en: adaptación escolar colegio –

CHS malestar de iguales ($z = 2.76, p = .0029$) y adaptación escolar profesor – CHS malestar de colegio ($z = 1.95, p = .0256$), en ambos tuvo más fuerza en la correlación en los pacientes.

- *Valoración de la intensidad del malestar de los estresores cotidianos:*

Se analizaron las relaciones entre la intensidad total del malestar de los estresores cotidianos, y la intensidad del malestar en los distintos ámbitos de estresores cotidianos (iguales, colegio, familia y padres).

En los pacientes, en relación a los diferentes estresores cotidianos, la intensidad del malestar de estresores de comparación de iguales correlacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .459, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .294, p < .01$) y adaptación escolar colegio ($r = .519, p < .01$), pero no se asoció con adaptación escolar aprendizaje, adaptación familiar total, adaptación familiar comunicación y adaptación familiar satisfacción. La intensidad del malestar de estresores del colegio también correlacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .370, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .338, p < .01$) y adaptación escolar colegio ($r = .327, p < .01$), al igual que la intensidad del malestar familiar que se asoció con menor nivel adaptación escolar total ($r = .334, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .223, p < .05$) y adaptación escolar colegio ($r = .321, p < .01$). Pero la intensidad del malestar de estresores del colegio y familia no se relacionó con la adaptación escolar aprendizaje ni con adaptación familiar (total, comunicación o satisfacción). La intensidad del malestar de estresores de padres no correlacionó con adaptación escolar ni adaptación familiar. Las correlaciones se muestran en la tabla 35.

**Tabla 35. Grupo clínico. Correlaciones de Pearson
tipos de estresores cotidianos e intensidad de malestar y adaptación**

	CHS iguales intensidad malestar	CHS colegio intensidad malestar	CHS familia intensidad malestar	CHS padres intensidad malestar
Adaptación escolar total	.459**	.370**	.334**	.163
Adaptación escolar profesor	.294**	.338**	.223*	.108
Adaptación escolar colegio	.519**	.327**	.321**	.190
Adaptación escolar aprendizaje	-.158	-.041	.060	-.083
Adaptación familiar total	.128	.125	.020	.137
Adaptación familiar comunicación	.084	.106	-.004	.157
Adaptación familiar satisfacción	.156	.117	.051	.065

* $p < .05$, ** $p < .01$

En los alumnos, respecto a los diferentes estresores cotidianos, se observaron las mismas correlaciones significativas con el nivel de adaptación escolar y familiar. La intensidad del malestar de estresores de comparación de iguales correlacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .264, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .170, p < .01$), adaptación escolar colegio ($r = .224, p < .01$), adaptación familiar total ($r = .237, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .205, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .228, p < .01$). La intensidad del malestar de estresores de colegio se asoció con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .190, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .102, p < .05$), adaptación escolar colegio ($r = .184, p < .01$), adaptación familiar total ($r = .240, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .242, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .176, p < .01$). La intensidad del malestar de estresores de familia se relacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .194, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .114, p < .05$), adaptación escolar colegio ($r = .176, p < .01$), adaptación familiar total ($r = .276, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .254, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .239, p < .01$). La intensidad del malestar de estresores de comparación de padres

correlacionó con menor nivel de adaptación escolar total ($r = .161, p < .01$), adaptación escolar profesor ($r = .104, p < .05$), adaptación escolar colegio ($r = .137, p < .01$), adaptación familiar total ($r = .325, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = .295, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = .290, p < .01$). Ni la intensidad del malestar total ni en las áreas de estresores cotidianos se asociaron con adaptación escolar aprendizaje. Las correlaciones aparecen en la tabla 36.

**Tabla 36. Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson
tipos de estresores cotidianos e intensidad de malestar y adaptación**

	CHS iguales intensidad malestar	CHS colegio intensidad malestar	CHS familia intensidad malestar	CHS padres intensidad malestar
Adaptación escolar total	.264**	.190**	.194**	.161**
Adaptación escolar profesor	.170**	.102*	.114*	.104*
Adaptación escolar colegio	.224**	.184**	.176**	.137**
Adaptación escolar aprendizaje	.075	.003	.035	.043
Adaptación familiar total	.237**	.240**	.276**	.325**
Adaptación familiar comunicación	.205**	.242**	.254**	.295**
Adaptación familiar satisfacción	.228**	.176**	.239**	.290**

* $p < .05$, ** $p < .01$

- ***Frecuencia de estresores cotidianos valorados con malestar y valoración de la intensidad del malestar:***

Para examinar si existían diferencias entre las puntuaciones del CHS de frecuencia de malestar y de intensidad del malestar, tanto total como en las diferentes subescalas, en primer lugar se realizaron correlaciones de Pearson entre ambas puntuaciones, para luego proceder a un análisis intrasujeto. Sin embargo, los resultados mostraron que todas las correlaciones fueron tan altas que eran los mismos resultados. Por lo que no se efectuó un análisis intrasujeto. Por este motivo, tampoco se llevaron a

cabo las comparaciones entre los coeficientes de correlación del grupo clínico y el grupo comunitario respecto a la medida de intensidad del malestar en los diferentes dominios. Las correlaciones aparecen en la tabla 37.

Tabla 37. Correlaciones CHS malestar y CHS intensidad de malestar

	CHS total intensidad malestar	CHS iguales intensidad malestar	CHS colegio intensidad malestar	CHS familia intensidad malestar	CHS padres intensidad malestar
CHS Total Malestar	.994**				
CHS iguales malestar		.993**			
CHS colegio malestar			.989**		
CHS familia malestar				.988**	
CHS padres malestar					.992**

** $p < .01$

Acontecimientos vitales estresantes, estresores cotidianos y sexo:

- Acontecimientos vitales estresantes y diferencias de sexo:

Se analizaron las diferencias de sexo en el grupo comunitario y grupo clínico respecto al total de AVE y las cuatro categorías de AVE (enfermedad, fallecimiento, familiar y socioeconómico). En el grupo clínico, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias en los AVE familiar y en el total de los AVE. En el grupo comunitario los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas no mostraron diferencias. Para verificar los contrastes se efectuó la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada para la medida del tamaño del efecto. No se hallaron diferencias de sexo en ambos grupos respecto a los AVE. Los análisis aparecen en las tablas 38 y 39.

Tabla 38. Grupo clínico: AVE y sexo

	Tipo sujeto	Media	DT	<i>t</i> (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
AVE total	Hombre	3.54	2.30	-.485	-.221	.003
	Mujer	3.83	3.00	(57.6)		
AVE enfermedad	Hombre	.61	.83	.213	-.466	.000
	Mujer	.57	.88	(92)		
AVE fallecimiento	Hombre	.75	.57	1.131	-1.396	.014
	Mujer	.60	.65	(92)		
AVE familiar	Hombre	1.20	1.37	-1.376	-.812	.025
	Mujer	1.74	2.06	(52.1)		
AVE socioeconómico	Hombre	.98	.82	.365	-.668	.001
	Mujer	.91	.98	(92)		

hombre (n = 59), mujer (n = 35), ****p* < .001, ***p* < .01, **p* < .05

Tabla 39. Grupo comunitario: AVE y sexo

	Tipo sujeto	Media	DT	<i>t</i> (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
AVE total	Hombre	3.07	2.72	.297	-.242	.000
	Mujer	3.09	2.64	(456)		
AVE enfermedad	Hombre	.56	.84	-1.760	-.194	.000
	Mujer	.54	.81	(456)		
AVE fallecimiento	Hombre	.63	.64	.182	-2.039	.007
	Mujer	.73	.61	(456)		
AVE familiar	Hombre	1.01	1.53	.418	-.632	.000
	Mujer	.98	1,59	(456)		
AVE socioeconómico	Hombre	.87	.91	-.072	-.372	.000
	Mujer	.83	.89	(456)		

hombre (n = 236), mujer (n = 222), ****p* < .001, ***p* < .01, **p* < .05

- ***Estresores cotidianos y diferencias de sexo:***

Se examinaron las diferencias de sexo en el grupo comunitario y grupo clínico respecto al total de estresores cotidianos, y las cuatro categorías de estresores cotidianos (comparación de iguales, colegio, familia y padres), respecto a la frecuencia de estresores cotidianos, la frecuencia de malestar y la intensidad del malestar.

En el grupo clínico, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas no mostraron efectos estadísticamente significativos del sexo respecto a la frecuencia de estresores cotidianos. En el contraste t de medias, la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada para la medida del tamaño del efecto, se hallaron diferencias significativas de sexo: más estresores de iguales en las mujeres. Los resultados de los análisis se recogen en la tabla 40.

Tabla 40. Grupo clínico. Frecuencia de estresores cotidianos y sexo

	Tipo sujeto	Media	DT	t (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
CHS total	Hombre	11.03	4.58	-1.378	-1.502	.020
	Mujer	12.34	4.22	(92)		
CHS iguales	Hombre	2.37	1.52	-2.712 **	-2.597**	.074
	Mujer	3.28	1.67	(92)		
CHS colegio	Hombre	2.37	1.48	-.862	-.816	.008
	Mujer	2.63	1.21	(92)		
CHS familia	Hombre	4.24	1.64	-.975	-.950	.010
	Mujer	4.57	1.54	(92)		
CHS padres	Hombre	1.80	1.53	.712	-.657	.005
	alumno	1.57	1.40	(92)		

hombre (n = 59), mujer (n = 35), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Respecto a la frecuencia de estresores cotidianos, en el grupo de escolares los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias en los estresores cotidianos de iguales. En el contraste t de medias, Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada, al igual que en grupo clínico, se hallaron diferencias significativas de sexo en los estresores de iguales, más estresores de iguales en las mujeres. Ver tabla 41.

Tabla 41. Grupo comunitario. Frecuencia de estresores cotidianos y sexo

	Tipo sujeto	Media	DT	<i>t</i> (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
CHS total	Hombre	10.68	4.66	-1.249	-.953	.020
	Mujer	11.24	4.95	(456)		
CHS iguales	Hombre	2.11	1.46	-2.938**	-2.395*	.074
	Mujer	2.55	1.76	(456)		
CHS colegio	Hombre	2.27	1.47	1.546	-1.584	.008
	Mujer	2.07	1.40	(456)		
CHS familia	Hombre	4.33	1.66	-1.107	-1.015	.010
	Mujer	4.49	1.60	(456)		
CHS padres	Hombre	1.69	1.48	-1.545	-1.464	.005
	alumno	1.91	1.56	(456)		

hombre (236), mujer (n = 222), ****p* < .001, ***p* < .01, **p* < .05

En relación a la frecuencia del malestar de los estresores cotidianos, en el grupo clínico, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias significativas en frecuencia de malestar de estresores de iguales. En el contraste *t* de medias, la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada para la medida del tamaño del efecto, se observaron diferencias significativas de sexo: mayor frecuencia de malestar en estresores de colegio en las mujeres. Los resultados aparecen en la tabla 42.

Tabla 42. Grupo clínico. Frecuencia de estresores cotidianos con malestar y sexo

	Tipo sujeto	Media	DT	<i>t</i> (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
CHS Total Malestar	Hombre	6.36	4.20	-1.506	-1.409	.024
	Mujer	7.77	4.73	(92)		
CHS iguales malestar	Hombre	.97	1.23	-1.804**	-1.533	.041
	Mujer	1.60	1,85	(52.1)		
CHS colegio malestar	Hombre	1.64	1,34	-2.007	-2.096*	.042
	Mujer	2.20	1.23	(92)		
CHS familia malestar	Hombre	2.27	1.73	-.451	-.692	.002
	Mujer	2.43	1.46	(92)		
CHS padres malestar	Hombre	1.24	1.34	-.069	-.114	.002
	Mujer	1.26	1.34	(92)		

hombre (n = 59), mujer (n = 35), ****p* < .001, ***p* < .01, **p* < .05

En el grupo comunitario, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias significativas en frecuencia de malestar de estresores de iguales y de padres. En el contraste t de medias, la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada, se observaron diferencias significativas de sexo: mayor frecuencia de malestar en estresores de iguales y de padres en las mujeres. Los resultados se muestran en la tabla 43.

Tabla 43. Grupo comunitario. Frecuencia de estresores cotidianos con malestar y sexo

	Tipo sujeto	Media	DT	t (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
CHS Total Malestar	Hombre	5.76	4.14	-1.994		
	Mujer	6.58	4.59	(456)	-1.666	.009
CHS iguales	Hombre	.87	1.21	-3.428**		
malestar	Mujer	1.32	1.57	(415.8)	-3.414***	.026
CHS colegio	Hombre	1.55	1.34	.596		
malestar	Mujer	1.48	1.29	(456)	-.535	.001
CHS familia	Hombre	2.00	1.49	-.929		
malestar	Mujer	2.13	1.52	(456)	-.845	.002
CHS padres	Hombre	1.08	1.29	-2.672***		
malestar	Mujer	1.44	1.54	(432.5)	-2.223*	.016

hombre (236), mujer (n = 222), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Al tener en cuenta la intensidad del malestar de los estresores cotidianos, en el grupo de pacientes los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias en los estresores cotidianos de iguales. En el contraste t de medias, la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada para la medida del tamaño del efecto, no se observaron diferencias significativas de sexo. Los análisis se pueden ver en la tabla 44.

Tabla 44. Grupo clínico. Intensidad de malestar de estresores cotidianos y sexo

	Tipo sujeto	Media	DT	<i>t</i> (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
CHS total intensidad	Hombre	22.39	15.41	-1.440		
malestar	Mujer	27.40	17.72	(92)	-1.280	.022
CHS iguales	Hombre	3.42	4.52	-1.841**		
intensidad malestar	Mujer	5.80	6.80	(52.0)	-1.519	.043
CHS colegio	Hombre	5.85	4.89	-1.605		
intensidad malestar	Mujer	7.46	4.36	(92)	-1.673	.027
CHS familia	Hombre	7.86	6.20	-.465		
intensidad malestar	Mujer	8.46	5.57	(92)	-.562	.002
CHS padres intensidad	Hombre	4.36	4.78	-.208		
malestar	Mujer	4.57	4.98	(92)	-.133	.000

hombre (n = 59), mujer (n = 35), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

En el grupo de escolares, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas pusieron de manifiesto diferencias en la intensidad de malestar de los estresores cotidianos de iguales y de padres. En el contraste *t* de medias, la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada, se observaron diferencias significativas de sexo: mayor frecuencia de intensidad de malestar en estresores de iguales y de padres en las mujeres. Los estadísticos se pueden ver en la tabla 45.

Tabla 45. Grupo comunitario. Intensidad de malestar de estresores cotidianos y sexo

	Tipo sujeto	Media	DT	<i>t</i> (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
CHS total intensidad	Hombre	20.01	14.90	-2.077		
malestar	Mujer	23.11	16.97	(456)	-1.680	.009
CHS iguales	Hombre	3.03	4.29	-3.330***		
intensidad malestar	Mujer	4.60	5.68	(410.6)	-3.181***	.024
CHS colegio	Hombre	5.40	4.74	.494		
intensidad malestar	Mujer	5.18	4.70	(456)	-.583	.001
CHS familia	Hombre	6.72	5.16	-1.239		
intensidad malestar	Mujer	7.34	5.43	(456)	-1.152	.003
CHS padres intensidad	Hombre	3.84	4.70	-2.744***		
malestar	Mujer	5.18	5.62	(431.6)	-2.357*	.016

hombre (236), mujer (n = 222), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Estatus socioeconómico, estresores, sintomatología y adaptación.

El estatus socioeconómico se analizó teniendo en cuenta las posesiones en el hogar, las posesiones del niño y el número de libros en casa, según los indicadores del Programa PISA (OECD, 2012). Para observar las posibles diferencias en los acontecimientos vitales estresantes y los estresores cotidianos y la presencia de sintomatología y nivel de adaptación respecto al estatus socioeconómico, se realizaron correlaciones bivariadas Pearson – Spearman.

En el grupo de pacientes, las correlaciones de Pearson para las posesiones en el hogar correlacionaron significativa y negativamente con los AVE total ($r = -.231, p <.05$) y AVE socioeconómico ($r = -.320, p <.01$). También se relacionaron con mayor nivel de adaptación escolar total ($r = -.250, p <.05$), adaptación escolar colegio ($r = .220, p <.05$). El coeficiente de correlación de Spearman, mostró asociación negativa con AVE socioeconómico ($r_s = -.328, p <.01$) y positiva con menor nivel de adaptación escolar total ($r_s = .210, p <.01$). Las posesiones del niño, correlacionaron negativamente con AVE socioeconómico ($r_s = -.228, p <.05$; $r_s = -.228, p <.05$), SDQ problemas de conducta ($r = -.227, p <.05$) y SDQ externalizante ($r = -.241, p <.05$; $r_s = -.223, p <.05$). Y los libros en casa se asociaron positivamente con menor nivel de adaptación escolar profesor ($r = .220, p <.05$), y con mayor nivel de adaptación familiar total ($r = -.205, p <.05$; $r_s = -.206, p <.05$) y de adaptación familiar comunicación ($r = -.206, p <.05$).

En el grupo de escolares, las posesiones del hogar correlacionaron negativamente con AVE total ($r = -.220, p <.01$; $r_s = -.211, p <.05$), AVE enfermedad ($r = -.110, p = .05$; $r_s = -.103, p <.05$), AVE familiar ($r = -.239, p <.01$; $r_s = -.265, p <.01$), AVE socioeconómico ($r = -.148, p <.01$; $r_s = -.162, p <.01$), CHS total malestar ($r = -.095, p <.05$; $r_s = -.099, p <.05$), SDQ problemas de conducta ($r = -.112, p <.05$;

$r_s = -.106, p < .05$). También se relacionaron con mayor nivel de adaptación familiar total ($r = -.174, p < .01; r_s = -.101, p < .05$), adaptación familiar comunicación ($r = -.172, p < .01; r_s = -.099, p < .05$) y adaptación familiar satisfacción ($r = -.133, p < .01$). Las posesiones del niño correlacionaron negativamente con los estresores AVE total ($r = -.110, p < .05; r_s = -.106, p < .05$), AVE familiar ($r = -.097, p < .05$), AVE socioeconómico ($r_s = -.096, p < .05$), CHS total ($r = -.098, p < .05; r_s = -.120, p < .05$) y CHS total malestar ($r_s = -.124, p < .01$), y los síntomas SDQ problemas de conducta ($r = -.134, p < .01; r_s = -.130, p < .01$), SDQ externalizante ($r = -.100, p < .05$). Las posesiones del niño correlacionaron con mayor nivel de adaptación familiar total ($r = -.184, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = -.178, p < .01; r_s = -.093, p < .05$) y adaptación familiar satisfacción ($r = -.146, p < .01; r_s = -.098, p < .05$). Y los libros en casa se asociaron negativamente con los estresores AVE total ($r = -.284, p < .01; r_s = -.243, p < .01$), AVE enfermedad ($r_s = -.097, p < .05$), AVE familiar ($r = -.333, p < .01; r_s = -.311, p < .01$), AVE socioeconómico ($r = -.192, p < .01; r_s = -.156, p < .01$) y CHS total malestar ($r = -.100, p < .05; r_s = -.101, p < .01$), y con los síntomas SDQ total dificultades ($r = -.147, p < .01; r_s = -.159, p < .01$), SDQ síntomas emocionales ($r = -.127, p < .01; r_s = -.122, p < .01$), SDQ problemas de conducta ($r = -.113, p < .05; r_s = -.119, p < .05$), SDQ problemas compañeros ($r = -.111, p < .05; r_s = -.119, p < .05$), síntomas depresivos MDS ($r = -.129, p < .01; r_s = -.113, p < .05$), SDQ externalizante ($r = -.101, p < .05; r_s = -.115, p < .05$), SDQ internalizante ($r = -.144, p < .05; r_s = -.142, p < .01$). Además correlacionó con mayor nivel de adaptación escolar profesor ($r = -.144, p < .01; r_s = -.127, p < .01$), adaptación familiar total ($r = -.135, p < .01$), adaptación familiar comunicación ($r = -.098, p < .01$) y adaptación familiar satisfacción ($r = -.162, p < .01; r_s = -.108, p < .05$).

Se analizaron si existían diferencias entre el grupo clínico y el grupo comunitario en los coeficientes de correlación. No se observaron diferencias significativas entre los grupos. En los AVE socioeconómico y las posesiones del hogar y del niño las diferencias casi fueron significativas.

Las correlaciones significativas de Pearson de las posesiones del hogar y el niño y las correlaciones de Spearman de los libros en casa aparecen en el Anexo.

Rendimiento académico, estresores, sintomatología y adaptación.

El rendimiento académico se examinó teniendo en cuenta el desfase curricular con la edad (repetir curso), la valoración subjetiva del desempeño y el número de asignaturas suspensas.

- Repetir de curso escolar:

Se analizaron si existían diferencias entre los participantes que habían repetido o no curso respecto al tipo de estresores y el nivel de síntomas y de adaptación.

Respecto a los acontecimientos vitales, en el grupo clínico, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias en los AVE familiar. La prueba t de comparación de medias mostró diferencias en AVE total y AVE familiar. Para verificar los contrastes se efectuó la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada para la medida del tamaño del efecto. Los análisis revelaron mayor número de AVE total ($p < .01$) y AVE familiar ($p < .001$) en los pacientes que habían repetido curso.

En el grupo comunitario, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias en AVE total, AVE enfermedad y AVE familiar. Para verificar los contrastes se efectuó la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada para la

medida del tamaño del efecto. Los análisis desvelaron mayor número de AVE total ($p < .001$), AVE enfermedad ($p < .05$), AVE familiar ($p < .001$) y AVE socioeconómico ($p < .001$) en los escolares que habían repetido curso.

De la misma manera se procedió con los estresores cotidianos. En los pacientes, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas no mostraron diferencias. Tampoco hubo diferencias en el contraste de medias. En los escolares, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas no aparecieron diferencias. La prueba t , U de Mann-Whitney y Eta cuadrada mostraron diferencias en la frecuencia del total de estresores (CHS total, $p < .05$).

Los datos significativos de ambos grupos respecto a los estresores se pueden ver en las tablas 46 y 47.

Tabla 46. Grupo clínico. Repetir curso y AVE

	Repetir curso	Media	DT	$t (gl)$	$Z U-MW$	Eta cuadrada
AVE total	No	3.23	2.37	-3.329	-2.990**	.108
	Sí	5.32	2.73	(92)		
AVE familiar	No	.99	1.28	-4.209*	-4.353***	.248
	Sí	3.05	2.04	(21,7)		

Repetir curso (sí = 19; no = 75), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Tabla 47. Grupo comunitario. Repetir curso y AVE y estresores cotidianos

	Repetir curso	Media	DT	$t (gl)$	$Z U-MW$	Eta cuadrada
AVE total	No	2.81	2.51	-5.923*	-5.993***	.091
	Sí	5.53	2.97	(51.1)		
AVE enfermedad	No	.52	.80	-2.019*	-2.042*	.014
	Sí	.84	1.04	(49.7)		
AVE familiar	No	.82	1.43	-6.635**	-7.749***	.119
	Sí	2.62	1.76	(50.4)		
AVE socioeconómico	No	.80	.88	-3.829	-3.606***	.031
	Sí	1.33	1.00	(456)		
CHS total	No	10.80	4.82	-2.034	-2.208*	.009
	Sí	12.33	4.52	(456)		

Repetir curso (sí = 45; no = 413), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

En relación al nivel de sintomatología, en el grupo clínico los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas no mostraron diferencias. La prueba t, la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada pusieron de manifiesto efectos de repetir curso en SDQ total de dificultades ($p = .05$) y SDQ síntomas externalizantes ($p < .05$). En el grupo comunitario, en los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas aparecieron diferencias en SDQ problemas de conducta. La prueba t, la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada revelaron efectos de repetir curso en síntomas depresivos MDS ($p < .05$).

En relación al nivel de adaptación escolar y familiar, en los pacientes los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas no mostraron diferencias. La prueba t, la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada no evidenciaron diferencias significativas de efectos.

En el grupo de alumnos, los contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas mostraron diferencias en adaptación familiar total. En la prueba t, la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada aparecieron efectos de repetir curso adaptación familiar total ($p < .001$), adaptación familiar comunicación ($p < .001$) y adaptación familiar satisfacción ($p < .01$).

Los datos significativos de ambos grupos respecto a los síntomas y la adaptación se puede ver en las tablas 48 y 49.

Tabla 48. Grupo clínico. Repetir curso y sintomatología y adaptación

	Repetir curso	Media	DT	$t (gl)$	Z U-MW	Eta cuadrada
SDQ total	No	13.36	5.65	-2.039		
dificultades	Sí	16.32	5.62	(92)	-1.963*	.043
SDQ externalizante	No	8.13	3.71	-2.203		
	Sí	10.21	3.49	(92)	-2.023*	.050

Repetir curso (sí = 19; no = 75), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Tabla 49. Grupo comunitario. Repetir curso y sintomatología y adaptación

	Repetir curso	Media	DT	<i>t</i> (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
MDS total	No	13.54	4.48	-1.976	-2.366*	.008
	Sí	14.91	3.82	(456)		
Adaptación familiar total	No	14.27	3.59	-3.305**	-3.801***	.041
	Sí	16.89	5.18	(48.4)		
Adaptación familiar comunicación	No	8.42	2.53	-4.054	-3.626***	.035
	Sí	10.09	3.36	(456)		
Adaptación familiar satisfacción	No	5.85	1.46	-2.576	-2.804**	.031
	Sí	6.80	2.43	(47.5)		

Repetir curso (sí = 45; no = 413), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

- ***Rendimiento académico y asignaturas suspensas:***

Para estudiar la asociación entre rendimiento académico valorado por el participante y asignaturas suspensas y los estresores y el nivel de sintomatología y la adaptación se realizaron coeficientes de correlación Rho de Spearman.

Respecto a los estresores, en el grupo clínico el rendimiento académico sólo correlacionó con estresores cotidianos (CHS total y CHS total de malestar, $p < .01$), mientras que las asignaturas suspensas se relacionaron con AVE (total y familiar, $p < .01$; y enfermedad, $p < .05$). En el grupo comunitario, el rendimiento académico correlacionó con los AVE (total y los cuatro contenidos, $p < .01$) y con los estresores cotidianos (CHS total y CHS total de malestar, $p < .01$). Del mismo modo ocurrió con las asignaturas suspensas y casi todos los estresores ($p < .01$), y el AVE fallecimiento ($p < .05$).

En las tablas 50 y 51 se recogen las correlaciones entre los estresores y el rendimiento académico y las asignaturas suspensas en ambos grupos.

**Tabla 50. Grupo clínico. Rho de Spearman
rendimiento académico y asignaturas suspensas y estresores**

	Rendimiento académico	Asignaturas suspensas
AVE total	-.102	.313**
AVE enfermedad	.055	.232*
AVE fallecimiento	.108	.022
AVE familiar	-.136	.280**
AVE socioeconómico	-.071	.092
CHS Total	-.333**	.198
CHS Total Malestar	-.296**	.145

* $p < .05$, ** $p < .01$

**Tabla 51. Grupo comunitario. Rho de Spearman
rendimiento académico y asignaturas suspensas y estresores**

	Rendimiento académico	Asignaturas suspensas
AVE total	-.392**	.377**
AVE enfermedad	-.243**	.256**
AVE fallecimiento	-.153**	.106*
AVE familiar	-.326**	.349**
AVE socioeconómico	-.264**	.238**
CHS Total	-.282**	.277**
CHS Total Malestar	-.258**	.275**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Respecto al nivel de sintomatología, en los pacientes el rendimiento académico correlacionó negativa y significativamente con SDQ total dificultades ($p < .05$), SDQ externalizante ($p < .05$) y SDQ hiperactividad ($p < .01$). Las asignaturas suspensas no correlacionaron con los síntomas en los pacientes. En los escolares, el rendimiento académico correlacionó negativa y significativamente con todas las medidas de sintomatología ($p < .01$), mientras las asignaturas suspensas correlacionaron positiva y significativamente ($p < .01$).

En las tablas 52 y 53 se pueden ver las correlaciones entre los estresores y el rendimiento académico y las asignaturas suspensas de ambos grupos.

Tabla 52. Grupo clínico. Rho de Spearman rendimiento académico y asignaturas suspensas y síntomas

	Rendimiento académico	Asignaturas suspensas
SDQ total dificultades	-.237*	.106
SDQ externalizante	-.263*	.092
SDQ internalizante	-.061	.038
SDQ síntomas emocionales	.022	-.029
SDQ problemas conducta	-.188	.,084
SDQ hiperactividad	-.282**	.081
SDQ problemas compañeros	-.076	.111
MDS total	-.109	.045

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tabla 53. Grupo comunitario. Rho de Spearman rendimiento académico y asignaturas suspensas y síntomas

	Rendimiento académico	Asignaturas suspensas
SDQ total dificultades	-.351**	.262**
SDQ externalizante	-.344**	.220**
SDQ internalizante	-.241**	.216**
SDQ síntomas emocionales	-.218**	.160**
SDQ problemas conducta	-.277**	.219**
SDQ hiperactividad	-.309**	.168**
SDQ problemas compañeros	-.168**	.184**
MDS total	-.336**	.259**

* $p < .05$, ** $p < .01$

En relación al nivel de adaptación, en los pacientes el rendimiento académico correlacionó negativamente con menor nivel de adaptación escolar total ($p < .01$) y adaptación escolar colegio y aprendizaje, adaptación familiar total, adaptación familiar comunicación y adaptación familiar satisfacción ($p < .05$); mientras las asignaturas suspensas correlacionaron positiva y significativamente con menor adaptación familiar total y adaptación familiar comunicación ($p < .05$). Es decir, a mayor rendimiento académico mayor. Ver tabla 54.

Del mismo modo ocurrió en el grupo de escolares, que hubo relación negativa y significativa entre rendimiento académico y menor nivel de adaptación escolar y

familiar ($p < .01$), y relación positiva asignaturas suspensas y menor nivel de adaptación escolar ($p < .01$, excepto adaptación escolar profesor que no fue significativa) y familiar (total y comunicación, $p < .01$; satisfacción, $p < .05$). Ver tabla 55.

Tabla 54. Grupo clínico. Rho de Spearman académico y asignaturas suspensas y adaptación

	Rendimiento académico	Asignaturas suspensas
Adaptación escolar total	-.284**	.086
Adaptación escolar profesor	-.180	.033
Adaptación escolar colegio	-.216*	.068
Adaptación escolar aprendizaje	-.263*	.130
Adaptación familiar total	-.262*	.228*
Adaptación familiar comunicación	-.234*	.205*
Adaptación familiar satisfacción	-.226*	.178

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tabla 55. Grupo comunitario. Rho de Spearman académico y asignaturas suspensas y adaptación

	Rendimiento académico	Asignaturas suspensas
Adaptación escolar total	-.195**	.142**
Adaptación escolar profesor	-.088	-.001
Adaptación escolar colegio	-.194**	.161**
Adaptación escolar aprendizaje	-.195**	.186**
Adaptación familiar total	-.269**	.154**
Adaptación familiar comunicación	-.263**	.135**
Adaptación familiar satisfacción	-.196**	.115*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Grupo clínico: síntomas motivo de consulta, estresores, síntomas y adaptación:

Los síntomas motivo de consulta se agruparon en ocho contenidos. Los síntomas más frecuentes fueron, por orden: alteración del comportamiento (47.9%), disminución de la atención (31.9%), dificultades de relación (27.7%), dificultades de aprendizaje

(24.5%), síntomas de ansiedad (23.4%), síntomas físicos o somáticos (16%), déficit de autonomía (16%) y, en último lugar, síntomas depresivos (13.8%). En la tabla 56 aparecen las frecuencias y porcentajes.

Tabla 56. Síntomas motivo de consulta: frecuencia y porcentaje

	Frecuencia	Porcentaje
Disminución o déficit de atención	30	31.9
Alteración del comportamiento	45	47.9
Síntomas de ansiedad	22	23.4
Síntomas depresivos	13	13.8
Dificultades relacionales	26	27.7
Síntomas físicos o somáticos	15	16.0
Dificultad de aprendizaje, retraso escolar	23	24.5
Déficit de autonomía, conductas regresivas	15	16.0
Total pacientes	94	100.0

Para examinar la posible existencia de diferencias entre los pacientes con determinados síntomas y los acontecimientos vitales estresantes, los estresores cotidianos y las medidas de sintomatología y nivel de adaptación, se utilizó la prueba t de muestras independientes paramétricas. Los resultados se recogen en el Anexo.

El estadístico de Levene mostró la homogeneidad de las varianzas en los dos grupos (presencia o no de síntomas). Para verificar los contrastes se efectuó la Prueba U de Mann-Whitney y Eta cuadrada para la medida del tamaño del efecto. Se observó diferencias de medias en algunos grupos de síntomas.

En el grupo de alteración del comportamiento, se hallaron diferencias en las medias de SDQ síntomas emocionales ($p < .001$), SDQ problemas de conducta ($p = .001$), SDQ síntomas externalizantes ($p < .01$) y SDQ síntomas internalizantes ($p < .05$)-

En el grupo de síntomas de ansiedad, se observaron diferencias en SDQ síntomas emocionales ($p < .01$) y SDQ síntomas internalizantes ($p < .05$)

En las dificultades de relación, se vieron diferencias en sintomatología SDQ hiperactividad ($p = .001$), SDQ externalizante ($p < .01$) y en los estresores AVE total ($p = .00$), AVE enfermedad ($p = .01$), AVE fallecimiento ($p < .05$) y AVE familiar ($p < .01$).

En el grupo de síntomas físicos o somáticos aparecieron diferencias en los estresores cotidianos CHS total malestar ($p < .05$).

El grupo de dificultades de aprendizaje o escolares se diferenciaron en adaptación escolar aprendizaje ($p < .05$).

El déficit de autonomía tuvo diferencias en síntomas de depresión MDS ($p < .05$) y los estresores cotidianos CHS total ($p < .05$).

No se evidenciaron diferencias en los grupos de síntomas de disminución o déficit de atención y síntomas depresivos motivo de consulta.

Los acontecimientos vitales estresantes y los estresores cotidianos: Análisis mediacional.

Para analizar la relación entre los AVE y estresores cotidianos sobre la sintomatología se llevó a cabo un análisis mediacional con el procedimiento PROCESS (Hayes, 2013) en su implementación para SPSS. Los modelos de mediación se usan para responder a la cuestión de “cómo una variable independiente (VI) X transmite sus efectos a una variable dependiente (VD) Y”. Uno de los efectos de X sobre Y es directo y el otro es indirecto a través de M (el mediador).

Se tomó el AVE total como VI y CHS total de malestar (estresores cotidianos vividos con malestar) como mediador. El efecto del AVE total sobre el total de malestar de los estresores cotidianos fue estadísticamente significativo ($p < .001$), explicando el

16% de la varianza de las puntuaciones CHS total de malestar, como se puede ver en la tabla 57.

Tabla 57. Análisis mediacional.
Efecto de AVE total sobre CHS total malestar

R	R-sq	gl	p	I.C.
.4001	.1601	(1, 577)	.0000	3.73 - .80

Las medidas de síntomas empleadas en el análisis fueron la sintomatología total (SDQ total), los síntomas externalizantes (SDQ externalizante) y los síntomas internalizantes (SDQ internalizante).

Respecto al SDQ total, queda demostrado que el AVE total tiene efecto directo y mediador a través de CHS total malestar. El coeficiente kappa mostró 18% de efecto mediador. Los resultados del análisis mediacional se pueden ver en la tabla 58.

Tabla 58. Análisis mediacional. Efecto de AVE – CHS sobre SDQ total

	Efecto	SE	p	IC
Efecto total	.735	.099	.000	.54 - .93
Efecto directo	.324	.098	.001	.13 - .51
Efecto indirecto	.1	.059	.000	.31 - .54

El AVE total tiene efecto directo y mediador a través de CHS total malestar, en el SDQ externalizante. El coeficiente kappa mostró 13% de efecto mediador. Los estadísticos se recogen en la tabla 59.

Tabla 59. Análisis mediacional.
Efecto de AVE – CHS sobre SDQ externalizante

	Efecto	SE	p	IC
Efecto total	.350	.057	.000	.23 - .46
Efecto directo	.158	.060	.008	.04 - .27
Efecto indirecto	.191	.033	.000	.13 - .26

Respecto al SDQ internalizante, el AVE total tiene efecto directo y mediador a través de CHS total malestar, en el SDQ internalizante. El coeficiente kappa mostró 16% de efecto mediador. En la tabla 60 aparecen los datos.

Tabla 60. Análisis mediacional.
Efecto de AVE – CHS sobre SDQ internalizante.

	Efecto	SE	<i>p</i>	IC
Efecto total	.385	.061	.000	.26 - .50
Efecto directo	.165	.064	.009	.04 - .29
Efecto indirecto	.219	.064	.009	.16 - .29

Resumen de resultados y contrastación de hipótesis:

A la vista de los resultados obtenidos, respecto a las hipótesis se puede decir:

Hipótesis 1. Confirmación parcial. Diferencias en sintomatología, menor diferencias en nivel de adaptación.

Hipótesis 2. Confirmación parcial. No diferencia de sexos en síntomas externalizantes. Diferencias de sexo en síntomas internalizantes y de grupo, más en mujeres, más en pacientes mujeres.

Hipótesis 3. Se confirma, más asociación en grupo comunitario. No se confirman las diferencias entre grupos.

Hipótesis 4. Se confirma en síntomas en ambos grupos. No se confirman las diferencias entre grupos, excepto en síntomas depresivos.

Hipótesis 5. No se puede confirmar ni refutar hipótesis. La mayoría de las correlaciones con síntomas son significativas. Menores correlaciones con adaptación.

Hipótesis 6. Se confirman el efecto mediador de los estresores cotidianos entre los AVE y la sintomatología. También se confirman efectos directos de los AVE sobre la sintomatología.

Hipótesis 7. Se confirma no diferencias de sexos en AVE y puntuación total de estresores cotidianos. Se refuta en las categorías de estresores cotidianos: frecuencia CHS iguales más en mujeres en ambos grupos; frecuencia de malestar colegio, más en mujeres en grupo clínico; frecuencia de malestar iguales y padres, más en mujeres en grupo comunitario; mayor valoración de la intensidad del malestar en estresores de iguales y de padres en mujeres en grupo comunitario.

Hipótesis 8. No se puede confirmar. Algunas correlaciones significativas entre los estresores y estatus socioeconómico y entre estresores y síntomas. No se ha puesto a prueba la interacción.

Hipótesis 9. No se confirma. Resultados contrarios en alguna relación.

Hipótesis 10. No se puede confirmar o rechazar un patrón específico. Los grupos de síntomas no son excluyentes y tienen un número limitado de sujetos.

8. DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación se han analizado las relaciones entre los estresores y la sintomatología y el funcionamiento adaptativo en la infancia y la adolescencia. En concreto, se ha revisado la literatura referente a los acontecimientos vitales estresantes (AVE) y los estresores cotidianos en niños y adolescentes y su posible efecto acumulativo sobre el individuo. Partiendo de los estudios pioneros de Coddington (1972) sobre los AVE y de Kanner et al. (1987) sobre los estresores cotidianos, se ha recorrido la literatura clásica y la más reciente evidencia en este ámbito del estrés en la infancia y la adolescencia. Por último, se ha presentado trabajos que conjugan el análisis de ambas fuentes de estrés.

En el estudio empírico que se ha presentado se ha tratado el estrés en la infancia desde uno de los posibles prismas que se puede abordar: la exposición al estrés en la infancia, más específicamente en la ocurrencia de acontecimientos vitales negativos y estresores cotidianos y su relación con la sintomatología psicológica y el nivel de adaptación escolar, social y familiar. Se seleccionó una franja de edad delimitada, niños de 10 a 12 años, y pusieron a prueba las hipótesis comparando niños que acudían a tratamiento de salud mental con alumnos de centros educativos que no recibían tratamiento psicológico o psiquiátrico en el momento de la recogida de los datos.

Respecto al total de participantes en la investigación, la distribución por sexos fue bastante similar entre hombres y mujeres (53.4% hombres y 46.6% mujeres), aunque con mayor diferencias si tomamos los datos por grupos, mayor porcentaje de hombres en el grupo clínico (62%) que en el comunitario (51.5%). La media de edad de todos los participantes y por grupos fue prácticamente idéntica (cercana a los 11 años).

Las diferencias del número de participantes según el sexo, es un dato que no debería sorprendernos. Es conocido que en la infancia los niños presentan más dificultades que las niñas que requieren intervención especializada, mientras que estas cifras se invierten a partir de la adolescencia, siendo más frecuente que las mujeres acudan a tratamiento en la adolescencia y en la adultez que los hombres.

La información del grupo clínico facilitada por el facultativo de referencia del paciente indicó que la mayoría sólo recibía tratamiento psicológico (68%). El diagnóstico más frecuente fue el trastorno hiperactivo (18.1%), aunque mayor era el porcentaje de pacientes que no cumplía criterios diagnósticos (21.3%). La duración del tratamiento de salud mental más frecuente fue superior a dos años (38.3%), seguido del tiempo inferior a 6 meses (33%).

A continuación se repasarán los resultados empíricos de la investigación y se analizarán a la luz de la evidencia disponible.

Antes estudiar la relación entre los estresores y los síntomas y la adaptación, se procedió a examinar la posible existencia de diferencias entre los grupos en las puntuaciones de los instrumentos empleados para medir la sintomatología y el nivel de adaptación.

En relación a los síntomas, los resultados fueron en la dirección esperada, y se observaron diferencias entre el grupo clínico y el grupo comunitario, con mayores niveles de dificultades en general y en síntomas externalizantes e internalizantes en el primero en comparación con el segundo. En el nivel de adaptación, también se hallaron diferencias en el área escolar (con la excepción de la adaptación al profesor), algunas diferencias en la el área familiar (sólo para la satisfacción), pero ambos grupos no

diferían en el nivel de adaptación social informado. Es lógico que aquellos niños que estaban en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico tuviesen una mayor alteración (APA, 2014; OMS, 1992), lo que además indicaría que las pruebas administradas discriminan entre ambos grupos (e.g., Goodman et al., 1998).

En segundo lugar, se analizaron las posibles diferencias de sexo en los dos grupos de participantes en los síntomas externalizantes e internalizantes. Respecto a los primeros, las diferencias sólo aparecieron entre paciente y escolares, con mayor prevalencia en los pacientes, pero no se hallaron diferencias entre chicos y chicas, ni efecto de interacción del sexo con el grupo de participante. Resultados diversos mostraron los síntomas internalizantes, donde, además de las diferencias entre los grupos de participantes, fueron significativas las diferencias de sexo y de interacción sexo y tipo de participante, siendo más altas las puntuaciones para las mujeres y en especial en el grupo clínico.

Los hallazgos obtenidos en este estudio van, al menos parcialmente, en contra de la evidencia que señala que los síntomas externalizantes son más frecuentes en los chicos y los internalizantes en las chicas (e.g., Kim et al., 2003; Rydell, 2010). El hecho que no hayan aparecido diferencias en los síntomas externalizantes puede deberse a la fuente de información empleada en este estudio, los propios niños. Se ha observado que niños y adolescentes son mejores informantes de los síntomas internalizantes mientras otras fuentes (e.g., progenitores, profesores) ofrecen información más ajustada de los comportamientos externalizantes (Achenbach et al., 1987).

Por otra parte, como se comentaba en la revisión teórica, en comparación con los chicos, la mayor tasa de problemas emocionales, en concreto de síntomas depresivos, en las chicas aparecen en la adolescencia, aproximadamente a los 14 años (e.g., Jose &

Ratcliffe, 2004; Wade et al., 2002), circunstancia que también se produce en las adolescentes mayores y es considerada un fenómeno transcultural (e.g., Alves et al., 2011). Este fenómeno se conoce con el término “brecha de género”. Por ejemplo, Ge et al. (2006) observaron un patrón curvilíneo, sobre todo en mujeres, de los síntomas depresivos, con aumento durante la adolescencia temprana hasta la adolescencia media, y disminución en la adolescencia tardía y la adultez temprana. Y Natsuaki et al. (2007) no hallaron diferencias de sexo en los síntomas depresivos a los 11 años, pero a los 13 años las chicas tenían mayores niveles de síntomas depresivos en comparación con los chicos.

En el estudio que se presenta, estas diferencias de sexo se han producido en un período evolutivo anterior al esperado, aunque este fenómeno ha sido observado en estudios con preadolescentes de grupo étnico mayoritario (e.g., Alves et al., 2011). Es posible que las diferencias de sexo en los síntomas internalizantes puedan aparecer antes en el desarrollo evolutivo, y que tengan que ver con factores vinculados a componentes culturales del rol de género y las expectativas sociales asociadas a las niñas, donde se potencian y se aceptan más los aspectos emocionales frente a los conductuales. Otra posibilidad, y dado que el promedio de edad de los participantes ronda los once años, es que las niñas estén en un momento del desarrollo diferentes a los chicos. Tal y como justificaba Kanner et al. (1987) en su estudio al encontrar diferencias de sexo, las chicas podrían estar en los estados más tempranos de la adolescencia, mientras que los chicos se encontrarían al final de la infancia.

Centrándonos en la finalidad del presente trabajo, los AVE y los estresores cotidianos en la infancia, a continuación se comentarán los resultados obtenidos con la literatura.

En este estudio los AVE se han acotado sólo a los eventos de carácter negativo, que están fuera del control del niño, así que no pueden confundirse con su comportamiento o psicopatología, que además no suponen un hecho traumático (como un desastre natural, un atentado, o el abuso sexual), y que de alguna manera suponen algún tipo de pérdida, no como un duelo, si no en el sentido amplio del término, como una separación de sus figuras de apego (temporal o definitiva) o de otras personas importantes (otros familiares o amigos) o de su contexto conocido. Esta clasificación fue guiada por las categorías existentes en instrumentos como el *Life Events Checklist* (LEC, Johnson & McCutcheon, 1980), así como por las propuestas de investigadores tan conocidos como Williamson et al. (2005) o Goodyer et al. (2000b), por citar sólo a algunos.

Respecto a la prevalencia, en la investigación presentada aproximadamente el 10 por ciento de los participantes (11% del total, 9.6% pacientes y 12.2% escolares) no había tenido ningún AVE en los últimos dos años. Dos cuartos de los participantes había tenido un AVE (20.1%) o dos (19.6%), siendo mayor la prevalencia de un evento en los escolares (22.1%) y de dos en los pacientes (22.3%). Sin embargo, las cifras más sorprendentes, y podíamos decir alarmantes, fueron que 19% los participantes había tenido seis o más AVE, con 17.2% en los escolares y llegando a 27% en los pacientes. Estos datos son muy superiores a los informados por otros autores, como Balistreri (2015), en una encuesta nacional de EE.UU. sobre eventos vitales negativos (incluidos traumáticos y crónicos) en niños y adolescentes, que encontró que 53% había tenido al menos una experiencia adversa, y 15% tres o más. O el estudio de Vanaelst et al. (2012) en varios países europeos que halló que al menos 40.3% había tenido algún acontecimiento vital negativo y 53.4% alguna adversidad social o familiar, es decir,

59.7% no había tenido ningún evento vital negativo. Mientras Bouma et al. (2008) informó que 78.2% había experimentado un AVE en los dos últimos años, y Flouri y Kalis (2008) encontraron que 21% no había experimentado EV adversos a los 10 años. En población clínica, en una encuesta nacional norteamericana, McLaughlin et al. (2012) refirió que 58% de los adolescente con trastorno mental había experimentado al menos una adversidad infantil, entre los cuales 59.7% había vivido múltiples adversidades.

No obstante la cifra del 90% de la presente investigación se acerca al 88% obtenido por Mitchell et al. (2015) en EE.UU. con estudiantes de diversidad étnica, al 86.1% obtenido por Ferreira et al. (2012) con población española, con eventos vitales negativos en adolescentes y en un período más breve de tiempo (un año), al realizar la adaptación española del LEC (Johnson & McCutcheon, 1980), o al 83,8% del estudio de Furniss et al. (2009) con niños de preescolar (83.8%). Una prevalencia superior se obtuvo en niños con diagnóstico de cáncer (Currier et al., 2009), donde el sólo 4% no había experimentado AVE y 8% informaron diez o más sucesos. No obstante, no son tan elevados como los Flouri y Panourgia (2011) con estudiantes preadolescentes y adolescentes (98.4%), o Sanz et al. (2009) con adolescentes y jóvenes que acudían a un servicio de salud mental de la Comunidad de Madrid (98.4%).

Otro dato que se ha recogido es el promedio de AVE en los dos últimos años. Al fijarnos en el total de los participantes el estudio, el número medio de eventos fue alrededor de tres, siendo significativamente superior en el grupo clínico ($M = 3.65$) frente al grupo comunitario (3.08).

Este promedio de AVE es similar al hallado por otros autores a los 10 años de edad (Flouri & Kallis, 2007), en niños y adolescentes de diversidad étnica (Mitchell et al., 2015), niños y adolescentes jóvenes (Platt et al., 2015). Pero inferior a otros que

encontraron de cinco acontecimientos vitales (Lewis et al., 2012); de cinco a seis acontecimientos en adolescentes españoles (Jiménez et al., 2009; Oliva et al., 2009) y hasta ocho en niños y adolescentes de familias usuarias de servicios sociales (Lorente et al. (2009), con el mismo instrumento y en el mismo límite temporal (los últimos cinco años). Villalonga-Olives et al. (2010) también hallaron un promedio de cinco a seis, aunque al considerar sólo los acontecimientos no deseables las cifras disminuyeron a dos. En alguna publicación (Natsuaki et al., 2007) hasta se ha llegado a informar de nueve sucesos en los doce meses previos.

En las publicaciones recientes llevadas a cabo con población clínica también se han encontrado más AVE que en población general (e.g., Sandberg et al., 2001), en pacientes con trastornos de depresivos (e.g., Mayer et al., 2009; Williamson et al., 2005), de ansiedad (e.g., Allen & Rapee, 2009) y pacientes con varios diagnósticos comórbidos (e.g., Allen & Rapee, 2009; Romero et al., 2009). Si nos atenemos a la cifra concreta, se ha hallado una media cinco AVE durante toda la vida del niño en pacientes con cáncer (Currier et al., 2009; Johnston et al., 2003) y en pacientes con trastorno mental (Sanz et al., 2009); o un promedio de dos en el último año (Currier et al., 2009). En torno a un AVE encontraron Sandberg et al. (2001) teniendo en cuenta sólo los eventos independientes del niño y/o de su familia, siendo ligeramente superior en el grupo de pacientes derivados al servicio de psiquiatría infantil que en el grupo control. Respecto al diagnóstico de trastorno mental, Hewitt et al. (2014) obtuvieron una media de cuatro AVE en el último año en adolescentes con diagnóstico de trastorno depresivo; Meyer et al (2009), seis AVE en niños y adolescentes que acudían a las consultas de salud mental, el doble que sus iguales escolares; mientras Allen y Rapee (2009), dos en pacientes con trastorno de ansiedad y tres cuando había además otro trastorno comórbido. También Williamson et al. (2005) observaron más AVE en el último año en

niños con depresión (dos o más eventos) que en niños con ansiedad. No obstante, estos datos son superiores a otros estudios como el de Willemen et al. (2008) con niños y adolescentes derivados a los servicios de salud mental: en torno a un acontecimiento vital negativo dos o tres años antes de la derivación.

Para el análisis, siguiendo las clasificaciones de otros autores (e.g., Mayer et al., 2009) los AVE fueron agrupados según la temática. El grupo más frecuente fueron los eventos de fallecimiento, 54,3% del total, 57,4% de pacientes y 53,7% de alumnos había tenido un evento; seguido del AVE socioeconómico, 33,5%, 42,6% y 31,7%, respectivamente.

Si tenemos en cuenta cada uno de los eventos, el más frecuente fue el fallecimiento de un familiar (diferente a progenitores o hermanos) con casi el 60% (58% del total, 60.6% en pacientes y 57.5% en escolares), seguido de la reincorporación de los progenitores al trabajo después de desempleo (33.3%, 40.4% y 31.8%), la mayor ausencia de los progenitores del hogar por trabajo (32.4%, 24.5% y 34%) y la separación o divorcio de los progenitores (21.5%, 31.9% y 19.3%).

La comparación de los datos resulta difícil porque se trata de sucesos críticos, que por la propia definición son eventos de baja frecuencia y alto impacto (Wagner et al., 1988) y se distribuyen al azar. Con población general, por ejemplo, en el estudio de Gustafsson et al. (2009) los eventos más frecuentes fueron la hospitalización de un familiar (31.8%), la separación o divorcio de progenitores (19.8%) y el fallecimiento de un familiar (16.7%). Mientras que en el estudio de Lemos et al. (2013) fueron el cambio de colegio (44%), el fallecimiento de un familiar (42%), el conflicto de pareja (33%), los problemas económicos (30%). Mitchell et al. (2015) también encontraron como el AVE más frecuente el fallecimiento de alguien cercano (57%), seguido de la enfermedad grave o accidente grave de alguien cercano (55% y 54%, respectivamente).

Oliva et al. (2008) observaron que alrededor de la mitad de los participantes había experimentado la muerte de un familiar cercano (54.4%). Tiet et al. (2001), teniendo en cuenta sólo los acontecimientos vitales negativos independientes del niño también halló que el más frecuente fue el fallecimiento en la familia. Mientras que con población clínica, los AVE más frecuentes en el estudio de Roselló y Berrios (2004) fueron la separación o divorcio de los padres (56%), seguido del cambio de colegio, trabajo o domicilio (51%), y McLaughlin et al. (2012) informaron que casi un tercio de los progenitores se habían divorciado (28.4%).

Puesto que el acontecimiento más frecuente fue el fallecimiento de un familiar distinto a los progenitores, se podría especular que estaría relacionado, en parte, con la edad de los participantes del estudio. Es posible que sea más frecuente que el fallecimiento de un abuelo cuando los niños son mayores o están en la adolescencia, que, por ejemplo, el nacimiento de un hermano, que habitualmente se suele producir cuando el niño está en la primera infancia, o la emancipación de un hermano, que en España se produce a edades muy avanzadas de la adultez.

En el presente trabajo, además, se compararon si existían diferencias entre los grupos de participantes, mostrando mayor proporción de los acontecimientos de cambio de colegio, pérdida de empleo de los progenitores, separación de los padres y fallecimiento de padre entre los pacientes. Es muy interesante el dato referente a la mayor proporción de cambio de colegio entre los pacientes. Sin querer anticipar los resultados, y como no se va a proceder a un análisis en profundidad en función del tipo de evento, pues requeriría al menos otra investigación, señalar que Tiet, Bird, Hoven, Moore et al. (2001) hallaron una fuerte asociación entre el cambio de colegio y varios trastornos mentales (como trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de déficit de atención, trastorno oposicionista desafiante, depresión y agorafobia) en

chicos. Una posible explicación sería que el cambio de colegio, sobre todo si se produce en repetidas ocasiones, puede añadir inestabilidad a esta etapa del desarrollo. También podría considerarse que algunos pacientes estaban en primer curso de E.S.O., por lo que es probable que se produjese el cambio del colegio al instituto. Sin embargo, casi el 70% del grupo clínico acudía a centros educativos concertados, por lo que casi se podría descartar esta explicación respecto al tipo de centro educativo, pero no respecto a la transición de etapa (de educación primaria a secundaria).

Merece la pena hacer mención de algunas cuestiones respecto a los datos de prevalencia de los AVE. Resulta difícil establecer conclusiones claras. Como apuntaban Grant et al., (2004, 2006) los estudios siguen empleando instrumentos muy diferentes. Es más, al investigar los AVE, se sigue observando variabilidad en las definiciones, algunos estudios incluyen tanto AVE agudos como crónicos (e.g., Flouri & Mavroveli, 2013; King et al., 2008), AVE negativos y positivos, deseables o no deseables (e.g., Marcotte et al., 2002; Villalonga-Olives et al., 2010), eventos vitales independientes o dependientes del individuo (e.g., Allen & Rapee, 2009; Kaplow et al., 2014), o mezclan AVE y estresor cotidiano (e.g., Jackson & Frick, 1998; Jackson & Warren, 2000; Mayer et al., 2009; Oliva et al., 2008; Young et al., 2012), o incluyen ítems que pueden ser confundidos con el comportamiento del niño (e.g., Jackson & Warren, 2000; Oliva et al., 2008). En general, son pocos los estudios que delimitan claramente el AVE con la definición y la medida (e.g., Sandberg et al., 2001). De hecho son pocas las investigaciones que únicamente evalúan los eventos vitales negativos independientes del niño o adolescente (e.g., Currier et al., 2009; Tiet, Bird, Hoven, Moore et al., 2001; Van der Heijden et al., 2011; Willemen et al., 2008).

Otra cuestión que limita la comparación de resultados, apunta a que los estudios también difieren en el marco temporal examinado, desde meses (e.g., Samaniego,

2005); hasta toda la vida (e.g., Currier et al., 2009; Sanz et al., 2009), aunque la delimitación temporal más habitual suele ser uno o dos años (e.g., Jackson & Warren, 2000; Lewis et al., 2012; King et al., 2008; Villalonga-Olives et al., 2010).

Si nos acercamos al ámbito nacional, los datos obtenidos con el Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes (Oliva et al., 2008), en varios estudios (e.g., Jiménez et al., 2009), deber ser tomados con cautela. Puesto que algunos de los ítems incluidos, como repetir curso, conflictos con iguales o problemas en el colegio, no son AVE, y chocan directamente con la definición del constructo. Otros ítems están relacionados con el ambiente familiar (e.g., desinterés de los padres por los estudios, conflictos con padres por la vocación), el ambiente escolar (e.g., problemas con compañeros, problemas en el colegio). Además, en concreto en dos de los estudios (Jiménez, Menéndez e Hidalgo, 2009; Lorente, Jiménez y Sánchez, 2009) algunos ítems no son adecuados para una parte de los participantes, dado que no corresponden al momento evolutivo. Por ejemplo, a los 11 o 12 años es muy poco probable que podamos hablar problemas o de engaño de la pareja, de embarazo propio o de la pareja, o de problemas de adicción. En definitiva, se sigue confundiendo AVE, estresores cotidianos e ítems relacionados con el comportamiento del adolescente (e.g., Dohrenwend & Shrout, 1985; Dohrenwend, 2006).

De hecho, dos de los instrumentos más empleados el *Life Event Record* (LER, Coddington, 1972) y el *Life Events Checklist* (LEC, Johnson & McCutcheon, 1980) contienen ítems de eventos vitales de carácter positivo y negativo, o controlables y no controlables, respectivamente. El LER ofrece una puntuación de cambio vital y el LEC permite puntuaciones separadas por tipo de eventos. Para ambos está disponible la adaptación española, del primero fue realizada por Villalonga-Olives et al. (2008) y del segundo, más recientemente por Ferreira et al. (2012).

Johnson (1986) y Compas (1987) realizaron una revisión de instrumentos sobre eventos vitales de niños y adolescentes. Una revisión más actualizada sobre las medidas se puede consultar en Grant et al. (2004).

En general, si nos atenemos a la definición de AVE independiente del individuo, las cifras disminuyen, estando entre uno o dos acontecimientos tanto en población general (King et al., 2008; Tiet, Bird, Hoven, Wu et al., 2001) como clínica (Sandberg et al., 2001; Willemen et al., 2008).

Otra cuestión importante respecto a la prevalencia de los AVE se refiere a la variabilidad de los datos según la fuente de información, como han encontrado algunos autores (e.g., Johnston et al., 2003; Duncan & Canady, 2009), pero no otros (e.g., Romero et al., 2009). Desafortunadamente, este es un dato con el que no contamos en el presente estudio, que se ha empleado exclusivamente instrumentos de autoinforme.

Señalar, además, que la definición realizada en este trabajo, incluyendo eventos negativos, no deja de ser arbitraria, puesto que algunos eventos pueden ser valorados como positivos o negativos en función de las circunstancias del individuo, como el cambio de casa o colegio o el divorcio de los progenitores. Por ejemplo, la separación de los progenitores no se percibe de la misma manera si es inesperada, abrupta o no deseable por el niño o si se produce tras un prolongado conflicto entre los progenitores (e.g., Johnson, 1986). Sin embargo, en la práctica clínica con frecuencia el divorcio de los progenitores es experimentado como una pérdida, en el sentido de amplio del término. Con independencia de la relación previa entre los progenitores, éstos son las personas más significativas para los niños, por ello, los niños habitualmente (salvo casos muy excepcionales), expresan su “deseo” o mantienen en su “fantasía” la creencia que sus progenitores estén juntos. Y este deseo, si se acompaña del egocentrismo evolutivo, puede hacerles pensar o sentir que tienen el poder de

cambiar las cosas, situación que en algunos casos les hace muy vulnerables a participar en el conflicto entre los progenitores cuando éste existe.

Respecto a la relación entre los AVE y la sintomatología y la adaptación, los resultados fueron en la dirección esperada. En los escolares el número total de AVE, así como las distintas categorías de eventos, se relacionaron con todas las medidas de síntomas. Aunque también se observó relación en el grupo clínico, el número total de AVE sólo se asoció con la sintomatología general, los síntomas externalizantes, y en particular con los de hiperactividad, y con síntomas depresivos, mientras los AVE familiares fue la única categoría de eventos que se relacionó con sintomatología, de la misma manera que el total de eventos. Si se observan las correlaciones, se podría afirmar que la relación entre el total de eventos estresantes y los síntomas se debe en gran medida a la relación de los eventos del ámbito familiar con los síntomas.

La presente investigación emplea como instrumento para evaluar sintomatología general y síntomas internalizantes y externalizantes, el SDQ (Goodman et al., 1998), utilizado en algunos de los estudios mencionados con población general (e.g., Alves et al., 2001; Flouri & Kallis, 2007, 2010 2011; Flouri & Mavroveli, 2013; Giallo & Gavidia-Payne, 2006; Gustafsson et al., 2009; Matos et al., 2015; Villalonga-Olives et al., 2010, 2011, 2013) y con población clínica (e.g., Allen et al., 2015).

Como se planteaba, se esperaba encontrar diferencias entre el grupo de escolares y los pacientes, en concreto una mayor afectación en estos últimos. Por el contrario, se observaron más asociaciones entre las variables en los escolares. Diferencias que tampoco se pusieron de manifiesto al contrastar las correlaciones de ambos grupos, con la excepción que fue más fuerte la correlación en el grupo clínico entre los AVE familiares y los síntomas de hiperactividad. Respecto a esto último, dado que los AVE

del estudio son eventos negativos independientes del niño, pero no quiere decir que sean situaciones independientes de sus progenitores, se podía aventurar que tenga que ver con los síntomas. Si echamos un vistazo al contenido de los AVE familiares, en su mayoría son situaciones que son decididas por los progenitores, como el divorcio o una nueva pareja, el cambio de domicilio o país o tener un nuevo hijo. Es indudable el papel esencial que tiene la familia en el desarrollo, y que el malestar que generan ciertos eventos se plasma en la expresión de sintomatología en los niños que acuden a consulta en salud mental. A lo mejor, cierta sintomatología que puede ser incómoda para los demás, como son los síntomas de hiperactividad, puedan tener que ver con los cambios en el contexto familiar. Recordemos que en numerosas publicaciones los estresores, y en especial los AVE, son considerados por consenso como factores de riesgo (e.g., WHO, 2014, Grant et al., 2003, 2004).

Del mismo modo, en el grupo comunitario se observaron asociaciones entre el total de los AVE y las categorías de eventos con la adaptación. El número total de eventos se relacionó con menor nivel de adaptación escolar, social y familiar. Aunque en general relaciones fueron significativas, se observó que los eventos de enfermedad y fallecimiento se asociaron con menor adaptación escolar, mientras los familiares y socioeconómicos con menor adaptación familiar. Una menor adaptación social se vinculó con eventos de enfermedad, fallecimiento y socioeconómico. En el grupo clínico, sólo se obtuvo relación significativa entre los sucesos de fallecimiento y la adaptación escolar total.

La adaptación escolar también se analizó con parámetros de rendimiento académico como valoración subjetiva del mismo, o aspectos más concretos como el número de asignaturas suspensas o repetir curso escolar. En el grupo clínico, repetir curso y las asignaturas suspensas se relacionaron con el total de AVE y con eventos familiares y las

asignaturas además con eventos de enfermedad. Mientras en el grupo comunitario repetir curso se asoció con el total de AVE y todas las categorías a excepción de los eventos de fallecimiento, y el rendimiento académico y las asignaturas suspensas con el total de AVE y todas las categorías de eventos.

El hecho que la mayoría de las correlaciones entre los AVE y la sintomatología y la adaptación resultasen significativas, podría estar relacionado con el mayor número de participantes en el grupo comunitario respecto a clínico, y ello haya generado mayor variabilidad en las asociaciones analizadas.

Como se ha mencionado en la revisión teórica, buena parte de la literatura ha mostrado como la exposición a los AVE parece incrementar los problemas internalizantes y externalizantes, en población general tanto con diseños transversales (e.g., Flouri et al., 2011; Harland et al., 2002; Matos et al., 2015; Mitchell et al., 2015; Furniss et al., 2009), como con diseños longitudinales (Cole et al., 2006; Estévez et al., 2012; Kim et al., 2003; Morales & Guerra, 2006). Aunque algunos autores equiparan de manera inadecuada comportamiento externalizante con conducta delictiva (e.g., Kim et al., 2003). Por ejemplo, Oliva et al. (2009) encontraron asociación entre los AVE y los síntomas externalizantes e internalizantes, aunque en el seguimiento la relación se mantuvo sólo para los síntomas externalizantes.

Los síntomas depresivos han sido sin lugar a dudas el trastorno que más estudios ha generado (Canalda, 2005), y siguen generando en la actualidad. Los estudios han hallado relación entre los AVE y los síntomas depresivos tanto en niños y adolescentes (Conger & Elder Jr., 2001; Ferreira et al., 2012; Rønning et al., 2011, Sawyer et al., 2009; Veytia et al., 2012). Estos resultados han aparecido en diseños prospectivos, incluso al controlar el nivel previo de sintomatología depresiva (Natsuaki et al., 2007), aunque tales efectos pueden disminuir con el paso del tiempo (Strong et al., 2015) o

tienen que ver con la intervención de otros factores (e.g., Bouma et al., 2008). No obstante, Garnefski y Kraaij (2006) no encontraron ninguna relación entre sintomatología depresiva y los AVE en adolescentes mayores.

Sin embargo, no podemos olvidar, como se ha reiterado, que algunos de estos estudios confunden AVE y estresores cotidianos (e.g., Morales & Guerra, 2006), que incluyen eventos controlables y no controlables por el individuo (e.g., Kim et al., 2003) o que pueden ser consecuencia del comportamiento como repetir curso. (e.g., Villalonga-Olives, 2010). Por lo que, desgraciadamente, las conclusiones son limitadas.

En relación a los estresores cotidianos, aquellas situaciones que se producen en la vida en las transacciones diarias con el ambiente y suponen molestia para la persona (Kanner et al., 1981), en el presente estudio se registró una media de once estresores (de los 25 en total evaluados), de los cuales en torno a seis fueron vividos con malestar por parte de los niños. Los grupos clínico y comunitario no mostraron diferencias significativas en las puntuaciones globales de la escala de estresores cotidianos (CHS; Kanner et al., 1987).

Se compararon si existían diferencias entre los participantes según el tipo de estresor cotidiano. Tres ítems mostraron diferencias, y sólo en uno de ellos se trataba de un estresor vivido con mayor malestar por parte de los pacientes (“te han castigado cuando has hecho algo mal”). Hasta el conocimiento que se dispone, no se han encontrado investigaciones actuales sobre población clínica de salud mental y comunitaria que permita contrastar estos resultados.

Recordar que si ya resultaba difícil la comparación entre los resultado de las investigaciones sobre los AVE por la variabilidad comentada previamente, esta dificultad es aún mayor al tratarse de los estresores cotidianos. Además, como se

apuntaba antes, algunos estudios de eventos vitales, incluyen estresores que se podían considerar cotidianos o dependientes del comportamiento (e.g., discusión con un amigo o con la pareja o conflictos con los padres). Los instrumentos empleados varían en aspectos tan importantes como la longitud en el número de ítems, encontrando en algunos casos listados de 50 estresores (e.g., Jose & Ratcliffe); el marco temporal de medida, desde registros diarios (e.g., Johnson & Swendsen, 2015), hasta un año (e.g., Pinquart, 2009), o incluso no tienen delimitación temporal (e.g., Von Weiss et al., 2002). Algunos miden la frecuencia (e.g., Abela et al., 2012), mientras otros el malestar (Bridley & Jordan, 2012), o incluyen varias medidas (e.g., Li, Nussbaum & Richards, 2007; Santa Lucía et al., 2000). Sin olvidar que también difieren en el contenido de los ítems en función de los criterios del investigador y los objetivos del estudio.

Al acercarnos al ámbito nacional, el panorama no es más alentador. Disponemos de un instrumento de reciente creación, el Inventario de estrés cotidiano infantil (IECI, Trianes et al., 2011). En un primer momento, cuando arrancaba esta investigación, y recién publicado el instrumento, se valoró la posibilidad de emplearlo, puesto que el título hacía pensar que evaluaba estresores cotidianos y la población a la que se podía administrar encajaba a la perfección con las posibilidades de esta prueba. Pero un análisis más detallado, lamentablemente nos hizo descartarlo, puesto que incluía contenidos referidos a estrés como estímulo, pero también de estrés como respuesta, que podían confundirse con el comportamiento (e.g., “normalmente saco malas notas”) o con la sintomatología (e.g., “me canso muy fácilmente”, “me cuesta mucho concentrarme en una tarea”, “me pongo muy nervioso cuando me preguntan los profesores”).

Por estas razones, y a modo de ejemplo, sólo van a mencionar algunas cifras encontradas con el mismo instrumento de medida. Los resultados del presente estudio,

se acercan a los informados por Kanner et al. (1987) en la publicación original de la escala, que hallaron una media de doce estresores cotidianos. Aunque son muy superiores a los de Santa Lucia et al. (2000), en torno a ocho estresores, de los cuales alrededor de uno vivido con malestar. Datos algo más elevados han sido informados recientemente por Smith & Somhlaba (2015) con estudiantes de 9 a 13 años, con una frecuencia total de trece estresores, de los cuales más de ocho vividos con malestar. Si tenemos en cuenta el contexto sociocultural, a lo mejor se pueden explicar las diferencias entre estos dos últimos estudios. El estudio de Santa Lucía et al. (2000) se llevó a cabo en EE.UU., el de Smith & Somhlaba (2015) en Sudáfrica, mientras el presente estudio se ha realizado en contexto europeo. O dicho de otro modo, es posible que en la información de los niños sobre los estresores cotidianos esté muy influida por las características sociales, políticas y económicas del entorno concreto y en un momento determinado. De hecho, no podemos olvidar que en la propia definición de estresor cotidiano viene implícita la transacción con el ambiente (Kanner et al., 1987; Lazarus & Folkman, 1985).

Respecto a la relación de los estresores cotidianos con las alteraciones psicológicas, Zimmer-Gembeck y Skinner (2008) apuntaban que si aproximadamente 25% de los adolescentes experimentaba al menos un estresor significativo, mayor número experimentaría estresores cotidianos, por lo que era esperable que se relacionasen con las alteraciones psicológicas.

Los resultados apoyaron la hipótesis planteada, los estresores cotidianos (total de estresores, total de estresores vividos con malestar y la intensidad total del malestar) se correlacionaron con todas las medidas de síntomas en ambos grupos de participantes. Por el contrario, sólo se hallaron diferencias entre el grupo clínico y el comunitario en

los síntomas depresivos, siendo la relación más fuerte en los pacientes. Por lo que no se apoyó la propuesta de mayor afectación en los pacientes que en los escolares, salvo en los síntomas depresivos.

En cuanto al nivel de adaptación, en los escolares los estresores cotidianos, en general, se asociaron con menor adaptación escolar, social y familiar. De nuevo, menores asociaciones se hallaron en el grupo clínico, donde el menor nivel de adaptación escolar y social correlacionó con los estresores a nivel global, pero la adaptación familiar sólo se asoció con el total de estresores, pero no con la frecuencia de malestar o la intensidad del mismo. Las diferencias entre ambos grupos de participantes respecto a los estresores totales se pusieron de manifiesto en la relación entre la intensidad del malestar y la adaptación escolar, y entre los estresores y un área de la adaptación escolar, la referida al colegio.

También se observaron relaciones significativas entre el total de estresores cotidianos y repetir curso, y estos estresores con la valoración del rendimiento académico y las asignaturas suspensas entre los alumnos. En los pacientes los estresores totales sólo se relacionaron con la valoración del rendimiento académico.

Como ocurría con los AVE, se hallaron más asociaciones significativas en el grupo de escolares que en los pacientes, lo que podría deberse al mismo motivo apuntado previamente: mayor número de escolares que de pacientes.

De acuerdo con la evidencia disponible, en su mayoría con población general, el efecto acumulativo de los estresores parece que incrementa los problemas externalizantes e internalizantes. Y los hallazgos de este estudio parecen ir en la dirección de otras investigaciones con síntomas internalizantes y externalizantes (e.g., Li et al., 2007). En concreto, los síntomas depresivos reiteradamente han mostrado una relación positiva con los estresores cotidianos (e.g., Cooper et al., 2011; Chang & Sanna, 2003; Cooper et

al., 2011; Miller & Townsend, 2005; Shahar et al., 2003; Smith & Somhlaba, 2015; von Weis et al. 2002).

La relación entre los síntomas depresivos y los estresores cotidianos es la única que ha mostrado diferencias entre los pacientes y los escolares, insinuando la posibilidad que existan diferencias entre ambos grupos. Sin embargo, no se pueden aventurar tales conclusiones, puesto que al tratarse de un estudio transversal no disponemos de información del nivel previo de psicopatología, y puede que en dicha relación estén jugando un papel relevante la sintomatología de los pacientes.

Algunos estudios encuentran sólo relación parcial, como Bridley y Jordan (2012) que obtuvieron interacción entre los estresores cotidianos y las rutinas infantiles con los problemas internalizantes pero no con los externalizantes. Interesantes resultados apuntó el estudio de Carter et al. (2006), que probó los modelos de exposición al estrés y generación del estrés con un diseño longitudinal, y los resultados variaban según la fuente de información; dando cuenta el modelo de exposición del estrés de los síntomas internalizantes autoinformados, mientras el modelo de generación del estrés explicaba tanto de los síntomas internalizantes como los externalizantes.

Como en la presente trabajo, otros investigadores han informado que los estresores se asocian con la inadaptación socioemocional y escolar (Trianes et al., 2009), o con pobres resultados escolares.

No obstante, la evidencia en el campo no es concluyente, puesto que no todos los estudios han encontrado relación entre los estresores cotidianos y el ajuste (e.g., Giallo & Gavidia-Payne, 2006), o social y adaptativo (e.g., Smith & Somhlaba, 2015), ni tampoco con los síntomas depresivos (e.g., Brozina & Abela, 2006). Por lo que parece que hay que tener en cuenta el papel de otras variables (e.g., Abela et al., 2012). Es más, en algún estudio ha resultado una relación negativa entre estresores y el ajuste escolar,

como en el trabajo de Santa Lucia et al. (2000), que justificaban porque el contenido de los ítems hacía referencia a supervisión parental, que puede llevar a menor nivel de desajuste escolar y menores niveles de problemas externalizantes.

En el estudio se efectuó un análisis de los estresores cotidianos el instrumento empleado (Kanner et al., 1987) según las cuatro categorías que indicaba Santa Lucia et al., 2000), a saber, estresores de comparación de iguales, colegio, familia y progenitores.

En el grupo de alumnos, la frecuencia de estresores de las cuatro categorías se asociaron con los síntomas psicológicos, mientras que en los pacientes también hubo bastantes asociaciones, siendo los estresores de iguales o de progenitores los que menos relación tuvieron con los síntomas, no se relacionaron con los síntomas externalizantes (ni con problemas de conducta o hiperactividad, que son los que incluye esa subescala de la prueba). Si atendemos a la relación entre la frecuencia de estresores vividos con malestar de las cuatro categorías, los datos son similares a los anteriores en ambos grupos, aunque en el grupo clínico se observó relación entre los problemas de conducta y los ámbitos colegio y familia. Resultados similares arrojó la intensidad del malestar, aunque también fue significativa la relación entre problemas de conducta y estresores de de iguales. La comparación entre los participantes mostró más fuerza de las correlaciones entre los síntomas depresivos y la frecuencia de estresores de iguales, colegio y padres en los alumnos; y en la frecuencia de estresores vividos con malestar de familia y los problemas de conducta en pacientes, y de estresores de padres vividos con malestar y los síntomas depresivos en los alumnos.

Teniendo en cuenta el ajuste, en los escolares, la frecuencia en las cuatro categorías se correlacionó con menor nivel de adaptación escolar, social y familiar, con

la salvedad que la adaptación social no se asoció con los estresores en la familia. Tanto la frecuencia de estresores vividos con malestar como la valoración de la intensidad del malestar se relacionaron con menor adaptación social, familiar y escolar (excepto adaptación escolar aprendizaje). En cambio, en los pacientes, menor adaptación social se relacionó con los cuatro tipos de estresores, menor adaptación escolar se encontró en estresores de iguales, colegio y familia, pero no en estresores de padres, mientras que la adaptación familiar sólo se relacionó con estresores de iguales y de progenitores. Casi igual ocurrió con los estresores vividos con malestar y la valoración de la intensidad del malestar, pero en este caso no hubo relación alguna con la adaptación familiar, ni entre la adaptación social y la intensidad del malestar por estresor de familia. Además, no se obtuvieron diferencias significativas entre los participantes en relación a la frecuencia de estresores específicos y la adaptación escolar, social o familiar. Aunque fue más fuerte la asociación en los pacientes en la frecuencia de estresores vividos con malestar (en adaptación escolar colegio – estresor de iguales, y adaptación escolar profesor – estresor de colegio).

Es decir, estos resultados no apoyan que existan diferencias entre los grupos, es más, alguno va en contra de lo hipotetizado, apareciendo mayor relación entre los escolares. Por otra parte, dada las diferentes correlaciones, no parece que pueda afirmarse ningún tipo de especificidad en la relación estresores y síntomas psicológicos y adaptación. Por ejemplo, un dato que sorprende es que en el grupo comunitario, los estresores de comparación de iguales no se asocien con la sintomatología externalizante, cuando ésta puede ocasionar malestar a los demás. De todas formas sería difícil poder establecer una relación clara cuando los límites entre las categorías de estresores son difusos, y cuando además en este trabajo se ha asumido la categorización de Santa Lucia et al. (2000), sin realizar un análisis factorial previo.

Algunos autores han examinado diferentes categorías de estresores o se han centrado sólo en estresores de un determinado ámbito. Las áreas que mayor interés han generado son las relacionadas con los estresores interpersonales y con los estresores del colegio. Sin (2000), que está entre los autores que han analizado varias categorías, encontró que los síntomas depresivos se asociaban más a estresores cotidianos relacionados con los amigos o los progenitores que los estresores del colegio o profesores. También Johnson & Swendsen (2015) hallaron relación entre los estresores cotidianos escolares y familiares con los síntomas depresivos y de ansiedad, pero ninguna asociación para los estresores cotidianos de iguales. Pero en muchos casos se han estudiado sólo un tipo de estresor, como los interpersonales (e.g., Flook, 2011; Hamilton et al., 2015), o determinados estresores relacionados con el grupo étnico (e.g., Dubois et al., 2002), o se han diseñado instrumentos específicos para estresores del ámbito escolar (e.g., Agrawal et al., 2010). Ante esta situación, es evidente la dificultad de comparación entre estresores de diferentes ámbitos.

Dentro del grupo clínico, además, los síntomas motivo de consulta se agruparon para observar las posibles relaciones con los estresores. Pocas fueron las diferencias halladas, únicamente el grupo de síntomas de dificultades de relaciones se asoció con el total de AVE, los eventos de fallecimiento o los familiares. Por su parte, los estresores cotidianos correlacionaron con el grupo de síntomas físicos o somáticos y los de déficit de autonomía.

Estos datos podrían poner en cuestión los estudios sobre sintomatología, puesto no se obtuvo relación entre los estresores y los síntomas depresivos o de ansiedad, habitualmente en la literatura infanto – juvenil. Sin embargo, debemos guardar cautela,

puesto que el número de participantes es pequeño, las categorías de análisis están realizadas desde la perspectiva del juicio clínico y no son mutuamente excluyentes.

Al comparar diferentes síntomas en escolares de 10 años de edad, Rydell (2010) encontró mayor número de acontecimientos vitales negativos se asociaba con más síntomas de trastorno oposicionista desafiante y síntomas de déficit de atención e hiperactividad, pero no encontraron apoyo a la especificidad respecto a algún evento concreto. Estos resultados, parecidos a los obtenidos en la presente investigación, pueden deberse a que emplean eventos vitales estresantes negativos o ambiguos independientes del comportamiento, en niños de 10 años, es decir, tanto los ítems como la población serían equiparables. Por el contrario, Samaniego (2005) informó que tal asociación desaparecía al tener en cuenta el nivel previo de alteración.

Con población clínica, algunos también analizan la especificidad de los AVE, y si determinados trastornos mentales se asocian a los AVE (e.g., Tiet, Bird, Hoven, Moore et al., 2001) o si algunos AVE se relacionan con ciertas alteraciones (e.g., Mayer et al., 2009; Williamson et al., 2005). Tiet, Bird, Hoven, Moore et al. (2001) informaron asociación significativa entre los eventos vitales adversos y los trastornos conductuales y depresivos. De hecho algunos autores han hallado asociación significativa entre los trastornos depresivos y las experiencias de pérdida y dolor, como el fallecimiento de un familiar (Tiet, Bird, Hoven, Moore et al., 2001), y en concreto entre los eventos de pérdida independiente del control del niño (Williamson et al., 2005). Circunstancia que lleva a que algunos planteen que los eventos de pérdida pueden ser específicos para la depresión infantil (Williamson et al., 2005), si nos atenemos al término en sentido amplio, como ausencia de una fuente de valor o refuerzo (Brown & Harris, 1989). Planteamiento recurrente que apuntaba Bowlby (1980/1983) al referirse a la separación de las figuras de apego.

No obstante, la relación pérdida – síntomas depresivos no se ha encontrado de manera consistente en población general, apareciendo en unos estudios (e.g., Asselmann et al., 2015), pero no en otros (e.g., Fernández & Kröner-Herwig, 2013). Es más, en las investigaciones llevadas a cabo con menores que han sufrido la pérdida de un progenitor, que se considera que es uno de los estresores más significativos que un niño o adolescente puede experimentar (Cerel et al., 2006) y se entiende como un factor de riesgo de psicopatología (Gray et al., 2011), la evidencia tampoco es concluyente, sí que parece que uno de cada cinco niños tiene probabilidad de desarrollar un trastorno clínico que justifique su derivación a salud mental (Dowdney, 2000, 2005).

Algunos autores también han analizado la relación entre los AVE y el inicio de los trastornos mentales. En un estudio de cohorte con preadolescentes y adolescentes norteamericanos, tomando la información de datos administrativos y las historias clínicas, Lucenko et al. (2015) concluyó el importante valor predictivo de las experiencias adversas sobre la presencia de problemas de salud mental. Algunos investigadores han encontrado relación entre los AVE y la petición de consulta en salud mental. Por ejemplo, Boer et al. (2002) encontraron mayor número de eventos vitales negativos en niños y preadolescentes durante el año anterior a la derivación a tratamiento salud mental. También se han hallado efectos aditivos para los AVE ocurridos justo en el mes previo al inicio del trastorno depresivo mayor (Goodyer et al., 2000), más acontecimientos vitales negativos en el año previo al inicio del trastorno obsesivo compulsivo (Gothlef et al., 2004), o relación entre adversidades en el inicio de trastornos del comportamiento (McLaughlin et al., 2012). Grasso et al. (2012) observaron más problemas externalizantes e internalizantes en pacientes pediátricos y de salud mental que habían estado expuestos a situaciones potencialmente traumáticas

(aunque los eventos eran similares al presente trabajos) y con estresores vitales en el momento actual, que en niños sin estresores actuales ni eventos previos.

Desafortunadamente, al tratarse de un estudio transversal, no disponemos de datos respecto al nivel previo de los niños, por lo que los análisis de este tipo no se han podido llevar a cabo. Como tampoco se han efectuado análisis respecto al momento del inicio y evolución del trastorno, por el diseño de investigación y puesto que el número de participantes del grupo clínico era reducido, y aún más los grupos diagnósticos. Sólo se ha podido efectuar la comparación con los síntomas motivo de consulta, que se comentaba.

Una limitación importante de los estudios que comparan diferentes diagnósticos tiene que ver con las controversias con el diagnóstico en la infancia y la adolescencia, y cómo dichos diagnósticos pueden variar en función de la etapa del desarrollo del niño, pero también desde el juicio clínico de quien evalúa. Por ejemplo, una impresión personal desde la práctica clínica es que en España se suele diagnosticar poco o casi nada trastornos depresivos sobre todo en la infancia, mientras que son elevadas las tasas de trastornos de atención e hiperactividad (casi una “pandemia”). Datos que sin duda contrastan con los estudios epidemiológicos que estiman que el trastorno depresivo en la infancia y la adolescencia tiene una elevada prevalencia, 1.8% en la infancia y 3.4% - 5% en la adolescencia, que aparece a edades cada vez más tempranas, y que se estima que en 2020 será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS, citado en Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). No debemos olvidar que uno de los criterios diagnósticos que incluye la depresión en la infancia es la irritabilidad, y por qué no pensar que puede esconderse tras otros diagnósticos como trastornos del comportamiento o los trastornos hiperkinéticos.

Otra línea importante de investigación sobre los estresores en la infancia y la adolescencia ha focalizado su atención en el análisis conjunto de los AVE y los estresores cotidianos. Una de las hipótesis planteadas ya inicialmente por Kanner et al. (1981) fue la posibilidad que ambos estresores se relacionasen, y la propuesta que defendían era que los estresores cotidianos tuviesen un papel mediador entre los AVE y la psicopatología. En el ámbito de la infancia y la adolescencia, los trabajos fueron iniciados por dos equipos de investigadores, liderados por Compas (Compas et al., 1985, 1987; Compas, Howell, Phares, Williams & Ciunta, 1989; Compas, Howell, Phares, Williams & Ledoux, 1989; Davis & Compas, 1986; Wagner et al., 1988) y Felner (DuBois et al., 1992, 1994; Rowlison & Felner, 1988). También ha generado publicaciones recientes (e.g., Clements et al., 2008; Stefanek et al., 2012), aunque el volumen de las mismas sigue siendo muy escaso y algunos estudios sólo se limitan a un análisis descriptivo los resultados encontrados sin poner en relación ambos estresores (e.g., Escobar et al., 2013; Vanaelst et al., 2012), y los estudios con población clínica son una excepción (e.g., Hewitt et al., 2014).

Como se ha recogido en la revisión teórica, Clements et al., 2008) clasificó estos modelos de causación social de la depresión en tres: el modelo de efectos independientes, el modelo de efectos totalmente mediados y el modelo de efectos parcialmente mediados.

En el presente trabajo se han puesto a prueba estos modelos, analizando el posible papel mediador de los estresores cotidianos entre los AVE y la sintomatología general, externalizante e internalizante. Los resultados mostraron efectos directos de los AVE sobre la sintomatología, así como efectos indirectos a través de los estresores cotidianos, explicando el 18% del efecto para la sintomatología general, 13% en los síntomas externalizantes y 16% en los síntomas internalizantes.

Como se desprende de los análisis, los resultados parecen confirmar el modelo de efectos parcialmente mediados para la sintomatología, es decir, los AVE tendrían un efecto directo en los síntomas y los estresores cotidianos también mediarían en la relación. Datos contrarios a los de Clements et al. (2008) que no obtuvo apoyo para ninguno de los modelos de causación social, Schneiders et al. (2006) que no observó efecto principal de los eventos vitales recientes, o Stefanek et al. (2012) que sólo halló apoyo al modelo de efectos totalmente mediados, aunque los resultados de Seiffge-Krenke (2000) sí mostraron efectos parcialmente mediados. No obstante, todos los estudios mencionados se incluyen en exclusiva como síntomas, los depresivos. No se ha encontrado investigaciones con las que se puedan comparar estos hallazgos, por lo que se pone de relieve la necesidad de estudiar otra sintomatología, además de la depresiva, en la investigación del estrés en la infancia. Asimismo, destaca que los modelos de causación social parecen ser útiles y se pueden aplicar en otra sintomatología en la infancia.

Evaluando los resultados con respecto al sexo, según la hipótesis planteada, no se esperaba encontrar diferencias en los AVE y los estresores cotidianos. Al focalizar el estudio en el estrés como estímulo, sería lógico esperar que estos sucesos les ocurriesen por igual a todos los sujetos. Tras el análisis de los datos, se confirmó que no había diferencias en ninguno de los grupos de participantes.

En el presente estudio, al tratarse de eventos negativos e independientes del niño (no de sus progenitores) era de esperar que se distribuyesen al azar, sin discriminar entre sexos. En la literatura sobre los AVE, algunos autores tampoco han hallado diferencias de sexo ni en población general (e.g., Aune & Stiles, 2009; Furniss et al., 2009; Jiménez et al., 2009; Kim et al., 2003; McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009a; Morales & Guerra,

2006; Villalonga-Olives et al., 2010, 2013), ni en población clínica (e.g., Kaplow et al., 2014; Mayer et al., 2009; Romero et al., 2009). Sin embargo, otros investigadores han encontrado diferencias de sexo, siendo la tendencia general a que aparezca mayor prevalencia en las mujeres (e.g., Flouri & Kallis, 2007, 2011; Marcotte et al., 2002; Natsuaki et al., 2007; Strong et al., 2015; Villalonga-Olives et al., 2011), aunque en algunos han informado mayor afectación en los hombres (e.g., Malone et al., 2004; Rydell, 2010). Por ejemplo, Malone et al. (2004) relataron diferencias en la evolución de los problemas de comportamiento externalizante en los chicos, según la edad de los niños en la que sus progenitores se divorciaron. También con un diseño longitudinal, Pettit et al. (2010) observaron mayor asociación entre acontecimientos vitales negativos y síntomas depresivos en las adolescentes.

Algunas de estas diferencias respecto al sexo en la prevalencia de los AVE halladas en otros estudios no sorprenden si nos detenemos en el contenido de los ítems incluidos en los instrumentos, que no cumplen los criterios por definición de AVE, como se ha recogido antes.

Por otra parte, es posible, que las diferencias respecto al efecto de los AVE puedan tener que ver, con otras variables individuales, familiares o sociales, y que ello se refleje en las alteraciones psicológicas o los efectos diferentes en hombres y mujeres. Por ejemplo, ante el fallecimiento de un progenitor, es posible que a una hija se le asigne carga adicional de tareas domésticas que a un hijo, por los estereotipos sociales de género. Sin embargo, esto no ha sido objeto de análisis en el presente estudio.

El examen de los estresores cotidianos considerados a nivel global y en las tres puntuaciones tampoco arrojó diferencias entre niños y niñas. Circunstancia diversa se dio cuando se examinaron los estresores cotidianos según los factores encontrados por Santa Lucia et al. (2000), donde las niñas parecían estar en desventaja, y con diferencias

entre el grupo clínico y el grupo comunitario. Las niñas tuvieron mayor puntuación en frecuencia de estresores de iguales en ambos grupos, mayor frecuencia de estresores vividos con malestar de colegio en las pacientes, y de iguales y padres en las escolares, y, por ende, mayor fue la valoración de la intensidad del malestar en estos dos últimos estresores en las escolares.

Resultados que son contrarios al estudio original la escala de estresores cotidianos: Kanner et al. (1987) no encontró diferencia de sexos en el número total de estresores, pero sí en la frecuencia total de estresores valorados con malestar y la intensidad total de malestar, mayor en las chicas respecto a los chicos. Con el mismo instrumento se ha hallado mayor frecuencia e intensidad de malestar en chicos (Smith & Somhlaba, 2015). Con otras medidas se han visto mayor número de estresores en mujeres (e.g., Pinguart, 2009) o en varones (e.g., Miller & Townsend, 2005), mientras en otros no hubo diferencias (e.g., Salamon et al., 2011). Entre los estudios sobre AVE que incluyen ítems de estresores cotidianos, Lorente et al. (2009) encontró un patrón compartido entre sexos, pero mayor afectación en chicas de estresores de relaciones interpersonales (grupo de iguales y relaciones de pareja).

No obstante, los resultados coinciden, al menos parcialmente, con otros los de estudios, si tenemos en consideración los estresores por categorías. Parece que se ha observado mayor número de estresores de relaciones sociales o los iguales en chicas que en chicos, mientras en los chicos han aparecido más estresores de colegio (Santa Lucia et al., 2000). Stefanek et al. (2012) también informaron más estresores cotidianos de futuro, padres, personal, ocio y colegio en las chicas. Aunque no siempre se han hallado diferencias, a pesar de tener en cuenta categorías como amistad o progenitores (Wright et al., 2010).

A lo mejor estos hallazgos podrían explicarse si se hubiese tenido en cuenta la variable edad. Por ejemplo, Jose & Ratcliffe (2004), además de encontrar mayor frecuencia e intensidad de estresores en chicas, observaron mayor frecuencia a partir de los 12 años y de intensidad a partir de los 13 años.

Como en nuestro caso, algunos trabajos tampoco han obtenido diferencias de sexo en ninguno de los estresores considerados (e.g., Elgar et al., 2003; Escobar et al., 2013), ni en población clínica (e.g., Hewit et al., 2014).

En el presente estudio el estatus socioeconómico fue medido por unos ítems del cuestionario PISA (OECD, 2012), que incluye ítems sobre las posesiones en el hogar, las posesiones del niño (principalmente para sus estudios) y los libros en casa.

Se observó alguna relación significativa entre los estresores y el estatus socioeconómico y entre el estatus socioeconómico y los síntomas. Por ejemplo, el total de AVE y correlacionó con las posesiones, tanto en el grupo clínico como en el comunitario, como también ocurrió con los AVE socioeconómicos. Relación está última interesante y hasta cierto punto muy razonable, puesto que los ítems incluidos eran pocos pero referidos al trabajo de los progenitores. Además, en los escolares se halló relación con los AVE familiares y de enfermedad. Aunque, en menor medida, los estresores cotidianos también se asociaron con el estatus socioeconómico en los pacientes.

Estas circunstancias, a pesar que algunas parezcan obviedades, no son banales, sino que en la vida de un niño pueden ser situaciones estresantes que se conjugan unas con otras para tener un efecto acumulativo, con el riesgo de psicopatología.

Los análisis también mostraron relaciones entre el estatus socioeconómico y la sintomatología, especialmente en los escolares, pero en sentido contrario, a mayor estatus socioeconómico menos sintomatología externalizante (y problemas de

comportamiento) y mejor nivel de adaptación familiar. Curioso fue observar que las posesiones en el hogar (incluido los libros) se asociaron con menor adaptación escolar. Esperemos que este dato no sea indicativo que en el hogar de algunos niños se estén primando valores materiales en detrimento de otros como el esfuerzo, la educación o el respeto.

El estatus socioeconómico es una variable que se suele analizar, aunque en menor medida que la edad o el sexo (Grant et al. 2006). Algunos estudios han encontrado relación entre el estatus socioeconómico con los AVE (e.g., Natsuaki et al., 2007) o los estresores cotidianos (e.g., Guthrie et al., 2002), mientras no se ha constatado en otros estudios con los AVE (e.g., King et al., 2008).

Habría sido interesante observar la relación entre estresores, síntomas y estatus socioeconómico, pero no se ha contrastado tales interacciones, quedando pendiente para análisis futuros.

Las investigaciones sobre el estrés o sobre la infancia son muy numerosas. Sin embargo, los trabajos dedicados al estudio del estrés en la infancia aún no son suficientes para conocer las consecuencias del estrés en esta etapa de la vida. Y sorprende los escasos estudios del estrés en la infancia con población clínica en salud mental.

Las situaciones de estrés pueden tener un efecto importante en los niños, pudiendo llegar a provocar síntomas o trastornos (factor de riesgo), o bien que el niño se adapte a las adversidades y desarrolle fortalezas que le ayuden en su vida (factor de protección).

El presente trabajo ha intentado ser una aportación al estudio del estrés en la infancia, no sólo desde la perspectiva de la psicopatología, sino también desde las

capacidades y potencialidades, es decir, desde la capacidad de adaptación a determinadas circunstancias estresantes.

La investigación sobre el estrés, desde sus diferentes perspectivas, ha copado un amplio cuerpo de la literatura de adultos. Cuando nos fijamos en los estudios con población no adulta, como se ha podido comprobar en la revisión teórica, la mayoría están realizados con adolescentes, con algunas excepciones sólo con población infantil (e.g., Alves et al., 2011; Gustafsson et al., 2009; Platt et al., 2015; Rydell, 2010), y menos aún con pacientes (e.g., Willemen et al., 2008; Williamson et al., 2005).

Hasta nuestro conocimiento, esta es la primera investigación en España con población comunitaria y población clínica de salud mental de las relaciones entre acontecimientos vitales estresantes y estresores cotidianos y la sintomatología y nivel de adaptación. La tendencia general suele ser realizar la administración de los instrumentos a escolares, se evalúan los síntomas y se analiza la relación asumiendo que en la población clínica estas variables tienen el mismo comportamiento.

Ambas aportaciones son importantes puesto que se reconoce que la infancia es un momento crítico del desarrollo, donde el niño, que depende enteramente de los adultos que le cuidan, es permeable a todo lo que ocurra a su alrededor. La infancia también es un momento crítico de desarrollo de psicopatología. En el ámbito de la psicopatología de adultos, cuando se realiza una anamnesis del paciente, se recogen los datos de su historia, incluida su infancia y adolescencia. Sin embargo, este hecho parece tener poca relevancia, puesto que parece que se habla de dos mundos totalmente distintos cuando coinciden los profesionales que se dedican al ámbito de la infancia y los que trabajan con adultos, siendo frecuente el desencuentro entre ellos. Muchos procesos psicopatológicos importantes en la etapa adulta comienzan a gestarse o a expresar leves manifestaciones en la infancia. Como por ejemplo, la inhibición del comportamiento o

las dificultades de relación, que pueden ir agravándose en la adolescencia y llevar a un diagnóstico de trastorno mental. Y todo ello, incluso a pesar de las intervenciones y tratamientos de salud mental, cuyo objetivo en ocasiones consiste en contener, paliar o prevenir una mayor problemática psicopatológica y/o de exclusión.

Aunque cada vez es más frecuente obtener la información de los propios niños y adolescentes, aún muchos estudios se basan en los informes de otras fuentes, generalmente progenitores y profesores. Como se ha demostrado, distintas fuentes aportan información diferente: mejores informantes los niños de los síntomas internalizantes y mejor los otros de los síntomas externalizantes (Achenbach et al., 1987). También se ha expuesto cómo los niños informan de manera diferente a sus progenitores de los estresores que les ocurren (e.g., Johnston, 2003). No obstante, aquí también puede haber un sesgo podríamos llamar de subjetividad o deseabilidad, y que puede variar en función del contexto en el que se realice la evaluación (escolar, clínico, investigador...) y del propio sujeto en cuestión. Por ejemplo, la consulta de salud mental los niños son capaces de expresar sus sentimientos como sus comportamientos alterados si viven ese espacio como un lugar ayuda para ellos, para disminuir su sufrimiento y seguir avanzando en su desarrollo.

A pesar de contar con instrumentos destinados a la evaluación de niños y adolescentes, aún no son suficientes las medidas disponibles para los niños de 10 a 12 años. Los niños de este grupo de edad son capaces de responder con el instrumento adecuado, si éste se adapta a su desarrollo evolutivo.

En el estudio se ha realizado la traducción de medidas ampliamente empleadas en EE.UU., quedando pendiente las pruebas psicométricas para la adaptación definitiva (ITC; Muñiz et al., 2013). Estas escalas son la *Children's Hassles Scale* (CHS; Kanner

et al., 1987) y la *Modified Depression Scale* (MDS; Orpinas, 1993; en Dahlberg et al., 2005).

La MDS (Orpinas, 1993) se eligió porque parecía ser un instrumento útil, de fácil aplicación, que ha sido empleado en numerosos estudios y con buenas propiedades psicométricas. En este estudio es una medida que ha diferenciado los grupos en la relación entre los estresores cotidianos y los síntomas depresivos. Por lo que parece mostrar sensibilidad. No obstante, hay que ser cautos puesto que la consistencia interna obtenida en el presente estudio es moderada (más baja que la hallada en otras investigaciones).

La CHS (Kanner et al., 1987) ha sido empleada en numerosos estudios, se considera dentro de las medidas de autoinforme bien establecidas y que amplían la comprensión (Blount et al., 2008; División 54 de la APA) y la versión adulta, la “Escala de contrariedades” (HS, Kanner et al., 1981) es empleada en España. De momento se ha realizado la traducción y retrotraducción, se ha aplicado en un estudio piloto y posteriormente a los participantes de la investigación y se han realizado los análisis siguiendo los factores obtenidos por Santa Lucía et al. (2000). La consistencia interna obtenida para la escala global ha sido buena, pero moderada en para las subescalas. Por lo que quedarían pendientes algunas pruebas para su adaptación española, que, hasta donde se ha podido conocer, aún no se ha efectuado.

Sin embargo, los resultados obtenidos permiten anticipar algunas propuestas. Recordemos que inicialmente los instrumentos de estresores vitales de Holmes y Rahe (1967) y Coddington (1972) se basaban en unidades de cambio vital. Sin embargo, algunos autores (e.g., Johnson & McCutcheon, 1980; Rowlison & Felner, 1988; Swearingen & Cohen, 1985b) proponían que la valoración del impacto de los AVE aportaba poco a los resultados, más allá del simple recuento de frecuencia. Los análisis

de las puntuaciones de frecuencia de estresores vividos con malestar, tanto la puntuación total como en las cuatro categorías, y de las puntuaciones de valoración de la intensidad del malestar, revelaron que ambas puntuaciones eran similares. Dado los resultados del presente estudio, respecto a las altas correlaciones entre las puntuaciones de frecuencia de estresores valorados con malestar y la valoración del malestar, se sugiere que se tenga en cuenta sólo la primera puntuación. Incluir el recuento únicamente de los estresores valorados con malestar (y no la intensidad del malestar), puede eliminar complejidad a la prueba, reduciendo el número de alternativas de respuesta, facilitar la administración de la CHS a niños más pequeños, y posibilitar que en los protocolos se puedan incluir otras variables de interés para un determinado estudio.

Antes de pasar a comentar las limitaciones, señalar que quizás la aportación de mayor relevancia de esta investigación sea haber examinado las relaciones entre los AVE y los estresores cotidianos, y el papel mediador de estos últimos, sobre la sintomatología. Los estudios disponibles al respecto, han centrado su atención en los síntomas depresivos. En este trabajo, se han probado si los modelos de causación social comentados por Clements et al. (2008) podrían ser válidos para una sintomatología diferente a la depresiva. Por lo que, se ha partido de una clasificación con amplia tradición en el ámbito de la infancia y la adolescencia, los síntomas externalizantes e internalizantes, se han llevado a cabo los correspondientes análisis mediacionales, confirmando que los enfoques de causación social también pueden ser aplicables en estas categorías y en la sintomatología general.

Como cualquier aproximación a un objeto de estudio tan complejo como el ser humano, y no digamos la población infantil, este trabajo no está exento de limitaciones, que se comentaran a continuación.

Una de las limitaciones es el número reducido de participantes, tanto del grupo comunitario pero en especial del grupo clínico, que dificulta la extracción de conclusiones y la generalización de los resultados. Además el número de participantes es muy superior en el grupo de escolares respecto a los pacientes. El menor número de participantes del grupo clínico puede deberse a que se ha acotado la edad de los participantes, comprendiendo sólo tres años. Y es posible que esta sea una etapa en la que los niños acuden poco a la consulta de salud mental o las dificultades que presentan son menos relevantes para los padres para que consulten por ellos. Es una etapa, que podríamos decir, de poco cambio, más bien de transición. Recordemos que para algunos autores es el período de latencia, donde los intereses estarían más centrados en el aprendizaje. Es un momento, como se apuntaba de transición entre la infancia con muchos cambios (incorporación al colegio, nacimiento de hermano...) y la adolescencia, que es el período de mayor cambio en la vida de las personas, donde algunos incluso señalaban que no existía normalidad, que era muy difícil distinguir el límite entre lo normal y lo patológico (Freud, 1980), o la inestabilidad de la adolescencia hizo que algunos propusiesen el “síndrome de la adolescencia normal” (Aberastury & Knobel, 1984).

No obstante, el número de participantes en los estudios con población clínica infanto - juvenil, en general, salvo alguna excepción de estudios epidemiológico (e.g., Lucenko et al., 2015; McLaughlin et al. 2012; Tiet, Bird, Hoven, Moore et al., 2001) suele ser

pequeño, en torno a cien o doscientos sujeto, y en algunos casos menos de cincuenta cuando se examina un determinado trastorno (e.g., Gothelf et al., 2001).

Otra limitación referida a los sujetos se refiere al hecho que la participación en el estudio es voluntaria, y además, en el caso de los menores, requiere de la autorización de sus tutores legales. Esta situación puede llevar al sesgo que los niños con más dificultades o las familias con mayor problemática, rechacen participar o se nieguen a autorizar que su hijo participe en el estudio. En la presente investigación, en el caso de los pacientes, a pesar que algunos progenitores animaban a sus hijos, algún menor se negó a participar. Situación contraria ocurrió en el ámbito escolar, que algunos progenitores no autorizaron la administración del protocolo a sus hijos, que en el momento de aplicación de la prueba en la clase querían participar pero no podían hacerlo.

Todo ello, conduce a pensar que se haya perdido información importante, que podía haber llevado a mayor diferencia entre los grupos. Y, por supuesto, limita el conocimiento en la relación estresores y patología y adaptación, precisamente en las circunstancias más complicadas.

Tampoco se pueden olvidar las limitaciones inherentes a diseño de la investigación. Los estudios transversales, recogen la información en un determinado momento. Sería interesante disponer de información sobre el nivel previo, como se mencionaba antes al hallar diferencias en las asociaciones entre estresores cotidianos y síntomas depresivos entre los grupos. Y como es obvio, los diseños transversales no cuentan con datos en momentos posteriores. Asimismo, los diseños transversales no permiten extraer conclusiones causales, a lo sumo, se pueden suponer relaciones entre las diferentes variables estudiadas. En definitiva, el diseño es de nuevo un límite a la generalización de los resultados.

El empleo de cuestionarios de autoinformes supone un beneficio en términos de coste económico y de tiempo por las posibilidades de aplicación grupal y los análisis estadísticos. Pero implican una importante pérdida de información. Otros estudios por ejemplo, utilizan un protocolo de entrevista de investigación, que aportaría información contextual sobre los estresores en la vida de los niños y adolescentes. Una de las entrevistas empleadas en alguna investigación es la *Stressful Life Events Schedule* (SLES; Williamson et al., 2003).

Por otra parte, posiblemente el camino más directo hubiese sido contar con medidas de estresores con propiedades psicométricas demostradas, y adaptadas a población española. Pero en la revisión de la literatura no se hallaron instrumentos que se ajustasen a la población infantil ni encajasen con los objetivos de la investigación. Por todo ello, se optó por varias alternativas, no siempre acertadas, como ya se ha comprobado en el apartado metodológico. Para los AVE, se decidió crear un listado específico para este estudio que recogiese los sucesos estresantes mayores sólo de carácter negativo, que estuviesen fuera del control del niño, que supusiesen algún tipo de pérdida y cuyo contenido no fuese traumático, y que hubiesen ocurrido en los dos últimos años. Para los estresores cotidianos, se eligió el instrumento con el que dio comienzo al estudio de los estresores cotidianos en la infancia, la *Children's Hassles Scale* (Kanner et al., 1987), que aunque antiguo ha mostrado evidencia (Blunt et al., 2008), y parece que no existe la adaptación española del mismo.

Para la sintomatología y dificultades se eligió el SDQ (Goodman, 1998) que está siendo ampliamente empleado en investigaciones, y obtiene buenas propiedades psicométricas. Asimismo, se seleccionó una escala breve de depresión, la MDS (Orpinas, 1993), que pareció interesante por su brevedad y posibilidad de ser empleada como medida de evaluación rápida, de screening, pero con propiedades psicométricas más limitadas en el

presente estudio. Lo mismo ocurrió, respecto a la consistencia interna, con el instrumento empleado para la adaptación escolar, tomado de la encuesta PISA (OECD, 2012), que fue el que peor consistencia tuvo. Mejores resultados psicométricos mostró la escala de adaptación familiar construida “ad hoc”, lo cual fue una grata sorpresa.

Habitualmente en la investigación se han evaluado los síntomas, pero menos la adaptación (e.g., Grant et al., 2003). Aunque inicialmente se pretendía evaluar psicopatología y adaptación como dos constructos diferenciados, en este estudio la medida de adaptación social se basó en una de las escalas de síntomas. Es decir, se ha caído en el mismo error que se pretendía evitar.

A pesar de ser una práctica muy extendida en la investigación, el uso exclusivo de una fuente de información, en este caso el niño, también limita las conclusiones. Sería interesante haber contado con la información de otras fuentes cercanas al niño como los progenitores o los docentes.

Para discriminar entre los participantes del grupo clínico y comunitario, en el protocolo de estudio se incluyó una pregunta sobre si tenían o habían tenido tratamiento previo de salud mental. De esta manera eliminaron de los análisis los escolares que estaban en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. No obstante, esta cuestión no garantiza la independencia de los ambos grupos, puesto que algunos niños pueden haber contestado erróneamente, de manera no sincera, o incluso algunos confundir el tratamiento psicológico clínico con una intervención psicológica a nivel educativo. Además, aunque no se incluyeron en el estudio los niños con psicopatología grave o con dificultades cognitivas que pudiesen interferir en la comprensión de las preguntas, e iban aclarando las dudas de los niños durante la aplicación, tampoco está garantizado que el protocolo haya sido comprendido de manera adecuada o cumplimentado con la implicación de

todos participantes. Como tampoco está asegurado que los participantes hayan respetado en marco temporal definido para cada uno de los instrumentos.

En la presente investigación se ha intentado disminuir la confusión conceptual entre las medidas de estresores y de síntomas y adaptación. Es posible que la definición empleada de los AVE como situaciones negativas y fuera del control del niño (aunque no de los adultos que le cuidan) casi elimine esta confusión conceptual. Más dudoso es que se haya conseguido con los estresores cotidianos y la medida empleada (CHS, Kanner et al., 1987). Algunos de los ítems de estresores cotidianos tienen que ver con el comportamiento del niño (e.g., “te han castigado cuando has hecho algo mal”, “tu mejor amigo dijo que no quería ser tu amigo más”, “te has peleado con otro niño”), o con sus dificultades o psicopatología (e.g., “estabas aburrido y deseabas que hubiera algo interesantes que hacer”, “no supiste la respuesta cuando la profesora te preguntó”). Los estresores están relacionados con el día a día del niño y sus transacciones con el ambiente (Kanner et al., 1981), este intercambio generan una dinámica, que en ciertos casos resulta patológica.

Por ejemplo, a estas edades uno de los comentarios habituales de los niños suele ser que se aburren. En la consulta clínica, nos podemos encontrar que este es un comentario sin importancia, pero en ocasiones puede enmascarar dificultades en la autonomía por ejemplo en un niño dependiente o sobreprotegido por sus progenitores, o incluso patología más preocupante como síntomas depresivos.

La definición de AVE de este estudio, aunque pretende ser muy estricta, son AVE negativos, no traumáticos y de significado de pérdida para el niño, proviene de un consenso general que recoge la literatura. Pero la parte más cuestionable se refiere al concepto de pérdida, por ejemplo al considerar un cambio de domicilio o de colegio como una pérdida. Claro que es una pérdida, en sentido de interrupción de una situación

conocida, y que el cambio como decía Holmes y Rahe (1967) suponía un estrés en sí mismo, aunque fuese positivo. La duda surge cuando en estas situaciones la ganancia puede ser mayor que la pérdida. Se vuelve a poner de manifiesto que los constructos psicológicos son difíciles de cuantificar, y más aún cuando los diseños de investigación no son idiográficos.

Por otra parte, puesto que se han incluido AVE negativos no traumáticos, es probable que en algunos participantes hayan experimentado AVE traumáticos, que se relacionen con su sintomatología y nivel de adaptación, pero como no se han registrado en el listado (sobre todo en el grupo comunitario) no se han podido excluir de los análisis (como ocurrió con un paciente del grupo clínico).

Debido a la complejidad del ámbito, no se han incluido otras fuentes de estresores cotidianos que producen gran afectación en la infancia y la adolescencia como el acoso escolar. Tema que suele larvarse desde la educación primaria, que puede generar síntomas a veces inespecíficos o cambiantes, que generalmente es pasado por alto y ocultado por el propio niño, que cree que puede manejarlo sólo y le lleva a un círculo vicioso donde las soluciones que genera perpetúan aún más la problemática, pero cuyos efectos se hacen más patentes durante la adolescencia.

En la presente investigación tampoco se han llevado a cabo otros análisis que resultarían interesantes para el estudio de las relaciones entre estresores y síntomas y adaptación en la infancia. Por ejemplo, no se han realizado comparaciones entre los participantes respecto a la edad, debido a la limitada franja de edad de los participantes. Sin embargo, se podrían haber comparado a los más pequeños (los de 10 años) cercanos a la infancia, con los mayores (de 12 años) próximos o en el umbral de la adolescencia, para analizar las posibles diferencias. Otro análisis que no se ha efectuado se refiere a si existían diferencias entre los participantes nacidos en España o los de primera o segunda

generación de inmigrantes. Otra posibilidad, dentro del grupo clínico, del mismo modo que se agruparon a los pacientes por síntomas motivo de consulta, se podía haber procedido igual con los diagnósticos o con la modalidad de intervención en salud mental, incluido el tratamiento farmacológico, o incluso el tiempo de tratamiento en salud mental.

Asimismo, se han tenido en cuenta las relaciones entre las variables, pero no la variedad de factores de riesgo y protección que pueden estar implicados. Uno de los temas interesantes de investigar es la resiliencia, que como apuntaba la creadora del concepto (Luthar, 1991), recoge diferentes características que pueden hacer al individuo fuerte ante la adversidad de los estresores mayores y de las molestias cotidianas. De hecho, en un estudio prospectivo muy reciente, sobre los AVE y los eventos vitales negativos proximales, Shapero et al. (2015) apuntaban que la exposición a estresores moderados (no graves) durante la infancia podría amortiguar los efectos nocivos de los eventos estresantes en momentos posteriores de la vida. Estos autores observaron que la exposición a estresores moderados durante la infancia contribuyó a atenuar los síntomas depresivos en respuesta a eventos proximales negativos en la adolescencia. Por lo que especulaban que era posible que los estresores moderados en la infancia ofreciesen más oportunidades de aprender a manejar de manera eficaz los acontecimientos estresantes posteriores en la vida.

No deberíamos olvidar que no es lo mismo tener sintomatología que tener dificultades de adaptación. Las reacciones normales ante el estrés presentan las mismas manifestaciones que la sintomatología de los trastornos mentales. Pero, según recoge el DSM - 5 (APA, 2014), la propia definición de un trastorno indica que la sintomatología ha de producir alteración del funcionamiento en los contextos de la persona o sufrimiento significativo. Es decir, en general, las investigaciones se basan en

autoinformes sobre los síntomas o la adaptación, pero que no tienen en cuenta cómo esos síntomas configuran los síndromes o trastornos. A lo sumo, realizan un screening para asignar a los sujetos a diferentes grupos psicopatológicos (e.g., Cullen et al., 2014; Schneiders et al., 2006), pero eso no tiene por qué ser equiparable a un diagnóstico de trastorno mental.

Cuando acude un niño o un adolescente a la consulta clínica no acude por propia voluntad, si no que es traído por los adultos, con una demanda de los progenitores o de alguna institución, habitualmente el colegio. En general, en la consulta clínica aparecen niños con síntomas que no se entienden si no tenemos en cuenta el contexto familiar o el contexto social, incluso su propia historia personal. Por lo que es crucial realizar una exploración psicológica exhaustiva. En ocasiones comprobamos que los síntomas corresponden a reacciones, que podíamos considerar normales si analizamos la historia del menor y su entorno. Por ejemplo, un niño con cambios en el comportamiento y en las emociones, que cumplían criterios de depresión, y que la profesora identificó que habían aparecido “casualmente” poco después de un hecho altamente estresante como la pérdida de su hogar y sus juguetes.

En la línea de distinguir lo normal de lo patológico, se está llevando a cabo la revisión de la CIE, para publicar la versión 11. El equipo de trabajo sobre los trastornos relacionados con el estrés (trastorno de estrés postraumático, trastorno adaptativo, duelo o reacciones de estrés agudo), está verificando los diagnósticos de la CIE-10 y su utilidad clínica (Maercker et al., 2013). Entre las propuestas, parece estar la creación de una categoría separada de los trastornos específicamente asociados con el estrés, en lugar de incluirlos entre los trastornos de ansiedad como ocurre en las clasificaciones de la OMS (1992) y de la APA (2014). En concreto, con las reacciones de estrés agudo, consideran que aunque estas reacciones puedan ser objeto de atención clínica, entrarían

dentro del rango de la normalidad, por lo que proponen que no se incluyan con otros trastornos mentales, sino como problemas que necesitan intervención terapéutica, pero sin patologizar porque no constituyen un trastorno en sí mismos (Maercker et al., 2013).

En este sentido, el papel de los profesionales de la infancia y la adolescencia es fundamental para identificar posibles niños con riesgo, para ofrecer los apoyos necesarios, aunque en ocasiones incluso paliativos, para que el menor pueda seguir con su desarrollo evolutivo. En el contexto escolar, el papel de los docentes como es de gran relevancia. En muchos estudios se repite que el colegio es una fuente de estrés en los niños, como no puede ser de otra manera porque es donde pasan buena parte de su vida diaria, incluso cada vez más tiempo si añadimos el exceso de actividades extraescolares. Por este motivo, es interesante identificar los factores que actúan como protección, que hacen fuerte a los individuos, para contar con herramientas de detección precoz y poder desarrollar programas preventivos en la infancia y la adolescencia, y en especial a aquellos individuos que estén en mayor riesgo, ya sea por sus características personales, familiares y/o sociales.

Respecto a la intervención en salud mental, mencionar que se debería trabajar desde una perspectiva comunitaria, tejiendo una red entre todos los profesionales implicados en la atención de niños y adolescentes, y teniendo en cuenta una perspectiva de abordaje integral del menor. Este enfoque, que se recoge en numerosos documentos como la Estrategia Europea de Salud para niños y adolescentes (WHO, 2014) o el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (2010), a veces se olvida y se abordan los síntomas de manera aislada, con las consecuencias que ello conlleva para el desarrollo del niño y del adolescente.

Para finalizar, la revisión de la literatura y la investigación presentada sobre los acontecimientos vitales estresantes y los estresores cotidianos en la infancia y la adolescencia, vuelven a poner de relieve las dificultades y limitaciones mencionadas en las revisiones publicadas en diferentes momentos de la historia de este ámbito de conocimiento (Compas, 1987; Grant et al., 2003, 2004, 2006; Johnson, 1986), así como las numerosas posibilidades de futuro. A pesar de la tendencia a considerar que los estresores se asocian con las alteraciones psicológicas, la evidencia no es concluyente y parece que aún quedará un largo camino por recorrer. La complejidad del campo es tal, que cualquier abordaje permite sólo una visión parcial.

La investigación futura presenta un amplio abanico. El presente trabajo se podría extender con un análisis longitudinal, por ejemplo, evaluando a los mismos niños en otro momento (e.g., a los dos años), o realizar diferentes medidas (e.g., evaluaciones cada dos años o hasta llegar al inicio de la etapa adulta), para ver si las variables continúan relacionándose de la misma manera, o incluso lanzarse a realizar posibles explicaciones causales. Asimismo, se podrían examinar otras variables relevantes individuales como las estrategias de afrontamiento o la resiliencia, o variables familiares con información sobre la dinámica familiar o la psicopatología de los progenitores como otras fuentes de estrés en la infancia y la adolescencia, por poner sólo algunos ejemplos. Además de algunos análisis que no se han efectuado sobre las diferencias de sexo en la relación entre estresores y sintomatología y adaptación como han mostrado algunos estudios.

En definitiva, es evidente que la adaptación se relaciona con la sintomatología. Aunque la tendencia de la investigación de los estresores en la infancia y la adolescencia se ha focalizado en los síntomas, y en menor medida, en el nivel de adaptación. Es casi probable que se trate de dos caras de la misma moneda, y se podría

decir que en el primero se pone el foco en lo patológico y en el segundo en lo positivo. No obstante, cualquier acercamiento que permita profundizar en el conocimiento de la infancia y la adolescencia y de los factores de riesgo y protección de la psicopatología puede contribuir a mejorar la atención en esta etapa y las posteriores de la vida.

9. CONCLUSIONES

- A nivel de sintomatología, como era de esperar, se observaron diferencias entre el grupo clínico y el grupo comunitario, con mayores niveles de sintomatología en general y de síntomas externalizantes e internalizantes en los pacientes.
- A nivel de adaptación se hallaron diferencias entre los pacientes y los escolares en la adaptación escolar y familiar, pero no en la adaptación social.
- Los síntomas externalizantes mostraron diferencias entre los grupos de participantes, con mayor prevalencia en los pacientes, pero no diferencias de sexo.
- Los síntomas internalizantes mostraron diferencias respecto a los participantes, diferencias de sexo, y en la interacción. Las puntuaciones más altas fueron para las mujeres, y en especial para las del grupo clínico.
- 90% del total de los participantes informó haber experimentado al menos un AVE en los dos últimos años. En el grupo clínico se experimentaron con mayor frecuencia dos eventos (22.3%), mientras en el grupo comunitario, un evento (22.3%)
- El promedio de AVE superó los 3 eventos, siendo significativamente superior en el grupo clínico.
- Los AVE más frecuentes fueron los de la categoría de fallecimiento (alrededor del 55%), seguido de los socioeconómicos (superior a 30%).
- Los AVE se relacionaron positiva y significativamente con la sintomatología. Al contrario de lo esperado, la asociación entre las variables fue más frecuente en el grupo de escolares.

- Al comparar la relación entre los AVE y los síntomas, se encontraron pocas diferencias entre los grupos, con la excepción que fue mayor la asociación en los pacientes entre los AVE de tipo familiar y los síntomas de hiperactividad.
- Los AVE se relacionaron negativa y significativamente con la adaptación escolar, social y familiar. En los escolares, los eventos de enfermedad y fallecimiento se asociaron con menor adaptación escolar, los eventos familiares y socioeconómicos con menor adaptación familiar, y los de enfermedad, fallecimiento y socioeconómico con menor adaptación social. En el grupo clínico, sólo fue significativa la relación entre eventos de fallecimiento y adaptación escolar.
- Respecto a los estresores cotidianos, el promedio fue de once en el último mes, de los cuales, aproximadamente seis fueron vividos con malestar. Las puntuaciones globales de estresores cotidianos no revelaron diferencias entre los grupos de participantes.
- Los estresores cotidianos, considerados a nivel global, se relacionaron positiva y significativamente con todas las medidas de síntomas en ambos grupos de participantes. Los grupos no mostraron diferencias en esta relación, con la excepción de los síntomas depresivos que la asociación con los estresores cotidianos fue más fuerte en el grupo de los pacientes.
- Los estresores cotidianos se relacionaron negativa y significativamente con la adaptación escolar, social y familiar en el grupo de escolares. De nuevo, menos frecuentes fueron las asociaciones significativas entre las variables en los pacientes. Se observaron algunas diferencias entre ambos grupos en la relación entre estresores y adaptación escolar.

- El análisis de estresores por tipo contenido (iguales, colegio, familia y progenitores) mostró también asociaciones con la sintomatología, aunque mayor relación en los escolares.
- No se observaron diferencias entre las puntuaciones de frecuencia de estresores cotidianos vividos con malestar y las puntuaciones de valoración de la intensidad de malestar, y las asociaciones de ambas puntuaciones fueron similares con la sintomatología y la adaptación.
- En el grupo clínico, se analizó la sintomatología motivo de consulta y su relación con los estresores. Las diferencias observadas fueron pocas. Los síntomas relacionales se asociaron con el total de AVE, los eventos de fallecimiento y los familiares, mientras que los síntomas físicos o somáticos y de déficit de autonomía lo hicieron con los estresores cotidianos. No se pudo probar un patrón específico, porque la clasificación de los síntomas no era excluyente.
- Se realizaron análisis mediacionales de la relación entre los AVE y los estresores cotidianos con la sintomatología general, externalizante e internalizante. Se observaron efectos directos de los AVE y efectos indirectos a través de los estresores cotidianos sobre la sintomatología, explicando del 13 al 18% del efecto.
- Respecto al análisis por sexos, la frecuencia de los AVE y las puntuaciones totales de estresores cotidianos no mostraron diferencias en ninguno de los grupos de participantes.
- Al analizar los estresores cotidianos por contenido, se observaron diferencias de sexo en las cuatro categorías, con un patrón diferente entre los grupos, aunque el área de iguales fue la más repetida.

- Respecto al estatus socioeconómico, se observaron algunas relaciones significativas con los estresores, tanto con los AVE como con los estresores cotidianos, en especial en el grupo comunitario.
- En definitiva, los acontecimientos vitales estresantes y los estresores cotidianos se relacionaron con el funcionamiento del niño, aunque esta relación, contrario a lo esperado, apareció con mayor frecuencia en el grupo no clínico.
- Aproximadamente sólo 10% de los participantes, no había experimentado ningún acontecimiento vital estresante negativo independiente de su control.
- Parece necesario continuar la investigación del estrés en el ámbito de la infancia y la adolescencia.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. R., Fishman, M. B., Cohen, J. R., & Young, J. F. (2012). Personality predispositions to depression in children of affectively-ill parents: The buffering role of self-esteem. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *41*(4), 391-401. doi: 10.1080/15374416.2012.654463. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2012.654463>
- Abela, J. R. Z., & Skitch, S.A. (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: Cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1127–1140. doi:10.1016/j.brat.2006.09.011.
- Abela, J. R., Zuroff, D. C., Ho, M. H. R., Adams, P., & Hankin, B. L. (2006). Excessive reassurance seeking, hassles, and depressive symptoms in children of affectively ill parents: A multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *34*(2), 165-181. doi: 10.1007/s10802-005-9011-x. Recuperado de: http://www.du.edu/ahss/psychology/gem/media/documents/abela_excessivereassurance.pdf
- Aberastury, A. & Knobel, M. (1984). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Paidós Educador.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the youth self-report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of crossinformant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*, 213-232. doi: 10.1037/0033-2909.101.2.213. Recuperado de:

http://www.researchgate.net/profile/Stephanie_Mcconaughey/publication/19598631_Childadolescent_behavioral_and_emotional_problems_implications_of_cross-informant_correlations_for_situational_specificity/links/5496fd590cf20f487d316430.pdf

Agrawal, A., Garg, R., & Urajnik, D. (2010). Appraisal of school-based stressors by fourth-grade children: A mixed method approach. *Creative Education*, 1(03), 196-201. doi:10.4236/ce.2010.13029. Recuperado de: <http://file.scirp.org/Html/3373.html>

Aláez, M., Martínez, R. & Rodríguez-Sutil, C. (1998). Características de la población infanto-juvenil que demanda asistencia psicológica en un centro de salud comunitario (CIS de Hortaleza) I: Los padres como informantes. *Clínica y Salud*, 9(3), 563-596.

Alves, D. E., Roysamb, E., Oppedal, B., & Zachrisson, H. D. (2011). Emotional problems in preadolescents in Norway: the role of gender, ethnic minority status, and home-and school-related hassles. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 5(1), 37. Recuperado de: <http://www.capmh.com/content/5/1/37>

Allen, J. L., & Rapee, R. M. (2009). Are reported differences in life events for anxious children and controls due to comorbid disorders? *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 511-518. doi:10.1016/j.janxdis.2008.10.005. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.10.005>

Allison, K. W., Burton, L., Marshall, S., Perez-Febles, A., Yarrington, J., Kirsh, L. B., & Merriwether-DeVries, C. (1999). Life experiences among urban adolescents: Examining the role of context. *Child Development*, 70(4)1017-1029.

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

American Psychological Association. Division 54. *Evidence-based Practice Resources. Assessment Resource Sheet: Stress and Coping*. Society of Pediatric Psychology. Recuperado de: <http://www.apadivisions.org/division-54/evidence-based/stress-coping-assessment.aspx>

Ash, C., & Huebner, E. S. (2001). Environmental events and life satisfaction reports of adolescents a test of cognitive mediation. *School Psychology International*, 22(3), 320-336. doi:10.1177/0143034301223008

Asociación Médica Mundial (AMM). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Recuperado de: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

Asselmann, E., Wittchen, H. U., Lieb, R., Höfler, M., & Beesdo-Baum, K. (2015). Danger and loss events and the incidence of anxiety and depressive disorders: a prospective-longitudinal community study of adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 45(01), 153-163. doi:10.1017/S0033291714001160.

Aune, T., & Stiles, T. C. (2009). The effects of depression and stressful life events on the development and maintenance of syndromal social anxiety: Sex and age differences. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(4), 501-512. doi:10.1080/15374410902976304. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/15374410902976304>

Balistreri, K. S. (2015). Adverse Childhood Experiences, the Medical Home, and Child Well-Being. *Maternal and child health journal*, 19(11), 2492-2500. doi: 10.1007/s10995-015-1770-6

- Banez, G. A., Compas, B. E. (1990). Children's and parents' daily stressful events and psychological symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(6), 591-605.
- Barrett, S., & Heubeck, B. G. (2000). Relationships Between School Hassles and Uplifts and Anxiety and Conduct Problems in Grades 3 and 4. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 21(5), 537-554. doi:10.1016/S0193-3973(00)00053-8. Recuperado de: <http://rpcompl.sim.ucm.es/iiiscidiriii/science/article/pii/S0193397300000538#>
- Berden, G. F. M., Althaus, M., & Verhulst, F. C. (1990). Major life events and changes in the behavioural functioning of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 949–959. doi: 10.1111/j.1469-7610.1990.tb00836.x
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553.
- Blount, R. L., Simons, L. E., Devine, K. A., Jaaniste, T., Cohen, L. L., Chambers, C. T., & Hayutin, L. G. (2008). Evidence-based Assessment of Coping and Stress in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 1021–1045. Recuperado de: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/early/2007/10/15/jpepsy.jsm071.full.pdf>
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Editorial Paidós, 1993.
- Boer, F., Markus, M. T., Maingay, R., Lindhout, I. E., Borst, S. R., & Hoogendijk, T. H. (2002). Negative life events of anxiety disordered children: bad fortune, vulnerability, or reporter bias? *Child psychiatry and human development*, 32(3), 187-199. doi: 10.1023/A:1017952605299
- Bouma, E. M., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Oldehinkel, A. J. (2008). Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: the influence of parental

depression, temperament and family environment. *Journal of affective disorders*, 105(1), 185-193. doi: 10.1016/j.jad.2007.05.007. Recuperado de:

http://www.researchgate.net/profile/Johan_Ormel/publication/6261809_Stressful_life_events_and_depressive_problems_in_early_adolescent_boys_and_girls_The_influence_of_parental_depression_on_temperament_and_family_environment/links/0912f50f3c808f1194000000.pdf

Bowker, A., M. Bukowski, W., Hymel, S., & Sippola, L. K. (2000). Coping with daily hassles in the peer group during early adolescence: Variations as a function of peer experience. *Journal of Research on Adolescence*, 10(2), 211-243.

Brand, A. H., & Johnson, J. H. (1982). Note on reliability of the Life Events Checklist. *Psychological Reports*, 50(3c), 1274-1274.

Bridley, A., & Jordan, S. S. (2012). Child Routines Moderate Daily Hassles and Children's Psychological Adjustment. *Children's Health Care*, 41(2), 129-144. doi: 10.1080/02739615.2012.657040.

Brobeck, E., Marklund, B., Haraldsson, K., & Berntsson, L. (2007). Stress in children: how fifth-year pupils experience stress in everyday life. *Scandinavian journal of caring sciences*, 21(1), 3-9.

Brown GW, Harris TO (eds.): Life Events and Illness. New York, Guilford Press, 1989.

Brozina, K., & Abela, J. R. (2006). Behavioural inhibition, anxious symptoms, and depressive symptoms: A short-term prospective examination of a diathesis-stress model. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1337-1346. doi:10.1016/j.brat.2005.09.010.

Bruce, A. E., Cole, D. A., Dallaire, D. H., Jacquez, F. M., Pineda, A. Q., & LaGrange, B. (2006). Relations of parenting and negative life events to cognitive diatheses for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(3), 310-322. doi: 10.1007/s10802-006-9019-x

- Canalda, G. & Carbonés, J. (2005). Acontecimientos vitales. En L. Ezpeleta, *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 337-358). Barcelona: Masson.
- Canalda, G., Toro, J., Vallès, A., & Martínez, E. (1992). A life events scale Spanish children. *European Journal of Psychology Assessment*, 8(3), 172-188.
- Carter, J. S., Garber, J., Ciesla, J. A., & Cole, D. A. (2006). Modeling relations between hassles and internalizing and externalizing symptoms in adolescents: A four-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 428-442. doi:10.1037/0021-843X.115.3.428. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/Judy_Garber/publication/6918906_Modeling_relations_between_hassles_and_internalizing_and_externalizing_symptoms_in_adolescents_a_four-year_prospective_study/links/0deec531fd7b1d2ac8000000.pdf
- Cerel, J., Fristad, M. A., Verducci, J., Weller, R. A., & Weller, E. B. (2006). Childhood bereavement: psychopathology in the 2 years postparental death. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 681-690. doi:10.1097/01.chi.0000215327.58799.05
- Chan, S. M., Chan, S. K., & Kwok, W. W. (2014). Ruminative and catastrophizing cognitive styles mediate the association between daily hassles and high anxiety in Hong Kong adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(1), 57-66. doi:10.1007/s10578-014-0451-9
- Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2003). Experience of life hassles and psychological adjustment among adolescents: Does it make a difference if one is optimistic or pessimistic? *Personality and Individual Differences*, 34, 867-879.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and

depression scale. *Behaviour research and therapy*, 38(8), 835-855. doi:10.1016/S0005-7967(99)00130-8

Clements, M., Aber, J.L., & Seidman, E. (2008). The dynamics of life stressors and depressive symptoms in early adolescence: A test of six theoretical models. *Child Development*, 79, 1168-1182. doi:10.1111/j.1467-8624.2008.01182.x

Coddington, R. D. (1972b). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. II. A study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 205–213. doi:10.1016/0022-3999(72)90045-1

Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In S. Cohen, R. C. Kessler & L. U. Gordon, *Measuring stress. A guide for health and social scientists* (p. 3-26). Oxford University Press.

Cohen, L. H. & Park, C. (1992). Life stress in children and adolescents: An overview of conceptual and methodological issues. In A. M. La Greca, L. J. Siegel, J. L. Wallander & C. E. Walker, *Stress and coping in child health*. New York: The Guilford Press.

Cole, D. A., Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J., & Paul, G. (2006). Stress exposure and stress generation in child and adolescent depression: a latent trait-state-error approach to longitudinal analyses. *Journal of abnormal psychology*, 115(1), 40. doi:10.1037/0021-843X.115.1.40. Recuperado de:
http://www.yale.edu/snhlab/Development%20and%20Prevention_files/Cole%20et%20a1,2006.pdf

Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7(3), 275-302. Recuperado de:
<http://vkc.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/11/Compas-1987-Clin-Psy-Review.pdf>

- Compas, B. E., Davis, G. E., & Forsythe, C. J. (1985). Characteristics of life events during adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 13(6), 677-691. doi:10.1007/BF00929795. Recuperado de:
<http://vkc.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/11/Compas-et-al.-1985.pdf>
- Compas, B. E., Davies, G. E., Forsythe, C. J., & Wagner, B. M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 1-8. Recuperado de:
<http://vkc.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/11/Compas-et-al.-JCCP-1987.pdf>
- Compas, B. E., Howell, D. C., Phares, V., Williams, R. A., & Ciunta, C. T. (1989). Risk factors for emotional/behavioral problems in young adolescents: A prospective analysis of adolescent and parental stress and symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 732-740.
- Compas, B. E., Howell, D. C., Phares, V., Williams, R. A., & Ledoux, N. (1989). Parent and child stress and symptoms: an integrative analysis. *Developmental Psychology*, 25(4), 550. Recuperado de: <http://vkc.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/05/compas-et-al.-dev-psy-1989.pdf>
- Compas, B. E., Wagner, B. M., Slavin, L. A., & Vannatta, K. (1986) A prospective study of life events, social support, and psychological symptomatology during the transition from high school to college. *American Journal of Community Psychology*, 14, 241-257. doi:10.1007/BF00911173. Recuperado de:
<http://vkc.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/11/Compas-et-al.-1986.pdf>

Comunidad de Madrid (2010). *Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014*. Dirección General de Hospitales. Consejería de Sanidad. Recuperado de:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPLAN+E+SALUD+MENTAL+2010-2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1268585196938&ssbinary=true>

Cooper, S. M., Guthrie, B. J., Brown, C., & Metzger, I. (2011). Daily hassles and African American adolescent females' psychological functioning: direct and interactive associations with gender role orientation. *Sex roles*, 65(5-6), 397-409. doi:10.1007/s11199-011-0019-0

Cowen, E. L., Weissberg, R. P., & Guare, J. (1984). Differentiating attributes of children referred to a school mental health program. *Journal of abnormal child psychology*, 12(3), 397-409. doi: 10.1007/BF00910655

Creasey, G., Mitts, N., & Catanzaro, S. (1995). Associations among daily hassles, coping, and behaviour problems in nonreferred kindergarteners. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 311–319.

Cullen, A. E., Fisher, H. L., Roberts, R. E., Pariante, C. M., & Laurens, K. R. (2014). Daily stressors and negative life events in children at elevated risk of developing schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 354-360. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127001. Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/content/204/5/354.full>

Currier, J. M., Jobe-Shields, L. E., & Phipps, S. (2009). Stressful Life Events and Posttraumatic Stress Symptoms in Children With Cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (1), 28–35. doi:10.1002/jts.20382. Recuperado de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2649970/>

- Dahlberg L. L., Toal, S. B., Swahn, M., & Behrens, C. B. (2005). *Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention*. National Center for Injury Prevention and Control (2nd ed.). Recuperado de: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED486261.pdf>
- Davis, G. E., & Compas, B. E. (1986). Cognitive appraisal of major and daily stressful events during adolescence: A multidimensional scaling analysis. *Journal of youth and adolescence, 15*(5), 377-388. doi:10.1007/BF02143520. Recuperado de: <http://vkc.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/11/Davis-Compas-1986.pdf>
- Davis, M. C., Matthews, K. A., & Twamley, E. W. (1999). Is life more difficult on Mars or Venus? A meta-analytic review of sex differences in major and minor life events. *Annals of Behavioral Medicine, 21*(1), 83-97. doi:10.1007/BF02895038
- de Anda, D., Baroni, S., Boskin, L., Buchwald, L., Morgan, J., Ow, J., ... & Weiss, R. (2000). Stress, stressors and coping among high school students. *Children and youth services review, 22*(6), 441-463.
- DeLongis, A., Coyne, J. C, Dakof, G., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1982). Relationships of hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology, 1*, 119-136.
- DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 486- 495.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R revised manual*. Baltimore: John Hopkins School of Medicine.
- Dohrenwend, B. P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological bulletin, 132*(3), 477. doi:10.1037/0033-2909.132.3.477. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1584216/>

- Dohrenwend, B. S., Dohrenwend, B. P., Dodson, M., & Shrout, P. E. (1984). Symptoms, hassles, social supports, and life events: Problem of confounded measures. *Journal of abnormal psychology, 93*(2), 222.
- Dohrenwend, B. P., & Shrout, P. E. (1985). "Hassles" in the conceptualization and measurement of life stress variables. *American Psychologist, 40*(7), 780-785.
- Dowdney, L. (2000). Annotation: Childhood bereavement following parental death. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*(07), 819-830. Recuperado de: http://www.psybc.com/pdfs/Children_and_Grief.pdf
- Dowdney, L. (2005). Children bereaved by parent or sibling death. *Psychiatry, 4*(9), 118-122. doi:10.1383/psyt.2005.4.9.118
- Dubois, D. L., Burk-Braxton, C., Swenson, L. P., Tevendale, H. D., & Hardesty, J. (2002). Race and gender influences on adjustment in early adolescence: Investigation of an Integrative Model. *Child Development, 73*(5), 1573-1592). doi:10.1111/1467-8624.00491. Recuperado de: <http://www.academicroom.com/article/race-and-gender-influences-adjustment-early-adolescence-investigation-integrative-model>
- DuBois, D. L., Felner, R. D., Brand, S., Adan, A. M., & Evans, E. G. (1992). A prospective study of life stress, social support, and adaptation in early adolescence. *Child Development, 63*, 542–557. doi: 10.1111/j.1467-8624.1992.tb01645.x
- DuBois, D. L., Felner, R. D., Meares, H., & Krier, M. (1994). Prospective investigation of the effects of socioeconomic disadvantage, life stress, and social support on early adolescent adjustment. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 511–522. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.103.3.511>
- Dunn, E. C., Johnson, R. M., & Green, J. G. (2012). The Modified Depression Scale (MDS): A Brief, No-Cost Assessment Tool to Estimate the Level of Depressive Symptoms in

Students and Schools. *School Mental Health*, 4(1), 34-45. doi:10.1007/s12310-011-9066-5. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3359067/>

Eckenrode, J., & Bolger, N. (1995), Daily and within-day event measurement. . In S. Cohen, R. C. Kessler & L. U. Gordon, *Measuring stress. A guide for health and social scientists* (p. 80-101). Oxford University Press.

Elgar, F. J., Arlett, C., & Groves, R. (2003). Stress, coping, and behavioural problems among rural and urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 26(5), 574-85. doi:10.1016/S0140-1971(03)00057-5. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/Frank_Elgar/publication/10569783_Stress_coping_and_behavioural_problems_among_rural_and_urban_adolescents/links/00b495182c21371c64000000.pdf

Escobar, M., Alarcón, R., Blanca, M. J., Fernández-Baena, F. J., Rosel, J. F., & Trianes, M. V. (2013). Daily stressors in school-age children: A multilevel approach. *School psychology quarterly*, 28(3), 227-238. doi:10.1037/spq0000020. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/Jesus_Rosel/publication/255787678_Daily_Stressors_in_School-Age_Children_A_Multilevel_Approach/links/546b65d80cf2f5eb18091c4d.pdf

Escobar, M., Trianes, M. V., Fernández-Baena, F. J., & Miranda, J. (2010). Relaciones entre aceptación sociométrica escolar e inadaptación socioemocional, estrés cotidiano y afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(3), 469-479. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v42n3/v42n3a10.pdf>

Estévez, R. M., Oliva, A. & Parra, A. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontami
. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 39-53. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v44n2/v44n2a04.pdf>

Fernández, C., & Kröner-Herwig, B. (2013). Different trajectories of depressive symptoms in children and adolescents: Predictors and differences in girls and boys. *Journal of youth*

and adolescence, 42(8), 1169-1182. doi: 10.1007/s10964-012-9858-4. Recuperado de:
<http://link.springer.com/article/10.1007/s10964-012-9858-4/fulltext.html>

Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K. y Domènech-Llabería, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(2), 123-136. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.2.2012.11209>

Flook, L. (2011). Gender differences in adolescents' daily interpersonal events and well-being. *Child development*, 82(2), 454-461. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01521.x.

Flouri, E., Buchanan, A., Tan, J. P., Griggs, J., & Attar-Schwartz, S. (2010). Adverse life events, area socio-economic disadvantage, and adolescent psychopathology: The role of closeness to grandparents in moderating the effect of contextual stress. *Stress*, 13(5), 402-412. doi: 10.3109/10253891003671690

Flouri, E., & Kallis, C. (2007). Adverse life events and psychopathology and prosocial behavior in late adolescence: testing the timing, specificity, accumulation, gradient, and moderation of contextual risk. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1651-1659. doi: 10.1097/chi.0b013e318156a81a

Flouri, E., & Kallis, C. (2011). Adverse life events and mental health in middle adolescence. *Journal of adolescence*, 34(2), 371-377. doi:10.1016/j.adolescence.2010.04.001

Flouri, E., & Mavroveli, S. (2013). Adverse life events and emotional and behavioural problems in adolescence: The role of coping and emotion regulation. *Stress and Health*, 29(5), 360-368. doi: 10.1002/smi.2478

Flouri, E., & Panourgia, C. (2011). Adverse life events and emotional and behavioral problems in adolescence: the role of non-verbal cognitive ability and negative cognitive errors. *Journal of abnormal child psychology*, 39(5), 695-709. doi:10.1007/s10802-011-9514-6

- Flouri, E. & Tzavidis, N. (2008). Psychopathology and prosocial behavior in adolescents from socio-economically disadvantaged families: the role of proximal and distal adverse life events. doi: 10.1007/s00787-008-0693-9. Recuperado de: http://eprints.ioe.ac.uk/1377/1/flouri_tzavidis_4_march_08_resubmission_ef3.pdf
- Flouri, E., Tzavidis, N., & Kallis, C. (2010). Adverse life events, area socioeconomic disadvantage, and psychopathology and resilience in young children: the importance of risk factors' accumulation and protective factors' specificity. *European child & adolescent psychiatry*, 19(6), 535-546. doi: 10.1007/s00787-009-0068-x. Recuperado de: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00535182/document>
- Fox, J. K., Halpern, L. F., Ryan, J. L., & Lowe, K. A. (2010). Stressful life events and the tripartite model: Relations to anxiety and depression in adolescent females. *Journal of adolescence*, 33(1), 43-54. doi:10.1016/j.adolescence.2009.05.009
- Freud, A., Pardal, I., & Abreu, S. B. (1980). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Paidós Ibérica. 1992.
- Furniss, T., Beyer, T., & Müller, J. M. (2009). Impact of life events on child mental health before school entry at age six. *European child & adolescent psychiatry*, 18(12), 717-724. doi:10.1007/s00787-009-0013-z. Recuperado de: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00535143/document>
- Galla, B. M., & Wood, J. J. (2015). Trait Self-Control Predicts Adolescents' Exposure and Reactivity to Daily Stressful Events. *Journal of personality*, 83(1), 69-83. doi: 10.1111/jopy.12083
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder Jr, G. H. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental psychology*, 37(3), 404. doi:10.1037//0012-1649.37.3.404. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.503.4093&rep=rep1&type=pdf>

- Ge, X., Natsuaki, M. N., & Conger, R. D. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and ondivorced families. *Development and psychopathology*, 18(01), 253-273. doi:10.1017/S0954579406060147
- Ge, X., Natsuaki, M. N., Neiderhiser, J. M., & Reiss, D. (2009). The longitudinal effects of stressful life events on adolescent depression are buffered by parent–child closeness. *Development and psychopathology*, 21(02), 621-635. doi:10.1017/S0954579409000339. Recuperado de:
http://psych.colorado.edu/~willcutt/pdfs/Ge_2009.pdf
- Giallo, R., & Gavidia-Payne, S. (2006). Child, parent and family factors as predictors of adjustment for siblings of children with a disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 937-948. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00928.x
- González, J., Fernández, S., Pérez, E., & Santamaría, P. (2004). *Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA Ediciones.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337–1345.
- Goodman, A., Lamping, D. L., & Ploubidis G. B. (2010). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179-1191. doi:10.1007/s10802-010-9434-x. Recuperado de:

http://researchonline.lshtm.ac.uk/3300/1/sa2010Goodman_When_to_use_broader_internalising_and_externalising_subscales_instead_of_the_hypothesised_five_subscales_on_the_Strengths_andSDQstructure.pdf

Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130. doi:10.1007/s007870050057. Recuperado de:

<http://www.sdqinfo.org>

Goodyer, I. M. (1990). Annotation: recent life events and psychiatric disorder in school age children. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 31(6), 839-48. doi:10.1111/j.1469-7610.1990.tb00828.x

Goodyer, I. M. (1992). Stressful life events and childhood illness. *Archives of disease in childhood*, 67(6), 673. Recuperado de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1793791/pdf/archdisch00637-0011.pdf>

Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A., & Altham, P. M. E. (2000a). First-episode major depression in adolescents Affective, cognitive and endocrine characteristics of risk status and predictors of onset. *The British Journal of Psychiatry*, 176(2), 142-149. doi: 10.1192/bjp.176.2.142. Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/content/176/2/142.full>

Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A., & Altham, P. M. E. (2000b). Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of mayor depression in high-risk adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 177, 499-504. doi:10.1192/bjp.177.6.499. Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/content/177/6/499.full>

Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A., Secher, S. M., & Pearson, J. (1997). Short term outcome of M.D.II, life events, family dysfunction and friendship differences as predictors of persistent disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 474-480.

- Goodyer, I. M., Kolvin, I., & Gatzanis, S. (1986). Do age and sex influence the association between recent life events and psychiatric disorders in children and adolescents? A controlled enquiry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 5, 681-687. doi:10.1111/j.1469-7610.1986.tb00192.x
- Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T., & Apter, A. (2004). Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 192-198. doi:10.1016/j.comppsy.2004.02.010
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129, 447-466. doi:10.1037/0033-2909.129.3.447. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/Susan_Mcmahon2/publication/10726982_Stressors_and_child_and_adolescent_psychopathology_moving_from_markers_to_mechanisms_of_risk/links/54c14ad50cf2d03405c52044.pdf
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Gipson, P. Y. (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 412-425. doi:10.1207/s15374424jccp3302_23. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/Susan_Mcmahon2/publication/8570087_Stressors_and_child_and_adolescent_psychopathology_measurement_issues_and_prospective_effects/links/54c15ffe0cf2dd3cb95865f3.pdf
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Gipson, P. Y., Campbell, A. J., Krochock, K., Westerholm, R. I. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clinical Psychology*

Review, 26, 257-283. doi:10.1016/j.cpr.2005.06.011. Recuperado de:

<http://vkc.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/11/Grant-et-al-2006.pdf>

Grasso, D. J., Dierkhising, C. B., Branson, C. E., Ford, J. D., & Lee, R. (2015). Developmental patterns of adverse childhood experiences and current symptoms and impairment in youth referred for trauma-specific services. *Journal of abnormal child psychology*, 1-16. doi:10.1007/s10802-015-0086-8

Grasso, D. J., Ford, J. D., & Briggs-Gowan, M. J. (2012). Early life trauma exposure and stress sensitivity in young children. *Journal of pediatric psychology*, 23, 1-01. doi:10.1093/jpepsy/jss101. Recuperado de:

<http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/early/2012/09/23/jpepsy.jss101.full>

Gray, L. B., Weller, R. A., Fristad, M., & Weller, E. B. (2011). Depression in children and adolescents two months after the death of a parent. *Journal of affective disorders*, 135(1), 277-283. doi:10.1016/j.jad.2011.08.009

Grover, K. E., Green, K. L., Pettit, J. W., Monteith, L. L., Garza, M. J., & Vente, A. (2009). Problem solving moderates the effect of life events and chronic stress on suicidal behavior in adolescence. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1280-1290. doi:10.1002/jclp.20632

Ministerio de Sanidad y Política social (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de:

http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/index.html

Gustafsson, P. E., Larsson, I., Nelson, N., & Gustafsson, P. A. (2009). Sociocultural disadvantage, traumatic life events, and psychiatric symptoms in preadolescent children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(3), 387. doi:10.1037/a0016559

- Guthrie, B. J., Young, A. M., Boyd, C. J., & Kintner, E. K. (2001). Dealing with daily hassles: smoking and African-American adolescent girls. *Journal of Adolescent Health, 29*(2), 109-115.
- Guthrie, B. J., Young, A. M., Boyd, C. J., & Kintner, E. K. (2002). Ebb and Flow When Navigating Adolescence: Predictors of Daily Hassles Among African-American Adolescent Girls. *Journal for specialists in pediatric nursing, 7*(4), 143-152. Recuperado de: <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/71923/j.1744-6155.2002.tb00170.x.pdf?sequence=1>
- Hamilton, J. L., Potter, C. M., Olino, T. M., Abramson, L. Y., Heimberg, R. G., & Alloy, L. B. (2015). The temporal sequence of social anxiety and depressive symptoms following interpersonal stressors during adolescence. *Journal of abnormal child psychology, 1*-15. doi:10.1007/s10802-015-0049-0.
- Harland, P., Reijneveld, S. A., Brugman, E., Verloove-Vanhorick, S. P., & Verhulst, F. C. (2002). Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *European child & adolescent psychiatry, 11*(4), 176-184. doi:10.1007/s00787-002-0277-z.
- Harkness, K. L., & Stewart, J. G. (2009). Symptom specificity and the prospective generation of life events in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(2), 278-287. doi:10.1037/a0015749
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.
- Hazel, N. A., Hammen, C., Brennan, P. A., & Najman, J. (2008). Early childhood adversity and adolescent depression: the mediating role of continued stress. *Psychological Medicine, 38*(04), 581-589. doi:10.1017/S0033291708002857. Recuperado de: http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:171819/Early_childhood.pdf

- Hazel, N. A., Oppenheimer, C. W., Technow, J. R., Young, J. F., & Hankin, B. L. (2014). Parent relationship quality buffers against the effect of peer stressors on depressive symptoms from middle childhood to adolescence. *Developmental psychology*, *50*(8), 2115-2123. doi:10.1037/a0037192. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4416089/pdf/nihms673593.pdf>
- Heisel, J. S., Ream, S., Raitz, R., Rappaport, M., & Coddington, R. D. (1973). The significance of life events as contributing factors in the diseases of children: III. A study of pediatric patients. *The Journal of pediatrics*, *83*(1), 119-123. doi:10.1016/S0022-3476(73)80332-4
- Heubeck, B., & O'Sullivan, C. (1998). An exploration into the nature, frequency and impact of school hassles in the middle school years. *Australian Psychologist*, *33*, 130-137. doi:10.1080/00050069808257394
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Chen, C., & Flett, G. L. (2014). Perfectionism, stress, daily hassles, hopelessness, and suicide potential in depressed psychiatric adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *36*(4), 663-674. doi:10.1007/s10862-014-9427-0
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L., & Flynn, C. A. (2002). Perfectionism in children: associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences*, *32*, 1049-1061. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/Simon_Sherry/publication/222545269_Perfectionism_in_children_associations_with_depression_anxiety_and_anger/links/02e7e524991d4b5213000000.pdf
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*, 213-218. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4

- Jackson, Y. & Frick, P. J. (1998). Negative life events and the adjustment of school-age children: Testing prospective models. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (4), 370-380. doi:10.1207/s15374424jccp2704_1
- Jackson, Y., & Warren, J. S. (2000). Appraisal, Social Support, and Life Events: Predicting Outcome Behavior in School-Age Children. *Child development*, 71(5), 1441-1457. doi:10.1111/1467-8624.00238
- Jiménez, L., Menéndez, S., & Hidalgo, M.V. (2009) An análisis of stressful life events during adolescence. *Psychology in Spain*, 13 (1), 1-8. Recuperado de:
<http://www.psychologyinspain.com/content/full/2009/13001.pdf>
- Jiménez, L., Menéndez, S. & Hidalgo, M.V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 26 (3), 427-440. Recuperado de: <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/164/166>
- Johnson, J. H. (1986). *Life events as stressors in childhood and adolescence*. Sage Publications.
- Johnson, J., & McCutcheon, S. (1980). Assessing life stress in older children and adolescents: Preliminary finding with the Life Events Checklist. In I. G. Sarason and C.D. Spielberger (Eds.), *Stress and Anxiety* (pp. 111-125). Washington, DC: Hemisphere.
- Johnson, J. G., & Sherman, M. F. (1997). Daily hassles mediate the relationship between major life events and psychiatric symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16(4), 389-404.
- Johnson, E. I., & Swendsen, J. D. (2015). Perceived Social Status and Early Adolescents' Responses to Negative Daily Events. *Journal of Child and Family Studies*, 24(6), 1593-1604. doi:10.1007/s10826-014-9963-y.
- Johnston, C. A., Steele, R. G., Herrera, E. A., & Phipps, S. (2003). Parent and child reporting of negative life events: Discrepancy and agreement across pediatric samples. *Journal of*

Pediatric Psychology, 28(8), 579-588. doi:10.1093/jpepsy/jsg048. Recuperado de:
<http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/28/8/579.long>

Jose, P. E., & Ratcliffe, V. (2004). Stressor frequency and perceived intensity as predictors of internalizing symptoms: Gender and age differences in adolescence. *New Zealand Journal of Psychology*, 33, 145-154. Recuperado de: <http://www.psychology.org.nz/wp-content/uploads/NZJP-Vol333-2004-4-Jose.pdf>

Joury, E., Marcenes, W., & Johal, A. (2013). The role of psychosocial factors in predicting orthodontic treatment outcome at the end of 1 year of active treatment. *The European Journal of Orthodontics*, 35(2), 205-215. doi:10.1093/ejo/cjr111. Recuperado de: <http://ejo.oxfordjournals.org/content/35/2/205.full>

Kalter, N., Lohnes, K. L., Chasin, J., Cain, A. C., Dunning, S., & Rowan, J. (2003). The adjustment of parentally bereaved children: I. Factors associated with short-term adjustment. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 46(1), 15-34. doi:10.2190/NT8Q-R5GB-X7CW-ACN2

Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schafer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two models of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39. doi:10.1007/BF00844845. Recuperado de: http://webs.wofford.edu/boppkl/courseFiles/Psy150/Labs/SocialLab/Kanner81_Hassles%20and%20Uplifts.pdf

Kanner, A. D., & Feldman, S. (1991). Control over uplifts and hassles and its relationship to adaptational outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 187-201.

Kanner, A. D., Feldman, S. S., Weinberger, D. A., & Ford, M. E. (1987). Uplifts, hassles, and adaptational outcomes in early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 7, 371-394.

Kaplow, J. B., Gipson, P. Y., Horwitz, A. G., Burch, B. N., & King, C. A. (2014). Emotional suppression mediates the relation between adverse life events and adolescent suicide:

Implications for prevention. *Prevention science*, 15(2), 177-185. doi:10.1007/s11121-013-0367-9

Kim, K. J., Conger, R. D., Elder Jr, G. H., & Lorenz, F. O. (2003). Reciprocal influences between stressful life events and adolescent internalizing and externalizing problems. *Child development*, 74(1), 127-143. doi:10.1111/1467-8624.00525

King, K. M., Molina, B. S., & Chassin, L. (2008). A state-trait model of negative life event occurrence in adolescence: Predictors of stability in the occurrence of stressors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 848-859. doi:10.1080/15374410802359643

Kohn, P. M., & Milrose, J. A. (1993). The Inventory of High-School Students' Recent Life Experiences: A decontaminated measure of adolescents' hassles. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 43-55. doi:10.1007/BF01537903

Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory: Manual*. Multi-Health Systems.

Kushner, S. C., & Tackett, J. L. (2015). Parent and Adolescent Agreement for Reports of Life Stressors. *Assessment*, october. doi:10.1177/1073191115607972

Laceulle, O. M., van Aken, M. A., Ormel, J., & Nederhof, E. (2015). Stress-sensitivity and reciprocal associations between stressful events and adolescent temperament. *Personality and Individual Differences*, 81, 76-83. doi:10.1016/j.paid.2014.12.009.

Recuperado de:

http://www.rug.nl/staff/e.nederhof/2015_laceulle_stressfulevents_adolescenttemperament.pdf

Lai, J. C. (2009). Dispositional optimism buffers the impact of daily hassles on mental health in Chinese adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47(4), 247-249. doi:10.1016/j.paid.2009.03.007. Recuperado de:

http://www.researchgate.net/profile/Julian_Lai3/publication/223204043_Dispositional_optimism_buffers_the_impact_of_daily_hassles_on_mental_health_in_Chinese_adolescents/links/02e7e5258d3709f26c000000.pdf

Lansford, J. E., Malone P. S., Castellino, D. R., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Cates, J. E. (2006). Trajectories of internalizing, externalizing, and grades for children who have and have not experienced their parents' divorce or separation. *Journal of Famacological Psychology* 20, 292–301. doi:10.1037/0893-3200.20.2.292. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2750031/>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.

Lazarus, R. S. (1985). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 375-389.

Lazarus R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid: Editorial Martinez Roca.

Lemos, I., Nunes, C., & Nunes, L. (2013). Quality of life and stressful life events in first and second generation immigrant adolescents. *Journal of Spatial and Organizational Dynamics-Discussion Papers*, 14, 67-80. Recuperado de: http://www.cieo.pt/journal/J_3/article6.pdf

Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of abnormal psychology*, 103(2), 302-315. Recuperado de: http://www.researchgate.net/profile/Ian_Gotlib/publication/15157748_Adolescent_psychopathology_II_Psychosocial_risk_factors_for_depression/links/0deec528c175ce23ba000000.pdf

- Lewinsohn, P. M., Mermelstein, R. M., Alexander, C., & MacPhillamy, D. (1985). The Unpleasant Events Schedule: A scale for the measurement of aversive events. *Journal of Clinical Psychology, 41*, 483–498.
- Lewis, C. E., Siegel, J. M., & Lewis, M. A. (1984). Feeling bad: Exploring sources of distress among pre-adolescent children. *American Journal of Public Health, 74*, 117-122.
Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1651410/pdf/amjph00625-0025.pdf>
- Lewis, K. M., Byrd, D. A., & Ollendick, T. H. (2012). Anxiety symptoms in African-American and Caucasian youth: Relations to negative life events, social support, and coping. *Journal of Anxiety disorders, 26*(1), 32-39. doi:10.1016/j.janxdis.2011.08.007
- Li, S. T., Nussbaum, K. M., & Richards, M. H. (2007). Risk and protective factors for urban African-American youth. *American Journal of Community Psychology, 39*(1-2), 21-35. doi:10.1007/s10464-007-9088-1
- Liu, X., & Tein, J. Y. (2005). Life events, psychopathology, and suicidal behavior in Chinese adolescents. *Journal of affective disorders, 86*(2), 195-203. doi:10.1016/j.jad.2005.01.016
- Lorente, B. Jiménez, L., & Sánchez, J. (2009). Un análisis de los sucesos vitales estresantes experimentados por adolescentes que crecen en familias usuarias de los Servicios Sociales Comunitarios. *Portularia, 9*(1), 115-126. Recuperado de:
<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4188/b15542282.pdf?sequence=2>
- Lu, W., Daleiden, E., Pratt, S., Shay, A., Stone, B., & Asaku-Yeboah, M. (2013). Life events and internalizing problems among Chinese school children: An examination of the cognitive diathesis model. *Asian Journal of Social Psychology, 16*(4), 307-319. doi:10.1111/ajsp.12036

- Lucenko, B. A., Sharkova, I. V., Huber, A., Jemelka, R., & Mancuso, D. (2015). Childhood adversity and behavioral health outcomes for youth: An investigation using state administrative data. *Child Abuse & Neglect*, 47, 48-58. doi:10.1016/j.chiabu.2015.07.006
- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62(3), 600-616. doi:10.1111/j.1467-8624.1991.tb01555.x. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235608/>
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., De Wilde, E. J., ... & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European child & adolescent psychiatry*, 20(10), 499-508. doi:10.1007/s00787-011-0210-4. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235608/>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., ... & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381(9878), 1683-1685. Recuperado de: http://simonwessely.com/Downloads/Publications/Other_p/Maecker2013.pdf
- Maldonado, E. F., Fernández-Baena, F. J., Trianes, M. V., Wesnes, K. A., Petrini, O., Zangara, A., ... & Ambrosetti, L. (2008). Cognitive performance and morning levels of salivary cortisol and alfa-amylase in children reporting high vs low daily stress perception. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 3-15.
- Malone, P. S., Lansford, J. E., Castellino, D. R., Berlin, L. J., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (2004). Divorce and child behavior problems: Applying latent change score models to life event data. *Structural Equation Modeling*, 11(3), 401-423. doi:10.1207/s15328007sem1103_6. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2832336/>

- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P., & Papillon, M. (2002). Gender differences in depressive symptoms during adolescence role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 10*(1), 29-42. doi:10.1177/106342660201000104
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(4), 554-565.
- Martínez, R., Chacón, J. C. & Castellanos, M. A. (2015). *Análisis de datos en Psicología*. Madrid: EOS.
- Martínez-Otero, V. (2012). El estrés en la infancia: estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid capital. *Revista Iberoamericana de Educación, 59*(2), 7. Recuperado de: <http://www.rieoei.org/deloslectores/5305Mnez-Otero.pdf>
- Matos, M. B. D., Cruz, A. C. N., Dumith, S. D. C., Dias, N. D. C., Carret, R. B. P., & Quevedo, L. D. A. (2015). Stressor events in the family environment that are indicative of mental health problems in children of school age. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(7), 2157-2163. doi:10.1590/1413-81232015207.17452014. Recuperado de: http://www.scielosp.org/article_plus.php?pid=S1413-81232015000702157&tlng=pt&lng=pt
- Mayer, L., Lopez-Duran, N., Kovacs, M., George, C., Baji, I., Kapornai, K., Kiss, E., & Vetró, A. (2009). Stressful life events in a clinical sample of depressed children in Hungary. *Journal of Affective Disorders, 115*, 207-214. doi:10.1016/j.jad.2008.08.018. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690980/>
- Melhem, N. M., Walker, M., Moritz, G., & Brent, D. A. (2008). Antecedents and sequelae of sudden parental death in offspring and surviving caregivers. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 162*(5), 403-410. doi:10.1001/archpedi.162.5.403. Recuperado de: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=379503>

- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of general psychiatry*, 69(11), 1151-1160. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490224/>
- McLaughlin, K. A., & Hatzenbuehler, M. L. (2009a). Mechanisms linking stressful life events and mental health problems in a prospective, community-based sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(2), 153-160. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.06.019. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881598/>
- McLaughlin, K. A., & Hatzenbuehler, M. L. (2009b). Stressful life events, anxiety sensitivity, and internalizing symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 659. doi: 10.1037/a0016499. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881589/>
- McMahon, S. D., Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., & Ey, S. (2003). Stress and psychopathology in children and adolescents: Is there evidence of specificity? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44, 107–133. doi: 10.1111/1469-7610.00105. Recuperado de:
<http://vk.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/11/McMahon-et-al-2003-J-of-Child-Psychology-and-Psychiatry.pdf>
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Yule, W., & Smith, P. (2012). Intrusive memories and depression following recent non-traumatic negative life events in adolescents. *Journal of affective disorders*, 137(1), 70-78. doi: 10.1089/cap.2013.0052. Recuperado de:
<https://ueaeprints.uea.ac.uk/50595/1/cap.2013.0052.pdf>

- Mestre, M. V., Moreno, C., & del Barrio, V. (1996). Acontecimientos vitales y depresión en adolescentes. *Revista electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología*, 1(1), 10.
- Miller, D. B., & Townsend, A. (2005). Urban hassles as chronic stressors and adolescent mental health: The Urban Hassles Index. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(1), 85-94. doi:10.1093/brief-treatment/mhi004. Recuperado de:
<http://btci.edina.clockss.org/cgi/reprint/5/1/85.pdf>
- Miller, D. B., Webster, S. E., & MacIntosh, R. (2002). What's there and what's not: Measuring daily hassles in urban African American adolescents. *Research on Social Work Practice*, 12(3), 375-388. doi:10.1177/1049731502012003003. Recuperado de:
<http://www.usprisonculture.com/blog/wp-content/uploads/2011/10/dailyhasslesarticle.pdf>
- Mitchell, K. J., Tynes, B., Umaña-Taylor, A. J., & Williams, D. (2015). Cumulative experiences with life adversity: identifying critical levels for targeting prevention efforts. *Journal of adolescence*, 43, 63-71. doi:10.1016/j.adolescence.2015.05.008. Recuperado de: http://scholar.harvard.edu/files/davidrwilliams/files/2015_k.pdf
- Monroe, S. M. (1982). Life events and disorder: Event symptom associations and the course of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(1), 14-24.
- Monroe, S. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Lewinsohn, P. M. (1999). Life events and depression in adolescence: relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*, 108(4), 606-614. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/Paul_Rohde/publication/51355648_Life_events_and_depression_in_adolescence_Relationship_loss_as_a_prospective_risk_factor_for_first_onset_of_major_depressive_disorder/links/545aa0bb0cf2c46f664385a5.pdf

- Morales, J. R., & Guerra, N. G. (2006). Effects of multiple context and cumulative stress on urban children's adjustment in elementary school. *Child development*, 77(4), 907-923. doi:10.1111/j.1467-8624.2006.00910.x. Recuperado de: http://stopyouthviolence.ucr.edu/pubs_by_topic/Effects%20of%20multiple%20context%20and%20cumulative%20stress%20on%20urban%20children's.pdf
- Moreno, C., Del Barrio, V., & Mestre, V. (1995). Ansiedad y acontecimientos vitales en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 471-496. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80527306.pdf>
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25 (2), 151-157. doi:10.7334/psicothema2013.24
- Natsuaki, M. N., Ge, X., Brody, G. H., Simons, R. L., Gibbons, F. X., & Cutrona, C. E. (2007). African American children's depressive symptoms: The prospective effects of neighborhood disorder, stressful life events, and parenting. *American journal of community psychology*, 39(1-2), 163-176. doi:10.1007/s10464-007-9092-5. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3513385/>
- Newcomb, M. D., Huba, G. J., & Bender, P. M. (1981). A multidimensional assessment of stressful life events among adolescents: Derivation and correlates. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 400-415.
- Nielsen, N. M., Hansen, A. V., Simonsen, J., & Hviid, A. (2012). Stressful life events in childhood and risk of infectious disease hospitalization. *European journal of pediatrics*, 171(1), 173-179. doi:10.1007/s00431-011-1498-2
- Obradović, J., & Hipwell, A. (2010). Psychopathology and social competence during the transition to adolescence: The role of family adversity and pubertal development.

Development and psychopathology, 22(03), 621-634.

doi:10.1017/S0954579410000325. Recuperado de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2892816/>

Oliva, A., Jiménez, J., Parra, A., & Sánchez- Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (1), 53-62. Recuperado de:

<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.1.2008.4050>

Oliva, A. Morago, J. & Parra, A. (2009). Protective effects of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(2), 137-152. doi:10.1080/10615800802082296

m, M. L., Arinell, H., & von Knorring, A.-L. (1999). Adolescent depression and stressful life events: A case-control study within diagnostic subgroups. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53 (5), 339-346. doi:10.1080/080394899427809.

Recuperado de: http://www.researchgate.net/profile/Anne-Liis_Von_Knorring/publication/232091521_Adolescent_depression_and_stressful_life_events_A_case-control_study_within_diagnostic_subgroups/links/54314e3b0cf29bbc127832d9.pdf

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Programme for International Student Assessment. Student Questionnaire 2012 Form C*. Recuperado de: <http://www.oecd.org/pisa/pisaproducts/>

Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.

- Peterson, J., Duncan, N., & Canady, K. (2009). A longitudinal study of negative life events, stress, and school experiences of gifted youth. *Gifted Child Quarterly*, 53(1), 34-49. doi: 10.1177/0016986208326553
- Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Roberts, R. E., & Yaroslavsky, I. (2010). Developmental relations between depressive symptoms, minor hassles, and major events from adolescence through age 30 years. *Journal of abnormal psychology*, 119(4), 811. doi: 10.1037/a0020980. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3058553/pdf/nihms231681.pdf>
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 53–60. doi:10.1016/j.appdev.2008.10.005.
- Platt, R., Williams, S. R., & Ginsburg, G. S. (2015). Stressful Life Events and Child Anxiety: Examining Parent and Child Mediators. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-12. doi: 10.1007/s10578-015-0540-4
- Puskar, K. R., Tusaie-Mumford, K., Sereika, S. M., & Lamb, J. (1999). Screening and predicting adolescent depressive symptoms in rural settings. *Archives of psychiatric nursing*, 13(1), 3-11. doi:10.1016/S0883-9417(99)80012-0
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401. doi:10.1177/014662167700100306
- Rahe, R. H., Meyer, M., Smith, M., Kjaer, G., & Holmes, T. H. (1964). Social stress and illness onset. *Journal of psychosomatic research*, 8(1), 35-44. doi:10.1016/0022-3999(64)90020-0
- Reynolds, C. R. & Kamphaus, R. W. (1992). *Behavior assessment system for children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.

- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I Think and Feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271–280. doi: 10.1007/BF00919131
- Rydell, A. M. (2010). Family factors and children's disruptive behaviour: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2), 233-244. doi:10.1007/s00127-009-0060-2
- Robinson, N. S., Garber, J., & Hilsman, R. (1995). Cognitions and stress: Direct and moderating effects on depressive versus externalizing symptoms during the junior high school transition. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 453–463.
- Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D. A., Iosif, A. M., Williamson, D. E., Gill, M. K., ... & Keller, M. (2009). Negative life events in children and adolescents with bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(10), 1452-1460. doi: 10.4088/JCP.08m04948gre. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921940/>
- Rønning, J., Haavisto, A., Nikolakaros, G., Helenius, H., Tamminen, T., Moilanen, I., ... & Sourander, A. (2011). Factors associated with reported childhood depressive symptoms at age 8 and later self-reported depressive symptoms among boys at age 18. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 207–218. doi:10.1007/s00127-010-0182-6
- Roosa, M. W., Burrell, G. L., Nair, R. L., Coxe, S., Tein, J. Y., & Knight, G. P. (2010). Neighborhood disadvantage, stressful life events, and adjustment among Mexican American early adolescents. *The Journal of early adolescence*, 30(4), 567-592. doi:10.1177/0272431609338177. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919160/>

- Rosselló, J., & Berrios, M. N. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista interamericana de psicología*, 38(2), 295-302. Recuperado de: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03831.pdf>
- Rowlison, R. T., & Felner, R. (1988). Major life events, hassles, and adaptation in adolescence: Confounding in the conceptualization and measurement of life stress revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(3), 432-444. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.55.3.432>
- Rudolph, K. D., Flynn, M., Abaied, J. L., Groot, A., & Thompson, R. (2009). Why is past depression the best predictor of future depression? Stress generation as a mechanism of depression continuity in girls. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(4), 473-485. doi: 10.1080/15374410902976296. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2829724/>
- Rudolph, K. D., Hammen, C., Burge, D., Lindberg, N., Herzberg, D., & Daley, S. E. (2000). Toward an interpersonal life-stress model of depression: The developmental context of stress generation. *Development and psychopathology*, 12(02), 215-234. doi:10.1017/S0954579400002066. Recuperado de: http://www.researchgate.net/profile/Dorli_Burge/publication/12470150_Toward_an_interpersonal_life-stress_model_of_depression_the_developmental_context_of_stress_generation/links/02bfe510d3b8dc24e4000000.pdf
- Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 323-356. doi:10.1111/j.1469-7610.1981.tb00560.x

- Salamon, R., Johnson, E. I., & Swendsen, J. (2011). Daily life mechanisms of stress spillover among early adolescents experiencing academic difficulty. *European journal of psychology of education, 26*(4), 453-463. doi:10.1007/s10212-011-0056-7.
- Samaniego, V. C. (2005). Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años de edad. *Psyche, 14*(2), 97-108. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282005000200008&script=sci_arttext
- Sameroff, A. J., & MacKenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology, 15*, 613-640. doi:10.1017/S0954579403000312. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/Michael_Mackenzie3/publication/9036473_Research_strategies_for_capturing_transactional_models_of_development_The_limits_of_the_possible/links/0a85e53cace6db9fb000000.pdf
- Sanchez, Y. M., Lambert, S. F., & Cooley-Strickland, M. (2013). Adverse life events, coping and internalizing and externalizing behaviors in urban African American youth. *Journal of child and family studies, 22*(1), 38-47. doi: 10.1007/s10826-012-9590-4
- Sandín, B. (2008). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos. *Manual de psicopatología, Vol.II*. Edición revisada (pp. 3-42). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandberg, S., Rutter, M., Pickles, A., McGuinness, D., & Angold, A. (2001). Do High-threat Life Events Really Provoke the Onset of Psychiatric Disorder in Children? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(4), 523-532. doi:10.1111/1469-7610.00746
- Sandler, I. (2001). Quality and ecology of adversity as common mechanisms of risk and resilience. *American Journal of Community Psychology, 29*(1), 19-61. doi:10.1023/A:1005237110505
- Sandler, I. N., & Block, M. (1979). Life Stress and Matadaption of Children. *American Journal of Community Psychology, 7* (4), 425-440.

- Santa Lucia, R. C., Gesten, E., Rendina-Gobioff, G., Epstein, M., Kaufmann, D., & Salcedo, O. (2000). Children's school adjustment: a developmental transactional systems perspective. *Journal of Applied Psychology, 21*(4), 429-446. doi:10.1016/S0193-3973(00)00048-4
- Sanz, L. J., Gómez, M., Almendro, M. T., Rodríguez, C., Izquierdo, A. M., & Sánchez, P. (2009). Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 29*(2), 501-521. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352009000200015&script=sci_arttext
- Sawyer, M. G., Pfeiffer, S., & Spence, S. H. (2009). Life events, coping and depressive symptoms among young adolescents: A one-year prospective study. *Journal of affective disorders, 117*(1), 48-54. doi:10.1016/j.jad.2008.12.013
- Schneiders, J., Nicolson, N. A., Berkhof, J., Feron, F. J., van Os, J., & deVries, M. W. (2006). Mood reactivity to daily negative events in early adolescence: relationship to risk for psychopathology. *Developmental Psychology, 42*(3), 543. doi:10.1037/0012-1649.42.3.543. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/Nancy_Nicolson/publication/7027488_Mood_reactivity_to_daily_negative_events_in_early_adolescence_relationship_to_risk_for_psychopathology/links/02faf4f5a8bb3b6c11000000.pdf
- Seidman, E., Allen, L., Aber, J., Mitchell, C., Feinman, J., Yoshikawa, H., ... & Roper, G. C. (1995). Development and validation of adolescent perceived microsystem scales: social support, daily hassles and involvement. *American Journal of Community Psychology, 23* (3), 355-388.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of adolescence, 23*(6), 675-691. doi:10.1006/jado.2000.0352

Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*, *1*(4667), 1383-1392. Recuperado de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038162/pdf/brmedj03603-0003.pdf>

Shahar, G., Henrich, C. C., Reiner, I. C., & Little, T. D. (2003). Development and initial validation of the brief adolescent life event scale (BALES). *Anxiety, Stress & Coping*, *16*(1), 119-128. doi:10.1080/1061580021000057077. Recuperado de:

[http://www.researchgate.net/profile/Todd_Little/publication/240236158_Development_and_initial_validation_of_the_Brief_Adolescent_Life_Event_Scale_\(BALES\)/links/02e7e52bb6ee675e73000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Todd_Little/publication/240236158_Development_and_initial_validation_of_the_Brief_Adolescent_Life_Event_Scale_(BALES)/links/02e7e52bb6ee675e73000000.pdf)

Shanahan, L., Copeland, W., Jane Costello, E., & Angold, A. (2008). Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(1), 34-42. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01822.x

Shapero, B. G., Hamilton, J. L., Stange, J. P., Liu, R. T., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2015). Moderate Childhood Stress Buffers Against Depressive Response to Proximal Stressors: A Multi-Wave Prospective Study of Early Adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 1-11. doi:10.1007/s10802-015-0021-z. Recuperado de:

http://www.researchgate.net/profile/Richard_Liu3/publication/275411177_Moderate_Childhood_Stress_Buffers_Against_Depressive_Response_to_Proximal_Stressors_A_Multi-Wave_Prospective_Study_of_Early_Adolescents/links/5541be4e0cf232227317176.pdf

Sim, H. (2000). Relationship of daily hassles and social support to depression and antisocial behavior among early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *29*(6), 647-659.

Smith, S. J., & Somhlaba, N. Z. (2015). Post-Apartheid South African Children's Coping with Daily Hassles: Relation to Psychological Adjustment. *Journal of Child and Family*

Studies, 24(5), 1358-1372. doi:10.1007/s10826-014-9943-2. Recuperado de:
<http://link.springer.com/10.1007/s10826-014-9943-2>

Spielberger, C. D., & Edwards, C. D. (1973). *State-trait Anxiety Inventory for Children: STAIC: How I Feel Questionnaire: Professional Manual*. Mind Garden.

Stefanek, E., Strohmeier, D., Fandrem, H., & Spiel, C. (2012). Depressive symptoms in native and immigrant adolescents: the role of critical life events and daily hassles. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(2), 201-217. doi:10.1080/10615806.2011.605879

Storr, C. L., Lee, G. P., Derevensky, J. L., Ialongo, N. S., & Martins, S. S. (2012). Gambling and adverse life events among urban adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 28(2), 325-336. doi: 10.1007/s10899-011-9254-0. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191238/>

Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2440-2451. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.06.012.
Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/HAW_Schut/publication/46681153_The_prediction_of_bereavement_outcome_Development_of_an_integrative_risk_factor_framework/links/02e7e519f42d2919d3000000.pdf

Strong, C., Tsai, M. C., Lin, C. Y., & Cheng, C. P. (2015). Childhood Adversity, Timing of Puberty and Adolescent Depressive Symptoms: A Longitudinal Study in Taiwan. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-11. doi:10.1007/s10578-015-0570-y

Suarez-Morales, L. & Lopez, B. (2009). The Impact of Acculturative Stress and Daily Hassles on Pre-adolescent Psychological Adjustment: Examining Anxiety Symptoms. *Journal of Primary Prevent*, 30, 335–349. doi:10.1007/s10935-009-0175-y. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/Lourdes_Suarez-Morales/publication/24395013_The_impact

[of acculturative stress and daily hassles on pre-adolescent psychological adjustment examining anxiety symptoms/links/00b495217ab481df49000000.pdf](#)

Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2003). Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12–14-year-old Norwegian adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*, 588–597. doi:10.1111/1469-7610.00147

Swearingen, E. M., & Cohen, L. H. (1985a). Life events and psychological distress: A prospective study of young adolescents. *Developmental Psychology*, *21*, 1045-1054.

Swearingen, E. M., & Cohen, L. H. (1985b). Measurement of adolescents' life events: The Junior High Life Experiences Survey. *American Journal of Community Psychology*, *13*, 69-85.

Tessner, K. D., Mittal, V., & Walker, E. F. (2011). Longitudinal study of stressful life events and daily stressors among adolescents at high risk for psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(2), 432-441. doi:10.1093/schbul/sbp087. Recuperado de: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/37/2/432.full>

Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P. S., & Goodman, S. (1998). Adverse life events and resilience. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*, 1191–1200. doi:10.1097/00004583-199811000-00020

Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Hoven, C. W., Moore, R., Wu, P., Wicks, J., ... & Cohen, P. (2001). Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *Journal of abnormal child psychology*, *29*(2), 153-164. doi: 10.1097/00004583-199811000-00020.

Recuperado de:

http://www.researchgate.net/profile/Peter_Jensen/publication/13477482_Adverse_life_events_and_resilience/links/0deec518401cf699c3000000.pdf

- Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Hoven, C. W., Wu, P., Moore, R., & Davies, M. (2001). Resilience in the face of maternal psychopathology and adverse life events. *Journal of Child and Family Studies*, 10(3), 347-365. doi:10.1023/A:1012528910206
- Trianes, M. V. (2002). *Estrés en la infancia: su prevención y tratamiento*. Madrid: Narcea.
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández-Baena, F. J., Escobar, M., & Maldonado, E. F. (2011). *IECI. Inventario de Estrés Cotidiano Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández-Baena, F. J., Escobar, M., Maldonado, E. F. y Muñoz, A. M. (2009). Evaluación del estrés infantil: Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC). *Psicothema*, 21, 598-603. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3677.pdf>
- Trianes, M. V.; Blanca, M. J.; Fernández-Baena, F. J., Escobar, M., Maldonado, E. F., & Muñoz, A. M. (2012). Evaluación y tratamiento del estrés cotidiano en la infancia. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 30-35. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2033.pdf>
- Turner, H. A., & Butler, M. J. (2003). Direct and indirect effects of childhood adversity on depressive symptoms in young adults. *Journal of youth and adolescence*, 32(2), 89-103. Recuperado de: <http://0-search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es/docview/204650198/fulltextPDF?accountid=14514>
- Turner, R. J., & Wheaton, B. (1995). Checklist measurement of stressful life events. In S. Cohen, R.C. Kessler & L. U. Gordon, *Measuring stress. A guide for health and social scientists* (p. 29- 53). Oxford University Press.
- Unger, J. B., Li, Y., Johnson, C. A., Gong, J., Chen, X., Li, C., ... & Lo, A. T. (2001). Stressful life events among adolescents in Wuhan, China: Associations with smoking, alcohol use, and depressive symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8(1), 1-18. doi:10.1207/S15327558IJBM0801_01. Recuperado de:

http://www.researchgate.net/profile/Carl_Johnson3/publication/225179221_Stressful_life_events_among_adolescents_in_Wuhan_China_Associations_with_smoking_alcohol_use_and_depressive_symptoms/links/02bfe510c118752a8a000000.pdf

van der Heijden, K. B., Suurland, J., Swaab, H., & de Sonnevile, L. M. J. (2011). Relationship between the number of life events and memory capacity in children. *Child Neuropsychology*, 17(6), 580–598. doi:10.1080/09297049.2011.554391.

Vanaelst, B., De Vriendt, T., Ahrens, W., Bammann, K., Hadjigeorgiou, C., Konstabel, K., ... & De Henauw, S. (2012). Prevalence of psychosomatic and emotional symptoms in European school-aged children and its relationship with childhood adversities: results from the IDEFICS study. *European child & adolescent psychiatry*, 21(5), 253-265. doi:10.1007/s00787-012-0258-9. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/1854/LU-2129310>

Varni, J. W., & Katz, E. R. (1997). Stress, social support and negative Affectivity in children with newly diagnosed cancer: a prospective transactional analysis. *Psycho-Oncology*, 6(4), 267-278.

Varni, J. W., Rapoff, M. A., Waldron, S. A., Gragg, R. A., Bernstein, B. H., & Lindsley, C.B. (1996). Effects of perceived stress on pediatric chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 19(6), 515-528.

Vermeersch, H., T'Sjoen, G., Kaufman, J. M., & Van Houtte, M. (2013). ESR1 polymorphisms, daily hassles, anger expression, and depressive symptoms in adolescent boys and girls. *Hormones and Behavior*, 63, 447–453. Recuperado de: http://www.researchgate.net/profile/Mieke_Van_Houtte/publication/233838164_ESR1_Polymorphisms_Daily_Hassles_Anger_Expression_and_Depressive_Symptoms_in_Adolescent_Boys_and_Girls/links/02e7e53391695a77fe000000.pdf

- Vermeersch, H., T'Sjoen, G., Kaufman, J. M., Vincke, J., Bracke, P. (2010). The Experience of Daily Hassles, Cardiovascular Reactivity and Adolescent Risk Taking and Self-Esteem. *Social Forces*, 89(11) 63-88.
- Walders-Abramson, N., Venditti, E. M., Ievers-Landis, C. E., Anderson, B., Geffner, M., Kaplan, J., ... & Yasuda, P. (2014). Relationships among Stressful Life Events and Physiological Markers, Treatment Adherence, and Psychosocial Functioning among Youth with Type 2 Diabetes. *The Journal of pediatrics*, 165(3), 504-508. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.05.020>
- Walker, L. S., Garber, J., Smith, C. A., Van Slyke, D. A., & Claar, R. L. (2001). The relation of daily stressors to somatic and emotional symptoms in children with and without recurrent abdominal pain. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(1), 85-91. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3144704/>
- Wertlieb, D., Weigel, C., & Feldstein, M. (1987). Stress, social support, and behavior symptoms in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 204–211. doi:10.1207/s15374424jccp1603_4.
- Veytia, M., González. N. I., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1),37-43. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006
- Villalonga-Olives, E., Forero, C. G., Erhart, M., Palacio-Vieira, J. A., Valderas, J. M., Herdman, M., ... & Alonso, J. (2011). Relationship between life events and psychosomatic complaints during adolescence/youth: a structural equation model approach. *Journal of Adolescent Health*, 49(2), 199-205. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.11.260
- Villalonga-Olives, E., Forero, C. G., Maydeu-Olivares, A., Almansa, J., Vieira, J. A. P., Valderas, J. M., ... & Alonso, J. (2013). Environmental risk and protective factors of

adolescents' and youths' mental health: differences between parents' appraisal and self-reports. *Quality of Life Research*, 22(3), 613-622. doi: 10.1007/s11136-012-0167-x.

Recuperado de: http://www.researchgate.net/profile/Alberto_Maydeu-Olivares/publication/223966460_Environmental_risk_and_protective_factors_of_adolescents_and_youths_mental_health_differences_between_parents_appraisal_and_self-reports/links/02e7e51f7f874b04fb000000.pdf

Villalonga-Olives, E., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Palacio-Vieira, J. A., Valderas, J. M., Herdman, M., & Alonso, J. (2010). Impact of recent life events on the health related quality of life of adolescents and youths: the role of gender and life events typologies in a follow-up study. *Health Qual Life Outcomes*, 8(1), 71-79. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-8-71.pdf>

Villalonga-Olives, E., Valderas, J. M., Palacio-Vieira, J. A., Herdman, M., Rajmil, L., & Alonso, J. (2008). The adaptation into Spanish of the Coddington Life Events Scales (CLES). *Quality of Life Research*, 17, 447-452. doi:10.1007/s11136-008-9320-y. Recuperado de: <http://public-files.prbb.org/publicacions/1b219990-12e9-012b-a777-000c293b26d5.pdf>

Vines, L., & Nixon, R. D. V. (2009). Positive attributional style, life events and their effect on children's mood: Prospective study. *Australian Journal of Psychology*, 61(4), 211-219. doi:10.1080/00049530802579507

von Weiss, R. T., Rapoff, M. A., Varni, J. W., Lindsley, C. B., Olson, N. Y., Madson, K. L., & Bernstein, B. H. (2002). Daily hassles and social support as predictors of adjustment in children with pediatric rheumatic disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(2), 155-165. Recuperado de: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/27/2/155.full.pdf+html>

Wagner, C., Abela, J. R., & Brozina, K. (2006). A comparison of stress measures in children and adolescents: A self-report checklist versus an objectively rated interview. *Journal of*

Psychopathology and Behavioral Assessment, 28(4), 250-260. doi:10.1007/s10862-005-9010-9

Wagner, B. M., & Compas, B. E. (1990). Gender, instrumentality, and expressivity: Moderators of the relation between stress and psychological symptoms during adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 18, 383–406. doi:10.1007/BF00938114.

Recuperado de:

<http://vkc.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/05/Wagner-and-Compas-Amer-J-of-Comm-Psy-1990.pdf>

Wagner, B. M., Compas, B. E., & Howell, D. C. (1988). Daily and major life events: A test of an integrative model of psychosocial stress. *American Journal of Community Psychology*, 16, 2, 189-205. doi:10.1007/BF00912522. Recuperado de:

<http://vkc.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/05/Wagner-et-al-American-J-of-Community-Psy-1988.pdf>

Wertlieb, D., Weigel, C., & Feldstein, M. (1987). Stress, social support, and behavior symptoms in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 204–211. doi:10.1207/s15374424jccp1603_4

Willemsen, A. M., Koot, H. M., Ferdinand, R. F., Goossens, F. A., & Schuengel, C. (2008). Change in psychopathology in referred children: The role of life events and perceived stress. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(11), 1175-1183. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01925.x. Recuperado de:

http://www.researchgate.net/profile/Frits_Goossens/publication/5281545_Change_in_psychopathology_in_referred_children_the_role_of_life_events_and_perceived_stress/links/09e4150e4143f6fd34000000.pdf

- Williamson, D. E., Birmaher, B., Dahl, R. E., & Ryan, N. D. (2005). Stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 15(4), 571-80. doi:10.1089/cap.2005.15.571. Recuperado de:
http://www.researchgate.net/profile/Neal_Ryan/publication/7573341_Stressful_life_events_in_anxious_and_depressed_children/links/02bfe50f8370c72028000000.pdf
- Williamson, D. E., Birmaher, B., Ryan, N. D., Shiffrin, T. P., Lusky, J. A., Protopapa, J., Dahl, R.D. & Brent, D. A. (2003). The stressful life events schedule for children and adolescents: development and validation. *Psychiatry research*, 119(3), 225-241. doi:10.1016/S0165-1781(03)00134-3. Recuperado de:
[http://adolescenthealthinstitute.com/download/20.%20Williamson%20et%20al.%20Psychiatry%20Res%20119\(3\)%202003.pdf](http://adolescenthealthinstitute.com/download/20.%20Williamson%20et%20al.%20Psychiatry%20Res%20119(3)%202003.pdf)
- Wong, D. F. K. (2008). Differential impacts of stressful life events and social support on the mental health of Mainland Chinese immigrant and local youth in Hong Kong: A resilience perspective. *British Journal of Social Work*, 38(2), 236-252. doi:10.1093/bjsw/bcl344
- World Health Organization (2014). *Investing in children: The European child and adolescent health strategy 2015-2020*. Regional Committee for Europe 64th session. Copenhagen, Denmark, 15-18 September. Recuperado de:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1
- Wright, M., Creed, P., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2010). The development and initial validation of a brief daily hassles scale suitable for use with adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(3), 220-226. doi:10.1027/1015-5759/a000029. Recuperado de:

http://www.researchgate.net/profile/Peter_Creed/publication/48380814_The_development_and_initial_validation_of_a_brief_daily_hassles_scale_suitable_for_use_with_adolescents/links/00b49519fd95f13e74000000.pdf

- Yamamoto, K. (1979). Children's Ratings of the Stressfulness of Experiences. *Developmental Psychology, 15*(5), 581-582. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/h0078090>
- Yamamoto, K., & Byrnes, D. A. (1984). Classroom social status, ethnicity, and ratings of stressful events. *The Journal of Educational Research, 77*(5), 283-286. doi:10.1080/00220671.1984.10885541
- Yamamoto, K. & Byrnes, D. A. (1987). Primary Children's Ratings of the Stressfulness of Experiences. *Journal of Research in Childhood Education, 2*, 117-121. doi:10.1080/02568548709594928
- Yamamoto, K., Davis, O. L., Dylak, S., Wittaker, J., Marsh, C. & van der Westhuizen, P. C. (1996). Across Six Nations: Stressful Events in the Lives of Children. *Child of Psychiatry and Human Development, 26* (3), 139-150. doi:10.1007/BF02353355
- Yamamoto, K., & Mahlios, M. C. (2001). Home is where it begins: Parents, children, and stressful events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(04), 533-537.
- Yamamoto, K., Soliman, A., Parsons, J., & Davies, O. L. (1987). Voices in unison: Stressful events in the lives of children in six countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28*(6), 855-864. doi:10.1111/j.1469-7610.1987.tb00674.x
- Yeaworth, R. C., York, J., Hussey, M. A., Ingle, M. E., & Goodwin, T. (1980). The development of an adolescent life change event scale. *Adolescence, 15*, 91-97.
- Young, C. C., LaMontagne, L. L., Dietrich, M. S., & Wells, N. (2012). Cognitive vulnerabilities, negative life events, and depressive symptoms in young adolescents. *Archives of psychiatric nursing, 26*(1), 9-20. doi:10.1016/j.apnu.2011.04.008.

Zautra, A. J., Guarnaccia, C. A., & Doherenwend, B. P. (1986). Measuring small life events.

American Journal of Community Psychology, 14, 629–655

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress:

Development and diversity. *Prevention Researcher*, 15, 3-7. Recuperado de:

http://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu.psy/files/media_assets/7_Zimmer-Gembeck_Skinner_AdolCoping_PreventionResearcher.pdf

ANEXOS

Diagnóstico de participantes de grupo clínico.

Grupo clínico. Diagnóstico CIE 10.

	Frecuencia	Porcentaje
F90-98 Trastornos de las emociones y del comportamiento habitual en la infancia y la adolescencia	8	8.5
F90 Trastornos hiperkinéticos	17	18.1
F91 Trastornos disociales	3	3.2
F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos	10	10.6
F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia	12	12.8
F93.1 Ts. ansiedad fóbica en la infancia	4	4.3
F93.80 Ts. ansiedad generalizada en la infancia	1	1.1
F93.9 Ts. emocional en la infancia no especificado	7	7.4
F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia		
F94.0 Mutismo selectivo	2	2.1
F94.1 F94.2 Trastorno de la vinculación en la infancia	3	3.2
F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia		
F98.0 Enuresis no orgánica	1	1.1
F98.1 Encopresis no orgánica	1	1.1
F40-F41 Trastornos de ansiedad		
F41 Otros trastornos de ansiedad	2	2.1
F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación		
F43.2 Trastorno de adaptación	13	13.8
F51 Trastornos no orgánicos del sueño		
F51.4 Terrores nocturnos	1	1.1
F51.5 Pesadillas	1	1.1
Sin diagnóstico	20	21.3
Diagnóstico aplazado	3	3.2

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Adaptación escolar, social y familiar, estrés cotidiano y acontecimientos vitales estresantes en la infancia”.

INVESTIGADOR: Mayelin Rey Bruguera. Servicio de Psiquiatría.

CENTRO: Hospital Universitario Ramón y Cajal.

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el desarrollo del estudio en el que se le propone que participe su hijo/a. Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no autorizar que su hijo/a participe en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

Su participación es voluntaria y puede revocar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin que por ello se altere la relación facultativo-paciente ni se produzca perjuicio en sus cuidados sanitarios. En caso de retirar el consentimiento para participar en el estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos.

FUNDAMENTO

El estudio que se va a llevar a cabo es un estudio promovido por la investigadora arriba nombrada, con el fin de conocer las reacciones de los niños/as al estrés.

El objetivo final del estudio es analizar la relación entre el estrés, la adaptación y los síntomas psicológicos en la infancia. Para ello, se pedirá a los niños/as que respondan por escrito a una serie de preguntas relacionadas con acontecimientos estresantes, con situaciones que le ocurren en el colegio, en la familia o con los amigos, y cómo les hacen sentir. La obtención de los datos se llevará a cabo en el centro de salud mental en una única visita. Los niños/as contestarán individualmente a las preguntas, para garantizar que las respuestas sean sinceras y ajustadas a su realidad. El protocolo del estudio incluye siete bloques de preguntas. El tiempo estimado para completar el protocolo del estudio es aproximadamente de 30 minutos.

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos recogidos para el estudio, procedentes de la Historia Clínica o facilitados por usted mismo o hijo/a, serán tratados con las medidas de seguridad establecidas en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal. Debe saber que tiene derecho de acceso, rectificación y cancelación de los mismos en cualquier momento.

En caso de transmitirse a terceros los datos recogidos para el estudio, en ningún caso contendrán información que pueda identificarle directamente, según lo establecido en la mencionada Normativa y el R.D. 1720/2007.

Sólo aquellos datos de la historia clínica que estén relacionados con el estudio serán objeto de comprobación. Esta comprobación se hará por la investigadora principal, responsable de garantizar la confidencialidad de todos los datos de las historias clínicas pertenecientes a los sujetos participantes en el estudio. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo la investigadora principal podrá relacionar dichos datos con su hijo/a y con su historia clínica. Estos datos personales se encuentran en un fichero de datos personales bajo la supervisión del centro.

Si se obtuviese información relevante de su hijo/a para el tratamiento en salud mental, se contactará con usted.

OTROS ASPECTOS DE INTERÉS

En caso de necesitar cualquier información o por cualquier otro motivo, no dude en contactar con la investigadora principal del estudio en la dirección de correo electrónico mayelin.rey@salud.madrid.org. Así mismo, en caso de dudas respecto a sus derechos debe dirigirse al Servicio de Atención al Paciente del hospital.

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Título del Estudio: “Adaptación escolar, social y familiar, estrés cotidiano y acontecimientos vitales estresantes en la infancia”.

Investigador: Mayelin Rey Bruguera

Yo (nombre y apellidos)

.....

en representación legal de (nombre y apellidos del menor)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(nombre del investigador)

Comprendo que la participación del paciente es voluntaria.

Comprendo que puede retirarse del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercute en sus cuidados sanitarios.

Presto libremente mi conformidad para que mi hijo/a participe en el estudio.

Acepto que se me comunique la información relevante para el tratamiento del menor.

FECHA: FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

FECHA: FIRMA DEL MENOR

FECHA: FIRMA DEL INVESTIGADOR



HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NIÑOS/AS DE 12 – 17 AÑOS

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Adaptación escolar, social y familiar, estrés cotidiano y acontecimientos vitales estresantes en la infancia”.

INVESTIGADOR: Mayelin Rey Bruguera. Servicio de Psiquiatría.

CENTRO: Hospital Universitario Ramón y Cajal.

INFORMACIÓN

Te pedimos que participes en un estudio que estamos haciendo. Queremos que recibas la información adecuada para que tú decidas si quieres participar o no.

Por favor, lee despacio esta hoja y después pregunta cualquier duda que puedas tener.

Tienes que saber que tu participación es voluntaria. Es decir, tú decides si quieres participar o no. Y tu decisión será respetada. Si decides participar y luego cambias de opinión, nos lo dices y respetaremos tu decisión.

El estudio lo realiza la investigadora cuyo nombre aparece arriba.

Queremos conocer cómo reaccionan los niños y niñas al estrés. Para ello, te pedimos que contestes unas preguntas, sobre cosas que pueden pasarles a los niños y niñas de tu edad en el colegio, en la familia o con los amigos. Te preguntaremos si te pasan a ti y cómo te sientes.

Las preguntas las contestarás en el centro de salud mental al que acudes. El tiempo que se tarda en contestar todo es más o menos de 30 minutos.

Para que tus respuestas sean sinceras y puedas contestar lo más adecuado a ti, responderás tú solo/a a las preguntas.

Nadie conocerá lo que tú contestes. Tus respuestas son anónimas.

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Yo (nombre y apellidos)

He leído esta hoja de información.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto afecte en mis cuidados sanitarios.

Estoy de acuerdo en participar en el estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FECHA

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente

Fecha: _____

A continuación vamos a pedirte que contestes a algunas preguntas de cosas que les pueden pasar a niños y niñas de tu edad. Vamos a pedirte que respondas si te pasan y cómo te sientes.

Nadie conocerá tus respuestas. Son anónimas.

Por favor, lee las instrucciones al comienzo de cada bloque de preguntas y contesta de manera sincera.

Muchas gracias por tu colaboración.

¿Tienes hermanos o hermanas? Sí

No

Si tienes hermanos, indica cuantos hermanos sois en total incluyéndote a ti: _____

¿Qué edad tienen tu/s hermano/s? _____

¿Tus hermanos viven contigo? Sí No Unos sí, pero otros no.

En tu casa, ¿quién vive habitualmente? (señala la opción u opciones que corresponda/n)

Madre sola

Padre solo

Padre y madre

Madre y su nueva pareja

Padre y su nueva pareja

Otro familiar (tío, tía, abuelo, abuela...)

Otras personas que me cuidan

¿Tu padre trabaja? (señala lo que corresponda)

Trabaja jornada completa (todo el día)

Trabaja a tiempo parcial (medio día)

No trabaja, pero está buscando trabajo

No trabaja (ej., en casa, jubilado...)

¿Tu madre trabaja? (señala lo que corresponda)

Trabaja jornada completa (todo el día)

Trabaja a tiempo parcial (medio día)

No trabaja, pero está buscando trabajo

No trabaja (ej. en casa, jubilada...)

¿Cuáles tienes en tu casa? (marca una opción para cada uno, rodeando con un círculo)

a) Mesa para estudiar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b) Habitación sólo para ti	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c) Lugar tranquilo para estudiar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d) Ordenador para las tareas escolares	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e) <i>Tablet</i> para las tareas escolares	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
f) Programas informáticos para ayudarte en las tareas escolares (enciclopedia, diccionarios...)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
g) Conexión a Internet o wifi	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
h) Libros de literatura, poesía, arte...	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
i) Libros para ayudarte a hacer las tareas escolares	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¿Cuántos hay en tu casa? (señala sólo una opción para cada uno, poniendo una X)

	Ninguno	1	2	3 o más
a) Teléfonos móviles				
b) Televisiones				
c) Ordenadores				
d) Coches				
e) Cuartos de baño				

¿Cuántos libros hay en tu casa? (Suele haber 40 libros por metro en las estanterías. No incluyas revistas, periódicos o libros del colegio. Señala sólo una opción)

0-10 libros

101-200 libros

11-25 libros

201-500 libros

26-100 libros

Más de 500 libros

¿Vas al psicólogo o al psiquiatra, fuera del colegio?

Sí

No

Ahora no, pero antes sí.

A continuación te presentamos una lista de cosas que les pueden ocurrir a los niños y niñas de tu edad. Queremos saber si estas cosas te han ocurrido o no **en los dos últimos años**. Por favor, responde SI (si te ha ocurrido) o No (no te ha ocurrido), marcando con un círculo una opción para cada una.

1. Has cambiado de colegio.	SI	NO
2. Has cambiado de barrio o de ciudad.	SI	NO
3. Antes vivías en otro país.	SI	NO
4. Has tenido un nuevo hermano o hermana.	SI	NO
5. Tu hermano o hermana se ha ido a vivir a otra casa.	SI	NO
6. Has estado muy enfermo en el hospital.	SI	NO
7. Tu hermano o hermana ha estado muy enfermo en el hospital.	SI	NO
8. Tu padre o tu madre han estado muy enfermos en el hospital.	SI	NO
9. Tu madre o tu padre han vuelto a trabajar después de un tiempo sin trabajo.	SI	NO
10. Tu padre o tu madre ahora trabajan más y están mucho tiempo fuera de casa	SI	NO
11. Tu padre o tu madre han perdido el trabajo.	SI	NO
12. Tus padres se han separado.	SI	NO
13. Tu madre o tu padre tiene una nueva pareja.	SI	NO
14. Tu padrastro o tu madrastra se han ido a vivir contigo.	SI	NO
15. Tu madre ha muerto.	SI	NO
16. Tu padre ha muerto.	SI	NO
17. Ha muerto un hermano o hermana.	SI	NO
18. Otra persona de tu familia (abuelo, tío...) ha muerto.	SI	NO
19. Un amigo tuyo ha muerto.	SI	NO
20. Tu padre o tu madre han estado en la cárcel.	SI	NO

Esta es una lista de cosas sobre las que los niños, a veces, se sienten molestos o disgustados. Queremos saber si alguna de estas cosas te ha ocurrido **durante el último mes** y cómo te has sentido acerca de ello. Por favor, indica las respuestas marcando la que mejor encaje contigo con una X. (contesta sólo una opción para cada frase)

En el último mes....	No ocurrió	Ocurrió, pero no me sentí mal	Ocurrió y me sentí regular	Ocurrió y me sentí muy mal
1. Los niños en el colegio se han burlado de ti.				
2. Has tenido que recoger tu habitación.				
3. Te han castigado por algo que no has hecho.				
4. Te han castigado cuando has hecho algo mal.				
5. Tu mascota se murió.				
6. Tu mejor amigo dijo que no quería ser tu amigo más.				
7. Tu madre o tu padre no estaban en casa cuando esperabas que estuvieran.				
8. Perdiste algo.				
9. Tu madre o padre se puso enfermo.				
10. Tu madre o padre se enfadaron contigo por sacar malas notas en el colegio.				
11. Tu profesor/a se ha enfadado contigo por tu comportamiento.				
12. Tus deberes eran demasiado difíciles.				

En el último mes....	No ocurrió	Ocurrió, pero no me sentí mal	Ocurrió y me sentí regular	Ocurrió y me sentí muy mal
13. Te has peleado con otro niño.				
14. No se te dieron bien los deportes.				
15. Tuviste que irte a la cama cuando no te apetecía.				
16. Tu madre o padre no han tenido tiempo suficiente para hacer algo contigo.				
17. No supiste la respuesta cuando la profesora te preguntó.				
18. Cuando los niños estaban haciendo los equipos, fuiste el último en ser elegido.				
19. Tu madre y tu padre se han peleado.				
20. Tu madre y tu padre se olvidaron de hacer algo que dijeron que harían.				
21. Estabas aburrido y deseabas que hubiera algo interesante que hacer.				
22. Tus hermanos y hermanas te han molestado.				
23. No te gustaba tu aspecto y deseabas poder ser diferente (por ejemplo: más alto, más fuerte, más guapo).				
24. Otro niño pudo hacer algo mejor que tú.				
25. No tuviste suficiente privacidad (un momento y lugar para estar solo) cuando lo quisiste.				

En el **último mes**, con qué frecuencia... (contesta sólo una opción en cada pregunta)

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
1. ¿Te has sentido muy triste?					
2. ¿Estuviste gruñón, irritable o de mal humor?					
3. ¿Te has sentido desesperanzado o preocupado acerca del futuro?					
4. ¿Has perdido el apetito o has comido más de lo habitual?					
5. ¿Has dormido mucho más o mucho menos de lo habitual?					
6. ¿Has tenido dificultades para concentrarte cuando hacías tus deberes?					

Piensa en el colegio y responde a las siguientes frases según te hayas sentido en los **últimos seis meses** (contesta sólo una opción para cada una)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Mis profesores realmente me escuchan.				
2. Mis profesores me ayudan cuando lo necesito.				
3. Mis profesores me tratan de manera adecuada.				
4. Me siento incómodo, un extraño o fuera de lugar en el colegio.				
5. Me siento solo en el colegio.				
6. Soy feliz en el colegio.				
7. Me gusta mi colegio.				
8. El colegio es una pérdida de tiempo.				
9. Me gusta sacar buenas notas.				
10. Es importante hacer los deberes y estudiar los exámenes.				

Piensa en tu familia y responde a las siguientes frases según te hayas sentido en los **últimos seis meses** (contesta sólo una opción para cada una)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Mis padres realmente me escuchan.				
2. Mis padres me tratan de manera adecuada.				
3. Me gusta mi familia.				
4. Me gusta hacer cosas con mis padres y con mi familia.				
5. Mis padres saben como voy en el colegio.				
6. Mis padres me preguntan por los deberes y exámenes del colegio.				
7. Me gustaría vivir en otra familia.				
8. Cuento a mis padres lo que hago en el colegio.				
9. Mis padres saben el nombre de mis amigos.				
10. Pido ayuda a mis padres cuando tengo un problema.				
11. A mis padres les gusta hacer cosas conmigo.				

Por favor pon una cruz en el cuadro que creas que corresponde a cada una de las preguntas: No es verdad, Es verdad a medias, Verdaderamente sí. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Por favor, responde a las preguntas según como te han ido las cosas en **los últimos seis meses**.

En los últimos seis meses...	No es verdad	Es verdad a medias	Verdaderamente si
1. Procuero ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas.			
2. Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo.			
3. Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas.			
4. Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc.			
5. Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control.			
6. Prefiero estar solo/a que con gente de mi edad.			
7. Por lo general soy obediente.			
8. A menudo estoy preocupado/a.			
9. Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido.			
10. Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado.			
11. Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos.			
12. Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás.			
13. Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar.			
14. Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad.			
15. Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme.			
16. Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a.			
17. Trato bien a los niños/as más pequeños/as.			
18. A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas.			
19. Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí.			
20. A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños).			
21. Pienso las cosas antes de hacerlas.			
22. Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios.			
23. Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad.			
24. Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente.			
25. Termino lo que empiezo, tengo buena concentración.			

Por favor, comprueba que has contestado a todas las preguntas.

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Estatus socioeconómico, estresores, sintomatología y adaptación.

Grupo clínico. Correlaciones de Pearson

	PoseR	Pose2R
AVE total	-,231*	-,024
Adaptación escolar total	,250*	,018
Adaptación escolar colegio	,220*	,036
SDQ problemas conducta	-,149	-,227*
SDQ externalizante	-,170	-,241*
AVE socioeconómico	-,320**	-,145

* $p < .05$, ** $p < .01$

Grupo comunitario. Correlaciones de Pearson

	PoseR	Pose2R
AVE total	-,220**	-,110*
Adaptación familiar total	-,174**	-,184**
Adaptación familiar comunicación	-,172**	-,178**
Adaptación familiar satisfacción	-,133**	-,146**
SDQ problemas conducta	-,112*	-,134**
SDQ externalizante	-,084	-,100*
AVE enfermedad	-,110*	-,080
AVE familiar	-,239**	-,097*
AVE socioeconómico	-,148**	-,083
CHS Total	-,080	-,098*
CHS Total Malestar	-,095*	-,091

* $p < .05$, ** $p < .01$

Grupo clínico. Correlaciones Rho Spearman.

	Libros en casa
Adaptación familiar total	-,206*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Grupo comunitario. Correlaciones Rho Spearman.

	Libros en casa
AVE total	-,243**
Adaptación escolar profesor	,127**
Adaptación familiar satisfacción	-,108*
SDQ total dificultades	-,159**
SDQ síntomas emocionales	-,122**
SDQ problemas conducta	-,119*
SDQ problemas compañeros	-,111*
MDS total	-,113*
SDQ externalizante	-,115*
SDQ internalizante	-,142**
AVE enfermedad	-,097*
AVE familiar	-,311**
AVE socioeconómico	-,156**
CHS Total Malestar	-,101*

■ * $p < .05$, ** $p < .01$

Síntomas motivo de consulta de participantes del grupo clínico.

Grupo clínico. Motivo de consulta - síntomas alteración del comportamiento

	Síntoma	Media	DT	<i>t</i> (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
SDQ síntomas emocionales	No	4.59	2.45	3.97	3.578***	.146
	Sí	2.73	2.05	(92)		
SDQ problemas conducta	No	2.33	1.48	3.53*	-3.189**	.123
	Sí	3.73	2.27	(74.5)		
SDQ externalizante	No	7.50	3.25	2.80	-2.660**	.079
	Sí	9.64	3.97	(92)		
SDQ internalizante	No	6.26	3.70	2.57	-2.140*	.067
	Sí	4.47	3.00	(92)		

sí (n = 45), no (n = 49), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Grupo clínico. Motivo de consulta - síntomas de ansiedad

	Síntoma	Media	DT	<i>t</i> (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
SDQ síntomas emocionales	No	3.32	2.24	2.85	-2.537*	.081
	Sí	4.95	2.67	(92)		
SDQ internalizante	No	4.86	2.98	2.31*	-1.873	.080
	Sí	7.18	4.40	(27.1)		

sí (n = 22), no (n = 72), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Grupo clínico. Motivo de consulta - síntomas dificultades de relación

	Síntoma	Media	DT	<i>t</i> (gl)	Z U-MW	Eta cuadrada
SDQ externalizante	No	9.21	3.73	3.59	-2.644**	.080
	Sí	6.84	3.27	(92)		
SDQ hiperactividad	No	6.06	2.27	2.83	-3.398**	.123
	Sí	4.23	2.03	(92)		
AVE total	No	4.23	2.57	4.38*	-3.738***	.137
	Sí	2.11	1.88	(61.6)		
AVE fallecimiento	No	.78	.619	2.33	-2.261*	.056
	Sí	.46	.51	(92)		
AVE familiar	No	1.72	1.78	3.95**	-3.208**	.094
	Sí	.58	.90	(79.7)		

sí (n = 26), no (n = 68), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Grupo clínico. Motivo de consulta - síntomas físicos o somáticos

	Síntoma	Media	DT	<i>t (gl)</i>	<i>Z U-MW</i>	<i>Eta cuadrada</i>
CHS Total Malestar	No	7.29	4.58	2.08	-1.959*	.045
	Sí	4.73	2.81	(92)		

sí (n = 15), no (n = 79), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Grupo clínico. Motivo de consulta – dificultades de aprendizaje escolar

	Síntoma	Media	DT	<i>t (gl)</i>	<i>Z U-MW</i>	<i>Eta cuadrada</i>
Adaptación escolar	No	2.42	.62	1.79***	-1.408	.058
aprendizaje	Sí	2.87	1.14	(26.4)		

sí (n = 23), no (n = 71), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Grupo clínico. Motivo de consulta – déficit de autonomía

	Síntoma	Media	DT	<i>t (gl)</i>	<i>Z U-MW</i>	<i>Eta cuadrada</i>
MDS total	No	15.90	4.89	1.80*	-1.922	.034
	Sí	13.53	3.18	(28.3)		
CHS Total	No	7.18	4.62	2.10	-1.962	.046
	Sí	5.33	2.97	(92)		

sí (n = 15), no (n = 79), *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$