



Los acontecimientos vitales estresantes, la sintomatología y la adaptación en la infancia: estudio comparativo con pacientes de salud mental y escolares



Mayelin Rey-Bruguera^{a,*}, Isabel Calonge-Romano^b y María del Rosario Martínez-Arias^b

^a Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Universidad Complutense de Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de mayo de 2017

Aceptado el 9 de mayo de 2017

On-line el 12 de julio de 2017

Palabras clave:

Acontecimientos vitales estresantes

Síntomas externalizantes

Síntomas internalizantes

Adaptación

Salud mental

Infancia

R E S U M E N

La investigación analizó la relación de los acontecimientos vitales estresantes (AVE) con la sintomatología, externalizante e internalizante, y la adaptación escolar y familiar en la infancia. El número de participantes fue 552, 53.4% niños y 46.6% niñas, de 10 a 12 años. Se comparó un grupo clínico de salud mental con un grupo comunitario. Al menos un AVE ha sido experimentado por el 88.2% de los participantes en los dos últimos años. Los AVE registrados son significativamente superiores en el grupo clínico. Los AVE se relacionan con presencia de sintomatología y menor adaptación, siendo mayor la asociación entre los AVE de tipo familiar y los síntomas de hiperactividad en el grupo clínico. El haber experimentado AVE y el ser paciente predicen tanto la sintomatología como la adaptación.

© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Stressful life events, symptomatology, and adaptation in childhood: A comparative study between mental health patients and students

A B S T R A C T

This paper studied the relationship between stressful life events (SLE) and psychological symptoms (externalizing and internalizing symptomatology) and school and family adaptation in childhood. Participants were 552, 53.4% boys and 46.6% girls, aged between 10–12 years. Patients receiving treatment in mental health services and a community group were compared. At least one SLE in the past two years is experienced by 88.2% of children. SLE were significantly higher in the clinical group than in the community group. SLE are related to the increased presence of symptoms and lower levels of adaptation. The association between family SLE and hyperactivity symptoms is stronger in the clinical group than in the community group. Having experienced SLE and being a patient predict both symptomatology and adaptation.

© 2017 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

El término estresor hace referencia a las experiencias ambientales que amenazan la salud o el bienestar, siendo esta la característica definitoria de la investigación del estrés en la infancia y la adolescencia (Grant et al., 2003). Los acontecimientos vitales estresantes

(AVE) han generado un productivo campo de estudio. Conocer los factores de riesgo de psicopatología es esencial para la prevención y la intervención en la infancia. Los datos disponibles indican que en torno al 80% de los niños y adolescentes ha experimentado al menos un AVE negativo (Ferreira, Granero, Noorian, Romero y Domènech-Llabería, 2012), siendo algunos datos próximos al 100% (Flouri y Panourgia, 2011). Cifras menos alarmantes, pero no menos importantes, aparecen en una encuesta con niños y adolescentes en EE. UU. publicada por Balistreri (2015), donde más de la mitad (53%)

* Autora para correspondencia. Centro de Salud Mental Ciudad Lineal. Calle del Doctor Cirajas 20, 3°. 28017 Madrid, España.

Correo electrónico: mayelin.rey@salud.madrid.org (M. Rey-Bruguera).

había experimentado alguna experiencia adversa, 28% al menos dos y 15% tres o más. En población clínica también en EE. UU., [McLaughlin et al. \(2012\)](#) encontraron que el 58.3% de los adolescentes con trastorno mental había vivido al menos una adversidad.

En los estudios se ha informado de un promedio de dos o tres AVE en niños y adolescentes ([Mitchell, Tynes, Umaña-Taylor y Williams, 2015](#); [Platt, Williams y Ginsburg, 2016](#)). [Sanz et al. \(2009\)](#) registraron un promedio cercano a seis eventos en pacientes de salud mental, incluso algunos pacientes habían experimentado hasta quince AVE. Al considerar únicamente los eventos independientes del niño y/o de su familia, [Sandberg, Rutter, Pickles, McGuinness y Angold \(2001\)](#) encontraron en torno a un AVE, siendo ligeramente superior en los pacientes derivados al servicio de psiquiatría, resultados que son similares a los de [Willemen, Koot, Ferdinand, Goossens y Schuengel \(2008\)](#) con niños y adolescentes derivados a salud mental. En general, se ha observado más AVE en población clínica que en población general: seis eventos en niños y adolescentes diagnosticados de trastorno depresivo mayor ([Mayer et al., 2009](#)) y mayor exposición a AVE durante el año previo en los niños con depresión en comparación con los niños con ansiedad o sin sintomatología ([Williamson, Birmaher, Dahl y Ryan, 2005](#)).

La mayoría de los estudios han tratado de probar el efecto acumulativo de los AVE en las alteraciones psicopatológicas. Desde esta perspectiva de la exposición al estrés, se parte de la idea básica que la acumulación de AVE se relaciona con los síntomas. Los resultados indican que los AVE incrementan los problemas internalizantes, externalizantes y de adaptación de los niños y adolescentes, con evidencia tanto en diseños transversales ([Flouri y Panourgia, 2011](#); [Matos et al., 2015](#); [Mitchell et al., 2015](#)) como longitudinales ([Estévez, Oliva y Parra, 2012](#); [Morales y Guerra, 2006](#)). No obstante, estos resultados no son consistentes, sino que en algunos estudios aparece una relación parcial ([Gustafsson, Larsson, Nelson y Gustafsson, 2009](#)) o se establece en interacción con otras variables. Por ejemplo, las estrategias de regulación emocional cognitivas desadaptativas mediaban la relación entre los AVE y los síntomas depresivos ([Stikkelbroek, Hodden, Kleinjan, Reijnders y van Baar, 2016](#)), mientras que la gran reactividad de la respuesta de cortisol de los adolescentes mediaba la asociación entre los AVE y los comportamientos externalizantes e internalizantes ([Steeger, Cook y Connell, 2017](#)). También se ha examinado el papel del contexto familiar: la asociación entre los AVE y la gravedad de los síntomas de ansiedad estaba mediada por el nivel de estrés de los progenitores, el estilo de crianza ansioso y las interacciones disfuncionales progenitores-hijos ([Platt et al., 2016](#)).

Los AVE constituyen uno de los factores de riesgo de autolesiones en adolescentes ([Zhang, Song y Wang, 2016](#)) y además los adolescentes con intentos autolíticos informaron de mayor número de AVE en el año previo ([Liu y Tein, 2005](#)). [Dahl et al. \(2017\)](#) comprobaron que la exposición a eventos adversos en la infancia y la adolescencia se asociaba con un aumento del riesgo de depresión en la adolescencia y la adultez, defendiendo que ciertos eventos pueden ser más dañinos si ocurren en determinados periodos del desarrollo.

Los AVE pueden categorizarse en función de su contenido. [Williamson et al. \(2005\)](#) clasificaron los AVE en independientes del comportamiento del niño (p. ej., fallecimiento de una familiar o amigo) y dependientes del comportamiento (p. ej., aumento de las discusiones con los progenitores); ambos tipos de eventos, a su vez, podían representar una pérdida o no. [Mayer et al. \(2009\)](#) agruparon los AVE en cuatro temáticas: salud de los progenitores (p. ej., ingreso hospitalario), fallecimiento de familiares cercanos (p. ej., de un progenitor), sociodemográficos (p. ej., desempleo de un progenitor) e intrafamiliar (p. ej., nacimiento de un hermano o separación de los progenitores). Los AVE relacionados con la salud de los progenitores, fallecimiento de un familiar cercano y los intrafamiliares se asociaron con el trastorno depresivo mayor, asociación que fue

más fuerte con la salud de los progenitores y el fallecimiento de un familiar cercano en los niños más pequeños que en los adolescentes ([Mayer et al., 2009](#)). Los trastornos depresivos se han relacionado con experiencias de pérdida y dolor ([Tiet et al., 2001](#)) y con los episodios de pérdida independientes, más prevalentes en niños con depresión que en niños con ansiedad, lo que sugiere que este tipo de AVE podrían ser específicos de la depresión en la infancia ([Williamson et al., 2005](#)). Sin embargo, la revisión de [McMahon, Grant, Compas, Thurm y Ey \(2003\)](#) mostró escasa evidencia de la especificidad de las relaciones entre estresores y síntomas psicológicos: más bien los resultados eran coherentes con los principios de equifinalidad y multifinalidad. [Stikkelbroek et al. \(2016\)](#) tampoco hallaron relación entre las situaciones de pérdida (p. ej., fallecimiento) y los síntomas depresivos, aunque sí observaron asociación entre los AVE de cambios relacionales (p. ej., separación de los progenitores) y de amenaza para la salud con los síntomas depresivos.

La mayor parte de la literatura sobre los AVE se centra en la etapa de la adolescencia, olvidando otros momentos evolutivos como la infancia. Las investigaciones sobre los AVE muestran una amplia variabilidad que dificulta la comparación de los resultados. Los datos aportados difieren en función del instrumento de medida, el marco temporal y el tipo de AVE que registra, por mencionar algunos. La confusión conceptual se hace aún más patente cuando no se distinguen AVE agudos y crónicos, negativos y positivos, deseables o no deseables, dependientes e independientes del comportamiento del individuo, AVE y estresores cotidianos, o ítems relacionados con el comportamiento o la psicopatología. Pocos son los estudios que evalúan los AVE negativos independientes del niño o adolescente ([Sandberg et al., 2001](#); [Tiet et al., 2001](#); [Willemen et al., 2008](#)).

El presente trabajo analiza la relación entre los AVE, la sintomatología, externalizante e internalizante, y el nivel de adaptación escolar y familiar en la infancia, y se examinan las posibles diferencias entre población clínica y población comunitaria. Se espera que los AVE se relacionen con mayor prevalencia de síntomas y menor nivel de adaptación, así como que las asociaciones sean más altas en el grupo clínico.

Método

Participantes

En la investigación participaron 552 niños y niñas de 10 a 12 años de edad. Los participantes del grupo clínico eran pacientes de la red pública de Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil del Área Sanitaria del Hospital Universitario Ramón y Cajal. El grupo comunitario estaba compuesto por escolares de los centros educativos públicos y concertados de la misma zona. Los participantes constituyen una muestra incidental, en el grupo clínico procedente de tres centros de salud mental, y en el grupo comunitario, de siete centros educativos. Se excluyeron participantes que seguían la modalidad educativa de ACNEE (alumno con necesidades educativas especiales) o con dificultades en el manejo del idioma. En el grupo clínico no se incluyeron pacientes con trastorno mental o sintomatología activa grave que pudiese interferir en la comunicación y la comprensión. En el grupo comunitario se excluyeron los escolares en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico.

Se recogieron datos de 580 niños y niñas, pero se excluyó de los análisis a 27 escolares (4.7%) en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico y a un paciente porque el motivo de consulta era un AVE de tipo traumático. En el grupo clínico había 94 pacientes (16.2%) y en el grupo comunitario 458 escolares (79.1%). Según su distribución por sexo, 53.4% eran hombres y 46.6% mujeres. Los menores cursaban de 4º de educación primaria a 1º de E.S.O. (en los centros educativos se administró el protocolo sólo en 5º y 6º de primaria). La descripción de los participantes se puede ver en la [tabla 1](#).

Tabla 1
Descripción de los participantes

	Total		Grupo clínico		Grupo comunitario	
	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
Total	N = 552		n = 94		n = 458	

Variables y medidas

Datos sociodemográficos. Edad, sexo, curso escolar y estatus socioeconómico. Las preguntas para evaluar el estatus socioeconómico fueron tomadas del *Programme for International Student Assessment* (PISA; OECD, 2012), que recoge los recursos materiales que dispone el niño para el aprendizaje o el ocio (RMN: p. ej., mesa de estudio, ordenador para tareas escolares o habitación individual) y los recursos materiales del hogar (RMH: p. ej., número de teléfonos móviles o número de coches).

Ave. Listado de 20 sucesos ocurridos en los dos últimos años, creado *ad hoc* para el estudio. Todos eran sucesos independientes, de carácter negativo, fuera del control del niño, que no podían confundirse con su comportamiento o psicopatología y que suponían algún tipo de pérdida, como la separación (temporal o definitiva) de sus figuras de apego, de otras personas significativas o de su contexto conocido. No se incluyeron sucesos traumáticos o crónicos (p. ej., maltrato o abuso). Tras revisión de la literatura (Johnson, 1986; Mayer et al., 2009; Williamson et al., 2005), los AVE se agruparon en cuatro contenidos: enfermedad (AVE-enf: p. ej., “tu padre o tu madre han estado muy enfermos en el hospital”), fallecimiento (AVE-fall: p. ej., “tu padre ha muerto”), familiar (AVE-fam: p. ej., “tus padres se han separado”) y socioeconómico (AVE-SE: p. ej., “tu padre o tu madre ahora trabajan más y están mucho tiempo fuera de casa”).

Sintomatología. Cuestionario de capacidades y dificultades [Strengths and Difficulties Questionnaire] (SDQ-Cas; Goodman, 1997; Goodman, Meltzer y Bailey, 1998). Autoinforme compuesto por 25 ítems para niños y adolescentes, entre 11 y 16 años. Se obtiene una puntuación total (SDQ-T) y de las cinco subescalas, síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas de relación con iguales y conducta prosocial. Las cuatro subescalas de síntomas se pueden reducir a dos factores de segundo orden, síntomas externalizantes (SDQ-E) y síntomas internalizantes (SDQ-I). La consistencia interna fue .78 para SDQ-T, .72 para SDQ-E y .7 para SDQ-I y algo más baja en las subescalas. Estos valores son similares a los obtenidos con la adaptación española (Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Paino, Sastre y Muñiz, 2015) y con niños de menor edad (Muris, Meesters, Eijkelenboom y Vincken, 2004; Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas, 2006). El SDQ-Cas es un instrumento útil para evaluar las dificultades emocionales y de comportamiento en población infanto-juvenil (Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Inchausti y Sastre, 2016).

Síntomas depresivos (Modified Depression Scale) (MDS; Orpinas, 1993; citado en Dahlberg, Toal, Swahn y Behrens, 2005). Cuestionario de síntomas depresivos en el último mes, compuesto por 6 ítems con 5 alternativas de respuesta. Se puede administrar desde los 10 a los 18 años. El MDS ha sido empleado en diversos estudios, que destacan su brevedad y que es una medida de libre acceso (Dunn, Johnson y Green, 2012). Se siguieron las directrices para la traducción y adaptación de los tests de la Comisión Internacional de Tests (ITC; Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013). La consistencia interna fue .65.

Adaptación escolar. Autoinforme formado por 10 ítems, con 4 alternativas de respuesta, adaptados del estudio PISA (OECD, 2012). Puntuaciones más altas reflejan mayor inadaptación. La consistencia interna, α de Cronbach, fue .49. Se analizó la estructura interna mediante el programa FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2013) utilizando correlaciones policóricas. El estadístico KMO (Kaiser-Mayer-Olkin) dio un valor de .72, mostrando una buena adecuación para la factorización. El análisis paralelo aconsejó la extracción de dos factores, el primero relacionado con sentido de pertenencia al colegio, que denominamos adaptación escolar al colegio (AEC: p. ej., “me gusta mi colegio”, “el colegio es una pérdida de tiempo”) y el segundo con la relación con aprendizaje y profesor, que llamamos adaptación escolar al aprendizaje (AEA: p. ej., “mis profesores me ayudan cuando lo necesito”, “es importante hacer los deberes y estudiar los exámenes”), que explican el 48% de la varianza total. La factorización se realizó mediante el procedimiento de mínimos cuadrados no ponderados y los coeficientes para los factores fueron .78 y .79, respectivamente. El ajuste del modelo fue aceptable, con un índice de RMSR [Root Mean Square of Residuals] de .04.

Adaptación familiar. Autoinforme creado *ad hoc* de 11 ítems y 4 alternativas de respuesta (p. ej., “me gusta hacer cosas con mis padres y con mi familia”, “mis padres saben el nombre de mis amigos”). Las puntuaciones altas reflejan mayor inadaptación. La estructura interna se analizó mediante el programa FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2013), utilizando la matriz de correlaciones policóricas. El estadístico KMO dio un valor de .75, indicando una buena adecuación para la factorización. El análisis paralelo aconsejó la extracción de un único factor, que explica el 45% de la varianza total. La factorización se realizó mediante el procedimiento de mínimos cuadrados no ponderados y el coeficiente de fiabilidad fue de .82. El ajuste del modelo fue aceptable, con un índice de RMSR de .04.

Diseño y procedimiento

La investigación fue aprobada por el Comité Ético y de Investigación Clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal, de la Comunidad de Madrid.

El protocolo se aplicó durante el curso escolar. En el grupo clínico se administró el día que acudían a consulta en salud mental y en el grupo comunitario en el horario escolar.

Previo a la investigación se desarrolló un estudio piloto que incluyó la traducción y retrotraducción del MDS (Orpinas, 1993; citado en [Dahlberg et al., 2005](#)) y la aplicación de todos los instrumentos a niños de 9 a 12 años. Por ese motivo se modificó la redacción de algunos ítems, que permitió constatar que el SDQ-Cas ([Goodman, 1997](#)) se podía aplicar en la franja de edad de la investigación y que el tiempo empleado en cumplimentar el protocolo oscilaba entre 15 y 30 minutos. Como último paso se compararon las modalidades de aplicación, individual y colectiva, en uno de los centros escolares, dado que en el grupo clínico el protocolo se iba a aplicar de manera individual y en el grupo comunitario de forma colectiva. Se llevaron a cabo contrastes con la prueba *t* de muestras independientes paramétricas en variables sociodemográficas, AVE, sintomatología y adaptación. El estadístico de Levene mostró que se cumplía el supuesto de igualdad de varianzas y la prueba *t* para la igualdad de medias no mostró diferencias: $t(25) = -0.43$ en sexo, -0.45 en edad, 1.17 en AVE, 0.11 en SDQ-T, -0.52 en SDQ-E, 0.57 en SDQ-I, -0.14 en MDS, 1.3 en adaptación familiar y 1.97 en adaptación escolar. Estos análisis confirmaron que la modalidad de aplicación no interfería en los contrastes.

Análisis de datos

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos de las variables examinadas. Para analizar las diferencias entre los grupos, se efectuaron contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas y la prueba *t* de comparación de medias. Dado que no se cumplía el supuesto de normalidad, las diferencias también fueron examinadas con el contraste no paramétrico *U* de Mann-Whitney. Como medida del tamaño de efecto se utilizó el estadístico eta cuadrado. También se compararon las proporciones de los AVE entre los grupos mediante el estadístico ji-cuadrado y la diferencia de proporciones, calculando como tamaño de efecto con el estadístico *V* de Cramer. Para observar la relación entre los AVE y los síntomas y la adaptación se calcularon correlaciones de Pearson. Las variables dependientes pronosticadas a partir de los AVE y las variables sociodemográficas fueron: sintomatología (SDQ-T, SDQ-E, SDQ-I y MDS), adaptación familiar y adaptación escolar (puntuación total: AET) y los dos factores: AEC y AEA. Se realizó mediante regresión lineal jerárquica en tres bloques, introduciendo como predictores en el primer bloque las variables sociodemográficas para controlar su efecto (sexo, edad y estatus socioeconómico), en el segundo bloque el tipo de participante (del grupo clínico o del grupo comunitario) y en el tercer bloque los cuatro contenidos temáticos de AVE.

Los análisis de datos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS versión 22.0 ([IBM Corp., 2013](#)). Para la comparación de los coeficientes de correlación se ha accedido a un programa disponible online denominado VassarStats ([Lowry, 2001](#)).

Resultados

Los estadísticos descriptivos de las variables se presentan en la [tabla 2](#). La prueba *t* de muestras independientes mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = .003$, unilateral), con el promedio del grupo clínico superior al del grupo comunitario.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de las variables del estudio

	Total		Grupo clínico		Grupo comunitario		<i>t</i> (550) (<i>p</i>)
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	
AVE-T	3.19	2.65	3.65	2.57	3.08	2.68	1.88 (.73)
AVE-enf	0.57	0.84	0.60	0.85	0.55	0.83	0.46 (.89)
AVE-fall	0.68	0.62	0.69	0.61	0.68	0.63	0.15 (.52)
AVE-fam	1.07	0.62	1.40	1.67	1.00	1.56	2.29 (.15)
AVE-SE	0.87	0.89	0.96	0.88	0.85	0.90	1.04 (.10)
SDQ-T	10.91	5.83	13.96	5.73	10.29	5.66	5.71 (.58)
SDQ-E	6.33	3.55	8.55	3.75	5.87	3.34	6.95 (.15)
SDQ-I	4.59	3.44	5.40	3.49	4.42	3.41	2.54 (.87)
MDS	13.99	4.53	15.52	4.73	13.67	4.43	3.64 (.29)
AF	14.62	3.86	15.09	3.88	14.53	3.85	1.30 (.30)
AET	14.47	4.30	15.49	4.07	14.25	4.34	2.55 (.48)
AEC	7.42	2.86	8.11	2.82	7.28	2.86	2.52 (.61)
AEA	6.98	2.14	7.41	2.14	6.89	2.14	2.18 (.09)

Nota. AVE-T = AVE total, AVE-Enf = AVE enfermedad, AVE-Fall = AVE fallecimiento, AVE-Fam = AVE familiar, AVE-SE = AVE socioeconómico, SDQ-T = Cuestionario de capacidades y dificultades – puntuación total, SDQ-E = síntomas externalizantes, SDQ-I = síntomas internalizantes, MDS = *Modified Depression Scale*, AF = adaptación familiar, AET = adaptación escolar total, AEC = adaptación escolar colegio, AEA = adaptación escolar aprendizaje.

Los análisis revelaron que el 88.2% del total de participantes había experimentado al menos un AVE en los dos últimos años: 94.4% en el grupo clínico y 87.2% en el grupo comunitario. Algunos niños habían tenido 6 o más AVE: 19% del total, 27.7% en el grupo clínico y 17.2% en el grupo comunitario. El contenido temático más frecuente fue el AVE-fall (60.8% del total de participantes había experimentado al menos un AVE de esta categoría), seguido del AVE-SE (57.7%), AVE-fam (43.8%) y AVE-enf (38.2%).

El tipo de AVE más frecuente fue el fallecimiento de un familiar (que no fuese progenitor o hermano), en torno al 60% (58% del total, 60.6% en el grupo clínico y 57.5% en el grupo comunitario). La comparación de la proporción de ocurrencia mostró diferencias significativas, con mayor proporción en el grupo clínico que en el grupo comunitario de los siguientes AVE respectivamente: 27.7% vs. 15.1% en cambio de colegio, $\chi^2(1) = 8.68$, $p = .01$; 27.7% vs. 16.9% en pérdida de empleo de los progenitores, $\chi^2(2) = 6.27$, $p = .05$; 31.9% vs. 19.3% en separación de los progenitores, $\chi^2(2) = 7.52$, $p = .05$; 7.4% vs. 1.5% en fallecimiento de padre, $\chi^2(1) = 11.02$, $p = .01$.

Respecto a la sintomatología, en el grupo clínico los AVE total y AVE familiar se asociaron positiva y significativamente con SDQ-T, SDQ-E y SDQ hiperactividad y los síntomas depresivos (MDS). En el grupo comunitario, los AVE correlacionaron positiva y significativamente con la sintomatología. Al comparar los coeficientes de correlación, sólo se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la asociación AVE familiar - SDQ hiperactividad ($z = 1.83$, $p = .034$), con mayor correlación en los pacientes.

En cuanto a la adaptación, en el grupo clínico sólo fue estadísticamente significativa la correlación entre AVE fallecimiento y menor adaptación escolar total. En el grupo comunitario, los AVE correlacionaron con menor adaptación familiar y escolar. Las correlaciones entre los AVE y la sintomatología y la adaptación se recogen en la [tabla 3](#).

En el análisis de regresión lineal múltiple para la predicción de la sintomatología, los predictores estadísticamente significativos para SDQ-T fueron ser paciente, AVE-enf, AVE-fall y AVE-SE, explicando el 16% de la varianza. Los coeficientes significativos para SDQ-E fueron el sexo masculino, ser paciente, AVE-fall y AVE-SE, explicando también el 16% de la varianza. Para SDQ-I resultaron significativos el sexo femenino, ser paciente, AVE-enf y AVE-SE, explicando el 12% de la varianza. Para los síntomas depresivos

Tabla 3
Correlaciones de Pearson AVE y sintomatología y adaptación

Síntomas	Grupo clínico					Grupo comunitario				
	AVE-T	AVE-enf	AVE-fall	AVE-fam	AVE-SE	AVE-T	AVE-enf	AVE-fall	AVE-fam	AVE-SE
SDQ-T	.30**	.11	.05	.29**	.17	.31**	.27**	.20**	.16**	.26**
SDQ-E	.27**	.05	.06	.27**	.19	.23**	.19**	.15**	.12**	.18**
SDQ-I	.19	.13	.02	.18	.08	.29**	.26**	.19**	.15**	.25**
SDQ-SE	.19	.17	-.04	.20	.03	.28**	.25**	.16**	.16**	.23**
SDQ-PC	.20	.09	.07	.15	.16	.21**	.20**	.14**	.10*	.16**
SDQ-H	.26*	-.01	.04	.31**	.16	.18**	.14**	.12**	.11*	.16**
SDQ-PS	.13	.02	.10	.10	.12	.19**	.17**	.15**	.07	.17**
MDS	.29**	.09	.12	.28**	.15	.33**	.33**	.23**	.15**	.28**
AF	.10	-.03	.14	.06	.13	.22**	.11*	.04	.17**	.22*
AET	.08	-.05	.22*	.00	.11	.14**	.17**	.15**	.02**	.11**
AEC	-.01	-.12	.18	-.07	.09	.19**	.19**	.14**	.06**	.19**
AEA	.15	.05	.17	.08	.10	.06	.12*	.10*	-.01	.01*

Nota. AVE-T = AVE total, AVE-enf = AVE enfermedad, AVE-fall = AVE fallecimiento, AVE-fam = AVE familiar, AVE-SE = AVE socioeconómico, SDQ = Cuestionario de capacidades y dificultades, SDQ-T = puntuación total, SDQ-E = síntomas externalizantes, SDQ-I = síntomas internalizantes, SDQ-SE = síntomas emocionales, SDQ-PC = problemas conducta, SDQ-H = hiperactividad, SDQ-PS = problemas compañeros, MDS = *Modified Depression Scale*. AF = adaptación familiar, AET = adaptación escolar total, AEC = adaptación escolar al colegio, AEA = adaptación escolar al aprendizaje.

* $p < .05$.

** $p < .01$.

(MDS) fueron significativos el sexo femenino, ser paciente, AVE-enf, AVE-fall y AVE-SE, que predijeron el 16% de la varianza. En cuanto a la adaptación familiar, se relacionó negativamente con los recursos materiales del hogar (a mayor número de recursos mayor adaptación), mayor edad y AVE-SE, explicando el 9% de varianza. En la adaptación escolar total resultaron significativos los coeficientes de ser paciente, mayor edad, AVE-enf, AVE-fall y AVE-SE, que predijeron el 7% de la varianza. En la AEC, ser paciente, AVE-fall y AVE-SE fueron predictivas, también con el 7% de varianza explicativa, mientras que en AEA se relacionó positivamente con los recursos materiales del niño (a mayor número de recursos, mayor desadaptación), ser paciente, mayor edad y AVE-enf, explicando el 5% de la varianza. Los resultados aparecen en la [tabla 4](#).

Discusión

En este trabajo se ha examinado las relaciones entre los AVE y la sintomatología y el funcionamiento adaptativo en niños de 10 a 12 años, comparando pacientes en tratamiento en salud mental con alumnos de centros educativos sin tratamiento.

Aproximadamente el 10% de los participantes no había tenido ningún AVE en los últimos dos años, es decir, cerca del 90% informó haber experimentado al menos un AVE. Estas cifras son superiores al 50% ó 60% informadas tanto en población general ([Balistreri, 2015](#)) como en población clínica ([McLaughlin et al., 2012](#)). No obstante nuestros datos se acercan a los obtenidos en otros estudios ([Ferreira et al., 2012](#); [Mitchell et al., 2015](#)), incluso hasta 98% se ha referido en población general ([Flouri y Panourgia, 2011](#)) o en pacientes de salud mental ([Sanz et al., 2009](#)). Las cifras más sorprendentes, podríamos decir alarmantes, fueron que el 19% de los participantes había tenido seis o más AVE, siendo 17.2% en los escolares y llegando a 27% en los pacientes. La categoría de AVE de fallecimiento y el fallecimiento de un familiar cercano fueron los eventos más frecuentes, lo cual podría tener que ver con la edad de los participantes, en la que es más probable que ocurra el fallecimiento de un abuelo que el nacimiento de un hermano.

El promedio de AVE superó los tres eventos, siendo significativamente superior en el grupo clínico, promedio similar al observado en otros estudios ([Mitchell et al., 2015](#); [Platt et al., 2016](#)), que también han encontrado más AVE en población clínica que en población general ([Mayer et al., 2009](#); [Sandberg et al., 2001](#); [Williamson et al., 2005](#)). Los análisis apuntaron una mayor proporción de cambio de

colegio, pérdida de empleo de los progenitores, separación de los padres y fallecimiento de padre en el grupo clínico.

Los AVE se relacionaron con la sintomatología. Sin embargo, no se reflejó mayor afectación en el grupo clínico en comparación con el grupo comunitario, con la excepción de que en el primero fue mayor la correlación entre los AVE familiares y los síntomas de hiperactividad. Si revisamos el contenido de los AVE familiares, en su mayoría situaciones decididas por los progenitores, es posible que cierta sintomatología en los niños que acuden a salud mental tenga que ver con los cambios en el contexto familiar. No obstante, las conclusiones han de ser tomadas con precaución puesto que no se dispone de los antecedentes psicopatológicos de los menores. Respecto al nivel de adaptación, en el grupo comunitario los AVE se asociaron con menor adaptación escolar y familiar mientras que en el grupo clínico apenas hubo relación entre las variables. Al contrario de lo estimado, se observaron más asociaciones entre las variables en el grupo comunitario que en el grupo clínico, lo que podría deberse a la mayor variabilidad por el mayor tamaño de la muestra.

En la predicción de la sintomatología externalizante, internalizante y depresiva, los AVE de contenido de fallecimiento, enfermedad y socioeconómico, el sexo masculino o femenino y el ser paciente explicaron del 12% al 16% de la varianza, mientras que en la predicción de la adaptación familiar y escolar los AVE de fallecimiento, enfermedad y socioeconómico, el ser paciente y el estatus socioeconómico explicaron del 5% al 9%.

Buena parte de la literatura, en su mayoría con población general, ha mostrado cómo la exposición a los AVE incrementa los problemas internalizantes y externalizantes ([Estévez et al., 2012](#); [Matos et al., 2015](#); [Mitchell et al., 2015](#); [Morales y Guerra, 2006](#)) y los hallazgos de este estudio apuntan en la misma dirección.

La importancia de este estudio radica en el escaso número de investigaciones con población infantil y de salud mental. Los resultados apuntan a que una detección precoz de los AVE en el contexto escolar o en la consulta de pediatría podría poner en marcha medidas de apoyo escolares, familiares o en el entorno comunitario con la finalidad de prevenir o reducir ulteriores dificultades.

Entre las principales limitaciones del estudio están el diseño no experimental y transversal que no permite extraer relaciones de causalidad, la participación voluntaria y el requisito de autorización de los tutores legales, que ha podido suponer que no hayan aceptado participar aquellos menores o familias con más dificultades, con el consiguiente sesgo de pérdida de información importante. También el empleo exclusivo de medidas

de autoinforme, sin contrastar con otras fuentes de información (progenitores, docentes, etc.). Sin embargo, la aplicación de autoinformes es paradójicamente una fortaleza de esta investigación, puesto que los niños han informado directamente de sus emociones y síntomas, a diferencia del modo de proceder habitual, donde los progenitores son los que registran los síntomas de sus hijos.

A pesar de la tendencia a considerar que los AVE se asocian con las alteraciones psicológicas, la evidencia no es concluyente. Este trabajo pretende ser una aportación al campo del estrés en la infancia y a la salud mental de los niños y niñas en tratamiento. Seguir ampliando el conocimiento de los factores de riesgo y protección de psicopatología en la infancia contribuirá a mejorar la atención en esta etapa y en momentos posteriores de la vida.

Tabla 4
AVE y sintomatología y adaptación familiar y escolar: resultados de la regresión

Variable	Síntomas			R ² no corr
	B	ETB	Beta	
SDQ-T				
Paso 1				0.02
Paso 2				0.05
Sujeto	-3.5**	0.65	-0.23	
Paso 3				0.10
Sujeto	-3.33**	0.62	-0.22	
AVE-enf	1.03**	0.30	0.15	
AVE-fall	0.84*	0.39	0.09	
AVE-fam	0.30	0.16	0.08	
AVE-SE	1.06**	0.28	0.16	
R = .40, R ² corr = .16; ΔR ² = .15; F(9, 542) = 11.78, p < .001				
SDQ-E				
Paso 1				0.05
Sexo	-1.03**	0.30	-0.15	
Paso 2				0.07
Sexo	-0.89**	0.29	-0.13	
Sujeto	-2.45**	0.39	-0.26	
Paso 3				0.05
Sexo	-0.91**	0.28	-0.13	
Sujeto	-2.36**	0.38	-0.25	
AVE-enf	0.32	0.18	0.08	
AVE-fall	0.47*	0.24	0.08	
AVE-fam	0.177	0.10	0.08	
AVE-SE	0.45**	0.17	0.12	
R = .40, R ² corr = .16, ΔR ² = .15; F(9, 542) = 11.66, p < .001				
SDQ-I				
Paso 1				0.02
Sexo	0.83**	0.29	0.12	
Paso 2				0.01
Sexo	0.90**	0.29	0.13	
Sujeto	-1.05**	0.39	-0.12	
Paso 3				0.09
Sexo	0.90**	0.28	0.13	
Sujeto	-0.97**	0.37	-0.11	
AVE-enf	0.70**	0.18	0.17	
AVE-fall	0.37	0.24	0.07	
AVE-fam	0.13	0.10	0.06	
AVE-SE	0.61**	0.17	0.16	
R = .35, R ² corr = .12, ΔR ² = .1; F(9, 542) = 8.48, p < .001				
MDS				
Paso 1				0.02
Paso 2				0.02
Sexo	0.80*	0.38	0.09	
Sujeto	-1.81**	0.51	-0.15	
Paso 3				0.13
Sexo	0.78*	0.36	0.09	
Sujeto	-1.71**	0.48	-0.14	
AVE-enf	1.04**	0.24	0.19	
AVE-fall	0.86**	0.30	0.12	
AVE-fam	0.14	0.13	0.05	
AVE-SE	0.87**	0.21	0.17	
R = .40, R ² corr = .16, ΔR ² = .15; F(9, 542) = 11.63, p < .001				

Tabla 4 (Continuación)

Variable	Adaptación familiar y escolar			R ² no corr
	B	ETB	Beta	
AF				
Paso 1				0.05
Edad	0.84**	0.23	0.16	
RMH	-0.33*	0.13	-0.15	
Paso 2				0.00
Edad	0.85**	0.23	0.16	
RMH	-0.33*	0.13	-0.15	
Paso 3				0.04
Edad	0.80**	0.22	0.15	
RMH	-0.37**	0.13	-0.16	
AVE-enf	0.06	0.21	0.01	
AVE-fall	0.21	0.27	0.03	
AVE-fam	0.19	0.11	0.08	
AVE-SE	0.66**	0.19	0.15	
R = .30, R ² corr = .09; ΔR ² = .8; F(9, 542) = 6.12, p < .001				
AET				
Paso 1				0.01
Paso 2				0.01
Sujeto	-1.34**	0.49	-0.12	
Paso 3				0.05
Edad	0.51*	0.25	0.09	
Sujeto	-1.34**	0.48	-0.12	
AVE-enf	0.54*	0.24	0.10	
AVE-fall	0.90**	0.30	0.13	
AVE-fam	-0.13	0.13	-0.05	
AVE-SE	0.43*	0.22	0.09	
R = .26, R ² corr = .07; ΔR ² = .05; F(9, 542) = 4.38, p < .001				
AEC				
Paso 1				0.00
Paso 2				0.01
Sujeto	-0.83*	0.33	-0.11	
Paso 3				0.05
Sujeto	-0.80*	0.33	-0.11	
AVE-enf	0.31	0.16	0.09	
AVE-fall	0.48*	0.21	0.10	
AVE-fam	-0.08	0.08	-0.04	
AVE-SE	0.49**	0.15	0.15	
R = .26, R ² cor = .07; ΔR ² = .05; F(9, 529) = 4.09, p < .001				
AEA				
Paso 1				0.02
RMN	0.09*	0.05	0.12	
Paso 2				0.01
RMN	0.10*	0.05	0.13	
Sujeto	-0.62*	0.24	-0.11	
Paso 3				0.02
Edad	0.29*	0.13	0.10	
RMN	0.10*	0.05	0.14	
Sujeto	-0.63*	0.24	-0.11	
AVE-enf	0.27*	0.12	0.10	
AVE-fall	0.30	0.15	0.09	
AVE-fam	-0.03	0.06	-0.02	
AVE-SE	0.02	0.11	0.01	
R = .23, R ² corr = .05; ΔR ² = .04; F(9, 542) = 3.3, p = .001				

Nota. AVE-enf = AVE enfermedad, AVE-fall = AVE fallecimiento, AVE-fam = AVE familiar, AVE-SE = AVE socioeconómico, SDQ = Cuestionario de capacidades y dificultades, SDQ-T = puntuación total, SDQ-E = síntomas externalizantes, SDQ-I = síntomas internalizantes, MDS = Modified Depression Scale, AF = adaptación familiar, AET = adaptación escolar total, AEC = adaptación escolar colegio, AEA = adaptación escolar aprendizaje, RMN = recursos materiales del menor, RMH = recursos materiales del hogar.

R² corr = R² corregida; R² no corr = R² no corregida.

* p < .05,

** p < .01.

Conflicto de intereses

Las autoras de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

Balistreri, K. S. (2015). Adverse Childhood Experiences, the Medical Home, and Child Well-Being. *Maternal and child health journal, 19*, 2492–2500.

- Dahl, S. K., Larsen, J. T., Petersen, L., Ubbesen, M. B., Mortensen, P. B., Munk-Olsen, T. y Musliner, K. L. (2017). Early adversity and risk for moderate to severe unipolar depressive disorder in adolescence and adulthood: A register-based study of 978, 647 individuals. *Journal of Affective Disorders*, 214, 122–129.
- Dahlberg, L. L., Toal, S. B., Swahn, M. y Behrens, C. B. (2005). *Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention*. National Center for Injury Prevention and Control (2nd ed.).
- Dunn, E. C., Johnson, R. M. y 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, 34–45.
- Estévez, R. M., Oliva, A. y Parra, A. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: Un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44, 39–53.
- Ferreira, E., Granero, R., Noorin, Z., Romero, K. y Domènech-Llavería, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 123–136.
- Flouri, E. y 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, 695–709.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.
- Goodman, R., Meltzer, H. y 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.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D. y Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129, 447–466.
- Gustafsson, P. E., Larsson, I., Nelson, N. y Gustafsson, P. A. (2009). Sociocultural disadvantage, traumatic life events, and psychiatric symptoms in preadolescent children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79, 387–397.
- IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Johnson, J. H. (1986). *Life events as stressors in childhood and adolescence*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Liu, X. y Tein, J. Y. (2005). Life events, psychopathology, and suicidal behavior in Chinese adolescents. *Journal of affective disorders*, 86, 195–203.
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. J. (2013). FACTOR 9.2: A Comprehensive Program for Fitting Exploratory and Semiconfirmatory Factor Analysis and IRT Models. *Applied Psychological Measurement*, 37, 497–498.
- Lowry, R. (2001). *VassarStats: Website for Statistical Computation*. Recuperado de <http://www.vassarstats.net/rdiff.html>
- Matos, M. B. D., Cruz, A. C. N., Dumith, S. D. C., Dias, N. D. C., Carret, R. B. P. y 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, 2157–2163.
- Mayer, L., Lopez-Duran, N., Kovacs, M., George, C., Baji, I., Kapornai, K., . . . Vetró, A. (2009). Stressful life events in a clinical sample of depressed children in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, 115, 207–214.
- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of general psychiatry*, 69, 1151–1160.
- McMahon, S. D., Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E. y 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.
- Mitchell, K. J., Tynes, B., Umaña-Taylor, A. J. y Williams, D. (2015). Cumulative experiences with life adversity: identifying critical levels for targeting prevention efforts. *Journal of adolescence*, 43, 63–71.
- Morales, J. R. y Guerra, N. G. (2006). Effects of multiple context and cumulative stress on urban children's adjustment in elementary school. *Child development*, 77, 907–923.
- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25, 151–157.
- Muris, P., Meesters, C., Eijkelenboom, A. y Vincken, M. (2004). The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: Its psychometric properties in 8-to 13-year-old non-clinical children. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 437–448.
- Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD (2012). *Programme for International Student Assessment. Student Questionnaire 2012 Form C*. Recuperado de <http://www.oecd.org/pisa/pisaproducts/>
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F. y Sastre, S. (2016). Evaluación de dificultades emocionales y comportamentales en población infanto-juvenil: el Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ). *Papeles del psicólogo*, 37, 14–26.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sastre, S. y Muñiz, J. (2015). Screening mental health problems during adolescence: Psychometric properties of the Spanish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of Adolescence*, 38, 49–56.
- Platt, R., Williams, S. R. y Ginsburg, G. S. (2016). Stressful Life Events and Child Anxiety: Examining Parent and Child Mediators. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 23–34.
- Sandberg, S., Rutter, M., Pickles, A., McGuinness, D. y Angold, A. (2001). Do High-threat Life Events Really Provoke the Onset of Psychiatric Disorder in Children? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 523–532.
- Sanz, L. J., Gómez, M., Almendro, M. T., Rodríguez, C., Izquierdo, A. M. y Sánchez, P. (2009). Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29, 501–521.
- Steeger, C. M., Cook, E. C. y Connell, C. M. (2017). The interactive effects of stressful family life events and cortisol reactivity on adolescent externalizing and internalizing behaviors. *Child Psychiatry & Human Development*, 48, 225–234.
- Stikkelbroek, Y., Bodden, D. H., Kleinjan, M., Reijnders, M. y van Baar, A. L. (2016). Adolescent depression and negative life events, the mediating role of cognitive emotion regulation. *PLoS one*, 11(8), e0161062.
- Tiet, Q. Q., Bird, H. R., Hoven, C. W., Wu, P., Moore, R. y Davies, M. (2001). Resilience in the face of maternal psychopathology and adverse life events. *Journal of Child and Family Studies*, 10, 347–365.
- Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S. y Clench-Aas, J. (2006). Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10–19 years. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 189–198.
- Willems, A. M., Koot, H. M., Ferdinand, R. F., Goossens, F. A. y Schuengel, C. (2008). Change in psychopathology in referred children: The role of life events and perceived stress. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1175–1183.
- Williamson, D. E., Birmaher, B., Dahl, R. E. y Ryan, N. D. (2005). Stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 15, 571–580.
- Zhang, J., Song, J. y Wang, J. (2016). Adolescent self-harm and risk factors. *Asia-Pacific Psychiatry*, 8, 287–295.