

SITUACIONES ESTRESANTES COTIDIANAS EN LA INFANCIA Y SU RELACIÓN CON LA SINTOMATOLOGÍA Y LA ADAPTACIÓN

Mayelin Rey Bruguera¹, M^a del Rosario Martínez Arias²
e Isabel Calonge Romano²

¹*Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid;*

²*Universidad Complutense de Madrid (España)*

Resumen

En este trabajo se analizó la relación entre las situaciones estresantes cotidianas (SEC) y la sintomatología psicológica, exteriorizada e interiorizada, y la adaptación escolar, social y familiar en la infancia. El número de participantes fue de 552 (53,4% niños y 46,6% niñas), de entre 10 y 12 años ($M= 10,91$). Se comparó un grupo clínico de salud mental con un grupo comunitario. Se administraron autoinformes: "Escala de situaciones estresantes cotidianas en la infancia" (*Children's Hassles Scale, CHS*), "Cuestionario de capacidades y dificultades" (*Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ-Cas*), "Escala de depresión modificada" (*Modified Depression Scale, MDS*), "Cuestionario de adaptación escolar" y "Cuestionario de adaptación familiar". Se registra una media de 11 SEC y seis vividas con malestar. Las SEC se relacionan con la presencia de sintomatología y una menor adaptación ($p < 0,01$), siendo mayor la asociación con los síntomas depresivos en el grupo clínico. Las SEC explican del 21 al 39% de la varianza de la sintomatología y entre el 5 y el 41% de la adaptación. Las SEC son relevantes para planificar estrategias de prevención e intervención en la infancia

PALABRAS CLAVE: *situaciones estresantes cotidianas, sintomatología, adaptación, infancia.*

Abstract

This study analyzed the relationship between daily hassles and psychological symptoms (externalizing and internalizing symptomatology) and school, social and family adaptation in childhood. The participants were 552 (53.4% boys and 46.6% girls), aged between 10-12 years ($M= 10.91$). Patients receiving treatment in mental health services and a community group were compared. Self-report questionnaires were administered: Children's Hassles Scale (CHS), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Cas), Modified Depression Scale (MDS), School Adaptation Scale and Family Adaptation Scale. The average of daily hassles was 11, with six of them experiencing distress. Daily hassles were related to an increased presence of symptoms and lower levels of adaptation ($p < .01$). The association between daily hassles and depressive symptoms were stronger in the

clinical group than in the community one. Daily hassles explain from 21 to 39 percent of variance in symptomatology and from 5 to 41 percent in adaptation. Daily hassles are relevant for planning prevention and intervention strategies in childhood.

KEY WORDS: *daily hassles, symptomatology, adaptation, childhood.*

Introducción

Las situaciones estresantes cotidianas (SEC) o molestias (*hassles*) fueron definidas por Kanner, Coyne, Schafer y Lazarus (1981) como “las demandas irritantes, frustrantes y estresantes que en cierto grado caracterizan las transacciones cotidianas con el entorno” (p. 3). Lazarus (1985) denominó molestias cotidianas (*daily hassless*) a aquellas situaciones diarias o de alta frecuencia que irritan o frustran al individuo, destacando que estos sucesos podían tener un efecto acumulativo y producir impacto en la salud y el funcionamiento psicológico de la persona. Las SEC pueden clasificarse en función del contenido, según se refieran al ámbito escolar, familiar o social. La combinación de las SEC procedentes de diversos contextos contribuye al deterioro emocional y comportamental en adultos y niños (Bridley y Jordan, 2012). Es decir, las SEC se consideran factores de riesgo.

Kanner *et al.* (1981) en una investigación pionera concluyeron que las SEC en los adultos eran mejores predictores de los síntomas psicológicos que los acontecimientos vitales. En una investigación posterior, Kanner, Feldman, Weinberger y Ford (1987) construyeron un instrumento para valorar las SEC en niños, la “Escala de situaciones estresantes cotidianas en la infancia” (*Children’s Hassles Scale*, CHS). Los niños indicaron un promedio de 12 SEC durante el último mes, aunque la ocurrencia de estas situaciones no siempre implicaba malestar. Además, este estudio mostró que un incremento de las SEC se asociaba con una mayor alteración psicológica.

La escala original de Kanner *et al.* (1981) y las adaptaciones posteriores continúan empleándose en numerosos estudios con adultos (Falconier, Nussbeck, Bodenmann, Schneider y Bradbury, 2015; Hannan *et al.*, 2015; Jäkel, Leyendecker y Agache, 2015; Priya, Rajappa, Kattimani, Mohanraj y Revathy, 2016; Renner, Whitney y Easton, 2015).

En los estudios que han empleado la versión de 25 ítems de la CHS (Kanner *et al.*, 1987), como el de Santa Lucia *et al.* (2000), encontraron una media de ocho SEC en niños de tercero a quinto curso de primaria, de las cuales una había sido vivida con malestar, mientras que Smith y Somhlaba (2015), con estudiantes de nueve a trece años, hallaron un total de trece SEC, siendo más de ocho con malestar.

La mayoría de las investigaciones sobre la relación entre las SEC y la sintomatología y la adaptación en la infancia y la adolescencia han tratado de probar el efecto acumulativo de estas situaciones en las alteraciones psicológicas (Bridley y Jordan, 2012), en la adaptación social y socioemocional (Escobar, Trianes, Fernández-Baena y Miranda, 2010; Smith y Somhlaba, 2015) o en el

desajuste escolar (Santa Lucia *et al.*, 2000). Otras también han buscado analizar la especificidad de la relación entre determinadas SEC y problemas psicológicos concretos (Johnson y Swendsen, 2015; Santa Lucia *et al.*, 2000). Los resultados apuntan a que las SEC incrementan los problemas interiorizados y exteriorizados y de ajuste en los niños y adolescentes, con evidencia tanto en diseños transversales (Bridley y Jordan, 2012; Escobar *et al.*, 2010) como longitudinales (Pinquart, 2009). No obstante, los hallazgos no son consistentes, sino que en algunos estudios se ha observado una relación negativa (Santa Lucia *et al.*, 2000), mientras que otros han informado de una asociación parcial, por ejemplo, para los síntomas interiorizados pero no para los exteriorizados (Bridley y Jordan, 2012), para los síntomas depresivos pero no para el funcionamiento social (Smith y Somhlaba, 2015), la relación se ha establecido en conjunción con otras variables (Bridley y Jordan, 2012), o incluso no han mostrado relación (Giallo y Gavidia-Payne, 2006).

Los síntomas interiorizados han ocupado un lugar de gran interés en la investigación sobre las SEC. En general, se ha observado una asociación positiva entre las SEC y la sintomatología interiorizada (Pinquart, 2009), los síntomas depresivos (Shahar, Henrich, Reiner y Little, 2003), los síntomas de ansiedad (Suarez-Morales y López, 2009) y los síntomas de depresión y de ansiedad (Cooper, Guthrie, Brown y Metzger, 2011; Johnson y Swendsen, 2015). Aunque esta relación tampoco se mantiene de manera consistente, puesto que algunos han obtenido relación para la ansiedad pero no para los síntomas depresivos (Brozina y Abela, 2006). Por lo que hay que tener en cuenta el papel que pueden tener otras variables como la autopercepción del manejo del estrés (Sáinz *et al.*, 2012) o la inteligencia emocional (Hodzic, Ripoll, Costa y Zenasni, 2016).

Algunos trabajos se han dirigido a analizar en exclusiva algunas categorías de SEC, como las SEC sociales, escolares o de aculturación. Por ejemplo, se ha encontrado que la presencia de SEC con los iguales (de nivel de moderado a alto) tienen un papel moderador, intensificando el impacto de las emociones negativas en las autolesiones en la adolescencia (Xavier, Cunha y Pinto-Gouveia, 2016). Las SEC de contenido escolar, tomadas como indicadores de victimización entre iguales, han mostrado ser factores de riesgo para los síntomas interiorizados y exteriorizados a medio plazo (Cotter, Wu y Smokowski, 2016). Y las SEC de aculturación se relacionaron con los síntomas depresivos y de trastorno por estrés postraumático, teniendo un considerable impacto sobre el bienestar de los adolescentes refugiados (Lincoln, Lazarevic, White y Ellis, 2015), y también se asociaron con los síntomas depresivos en menores refugiados no acompañados (Keles, Friborg, Idsøe, Sirin y Oppedal, 2016).

En el contexto clínico, la interacción entre las SEC y el perfeccionismo predecía el riesgo suicida en adolescentes con diagnóstico de depresión, incluso después de controlar otras variables como los síntomas depresivos o los intentos autolíticos previos (Hewitt, Caelian, Chen y Flett, 2014). Es más, las SEC suelen ser frecuentes en los pacientes adultos con trastorno mental (Adams, Ritter y Bonfine, 2015).

En el ámbito médico, von Weiss *et al.* (2002) observaron que un menor número de SEC, junto con un mayor apoyo social, predecía un menor desajuste (síntomas interiorizados y exteriorizados) en niños y adolescentes con enfermedad

reumática, y que, además, las SEC se asociaban con un aumento de los síntomas de ansiedad en estos pacientes.

Se podría afirmar que la escasez de instrumentos autoinformados sobre las SEC en la infancia es notoria. En general, cuando enfocamos la mirada a población no adulta, la mayoría de las pruebas están dirigidas a la etapa de la adolescencia, con algunas excepciones como la CHS (Kanner *et al.*, 1987) o el Inventario de estrés cotidiano infantil (IECI; Trianes, Blanca, Fernández-Baena, Escobar y Maldonado, 2011). Por otra parte, resalta la dificultad de comparación de los resultados, dada la variabilidad de los instrumentos en aspectos tan importantes como: el número de ítems, encontrando listados de 14 (Pinquart, 2009) hasta 50 SEC (Jose y Ratcliffe, 2004); el marco temporal de la medida, desde registros diarios (Johnson y Swendsen, 2015; Li, Nussbaum y Richards, 2007), un año (Pinquart, 2009) o sin delimitación temporal (von Weiss *et al.*, 2002); el tipo de medida, como la frecuencia (Abela, Fishman, Cohen y Young, 2012), el grado de malestar (Suarez-Morales y López, 2009) o varias medidas (Bridley y Jordan, 2012; Santa Lucia *et al.*, 2000); y el contenido de los ítems que varía en función de los objetivos del estudio. Además, en ocasiones los instrumentos confunden las medidas de los estímulos estresantes con los síntomas psicopatológicos (Dohrenwend, 2006). En opinión de Pinquart (2009), algunos hallazgos podrían haber sobreestimado la asociación entre las SEC y los síntomas psicológicos, porque muchas escalas de SEC miden el nivel de malestar psicológico, más que la ocurrencia de las SEC.

Por otra parte, la mayoría de la literatura se centra en la adolescencia y en menor medida en la infancia. En nuestro país los estudios sobre las SEC en la infancia son la excepción y están desarrollados con población general (Trianes *et al.*, 2011). Consideramos que la investigación de las SEC en la infancia y en especial en la población clínica de salud mental demanda una mayor atención.

El presente trabajo analiza la relación entre las SEC y la sintomatología psicológica, exteriorizada e interiorizada, y el nivel de adaptación escolar, social y familiar en la infancia, y se examinan las posibles diferencias entre población clínica y población comunitaria. Se espera que la presencia de SEC se relacione con mayor prevalencia de síntomas y menor nivel de adaptación, así como encontrar mayor relación entre las variables en el grupo clínico.

Método

Participantes

En la investigación participaron 552 niños. Los participantes del grupo clínico eran pacientes de la Red Pública de los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil del área sanitaria del Hospital Universitario Ramón y Cajal. El grupo comunitario estaba integrado por escolares de centros educativos públicos y concertados de la misma zona. La selección de los siete centros educativos fue incidental, según la disponibilidad de los mismos. Los pacientes constituyen una muestra incidental, procedente de tres centros de salud mental.

En el grupo clínico se excluyeron pacientes con trastorno mental o sintomatología activa grave que pudiese interferir en su capacidad de comunicación y comprensión. En el grupo comunitario se excluyeron los escolares que estaban en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Asimismo, en el estudio no se incluyeron participantes que seguían la modalidad educativa de ACNEE (alumno con necesidades educativas especiales) o con dificultades en el manejo del idioma por motivos culturales.

Se recogieron 580 protocolos, pero se excluyó a 27 escolares (4,7%) del grupo comunitario, que estaban en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, y a un paciente del grupo clínico. En el grupo clínico había 94 pacientes (16,2%) y en el grupo comunitario, 458 alumnos (79,1%). Los menores tenían edades comprendidas entre los 10 y los 12 años. La distribución por sexos fue 53,4% hombres y 46,6% mujeres. Los menores estaban escolarizados en los cursos de 4º de educación primaria a 1º de la E.S.O. En los centros educativos se administró el protocolo únicamente en 5º y 6º de primaria. La descripción de los participantes se presenta en la tabla 1.

En el grupo clínico, 21,3% no tenía diagnóstico de trastorno mental. De aquellos que sí tenían diagnóstico, el más frecuente fue el trastorno hiperactivo (18,1%), seguido del trastorno de adaptación (13,8%) y del grupo de trastornos de las emociones de comienzo en la infancia (12,8%), según los criterios de la Clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 2004).

Tabla 1
Descripción de los participantes

Variables sociodemográficas	Total (N= 552)		Grupo clínico (n= 94)		Grupo comunitario (n= 458)	
	n	%	n	%	n	%
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
M(DT) y rango	10,91(0,72); 10-12		10,84 (0,79); 10-12		10,92 (0,70); 10-12	
Curso						
Cuarto	28	5,1	28	29,8	0	0
Quinto	186	33,7	15	16	171	37,3
Sexto	322	58,3	35	37,2	287	62,7
1º ESO	16	2,9	16	17	0	0
Repetir curso						
No	488	88,4	75	79,8	413	90,2
Sí	64	11,6	19	20,2	45	9,8

Instrumentos

Los participantes cumplieron un protocolo integrado por los siguientes instrumentos de autoinforme:

- a) Cuestionario de datos sociodemográficos. Se recogió información sobre la edad, el sexo, el curso escolar y el estatus socioeconómico de los niños. Los ítems para medir el estatus socioeconómico fueron tomados del "Programa para la evaluación internacional de alumnos" (*Programme for International Student Assessment, PISA*; OECD, 2012), que recoge los recursos materiales del niño (RMN) disponibles para el aprendizaje o el ocio (p. ej., mesa para estudiar, ordenador para las tareas escolares o habitación propia) y los recursos materiales del hogar (RMH) (p. ej., número de teléfonos móviles o de coches). Además, se registró información acerca del desempeño académico: repetir curso, valoración del rendimiento académico y número de asignaturas suspensas.
- b) "Escala de situaciones estresantes cotidianas en la infancia" (*Children's Hassles Scale, CHS*; Kanner *et al.*, 1987). La CHS es una medida de autoinforme de SEC que ocurren en el último mes. Consta de 25 ítems. Se puede aplicar a niños y adolescentes entre 8 y 17 años. Se generan tres tipos de puntuaciones: ocurrencia (CHS-T: recuento simple del número de SEC, puntuación de rango de 0 a 25), frecuencia de SEC vividas con malestar (CHS-TM: el número de SEC valoradas como "regular" o "muy mal", rango de puntuaciones de 0 a 25) e intensidad total del malestar (CHS-TIM: la suma de la valoración del malestar por las SEC, rango de puntuaciones de 0 a 100). Santa Lucia *et al.* (2000) realizaron un análisis factorial, hallando cuatro factores: comparación de iguales (CHS-I: p. ej., "los niños en el colegio se han burlado de ti"), colegio (CHS-C: p. ej., "tu profesor/a se ha enfadado contigo por tu comportamiento"), familia (CHS-F: p. ej., "tus hermanos y hermanas te han molestado") y progenitores (CHS-P: p. ej., "tu madre o tu padre no han tenido tiempo suficiente para hacer algo contigo"). De estos factores también se pueden extraer las tres puntuaciones mencionadas. La CHS es una medida de autoinforme de estrés valorada como bien establecida y que amplía la comprensión del sujeto de estudio, tal y como recoge la División 54 de la *American Psychological Association* en su página web y la publicación de Blount *et al.* (2008). Se realizó la traducción y adaptación del siguiendo las directrices para la traducción y adaptación de los tests de la Comisión Internacional de Test (ITC; Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013). Se obtuvo un α de Cronbach de 0,78 para el instrumento global. En el estudio hemos asumido el análisis factorial de Santa Lucia *et al.* (2000) y la consistencia interna de las subescalas fue: CHS-I= 0,66, CHS-C= 0,66, CHS-F= 0,54 y CHS-P= 0,68.
- c) "Cuestionario de capacidades y dificultades" (*Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ-Cas*; Goodman, 1997; Goodman, Meltzer y Bailey, 1998), adaptación española de Ortuno-Sierra, Fonseca-Pedrero, Paino, Sastre y Muñiz (2015). Se trata de un cuestionario de autoinforme para niños y adolescentes, entre 11 y 16 años. Consta de 25 ítems, con una escala tipo Likert de tres alternativas de respuesta ("no es verdad", "es verdad a medias" y "verdaderamente sí"). Se obtiene una puntuación del total de dificultades (SDQ-T), de los dos factores de segundo orden, síntomas exteriorizados (SDQ-

E) y síntomas interiorizados (SDQ-I), y de las cinco subescalas, síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas de relación con iguales y escala prosocial (esta última no ha sido incluida en los análisis). La adaptación española tiene una consistencia interna de 0,75 para el total de la prueba y de entre 0,56 y 0,71 para las subescalas. Se considera un instrumento útil para valorar las dificultades emocionales y comportamentales en población infantojuvenil española (Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Inchausti y Sastre, 2016). Además, el SDQ ha sido administrado en niños de 10 años (Van Roy, Grøholt, Heyerdahl y Clench-Aas, 2006) y de hasta 8 años de edad (Muris, Meesters, Eijkelenboom y Vincken, 2004) obteniendo buenas propiedades psicométricas. La consistencia interna (α de Cronbach) en este estudio para el total de dificultades fue de 0,78, fue buena en los factores de segundo orden, (SDQ-E= 0,72, SDQ-I= 0,7) y aceptable en las subescalas (síntomas emocionales= 0,69, problemas de conducta= 0,5, hiperactividad= 0,66 y problemas con compañeros= 0,52).

- d) "Escala de depresión modificada" (*Modified Depression Scale*, MDS; Orpinas, 1993; tomado de Dahlberg, Toal, Swahn y Behrens, 2005). Este cuestionario para evaluar depresión consta de seis ítems, con cinco alternativas de respuesta ("nunca", "rara vez", "a veces", "a menudo" y "siempre"). Evalúa síntomas depresivos en el último mes (Dunn, Johnson y Green, 2012) y se puede aplicar desde los 10 a los 18 años. Se realizó la traducción y adaptación de este instrumento (ITC; Muñiz *et al.*, 2013). La consistencia interna resultó de 0,65.
- e) "Cuestionario de adaptación escolar". Es un cuestionario de 10 ítems, con cuatro alternativas de respuesta ("muy de acuerdo", "de acuerdo", "en desacuerdo" y "muy en desacuerdo"). Los ítems fueron tomados del PISA (OECD, 2012) y adaptados para el presente estudio. Puntuaciones más altas reflejan mayor inadaptación. La consistencia interna (α de Cronbach) fue 0,49. El análisis factorial mostró una estructura de dos factores: 1) adaptación escolar al colegio (AEC), formado por cinco ítems (p. ej., "Me gusta mi colegio", "El colegio es una pérdida de tiempo") y 2) adaptación escolar al aprendizaje (AEA), formado por cinco ítems (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. Los coeficientes de fiabilidad para los factores fueron 0,78 y 0,79, respectivamente. El ajuste del modelo fue aceptable.
- f) "Cuestionario de adaptación familiar". Es un cuestionario *ad hoc*, creado con el propósito de evaluar el nivel de adaptación familiar. Está compuesto por 11 ítems (p. ej., "Me gusta hacer cosas con mis padres y con mi familia", "Mis padres saben el nombre de mis amigos"), con cuatro alternativas de respuesta ("muy de acuerdo", "de acuerdo", "en desacuerdo" y "muy en desacuerdo"). Las puntuaciones altas reflejan mayor inadaptación. La consistencia interna (α de Cronbach) fue de 0,79. Este cuestionario posee un único factor, que explica el 45% de la varianza total. El coeficiente de fiabilidad de este factor es de 0,82 y el ajuste del modelo fue aceptable.

Procedimiento

Los participantes del grupo clínico se reclutaron 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 Universitario Ramón y Cajal, y de los Directores de los centros de salud mental pertenecientes a dicho hospital. Los participantes del grupo comunitario se reclutaron con la cooperación 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 concertados, contando con la autorización de los directores de los centros escolares. La investigación fue aprobada por el Comité Ético y de Investigación Clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal. El protocolo se administró al grupo clínico coincidiendo con el día que acudían a la consulta y con el grupo comunitario en el aula en el horario escolar. La aplicación del protocolo para todos los participantes se efectuó durante el curso escolar.

Previo a la aplicación de protocolo de la investigación, se desarrolló un estudio piloto que incluyó, en primer lugar, la traducción y retrotraducción de dos instrumentos, CHS (Kanner *et al.*, 1987) y MDS (Orpinas, 1993; tomado de Dahlberg *et al.*, 2005). Posteriormente se aplicaron todos los instrumentos que se incluirían en el protocolo a niños de 9 a 12 años. Esto conllevó la modificación de la redacción de algunos ítems, a la vez que nos permitió comprobar que el SDQ-Cas (Goodman, 1997) se podía aplicar en la franja de edad de la investigación y que el tiempo en cumplimentar el protocolo oscilaba entre 15 y 30 minutos. Y como último paso del estudio piloto, dado que en el grupo clínico el protocolo se iba a aplicar de manera individual y en el grupo comunitario de forma colectiva, se compararon las modalidades de aplicación, individual y colectiva, en uno de los centros escolares del grupo comunitario. Se llevaron a cabo contrastes con la prueba *t* de muestras independientes paramétricas en variables sociodemográficas (sexo y edad), SEC (CHS-T) y sintomatología y adaptación (SDQ-T, SDQ-E, SDQ-I, MDS, Adaptación familiar y Adaptación escolar). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las modalidades de aplicación respecto estas variables. 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: $t = -0,43$ (25) en sexo, $-0,45$ (25) en edad, $1,19$ (25) CHS Total, $0,11$ (25) en SDQ-T, $-0,52$ (25) en SDQ-E, $0,57$ en SDQ-I, $-0,14$ (25) en MDS, $1,3$ (25) en adaptación familiar total y $1,97$ (25) en adaptación escolar total. Estos análisis confirmaron que el tipo de aplicación no interfería en los contrastes.

Análisis de datos

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos de las variables examinadas. Se realizó un análisis factorial del Cuestionario de adaptación escolar y del cuestionario creado *ad hoc* de adaptación familiar mediante el programa FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2013) sobre la matriz de correlaciones policóricas. 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-Mann-Whitney. Como medida del tamaño de efecto se utilizó el estadístico eta cuadrado. También se compararon las proporciones de las SEC entre los grupos, mediante el estadístico chi-cuadrado y la diferencia de proporciones, calculando como tamaño de efecto con el estadístico V de Cramer. Para observar la relación entre las SEC y los síntomas y la adaptación se calcularon correlaciones de Pearson, y para la asociación entre las SEC y el rendimiento académico y las asignaturas suspensas se emplearon correlaciones de Spearman. Se analizó la capacidad predictiva de las SEC sobre los síntomas y la adaptación mediante regresión lineal jerárquica o de bloques, introduciendo como primer bloque las variables sociodemográficas para controlar su efecto (sexo, edad y estatus socioeconómico). Los análisis de datos mencionados 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 denominado VassarStats (Lowry, 2001) disponible online.

Resultados

En la tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos de las variables de estudio de todos los participantes y de los grupos clínico y comunitario. El contraste de Levene mantuvo el supuesto de igualdad de las varianzas en todas las variables ($p > 0,05$), por lo que se utilizó el contraste con varianzas iguales. La comparación de la proporción de ocurrencia en los dos grupos mostró diferencias significativas en las siguientes SEC: "has tenido que recoger tu habitación", $\chi^2(3) = 14,29$; $p < 0,01$, mayor proporción de "sentirse regular" en grupo clínico (18,3%) y mayor proporción de "sentirse normal" en grupo comunitario (73,7%); "te han castigado cuando más hecho algo mal", $\chi^2(4) = 11,62$; $p < 0,05$, mayor proporción de "no" en el grupo comunitario (32%), y mayor porcentaje de "sí, normal" y "sí, mal" en el grupo clínico (22,3% y 34%, respectivamente); y en "tus deberes eran demasiado difíciles", $\chi^2(3) = 17,33$; $p < 0,001$, mayor porcentaje de "no" en el grupo comunitario (62,4%) y mayor porcentaje de "sí, normal" en el grupo clínico (37,2%).

Respecto a la sintomatología, en el grupo clínico, la ocurrencia total de SEC (CHS-T), la ocurrencia de SEC vividas con malestar (CHS-TM) y la intensidad total del malestar por las SEC (CHS-TIM) se asociaron positiva y significativamente con las puntuaciones totales del SDQ, los factores de segundo orden (SDQ-E y SDQ-I), las subescalas (síntomas emocionales, problemas con compañeros, problemas de conducta e hiperactividad) y las puntuaciones de la escala de síntomas depresivos (MDS). De manera similar ocurrió en el grupo comunitario. Se analizaron si existían diferencias significativas entre el grupo clínico y el grupo comunitario en los coeficientes de correlación. Sólo se hallaron diferencias entre grupos en los síntomas depresivos (MDS): CHS-T ($z = -2,85$; $p = 0,0022$), CHS-TM ($z = -2,26$; $p = 0,0119$) y CHS-TIM ($z = -2,11$; $p = 0,0174$), con mayor correlación en los pacientes.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de las variables del estudio ($n= 550$)

Variables	Total		Grupo clínico		Grupo comunitario		t (p)
	M	DT	M	DT	M	DT	
CHS-T	11,05	4,75	11,52	4,47	10,95	4,8	1,05 (0,4)
CHS-TM	6,28	4,39	6,88	4,43	6,16	4,38	1,46 (0,68)
CHS-TIM	21,98	18,08	24,25	16,4	21,51	15,99	1,5 (0,79)
CHS-I	1,11	1,43	1,2	1,51	1,09	1,41	0,68(0,66)
CHS-C	1,57	1,32	1,8	1,32	1,51	1,31	2,25 (0,9)
CHS-F	2,1	1,52	2,33	1,63	2,06	1,5	1,57 (0,12)
CHS-P	1,25	1,41	1,24	1,33	1,25	1,43	-0,54 (0,31)
SDQ-T	10,91	5,83	13,96	5,73	10,29	5,66	5,71 (0,58)
SDQ-E	6,33	3,55	8,55	3,75	5,87	3,34	6,95 (0,15)
SDQ-I	4,59	3,44	5,4	3,49	4,42	3,41	2,54 (0,87)
MDS	13,99	4,53	15,52	4,73	13,67	4,43	3,64 (0,29)
AF	14,62	3,86	15,09	3,88	14,53	3,85	1,3 (0,3)
AET	14,47	4,3	15,49	4,07	14,25	4,33	2,55 (0,48)
AEC	7,42	2,86	8,11	2,82	7,28	2,86	2,52 (0,61)
AEA	6,98	2,14	7,41	2,14	6,89	2,14	2,18 (0,09)

Nota: CHS= *Children's Hassles Scale*; CHS-T= ocurrencia total; CHS-TM= ocurrencia total de malestar; CHS-TIM= intensidad total de malestar; CHS-I= frecuencia de malestar de situaciones estresantes cotidianas de comparación de iguales; CHS-C= frecuencia de malestar de situaciones estresantes cotidianas en el colegio; CHS-F= frecuencia de malestar de situaciones estresantes cotidianas en la familia; CHS-P= frecuencia de malestar de situaciones estresantes cotidianas de los progenitores; SDQ-T= Cuestionario de capacidades y dificultades-puntuación total; SDQ-E= síntomas exteriorizados; SDQ-I= síntomas interiorizados; MDS= *Modified Depression Scale*; AF= adaptación familiar; AET= adaptación escolar total; AEC= adaptación escolar colegio; AEA= adaptación escolar aprendizaje.

Con relación a la adaptación, en el grupo clínico, la ocurrencia de SEC (CHS-T) correlacionó con menor adaptación familiar, mientras que en el grupo comunitario las tres medidas de SEC (CHS-T, CHS-TM y CHS-TIM) correlacionaron con menor adaptación familiar. Las tres puntuaciones de SEC correlacionaron con menor adaptación escolar y social en ambos grupos. La comparación de los coeficientes de correlación no mostró diferencias en las correlaciones de ambos grupos. Las correlaciones entre las SEC y la sintomatología y la adaptación se recogen en la tabla 3.

Además, se examinó la relación entre las SEC y el desempeño académico. Respecto a repetir curso, se efectuaron contrastes de Levene para la homogeneidad de varianzas y la prueba t de comparación de medias para examinar si había mayor número de SEC en los participantes que habían repetido curso. En el grupo clínico no hubo diferencias. En el grupo comunitario, aparecieron diferencias en la frecuencia total de SEC, que los análisis de verificación (U-Mann-Whitney= -2,21; $p < 0,05$) confirmaron (R de Rosenthal= 0,11; Field, 2013, p. 550). En el grupo clínico, las SEC correlacionaron (Rho de Spearman) con menor rendimiento académico (CHS-T y CHS-TM, $p < 0,01$), pero no con el número de asignaturas suspensas, mientras que en el grupo comunitario, las SEC correlacionaron con menor rendimiento académico y con mayor número de asignaturas suspensas (CHS-T y CHS-TM, $p < 0,01$).

Tabla 3

Correlaciones entre las situaciones estresantes cotidianas, la sintomatología y la adaptación

Síntomas	Grupo clínico			Grupo comunitario		
	CHS-T	CHS-TM	CHS-TIM	CHS-T	CHS-TM	CHS-TIM
SDQ-T	0,49**	0,49**	0,51**	0,52**	0,52**	0,53**
SDQ-E	0,35**	0,34**	0,36**	0,41**	0,41**	0,42**
SDQ-I	0,44**	0,45**	0,44**	0,46**	0,46**	0,47**
SDQ síntomas emocionales	0,38**	0,39**	0,38**	0,45**	0,46**	0,47**
SDQ problemas conducta	0,38**	0,38**	0,40**	0,37**	0,35**	0,36**
SDQ hiperactividad	0,24*	0,22*	0,23*	0,34**	0,35**	0,36**
SDQ problemas compañeros	0,36**	0,36**	0,37**	0,28**	0,28**	0,29**
MDS	0,39**	0,43**	0,45**	0,63**	0,62**	0,62**
AF	0,28**	0,13	0,13	0,36**	0,36**	0,35**
AET	0,44**	0,41**	0,43**	0,29**	0,28**	0,27**
AEC	0,42**	0,43**	0,44**	0,29**	0,29**	0,28**
AEA	0,31**	0,22*	0,22*	0,23**	0,17**	0,15**

Notas: CHS= *Children's Hassles Scale*; CHS-T= ocurrencia total; CHS-TM= ocurrencia total de malestar; CHS-TIM= intensidad total de malestar; SDQ= Cuestionario de capacidades y dificultades; SDQ-T= Cuestionario de capacidades y dificultades-puntuación total; SDQ-E= síntomas exteriorizados; SDQ-I= síntomas interiorizados; MDS= *Modified Depression Scale*; AF= adaptación familiar; AET= adaptación escolar total; AEC= adaptación escolar al colegio; AEA= adaptación escolar al aprendizaje. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. En las escalas de adaptación, puntuaciones más altas reflejan mayor inadaptación.

Por último, para las variables dependientes sintomatología (SDQ-E, SDQ-I y MDS), la adaptación familiar y la adaptación escolar (los dos factores: AEC y AEA) se realizaron análisis de regresión lineal múltiple por el procedimiento jerárquico en dos bloques, introduciendo como predictores en el primer bloque las variables sociodemográficas (sexo, edad y estatus socioeconómico) y en el segundo bloque las SEC vividas con malestar según contenidos temáticos (comparación de iguales, colegio, familia y progenitores, CHS-I, CHS-C, CHS-F y CHS-P, respectivamente).

En cuanto a los síntomas exteriorizados, en el grupo clínico, resultaron estadísticamente significativas CHS-C y CHS-F, explicando el 34% de la varianza. En el grupo comunitario, fueron significativos el sexo masculino, CHS-C y CHS-P, explicando cerca el 21% de la varianza. Para los síntomas interiorizados, en el grupo clínico, los coeficientes significativos fueron el sexo femenino y CHS-I, explicando el 31% de la varianza; mientras que en el grupo comunitario, resultaron significativas CHS-I, CHS-C y CHS-P, que predijeron el 27% de varianza. En el grupo clínico, ninguna de las variables resultó estadísticamente significativo para los síntomas depresivos, en cambio, en el grupo comunitario fueron significativos los cuatro contenidos de SEC, explicando el 39% de la varianza de los síntomas depresivos. Los resultados aparecen en la tabla 4.

Tabla 4
Análisis de regresión entre la sintomatología y las situaciones estresantes cotidianas

	Grupo clínico					Grupo comunitario				
	Variable	B	ET. B	β	In. R ²	Variable	B	ET. B	β	In. R ²
SDQ-E	Paso 1				0,08	Paso 1				
	Sexo	-0,33	0,79	-0,04		Sexo	-0,98**	0,31	-0,15	0,32
	Paso 2				0,26	Paso 2				0,18
	Sexo	-0,65	0,71	-0,08		Sexo	-1,22**	0,29	-0,18	
	CHS-I	-0,44	0,28	-0,18		CHS-I	0,22	0,12	0,09	
	CHS-C	0,77*	0,29	0,27		CHS-C	0,49**	0,13	0,19	
	CHS-F	1,13**	0,25	0,49		CHS-F	0,21	0,11	0,09	
CHS-P	-0,34	0,31	-0,12		CHS-P	0,42**	0,12	0,18		
	R= 0,59; R ² col= 0,34; Δ R ² = 0,28; F(8, 85)= 5,55; p< 0,001					R= 0,46; R ² col= 0,21; Δ R ² = 0,19; F(8, 449)= 15,17; p< 0,001				
SDQ-I	Paso 1				0,13	Paso 1				0,01
	Sexo	2,54**	0,71	0,35		Sexo	0,59	0,32	0,09	
	Paso 2				0,18	Paso 2				0,26
	Sexo	1,81**	0,68	0,25		Sexo	0,06	0,28	0,01	
	CHS-I	0,71**	0,26	0,31		CHS-I	0,68**	0,11	0,4	
	CHS-C	0,41	0,28	0,16		CHS-C	0,25**	0,12	0,09	
	CHS-F	-0,03	0,24	-0,01		CHS-F	0,01	0,11	0,00	
CHS-P	0,29	0,29	0,11		CHS-P	0,29*	0,12	0,12		
	R= 0,56; R ² col= 0,31; Δ R ² = 0,25; F(8, 85)= 4,88; p< 0,001					R= 0,52; R ² col= 0,27; Δ R ² = 0,23; F(8, 449)= 20,74; p< 0,001				
MDS	Paso 1				0,03	Paso 1				0,01
	Paso 2				0,19	Paso 2				0,38
	CHS-I	0,41	0,38	0,13		CHS-I	0,67**	0,14	0,21	
	CHS-C	0,39	0,41	0,11		CHS-C	0,52**	0,15	0,15	
	CHS-F	0,52	0,35	0,18		CHS-F	0,47**	0,13	0,16	
	CHS-P	0,59	0,43	0,17		CHS-P	0,93**	0,14	0,29	
		R= 0,46; R ² col= 0,21; Δ R ² = 0,13; F(8, 85)= 2,80; p= 0,008					R ² = 0,63; R ² col= 0,39; Δ R ² = 0,38; F(8, 449)= 36,62; p< 0,001			

Notas: CHS= *Children's Hassles Scale*; CHS-I= situaciones estresantes cotidianas de comparación de iguales; CHS-C= situaciones estresantes cotidianas en el colegio; CHS-F= situaciones estresantes cotidianas en la familia; CHS-P= situaciones estresantes cotidianas de los progenitores; SDQ= Cuestionario de capacidades y dificultades; SDQ-E= síntomas exteriorizados; SDQ-I= síntomas interiorizados; MDS= *Modified Depression Scale*. ET. B= error típico de la estimación; In. R²= incremento en R². *p< 0,05; **p< 0,01.

Tabla 5
Análisis de regresión entre la adaptación familiar y escolar y las situaciones estresantes cotidianas

Variable	Grupo clínico				Grupo comunitario				In. R ²
	B	ET. B	β	In. R ²	Variable	B	ET. B	β	
Paso 1				0,04	Paso 1				
Edad	0,65	0,56	0,13		Edad	0,85**	0,25	0,15	
RMH	-0,33	0,32	-0,14		RMH	-0,29*	0,14	-0,13	
Paso 2				0,07	Paso 2				0,12
Edad	0,94	0,59	0,19		Edad	0,83**	0,24	0,15	
CHS-I	0,49	0,33	0,19		CHS-I	0,22	0,14	0,08	
CHS-C	0,21	0,36	0,07		CHS-C	0,14	0,15	0,05	
CHS-F	-0,39	0,30	-0,16		CHS-F	0,29*	0,13	0,11	
CHS-P	0,52	0,37	0,18		CHS-P	0,58**	0,14	0,21	
	R= 0,33; R ² cor=0,11; ΔR ² =0,03; F(8, 85)= 1,33; p= 0,24					R ² 0,43; R ² cor=0,19; ΔR ² =0,17; F(8, 449)= 12,86; p< 0,001			
Paso 1				0,08	Paso 1				0,00
RMN	0,32*	0,12	0,36		RMN	-0,07	0,07	-0,06	
Paso 2				0,33	Paso 2				0,10
RMN	0,39**	0,10	0,44		RMN	-0,05	0,07	-0,04	
CHS-I	0,94**	0,20	0,51		CHS-I	0,49**	0,11	0,24	
CHS-C	0,49*	0,21	0,23		CHS-C	0,28*	0,12	0,13	
CHS-F	0,07	0,18	0,04		CHS-F	-0,02	0,10	-0,01	
CHS-P	-0,19	0,22	-0,09		CHS-P	0,09	0,11	0,04	
	R=0,64; R ² cor=0,41; ΔR ² =0,35; F(8, 82)= 7,01; p< 0,001					R ² 0,33; R ² cor=0,11; ΔR ² =0,09; F(8, 439)= 6,58; p< 0,001			
Paso 1				0,12	Paso 1				0,01
RMN	0,22*	0,09	0,31		RMN	0,06	0,05	0,08	
RMH	-0,36*	0,17	-0,29		RMH	-0,06	0,08	-0,05	
Paso 2				0,08	Paso 2				0,04
RMN	0,25**	0,09	0,36		RMN	0,07	0,05	0,09	
RMH	-0,39*	0,17	0,31		RMH	-0,06	0,08	-0,05	
CHS-I	0,14	0,17	0,10		CHS-I	0,24**	0,08	0,16	
CHS-C	0,32	0,19	0,19		CHS-C	0,02	0,09	0,01	
CHS-F	0,11	0,16	0,09		CHS-F	0,02	0,08	0,01	
CHS-P	-0,04	0,19	-0,03		CHS-P	0,06	0,08	0,04	
	R=0,45; R ² cor=0,12; ΔR ² =0,12; F(8, 85)= 2,67; p= 0,012					R= 0,22; R ² cor=0,05; ΔR ² =0,03; F(8, 449)= 2,79; p= 0,005			

Notas: CHS= *Children's Hassles Scale*, CHS-I= situaciones estresantes cotidianas de comparación de iguales; CHS-C= situaciones estresantes cotidianas en el colegio; CHS-F= situaciones estresantes cotidianas en la familia; CHS-P= situaciones estresantes cotidianas de los progenitores; AF= adaptación familiar; AEC= adaptación escolar; AEA= adaptación escolar aprendizaje; RMN= recursos materiales del menor; RMH= recursos materiales del hogar; ET. B= error típico de la estimación; In. R²= incremento en R². *p< 0,05; **p< 0,01. En las escalas de adaptación, puntuaciones más altas reflejan mayor inadaptación.

Respecto a la adaptación familiar, en el grupo clínico ninguno de los coeficientes fue estadísticamente significativo; en cambio en el grupo comunitario, fueron significativos los coeficientes de los recursos materiales del hogar (a mayor estatus socioeconómico, mayor nivel de adaptación), mayor edad, CHS-F y CHS-P, explicando el 19% de varianza. En la AEC, en el grupo clínico, los recursos materiales del niño fueron predictivas en el primer paso y el segundo paso (a mayor número de posesiones, mayor desadaptación) y CHS-I y CHS-C, explicando 41% de la varianza; mientras que en el grupo comunitario fueron significativas CHS-I y CHS-C, con el 11% de varianza explicativa. La AEA, en el grupo clínico, se relacionó positivamente con los recursos materiales del niño (a mayor número de recursos, mayor desadaptación) y negativamente con los recursos materiales del hogar (a mayor número de recursos materiales en el hogar, mayor adaptación), explicando 12% de la varianza; en el grupo comunitario, CHS-I fueron predictivas, aunque en menor medida, explicando el 5% de la varianza. Los resultados se pueden ver en la tabla 5.

Discusión

En este trabajo se han analizado las relaciones entre las SEC y la sintomatología y el funcionamiento adaptativo en niños de 10 a 12 años, comparando pacientes que acudían a tratamiento de salud mental con alumnos de centros educativos que no estaban tratamiento psicológico o psiquiátrico.

En cuanto a la ocurrencia de SEC, se obtuvo una media de once SEC, de las cuales en torno a seis fueron vividas con malestar por parte de los niños. Los grupos clínico y comunitario no mostraron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala de SEC. No se han encontrado investigaciones recientes con población clínica de salud mental y comunitaria que permitan contrastar estos resultados. Al comparar nuestro trabajo con otras investigaciones que han empleado la CHS (Kanner *et al.*, 1987) con población general, podemos comprobar que las cifras se acercan a las informadas por Kanner *et al.* (1987) en la publicación original de la escala, que hallaron una media de doce SEC. No obstante, nuestras cifras son superiores a las de Santa Lucia *et al.* (2000), que informaron de unas ocho SEC, de los cuales alrededor de una era experimentada con malestar. Datos algo más elevados han sido aportados por Smith y Somhlaba (2015), con un total de trece SEC, de las cuales más de ocho vividas con malestar. Las discrepancias entre los datos mencionados podrían estar relacionadas con las diferencias culturales: el estudio de Santa Lucia *et al.* (2000) se llevó a cabo en EE.UU., el de Smith y Somhlaba (2015) en Sudáfrica, mientras el presente trabajo se ha realizado en España. No podemos olvidar que en la propia definición de SEC viene implícita la transacción con el ambiente (Kanner *et al.*, 1981).

Respecto a la relación entre las variables, los resultados fueron, en parte, en la dirección esperada: las SEC correlacionaron con todas las medidas de síntomas en ambos grupos de participantes. No obstante, no se apoyó la propuesta de mayor afectación en el grupo clínico respecto al grupo comunitario, salvo en los síntomas depresivos en los que la relación con las SEC fue más fuerte en los pacientes. En cuanto al nivel de adaptación, en el grupo comunitario las SEC se asociaron con

menor adaptación escolar, social y familiar. Sin embargo, en el grupo clínico se hallaron menos relaciones estadísticamente significativas entre las variables, este hecho puede deberse a la mayor variabilidad, dado el mayor número de participantes en el grupo comunitario y al mayor tamaño de la muestra.

Al realizar un examen de la capacidad predictiva de las diferentes SEC vividas con malestar sobre la sintomatología exteriorizada, interiorizada y depresiva y la adaptación familiar y escolar, se observó que las SEC explicaron desde un 21 hasta 39% de la varianza de la sintomatología. En el grupo comunitario, todas las SEC contribuyeron a predecir los síntomas depresivos, situación que contrastó con el grupo clínico, donde ninguna de las SEC fue significativa. En los síntomas exteriorizados e interiorizados se observó la influencia del sexo mencionada en la literatura (Rydell, 2010): los primeros son más frecuentes en los chicos, como se ha observado en el grupo comunitario, y los segundos, en las chicas, como ha aparecido en el grupo clínico. Respecto a la adaptación familiar y escolar, en general las SEC tuvieron menor capacidad predictiva, entrando en juego el estatus socioeconómico. La excepción fueron las SEC de comparación de iguales y del colegio que predijeron hasta un 41% de la varianza de la adaptación al colegio en el grupo clínico. Como se pudo verificar, las SEC de comparación de iguales, en primer lugar, seguidas de las SEC del colegio, fueron las SEC que más influyeron en los síntomas y el desajuste, tal como se ha informado en otros estudios (Cotter *et al.*, 2016; Xavier *et al.*, 2016). Este resultado es esencial si tenemos en cuenta que los menores dedican buena parte de su jornada a estar en el colegio, a las tareas escolares y a relacionarse con los compañeros y amigos.

De acuerdo con la evidencia disponible, en su mayoría con población general, el efecto acumulativo de las SEC parece que incrementa los problemas exteriorizados e interiorizados. Los hallazgos de este estudio parecen ir en la dirección de otras investigaciones con síntomas interiorizados y exteriorizados (Li *et al.*, 2007), síntomas depresivos (Cooper *et al.*, 2011; Smith y Somhlaba, 2015) e inadaptación socioemocional. En nuestro trabajo, la relación entre los síntomas depresivos y las SEC es la única que ha mostrado diferencias entre el grupo clínico y el grupo comunitario. Sin embargo, debemos ser cautos en las conclusiones, puesto que no disponemos de información del nivel previo de psicopatología.

La presente investigación permite comprobar cómo los niños pueden verse afectados por las SEC en general, y en especial por las SEC de iguales y del colegio, que impactan en su funcionamiento, por lo que consideramos que son factores de riesgo. Estos resultados tienen implicaciones en los ámbitos educativo y clínico, para planificar estrategias de prevención e intervención en la infancia que se adapten tanto a los menores, a su contexto, como a las características particulares de cada situación. Por ejemplo, las SEC pueden estar incidiendo en un rendimiento académico disminuido, en dificultades de integración social o en comportamientos perturbadores. Las oportunidades que ofrece el estudio de las SEC también son aplicables al ámbito clínico. Los síntomas no pueden ser valorados de manera aislada, sino que deben ser analizados dentro del contexto del paciente, para implementar las intervenciones según sus necesidades en cada momento. Parece claro que si la intervención se dirige en exclusiva a la sintomatología, las limitaciones de nuestros esfuerzos quedaran patentes. En cambio, si consideramos

las SEC como factores de riesgo, lograremos una visión más completa de la compleja realidad en la que se encuentra la infancia.

Por otra parte, debido a que el ambiente juega un papel esencial en el desarrollo de los niños, las SEC podrían representar una oportunidad de aprendizaje y crecimiento. En otras palabras, podríamos aventurar que, además de factores de riesgo, las SEC actuarían como factores de protección, al proporcionar al individuo experiencias de intercambio con el medio que le permitan poner en marcha y desarrollar mecanismos de afrontamiento, que probablemente de otra manera no estarían disponibles. Se ha sugerido que la exposición en la infancia a situaciones de estrés de un nivel moderado podría amortiguar los efectos nocivos de eventos estresantes en momentos evolutivos posteriores como la adolescencia (Shapero *et al.*, 2015).

Los estudios sobre las SEC en la infancia son escasos, siendo además la tendencia investigar con la población general, con la intención de extrapolar los resultados a la población clínica. En este trabajo hemos querido ir más allá, observando cómo pacientes y escolares pueden verse afectados por las SEC y hemos comprobado que las variables se han comportado de manera diferente. Como sugieren estos resultados, es muy cuestionable equiparar población clínica con población general.

Como cualquier investigación, ésta no está exenta de limitaciones. Éstas se refieren a aspectos metodológicos, al ser un diseño no experimental no se pueden establecer relaciones de causalidad; la participación voluntaria y la necesidad de autorización de los tutores legales, ha podido llevar a sesgos de pérdida de información relevante, como por ejemplo que hayan rehusado participar aquellos niños o familias con más dificultades.

Por otra parte, no podemos obviar las limitaciones que derivan de utilizar las medidas de autoinformes en niños, sin tener en cuenta otras fuentes de información (progenitores, profesores...). No obstante, esta circunstancia constituye, desde otro punto de vista, una fortaleza de este trabajo, puesto que al recoger este tipo de información directamente de los niños, éstos han informado no sólo de las SEC, sino del malestar que les generaban, y así hemos podido observar cómo se relacionaban las SEC con la sintomatología y la adaptación. La línea más habitual de investigación acerca de las SEC suele partir de la perspectiva de los adultos en la observación de las SEC de los niños o analizar las SEC en los progenitores ante diferentes alteraciones de sus hijos.

Por último, podría parecer una limitación el no haber empleado medidas adaptadas a la población española. El motivo por el que optamos por el instrumento para evaluar las SEC, la "Escala de situaciones estresantes cotidianas en la infancia" (*Children's Hassles Scale*; Kanner *et al.*, 1987), es que dio comienzo al estudio de las SEC en la infancia y que, a pesar de ser una medida valorada como bien establecida (Blount *et al.*, 2008) y empleada en numerosos estudios, no está adaptada en España. Esta investigación supone la primera en nuestro país que emplea este instrumento de evaluación de las SEC.

En definitiva, el trabajo presentado pone la mirada en la infancia y en los niños y niñas que acuden a tratamiento en salud mental, y pretende ser una aportación al estudio del estrés en esta etapa tan importante del desarrollo y a los

factores de riesgo y protección. Consideramos que queda un largo camino por recorrer, y profundizar en el conocimiento de las SEC tiene importantes implicaciones tanto en la prevención como en la intervención desde la psicología infanto-juvenil.

Referencias

- Abela, J. R., Fishman, M. B., Cohen, J. R. y 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*, 391-401.
- Adams, R. E., Ritter, C. y Bonfine, N. (2015). Epidemiology of trauma: childhood adversities, neighborhood problems, discrimination, chronic strains, life events, and daily hassles among people with a severe mental illness. *Psychiatry Research*, *230*, 609-615.
- Blount, R. L., Simons, L. E., Devine, K. A., Jaaniste, T., Cohen, L. L., Chambers, C. T. y Hayutin, L. G. (2008). Evidence-based assessment of coping and stress in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, *33*, 1021-1045.
- Bridley, A. y Jordan, S. S. (2012). Child routines moderate daily hassles and children's psychological adjustment. *Children's Health Care*, *41*, 129-144.
- Brozina, K. y 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*, 1337-1346.
- Cooper, S. M., Guthrie, B. J., Brown, C. y Metzger, I. (2011). Daily hassles and African American adolescent females' psychological functioning: direct and interactive associations with gender role orientation. *Sex Roles*, *65*, 397-409.
- Cotter, K. L., Wu, Q. y Smokowski, P. R. (2016). Longitudinal risk and protective factors associated with internalizing and externalizing symptoms among male and female adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, *47*, 472-485.
- Dahlberg, L. L., Toal, S. B., Swahn, M. y Behrens, C. B. (2005). *Measuring violence-related attitudes, behaviors, and influences among youths: a compendium of assessment tools* (2ª ed.) Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Recuperado desde https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/yv_compendium.pdf
- Dohrenwend, B. P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, *132*, 477-495.
- 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.
- Escobar, M., Trianes, M. V., Fernández-Baena, F. J. y Miranda, J. (2010). Relaciones entre aceptación sociométrica escolar e inadaptación socioemocional, estrés cotidiano y afrontamiento. *Revista latinoamericana de psicología*, *42*, 469-479.
- Falconier, M. K., Nussbeck, F., Bodenmann, G., Schneider, H. y Bradbury, T. (2015). Stress from daily hassles in couples: its effects on intradyadic stress, relationship satisfaction, and physical and psychological well being. *Journal of Marital and Family Therapy*, *41*, 221-235.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS* (4ª ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Giallo, R. y 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*, 937-948.

- 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.
- Hannan, J., Youngblut, J. M., Brooten, D., Bazzani, D., Romero, N. R., Chavez, B. y Picanes, J. (2015). Psychometric properties of newly translated Spanish Life Events Inventory and Daily Hassles Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 23, 315-325.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Chen, C. y Flett, G. L. (2014). Perfectionism, stress, daily hassles, hopelessness, and suicide potential in depressed psychiatric adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 663-674.
- Hodzic, S., Ripoll, P., Costa, H. y Zenasni, F. (2016). Are emotionally intelligent students more resilient to stress? The moderating effect of emotional attention, clarity and repair. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24, 253-272.
- IBM Corp. (2013). IBM SPSS Statistics for Windows, v. 22.0 [programa de ordenador]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jäkel, J., Leyendecker, B. y Agache, A. (2015). Family and individual factors associated with Turkish immigrant and German children's and adolescents' mental health. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1097-1105.
- Johnson, E. I. y Swendsen, J. D. (2015). Perceived social status and early adolescents' responses to negative daily events. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1593-1604.
- Jose, P. E. y 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.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schafer, C. y 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.
- Kanner, A. D., Feldman, S. S., Weinberger, D. A. y Ford, M. E. (1987). Uplifts, hassles, and adaptational outcomes in early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 7, 371-394.
- Keles, S., Friberg, O., Idsøe, T., Sirin, S. y Oppedal, B. (2016). Depression among unaccompanied minor refugees: the relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles. *Ethnicity & Health*, 21, 300-317
- Lazarus, R. S. (1985). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 375-389.
- Li, S. T., Nussbaum, K. M. y Richards, M. H. (2007). Risk and protective factors for urban African-American youth. *American Journal of Community Psychology*, 39, 21-35.
- Lincoln, A. K., Lazarevic, V., White, M. T. y Ellis, B. H. (2015). The impact of acculturation style and acculturative hassles on the mental health of Somali adolescent refugees. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18, 771-778.
- 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 desde <http://www.vassarstats.net/rdiff.html>.
- 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. *Programme for International Student Assessment. Student Questionnaire 2012 Form C*. Recuperado desde <http://www.oecd.org/pisa/pisaproducts/>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor, D. L. (Orig. 1992).
- 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.
- Ortuno-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sastre, S. y Muñoz, 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.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 53-60.
- Priya, P. K., Rajappa, M., Kattimani, S., Mohanraj, P. S. y Revathy, G. (2016). Association of neurotrophins, inflammation and stress with suicide risk in young adults. *Clinica Chimica Acta*, 457, 41-45.
- Renner, L. M., Whitney, S. D. y Easton, S. D. (2015). Profiles of self-reported parenting competence and stress among women with/without histories of childhood sexual abuse. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 749-761.
- 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, 233-244.
- Sáinz, M., Ferrando, M., Hernández, D., Fernández, M. C., Ferrándiz, C., Bermejo, R. y Prieto, M. D. (2012). Manejo del estrés como competencia de la inteligencia emocional en alumnos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 137-149.
- Santa Lucia, R. C., Gesten, E., Rendina-Gobioff, G., Epstein, M., Kaufmann, D. y Salcedo, O. (2000). Children's school adjustment: a developmental transactional systems perspective. *Journal of Applied Psychology*, 21, 429-446.
- Shahar, G., Henrich, C. C., Reiner, I. C. y Little, T. D. (2003). Development and initial validation of the Brief Adolescent Life Event Scale (BALES). *Anxiety, Stress & Coping*, 16, 119-128.
- Shapero, B. G., Hamilton, J. L., Stange, J. P., Liu, R. T., Abramson, L. Y. 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*, 43, 1403-1413.
- Smith, S. J. y 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, 1358-1372.
- Society of Pediatric Psychology. Division 54 of the American Psychological Association. Recuperado desde http://www.societyofpediatricpsychology.org/stress_coping
- Suarez-Morales, L. y López, B. (2009). The impact of acculturative stress and daily hassles on pre-adolescent psychological adjustment: examining anxiety symptoms. *Journal of Primary Prevention*, 30, 335-349.
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández-Baena, F. J., Escobar, M. y Maldonado, E. F. (2011). *IECI. Inventario de estrés cotidiano infantil*. Madrid: TEA.
- 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.

- von Weiss, R. T., Rapoff, M. A., Varni, J. W., Lindsley, C. B., Olson, N. Y., Madson, K. L. y Bernstein, B. H. (2002). Daily hassles and social support as predictors of adjustment in children with pediatric rheumatic disease. *Journal of Pediatric Psychology, 27*, 155-165.
- Xavier, A., Cunha, M. y Pinto-Gouveia, J. (2016). The indirect effect of early experiences on deliberate self-harm in adolescence: mediation by negative emotional states and moderation by daily peer hassles. *Journal of Child and Family Studies, 25*, 1451-1460.

RECIBIDO: 6 de septiembre de 2016

ACEPTADO: 22 de febrero de 2017